

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ТЕНОТЕН ДЕТСКИЙ» В ТЕРАПИИ ЗАДЕРЖЕК РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ

УДК 615-21
Ш 18

В.Ф. Шалимов

ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минздрава России

EXPERIENCE OF APPLICATION OF A PREPARATION «TENOTEN CHILDREN» IN THERAPY DELAYS IN SPEECH DEVELOPMENT OF CHILDREN

V.F. Shalimov

FSBO «State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named by V.P. Serbsky, the Ministry of health of the Russian Federation

РЕЗЮМЕ

В статье представлен обзор проблемы задержек речевого развития у детей, описаны классификация и методы оценки, с точки зрения врача-невролога и специалиста-логопеда. Кроме того, статья знакомит с новыми подходами к терапии этого расстройства, в том числе, с использованием современного успокаивающего препарата «Тенотен детский». Статья рассчитана на врачей: неврологов, психиатров, педиатров, специалистов: логопедов, дефектологов.

Ключевые слова: задержка речевого развития, общее нарушение речи, специфическое нарушение речи при задержке психического развития, психолого-логопедическая помощь.

SUMMARY

THE article presents a review of the problem of delays in speech development of children, describes the classification and valuation methods from the point of view of a doctor specialist neurologist and a speech therapist. In addition, the article introduces new approaches to the treatment of this disorder, including the use of modern sedative drug «Tenoten children». This article is intended for doctors, neurologists, psychiatrists, pediatricians, specialists, speech therapists, special education teachers.

Keywords: Delay in speech development, total violation of speech, specific violation speech at a delay of mental development, psychological and logopedic assistance.

В последние годы наблюдается возрастание частоты перинатальных поражений головного мозга, и как следствие отмечается увеличение числа детей, имеющих нарушения не только моторного развития, но и психического, прежде всего речевого, развития. Речь, являющаяся основным видом коммуникативной деятельности человека, предопределяет использование средств языка как способ общения. Для ребенка речь – это одно из основных средств связи с окружающим миром, возможность взаимодействия, источник информации, выражения своих эмоций.

Последние исследования, проведенные в педиатрической психологии, свидетельствуют о том, что среди различных форм аномалий психики в раннем онтогенезе в настоящее время наиболее распространенными являются нарушения речи. Наблюдения последних лет, проведенные в разных плоскостях психологических направлений, достоверно показали, что те или иные формы и виды речевых нарушений в различной степени отражаются на динамике развития психической деятельности ребенка [1, 2].

Без оказания своевременной, а именно максимально ранней, медицинской (поликомпо-

нентной) и психолого-педагогической помощи отклонения в развитии становятся более выраженными, затрагивают все без исключения сферы психического развития, и значительно затрудняют социальную адаптацию ребенка. Ребенок, не получивший всесторонней помощи в ранние сроки своего развития, может приобрести целый спектр отклонений в развитии, значимая часть из которых будет носить необратимый характер.

Общее недоразвитие речи встречается с высокой частотой — до 5–10% детского населения в возрасте до шести лет. В результате в дальнейшем растет число детей, испытывающих существенные трудности социальной адаптации, не способных полностью усвоить программу массовых дошкольных и школьных учреждений, что влечет за собой снижение качества жизни, как самих пациентов, так и людей из близкого окружения.

Вышеописанные проблемы приобретают совершенно особое значение в связи обсуждением проблемы ранней помощи детям с отклонениями в развитии, которая в последние годы входит в круг наиболее значимых задач коррекционной психологии. В РФ проведен ряд исследовательских работ, которые посвящены вопросам совершенствования ранней диагностики и разработке коррекционных программ отклонений в развитии детей на ранних этапах онтогенеза. Авторы исследований обращаются к проблемам развития речи у детей дошкольного и школьного возраста, не уделяя должного внимания раннему детству, тогда как именно в этот период и происходит процесс наиболее интенсивного развития речи, обеспечивающий общее психическое развитие и являющийся основой для усвоения получаемой информации [2, 3, 10, 11].

В настоящей статье речь пойдет о таком состоянии, как общее недоразвитие речи.

В зависимости от уровня поражения, существуют различные варианты речевых нарушений:

- Наиболее простой и распространенный вариант, когда негрубо нарушено произношение отдельных звуков, называется **дислалией**. При логопедических занятиях такой дефект достаточно успешно устраняется. Просто нужно «научить» мышцы языка и губ

определенным комбинациям для произнесения определенного звука;

- При нарушении иннервации периферического речевого аппарата (язык, нёбо, губы) возникает **дизартрия**. Это достаточно тяжелое состояние, при котором, кроме нарушения произношения звуков, наблюдаются нарушения тонуса языка, могут быть нарушения тембра, громкости, ритма, мелодики и интонации голоса, слюнотечение. Дизартрия довольно часто сопровождается такими тяжелыми заболеваниями как ДЦП, органическое поражение мозга;
- Если ребенок к полутора годам не говорит совсем или в 2–3 года говорит отдельные слова, хотя хорошо понимает взрослых, а в дальнейшем его речь развивается значительно хуже, чем у сверстников (словарный запас бедный, много ошибок при согласовании в роде, числе, падеже, нарушено звукопроизношение), такое состояние называется **моторная алалия**. Связано оно с поражением определенных речевых центров головного мозга. В таких случаях, чем раньше родители начнут бить тревогу и обратятся к логопеду и неврологу, тем лучше прогноз;
- Гораздо реже случается, что речь ребенка не развивается из-за того, что он не может понимать обращенную к нему речь. То есть он ее слышит, но не может понять смысл, как иностранный язык. Такое состояние называется **сенсорная алалия** и возникает тоже при поражении специализированных речевых центров головного мозга. Дети могут повторять слова за взрослыми, даже заучивать стишки и предложения, но зачастую не понимая смысл того, что говорят;
- Отставание в речевом развитии может быть следствием задержки психического развития или наоборот. Оценка вербальной и невербальной сторон интеллекта важна для решения вопросов о методах коррекции и выборе лечения.

Нарушение речевого развития может приводить к целому ряду неблагоприятных последствий. При недостаточности речевых функций коммуникации ребенка ограничены, снижается количество получаемой информации, страдают межличностные отношения и эмоциональная сфера, в дальнейшем возможны нарушения чтения и письма.

По последним данным, расстройства речевого развития встречаются в общей популяции у детей, по оценки различных специалистов, от 60 до 70%.

Изучая анамнез детей с задержкой речевого развития, специалисты установили, что к нарушению нормального становления речи у детей могут приводить различные неблагоприятные воздействия в период внутриутробного развития, преждевременные, длительные или стремительные роды, долгий безводный период, родовые травмы, асфиксия плода в родах и даже ранний перевод ребенка на искусственное вскармливание.

Тяжело протекающие детские болезни, особенно в первые три года жизни, черепно-мозговые травмы или просто оставленные без внимания частые падения, понижение слуха различной степени – все это может служить причиной отставания в речевом развитии. При воздействии неблагоприятных биологических (или социальных) факторов наиболее существенно повреждаются именно те области головного мозга, которые в данный момент наиболее интенсивно развиваются. Исследования показали, что задержкой речевого развития часто страдают дети, чьи мать или отец имеют какие-либо психические расстройства, часто ссорятся или злоупотребляют алкоголем.

Говоря об общем недоразвитии речи (ОНР), чаще всего подразумевают речевые расстройства детей с нормальным интеллектом и слухом. Дело в том, что при нарушениях слуха или интеллекта недоразвитие речи, разумеется, возникает в большинстве случаев, однако при этом ОНР уже носит характер вторичного дефекта. Поэтому важно отличать ОНР от других состояний, как более легких, например, от темповой задержки речевого развития (ЗРР), обычно не относящегося к ОНР (разные авторы трактуют этот вопрос по-разному), так и от более тяжелых расстройств, например, олигофрении или задержки речевого развития детей со сниженным слухом, при которых ОНР выступает уже в качестве вторичного дефекта [6].

Причиной возникновения ОНР могут быть: инфекции или интоксикации (ранний или поздний токсикозы) матери во время беременности, несовместимости крови матери и плода по резус-фактору или групповой принадлеж-

ности, патология натального (родового) периода (родовые травмы и патология в родах), заболевания ЦНС и травмы мозга в первые годы жизни ребенка и др. В большинстве случаев ОНР является следствием комплексного воздействия различных факторов, например, наследственной предрасположенности, органической недостаточности ЦНС (иногда легко выраженной), неблагоприятного социального окружения.

Наиболее сложным и стойким вариантом является ОНР, обусловленное ранним поражением мозга, возникшее во время беременности, родов и первый год жизни ребенка.

У всех детей с ОНР всегда отмечается нарушение звукопроизношения, недоразвитие фонематического слуха, выраженное отставание в формировании словарного запаса и грамматического строя.

Таким образом, суммируя вышеописанное, можно заключить, что вопросы выявления структуры и причин возникновения ОНР у детей, изучения его в связи с особенностями стихийного формирования коммуникативной деятельности, определения путей медико-педагогического влияния на эту сферу психики ребенка в условиях специально организованной деятельности требуют специального комплексного изучения врачами-неврологами, педиатрами, логопедами, психологами, дефектологами, врачами ЛФК, физиотерапевтами. В ряде случаев успешным может оказаться влияние социальных служб, чья деятельность может быть направлена на поддержание или восстановления благоприятного внутрисемейного климата.

Не вызывает сомнения тот факт, что резервные и компенсаторные возможности мозга ребенка наиболее высоки в первые годы жизни. В возрасте двух–пяти лет идет активное становление речевой функции. Поэтому, чем раньше начата комплексная коррекционная помощь, тем она эффективнее [4, 7, 8].

В зависимости от типа нарушения речевого развития, этиологического фактора, может быть рекомендован тот или иной комплекс дифференцированной медико-психологической, логопедической помощи детям. Базовые механизмы речевых расстройств, связанные с этиопатогенезом, определяют основные направле-

ния коррекционно-формирующего обучения, лечебно-терапевтического и лечебно-профилактического воздействия [9]. Кроме того, представляет интерес эффективность применяемых комплексных медико-логопедических методик в коррекции расстройств развития речи в зависимости от возраста.

Во врачебной практике конкретные фармакологические препараты применяются с учетом механизма действия, принципа дифференцированного назначения в зависимости от степени выраженности дефекта и его локализации, возрастной нервно-психической реактивности. Для лечения речевых расстройств традиционно применяется нейропротекторная терапия, препараты пептидной группы, ноотропы [11].

Так, назначение ноотропных препаратов производных пирролидона («Пирацетам», «Ноотропил»), а также производные гамма-аминомасляной кислоты («Фенибут», «Пантогам», «Пикамилон») способствуют стимуляции обменных процессов в нейронах, появлению новых межнейронных связей. Препараты с ангиопротективным действием («Инстенон», «Актовегин») улучшают микроциркуляцию крови в различных отделах головного мозга, а их сочетанное применение с дегидратационной терапией приводит к перераспределению и нормализации внутричерепного давления, что особенно важно при наличии признаков гидроцефалии и других знаках органического поражения головного мозга у детей [2, 5, 6]. Из немедикаментозных методов применяется транскраниальная микрополяризация.

В детской практике при лечении пациентов с пограничными психическими расстройствами предпочтение следует отдавать препаратам, обладающим *поливалентным действием с минимальными побочными эффектами*. К таким препаратам относится «Тенотен детский», который обладает мягким анксиолитическим, вегетотропным, ноотропным, нейропротекторным действием.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Проведено комплексное обследование срока пациентов в возрасте от четырех до семи лет с картиной ОНР. Все дети направлялись к неврологу после логопедического обследова-

ния, динамическое наблюдение проводили в амбулаторных условиях. Из изучаемой группы исключили детей, у которых отставание в развитии речи обуславливалось снижением слуха, умственной отсталостью, аутизмом, тяжелой соматической патологией, а также влиянием неблагоприятных социальных факторов (недостаточным общением и воспитанием).

Изучение эффективности препарата «Тенотен детский» в комплексной медицинской и психолого-логопедической помощи детям с речевыми нарушениями проводилось на базе специализированной школы — детского сада сотрудниками отделения социальной психиатрии детей и подростков ГНЦ ССП им. В.П. Сербского. В исследовании принимали участие 40 детей (22 девочки и 18 мальчиков). Все включенные в исследование дети были зачислены в детский сад с диагнозом «общее недоразвитие речи» (ОНР). Кроме планомерной работы логопеда и психолога, включающей специальные методики, в которой важной составляющей развития/коррекции речи детей является развитие высших психических функций (памяти, внимания, мышления), был назначен курс «Тенотена детского» по одной таблетке три раза в дневное время в течение двух месяцев.

Все дети проходили тестирование с использованием Методики определения уровня речевого развития детей дошкольного возраста О.А. Безруковой, О.Н. Каленковой [9]. Эта методика дает возможность оценить речевое развитие детей в баллах относительно максимального и в дальнейшем проследить их динамику по определенным параметрам в процессе применения комплекса психолого-логопедических и медикаментозных программ. Она позволяет учесть и оценить различные виды речевой деятельности, как продуктивные — говорение, так и репродуктивные — аудирование. Речь ребенка оценивалась по таким параметрам, как:

- сформированность лексической системности (объем, уровень словарного запаса, понимание смысловых связей между словами и правильность использования их значений);
- сформированность грамматической компетенции (правильность речи, умение образовывать и изменять слова, словосочетания и предложения);

- сформированность фонологической компетенции (различение звуков, умение определять из каких звуков состоит слово и в какой последовательности они расположены в слове, объединять их в слоги и слова).

Диагностический материал в данной методике разделен на основе возрастного критерия: 4–5 лет, 5–6 лет и 6–7 лет.

Также проведено исследование кратковременной и отсроченной слуховой памяти методом повторения десяти слов, методика памяти на цифры (прямой и обратный порядок) использовалась только в группах детей 5–6 и 6–7 лет. Обследование проводилось дважды: до начала приема «Тенотена» и на 60-й день лечения.

ТЕСТ «10 СЛОВ»

Тест позволяет изучить особенности речеслуховой памяти детей с общим недоразвитием речи. Исследователем произносится набор из десяти односложных или двусложных слов, не связанных между собой по смыслу.

Слова читаются с хорошей дикцией и невысокой скоростью.

Обработка и анализ данных проводится по следующему алгоритму:

10 баллов — ребенок назвал 10 слов в правильной последовательности с первого раза;

8–9 баллов — ребенок назвал 8–9 слов в правильной последовательности с первого раза;

6–7 баллов — ребенок назвал 6–7 слов в правильной последовательности с первого раза;

4–5 баллов — ребенок назвал 4–5 слов в правильной последовательности с первого раза;

2–3 балла — ребенок назвал 2–3 слова в правильной последовательности с первого раза;

0–1 балл — ребенок за все время назвал не более одного слова.

Оценка результатов проводится по следующему алгоритму: 10 баллов — очень высокий, 8–9 баллов — высокий, 4–7 баллов — средний, 2–3 балла — низкий, 0–1 балл — очень низкий.

Оцениваемые параметры:

1. Объем непосредственного воспроизведения — количество слов, воспроизведенных после первого предъявления;
2. Объем отсроченного воспроизведения (долговременной памяти) — количество слов, воспроизведенных через 50–60 минут.

Также при первом обследовании родителей просили заполнить специальные анкетные формы, в которых указывались все слова, которые произносит на данный момент ребенок, как именно они произносятся и что обозначают (обязательно учитывая многочисленные искажения при произношении слов у детей с ОНР); все фразы, произносимые ребенком, как они звучат и что означают. Затем от родителей требовалось в течение двух месяцев вести подробный дневник наблюдений, в котором необходимо было отмечать все новые слова и фразы, которые начинал произносить ребенок. Так, был оценен словарный запас и состояние фразовой речи детей в динамике за двухмесячный период.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАННЫХ ГРУПП

В результате изучения медицинских документов детей группы с ОНР были установлены следующие особенности анамнеза (табл. 2).

У 3 (7,5%) детей имело место сочетание неблагоприятных данных раннего анамнеза.

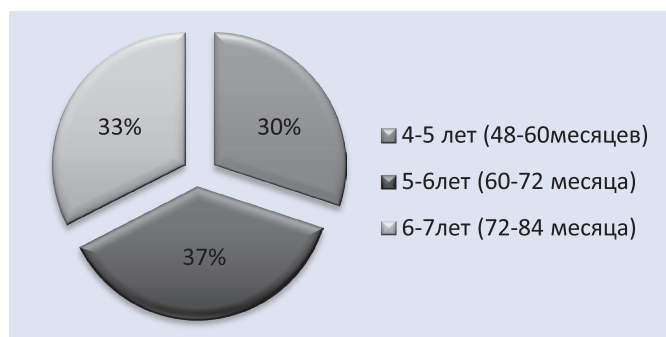


Рис. Количественное распределение детей по возрасту

Таблица 1

Средний возраст детей в группах

Средний возраст в месяцах		
ОНР		
4–5 лет (48–60 месяцев)	5–6 лет (60–72 месяца)	6–7 лет (72–84 месяца)
52±3,6	67±2,1	75±1,9

Таблица 2

Анамнестические данные у детей с ОНР

Данные анамнеза:	ОНР (N 40)	
	n	%
Часто болеющие дети	7	17,5
Отягощенный акушерский анамнез матери	6	15
Затяжные роды с применением химической и механической стимуляции	6	15
Перенесённые тяжелые соматические заболевания до трех лет	4	10
Черепно-мозговая травма в раннем возрасте	2	5
Резус-конфликт крови матери и плода	2	5
Интоксикации матери во время беременности	1	2,5

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На основании анализа проведенных исследований нами определены следующие речевые особенности у детей с ОНР (табл. 3).

Основываясь на полученных данных можно констатировать достоверное изменение следующих параметров: в группе детей 4–5 лет отмечено снижение гиперактивности; в группе детей 5–6 лет достоверно изменялся в лучшую сторону целый ряд параметров, а именно: тревожные состояния стали реже, вырос объем мелкой моторики, существенно снизился дефицит внимания; наиболее выраженные изменения затронули группу пациентов 6–7 лет, в которой позитивное терапевтическое влияние зарегистрировано относительно всех исследованных параметров, кроме тревожных расстройств, однако и по этому показателю отмечена тенденция к улучшению, не носящая, к сожалению, статистически достоверный характер.

Таким образом, в результате проведенного исследования можно констатировать статистически достоверное улучшение всех анализируемых показателей, а именно: значительное увеличение объема активного словаря, что, безусловно, значимо повышает качество жизни, как самого пациента, так и его родителей, а также существенно помогает в работе педагогов, логопедов и других специалистов.

На основании результатов проведенного исследования

Таблица 3

Особенности грамматического строя речи у детей с ОНР, %

Количество детей в подгруппе	12	15	13
Виды ошибок:	4–5 лет	5–6 лет	6–7 лет
– в словообразовании	10 (83%)	9 (60%)	9 (70%)
– в употреблении падежей существительных	11 (91%)	9 (60%)	8 (53%)
– в употреблении числа существительных	10 (83%)	11 (73%)	10 (66%)
– в употреблении предлогов	10 (83%)	12 (80%)	10 (66%)

Таблица 4

Оценка результатов лечения детей с ОНР по итогам анкетирования родителей пациентов с помощью опросника

	До приема «Тенотена»			После 60 дней приема «Тенотена»		
	4–5 лет	5–6 лет	6–7 лет	4–5 лет	5–6 лет	6–7 лет
Тревожность	1,3±0,1	1,9±0,7	1,8±0,9	1,2±0,1	1,4±0,4*	1,6±0,3
Недостаточность мелкой моторики	4,2±0,8	3,9±0,8	3,7±0,5	4,0±0,7	3,2±0,3*	3,0±0,4*
Гиперактивное поведение	3,5±0,4	3,7±0,3	3,9±0,4	2,9±0,4*	3,4±0,3	3,1±0,4*
Дефицит внимания	8,2±1,1	7,9±1,0	7,8±1,2	7,9±0,9	6,7±0,8*	6,8±1,0*
Поведенческие расстройства	3,2±0,2	3,1±0,2	3,6±0,3	3,0±0,2	2,8±0,1	2,7±0,2*

Примечание. Достоверное улучшение: * $p < 0,05$ при сравнении одновозрастных групп до и после приема «Тенотен детский».

Таблица 5

Динамика исследованных лексических параметров экспрессивной речи у детей с ОНР

	До приема «Тенотена»			После 60 дней приема «Тенотена»		
	4–5 лет	5–6 лет	6–7 лет	4–5 лет	5–6 лет	6–7 лет
Количество активно употребляемых слов	6,7±1,5	9,2±1,8	16,6±1,9	9,1±2,1*	11,2±1,9*	20,9±1,8*
Количество активно употребляемых фраз (два и более связанных по смыслу слова)	1,9±0,5	3,5±0,9	5,4±0,9	3,6±1,1*	7,1±1,7*	8,4±1,6*

Примечание. Достоверное улучшение: * $p < 0,05$ при сравнении одновозрастных групп до и после приема «Тенотен детский».

Таблица 6

Результаты теста «10 слов»

	До приема «Тенотена»			После 60 дней приема «Тенотена»		
	4–5 лет	5–6 лет	6–7 лет	4–5 лет	5–6 лет	6–7 лет
Средний балл (при непосредственном воспроизведении)	4,1±0,9	3,9±1,2	5,2±0,8	4,6±0,4	5,1±0,6*	5,9±0,7*
Средний балл (при отсроченном воспроизведении)	3,3±0,7	3,6±1,1	4,4±0,5	4,1±0,6*	5,0±0,4*	5,4±0,3

Примечание. Достоверное улучшение: * $p < 0,05$ при сравнении одновозрастных групп до и после приема «Тенотен детский».

следования (теста «10 слов»), достоверно положительная динамика отмечена во всех возрастных группах, и особо значим полученный результат относительно отсроченного воспроизведения, что, безусловно, увеличивает имеющийся потенциал для дальнейшей плодотворной реабилитационной работы с маленьким пациентом.

С точки зрения проведения дальнейших исследований интересна оценка структурных различий в речевой дисфункции ведущими специалистами-логопедами и разграничение таких понятий, как общее недоразвитие речи и задержка речевого развития.

ВЫВОДЫ

1. Результаты исследования подтверждают эффективность препарата «Тенотен детский» в отношении неврологических и психопатологических симптомов у детей с общим недоразвитием речи.

2. Курсовое лечение «Тенотеном детским» отчетливо улучшает психоэмоциональное состояние наблюдаемых детей. Отмечено, прежде всего, достоверное уменьшение таких показателей, как гипервозбудимость, тревожность. Изменение психического статуса благоприятно влияло на эффективность занятий с логопедами, психо-

логами — у детей повысилась усидчивость, улучшилось восприятие обучающего материала, отмечалось уменьшение конфликтности.

3. Вторая закономерность отражает влияние возрастного фактора на успешность компенсирующих программ. Применение в этот период дошкольного и раннего школьного возраста «Тенотена детского», улучшающего метаболические и интегративные функции ЦНС, безусловно, способствует более стремительному формированию речи и нормальной адаптации к общеобразовательной школьной программе.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Корнев А.Н. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты. — СПб.: Речь, 2006. — 380 с.
2. Заваденко Н.Н. Нарушение формирования устной и письменной речи у детей. Возможности их медикаментозной коррекции: Методическое пособие для врачей. — М.: РКИ Северо-пресс, 2003. — 64 с.
3. Чутко Л.С. с соавт. Нейропротекция резидуально-органического поражения головного мозга с проявлением специфических расстройств речи у детей.
4. Hill E.L. A dyspraxic defect in specific language impairment and developmental coordination

- disorder. Evidence from hand arm movements // *Developmental medicine and child neurology*. 1998. vol. 40. P. 388–395.
5. Bishop D.V.M. Motor immaturity and specific language impairment: Evidence for a common genetic basis// *Amer. J/ of Medical Genetics*. 2001. Vol. 114. P. 56–63.
 6. Ливинская А.М. Расстройства развития речи у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью / Автореферат дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2007. — 23 с.
 7. Cohen N.J., Vallance D.D., Darwick M. The interface between ADHD and language impairment: An examination of language, achievement, and cognitive processing// *J. of Child Psychology and Psychiatry*. 2000. Vol. 41. P. 353–362.
 8. Tomblin J.B. Familial concentration of developmental language impairment // *J. Of Speech and Hearing Disorders*. 1989. Vol. 54. P. 287–295.
 9. Безрукова О.А., Каленкова О.Н. Методика определения уровня речевого развития детей дошкольного возраста. — М., 2008.
 10. Шалимов В.Ф., Макушкин Е.В., Новикова Г.Р. Опыт применения препарата «Тенотен детский» у детей с задержкой психического развития / *Доктор.ру*. — 2009. — №4.
 11. Шалимов В.Ф., Нестеровский Ю.Н. Опыт применения препарата «Тенотен детский» у детей с задержкой психического развития церебрально-органического генеза / *Эффективная фармакология. Неврология и психиатрия*. — 2012. — №2.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Валерий Федорович Шалимов — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой клинической психологии детей и подростков факультета «Психология образования» Московского городского психолого-педагогического университета
127051, Москва, ул. Сретенка, д. 29
Тел. 8-495-632-94-33

Поступила: 18.11.2013
