

# Нейропсихологическая квалификация особенностей психического развития детей с неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе

**Туровская Н.Г.,**

*кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и клинической психологии, Волгоградский государственный медицинский университет (ГБОУ ВПО ВолгГМУ), Волгоград, Россия, [turovskayanata@mail.ru](mailto:turovskayanata@mail.ru)*

---

В статье освещаются результаты исследования особенностей психического развития детей с отдельными неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе. В исследовании приняли участие 107 детей в возрасте от 6 до 10 лет и их родители (законные представители). Исследование проводилось с помощью клинико-биографических и экспериментально-психологических методов. Результаты проведенного эмпирического исследования показали, что аффективно-респираторные приступы сочетаются с наиболее выраженными нарушениями психических функций (в том числе мышления и активного внимания) по сравнению с другими неэпилептическими пароксизмальными состояниями. У детей, перенесших в анамнезе фебрильные судороги, выявлены нарушения отдельных психических функций (в том числе мышления) в степени от легкой до умеренной и выраженные нарушения активного внимания. Вегетативно-висцеральные пароксизмы не сочетаются с нарушениями мышления у детей и сопряжены с легкими нарушениями активного внимания. Учет полученных результатов позволяет организовать процесс оказания психологической помощи больным детям более эффективно.

**Ключевые слова:** церебральная органическая патология, неэпилептические пароксизмальные состояния, нарушения психического развития, высшие психические функции.

---

**Для цитаты:**

Туровская Н.Г. Нейропсихологическая квалификация особенностей психического развития детей с неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе

[Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 1. С. 77–92. doi: 10.17759/psyclin.2016050106

**For citation:**

Turovskaya N.G. Neuropsychological Qualification of Mental Development Characteristics of Children with Non-Epileptic Paroxysmal Conditions in Anamnesis [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2016, vol. 5, no. 1, pp. 77–92. doi: 10.17759/psycljn.2016050106 (In Russ., abstr. in Engl.)

### Введение

Необходимость изучения особенностей психического развития детей с заболеваниями центральной нервной системы обусловлена, с одной стороны, высокой распространенностью данной патологии в детской популяции (по данным Е.В. Коневой с соавторами, заболевания нервной системы выявляются у 28% детей в возрасте от рождения до 17 лет [6]), с другой стороны – тем, что решение многих вопросов психиатрии, наркологии и неврологии традиционно имеет большое социальное значение [4].

Наличие минимальной мозговой дисфункции, проявляющей себя в различных по степени выраженности и содержанию нарушениях психического развития, неизбежно приводит и к нарушению школьной адаптации больных детей. Знание особенностей и возможностей детей с особенностями развития дает педагогу и психологу средства для коррекции недостатков в условиях обычной школы и помогает избежать тех непоправимых ошибок в определении пути обучения ребенка, которые иногда губительно сказываются на всей его жизни [7]. Опираясь на теоретические положения, выдвинутые Л.С. Выготским, Д.В. Лубовский подчеркивает, что изучение детей с нарушениями психического развития должно быть направлено на раскрытие структурного аспекта симптомокомплекса трудного развития, а окончательными результатами этой работы являются диагноз, содержащий в себе прогноз развития, и «педагогическое или лечебно-педагогическое назначение», что в наши дни обычно называют планом развивающей и/или реабилитационной работы с ребенком [8].

Вопрос о воздействии на психическое развитие отдельных неэпилептических пароксизмальных состояний (фебрильных судорог, аффективно-респираторных приступов) изучался J.H. Ellenberg и др. (1978), F.J. Di Mario, J.A. Burleson (1992, 1993), С.М. Verity и др. (1998), S. Shinnar, T.A. Glauser (2002), M. Wong и др. (2002), R. Tarkka и др. (2003), F. Cendes (2004), С. Ying-Chao и др. (2008), А.Н. Алехиным, Н.Г. Туровской (2012, 2013), Н.Г. Туровской (2015) [1; 2; 10; 11; 14; 15; 16; 17; 18; 19; 20; 21; 22].

Результаты последних исследований показывают, что неэпилептические пароксизмы в отличие от эпилептических значительно реже сочетаются с нарушениями развития ряда психических функций (сомато-пространственного гнозиса, динамического и пространственного праксиса, способности понимания логико-грамматических конструкций, модально-неспецифического компонента памяти, зрительно-моторной координации, речи, мышления), возникновением

эмоционально-волевых нарушений, проблем поведения и с патологией интеллекта в целом. Однако эпилептические и неэпилептические пароксизмальные состояния одинаково сочетаются с усугублением повышенной истощаемости психической деятельности, нарушениями кинестетического праксиса и модально-специфическими нарушениями памяти (в первую очередь слуховой и зрительной). При неэпилептических пароксизмальных состояниях также отмечаются нарушения динамического праксиса (от легкой степени до выраженной) [10; 11].

Нами было проведено исследование специфики нарушения психического развития детей с отдельными неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе.

### **Материалы и методы**

В исследовании приняли участие 102 ребенка в возрасте от 6 до 8 лет, 5 детей в возрасте от 9 до 10 лет и их родители (законные представители). Из принявших участие в исследовании детей 59 человек (55,1% от общего количества респондентов) имели в анамнезе различные по этиопатогенетическому признаку пароксизмальные состояния, 12 человек (11,21% от общего количества респондентов) – эпилептиформную активность на электроэнцефалограмме (ЭЭГ) без приступов в анамнезе. У 51,1% испытуемых (от количества испытуемых с пароксизмами) в анамнезе наблюдались только эпилептические пароксизмы, у 22,4% – только неэпилептические пароксизмы, у 22,4% – неэпилептические пароксизмы сменились эпилептическими, у 4,1% – эпилептические пароксизмы сменились неэпилептическими. У участвовавших в исследовании детей с неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе отмечались фебрильные судороги, аффективно-респираторные приступы и другие психогенно-обусловленные судорожные приступы, вегетативно-висцеральные пароксизмы, судорожный синдром новорожденного.

У 91,7% испытуемых пароксизмальные состояния развились на фоне преморбидной церебральной органической патологии. С целью выявления нарушений психической деятельности, вызванных непосредственным действием пароксизмальных состояний, в группу респондентов были добавлены дети без пароксизмов и эпилептиформной активности на ЭЭГ в анамнезе, но с резидуальной церебральной патологией. Данная группа была представлена в количестве 36 человек (33,6% от общего числа респондентов).

В ходе исследования особенностей психического развития детей с отдельными неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе решались следующие задачи:

1. изучение особенностей развития высших психических функций;
2. исследование уровня развития познавательных процессов и состояния эмоционально-волевой сферы с точки зрения оценки психологической готовности к школе или анализа причин школьной дезадаптации;

3. выявление особенностей социально-психологической адаптации, в том числе к школе, наличия нарушений поведения или динамики психической деятельности;
4. анализ особенностей раннего развития детей с различными неэпилептическими пароксизмальными состояниями.

С целью выявления количественно-качественных характеристик основных клиничко-этиопатогенетических и социально-психолого-педагогических параметров исследования использовались *клиничко-биографические методы*.

В процессе изучения историй болезни анализировались следующие анамнестические данные: присутствие пароксизмальных состояний в анамнезе, характер приступов, особенности перинатального периода и раннего развития детей и их сочетание с характером приступов.

Особенности социально-психологической адаптации детей, в том числе к школе, наличие нарушений поведения и динамики психической деятельности, вызванных минимальной мозговой дисфункцией, диагностировались с помощью анкеты для родителей детей 5–15 лет для выявления ГРДВ (гиперактивного расстройства с дефицитом внимания) и минимальных мозговых дисфункций у детей (Н.Н. Заваденко, 2005) [5]. Анализ полученных в процессе использования опросника данных осуществлялся по параметрам: церебрастенические симптомы, психосоматические нарушения, тревожность, страхи и навязчивость, моторная неловкость, гиперактивность, нарушения устной речи, дефицит внимания, эмоционально-волевые нарушения, проблемы поведения, агрессивность и реакции оппозиции, трудности школьного обучения, нарушения чтения и письма (последние два параметра использовались по отношению к детям, посещающим школу).

*Экспериментально-психологические методы* были представлены методикой нейропсихологического обследования детей (Л.С. Цветкова, 2002) и диагностическим комплексом «Прогноз и профилактика проблем обучения в школе» (Л.А. Ясюкова, 2002) [12, 13]. Нейропсихологическое исследование позволило оценить состояние ряда высших психических функций: регуляторного, динамического и кинестетического праксиса, слухового и фонематического восприятия, номинативной функции речи, тактильного, предметного и сомато-пространственного гнозиса, оптико-пространственного фактора, способности понимания логико-грамматических конструкций, слухоречевой памяти (выявлялись признаки модально-неспецифических нарушений).

Исследование уровня развития познавательных процессов и состояния эмоционально-волевой сферы с точки зрения оценки психологической готовности к школе или анализа причин школьной дезадаптации проводилось с использованием диагностического комплекса «Прогноз и профилактика проблем обучения в школе». Данное исследование включало в себя психологическую диагностику уровня сформированности скорости переработки информации, внимательности, зрительно-моторной координации, кратковременной речевой памяти, кратковременной

зрительной памяти, визуального линейного и визуального структурного мышления, понятийного интуитивного, понятийного логического и понятийного речевого мышления, понятийного образного и абстрактного мышления, речевого развития [13]. Статистический анализ был проведен с помощью компьютерной программы анализа статистических данных SPSS.

### Результаты и их обсуждение

Сопряженность неэпилептических пароксизмальных состояний с патологией психического развития детей неоднозначна. Сложности дифференциального анализа в первую очередь обусловлены трудностями верификации данных состояний как неэпилептических. В ряде случаев (в нашем исследовании – в 22,4% случаев) они сменяются верифицированными эпилептическими состояниями. Статистически значимое различие данных, полученных в ходе нейропсихологического исследования детей с отдельными неэпилептическими пароксизмальными состояниями, выявилось по шкалам динамический фактор ( $F=3,271$ ;  $p=0,031$ ) и номинативная функция речи ( $F=3,455$ ;  $p=0,027$ ). Анализ графиков средних значений, полученных в результате дисперсионного анализа, показывает, что выраженные нарушения динамического фактора отмечаются только при аффективно-респираторных приступах, однако легкие нарушения функции сопровождают все другие виды неэпилептических пароксизмальных состояний (рисунок 1).

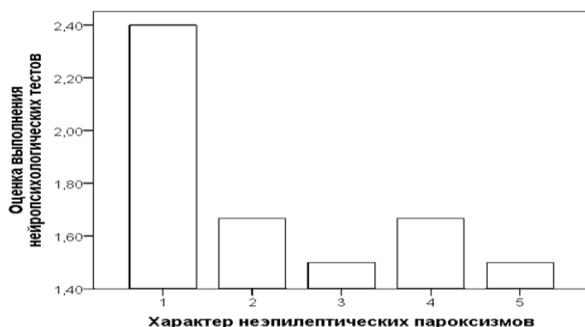


Рисунок 1. Сочетание характера неэпилептических пароксизмов с нарушением динамического праксиса

*Примечание.* 1 – аффективно-респираторные приступы; 2 – фебрильные судороги; 3 – вегетативно-висцеральные пароксизмы; 4 – психогенно-обусловленные пароксизмы (но не аффективно-респираторные приступы); 5 – судорожный синдром новорожденного; по оси Y – чем выше балл, тем хуже выполнены тесты нейропсихологического исследования.

Это значит, что у детей наблюдаются нарушения серийной организации движений и действий: нарушение последовательности движений, переключения от одного движения или действия, в том числе умственного, к другому.

*Номинативная функция* (способность усваивать и воспроизводить наименования объектов окружающей среды) значительно страдает при аффективно-респираторных приступах, умеренно снижена при других психогенно-

обусловленных пароксизмах и у детей, перенесших в анамнезе судорожный синдром новорожденного, незначительно снижена при фебрильных судорогах и вегетативно-висцеральных пароксизмах (рисунок 2).

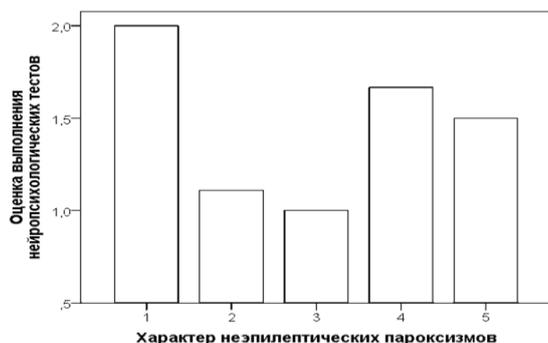


Рисунок 2. Сочетание характера неэпилептических пароксизмов с нарушением номинативной функции речи

*Примечание.* 1 – аффективно-респираторные приступы; 2 – фебрильные судороги; 3 – вегетативно-висцеральные пароксизмы; 4 – психогенно-обусловленные пароксизмы (но не аффективно-респираторные приступы); 5 – судорожный синдром новорожденного; по оси Y – чем выше балл, тем хуже выполнены тесты нейропсихологического исследования.

Статистически значимое различие данных, полученных в ходе исследования с использованием диагностического комплекса «Прогноз и профилактика проблем обучения в школе» [13], выявилось по параметрам внимательность ( $F=11,435$ ;  $p=0,000$ ), зрительно-моторная координация ( $F=3,757$ ;  $p=0,020$ ), визуальное линейное мышление ( $F=3,137$ ;  $p=0,039$ ), понятийное интуитивное мышление ( $F=3,080$ ;  $p=0,041$ ) и понятийное логическое мышление ( $F=3,539$ ;  $p=0,026$ ).

*Активное внимание* грубо нарушено у всех больных, кроме детей с вегетативно-висцеральными пароксизмами в анамнезе (рисунок 3).

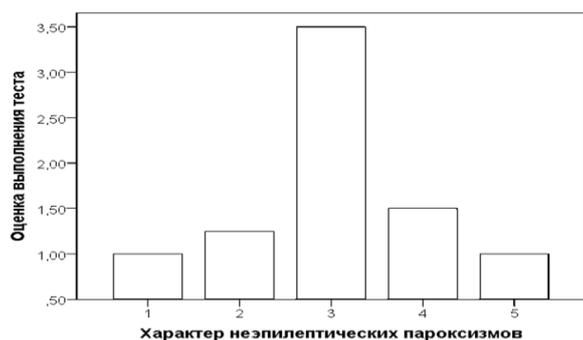


Рисунок 3. Сочетание характера неэпилептических пароксизмов с нарушением активного внимания

*Примечание.* 1 – аффективно-респираторные приступы; 2 – фебрильные судороги; 3 – вегетативно-висцеральные пароксизмы; 4 – психогенно-обусловленные пароксизмы (но не аффективно-респираторные приступы); 5 – судорожный синдром новорожденного; по оси Y – чем выше балл, тем хуже выполнены тесты нейропсихологического исследования.

Выраженная *патология зрительно-моторной координации* отмечается при аффективно-респираторных приступах, умеренная патология – при фебрильных судорогах и психогенно-обусловленных пароксизмах (но не аффективно-респираторных приступах) (рисунок 4).

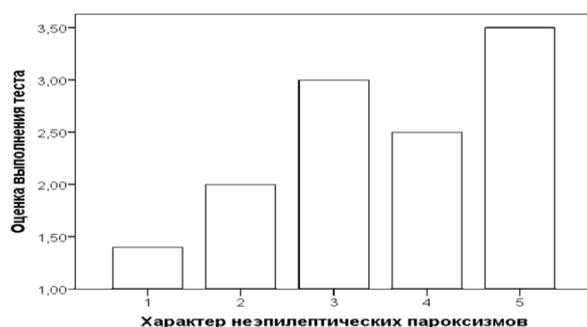


Рисунок 4. Сочетание характера неэпилептических пароксизмов с нарушением зрительно-моторной координации

*Примечание.* 1 – аффективно-респираторные приступы; 2 – фебрильные судороги; 3 – вегетативно-висцеральные пароксизмы; 4 – психогенно-обусловленные пароксизмы (но не аффективно-респираторные приступы); 5 – судорожный синдром новорожденного; по оси Y – чем выше балл, тем хуже выполнены тесты нейропсихологического исследования.

*Визуальное линейное мышление* (связанное с оперированием формально-графическими изображениями и мысленным структурированием симультанно представленной зрительной информации) нарушено только у испытуемых с аффективно-респираторными приступами, причем это нарушение носит высокую степень выраженности (рисунок 5).

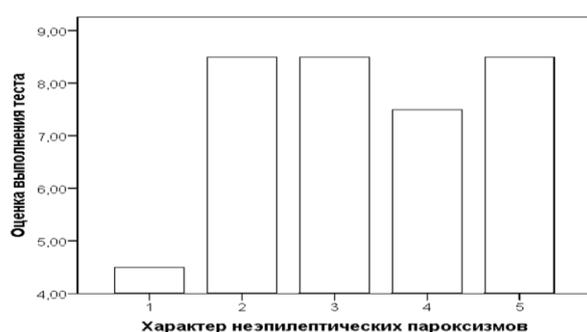


Рисунок 5. Сочетание характера неэпилептических пароксизмов с нарушением визуального линейного мышления

*Примечание.* 1 – аффективно-респираторные приступы; 2 – фебрильные судороги; 3 – вегетативно-висцеральные пароксизмы; 4 – психогенно-обусловленные пароксизмы (но не аффективно-респираторные приступы); 5 – судорожный синдром новорожденного; по оси Y – чем выше балл, тем хуже выполнены тесты нейропсихологического исследования.

*Понятийное логическое мышление* (способность к установлению закономерностей и деятельности по аналогии в сфере использования понятий) значительно нарушено у детей с аффективно-респираторными пароксизмами,

умеренно – у детей с фебрильными судорогами, незначительно – у детей с судорожным синдромом новорожденного в анамнезе (рисунок 6).

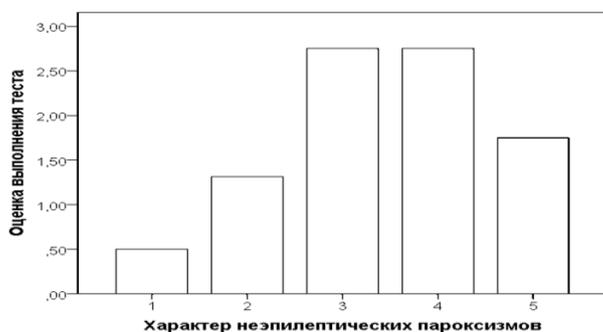


Рисунок 6. Сочетание характера неэпилептических пароксизмов с нарушением понятийного логического мышления

*Примечание.* 1 – аффективно-респираторные приступы; 2 – фебрильные судороги; 3 – вегетативно-висцеральные пароксизмы; 4 – психогенно-обусловленные пароксизмы (но не аффективно-респираторные приступы); 5 – судорожный синдром новорожденного; по оси Y – чем выше балл, тем хуже выполнены тесты нейропсихологического исследования.

*Понятийное интуитивное мышление* (способность к осуществлению анализа и синтеза связей между понятиями на неосознаваемом уровне) выражено страдает у детей с аффективно-респираторными приступами, умеренно – у детей с судорожным синдромом новорожденного в анамнезе, незначительно – в связи с фебрильными судорогами и психогенно-обусловленными пароксизмами (но не аффективно-респираторными приступами) (рисунок 7).

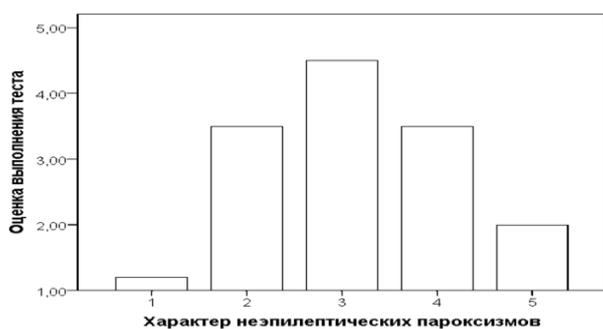


Рисунок 7. Сочетание характера неэпилептических пароксизмов с нарушением понятийного интуитивного мышления

*Примечание.* 1 – аффективно-респираторные приступы; 2 – фебрильные судороги; 3 – вегетативно-висцеральные пароксизмы; 4 – психогенно-обусловленные пароксизмы (но не аффективно-респираторные приступы); 5 – судорожный синдром новорожденного; по оси Y – чем выше балл, тем хуже выполнены тесты нейропсихологического исследования.

Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что у детей с неэпилептическими пароксизмальными состояниями присутствует в той или иной степени недостаточность развития познавательных процессов и, следовательно, возможны трудности школьного обучения. Они будут вызваны как нарушениями

активного внимания, обеспечивающего способность ребенка к концентрации сознания на процессе выполнения учебного задания, так и нарушениями различных видов мышления, обеспечивающих переработку поступающей информации. Недостаточность в развитии визуального линейного мышления существенно затруднит процесс овладения счетными операциями и усвоение геометрических понятий и феноменов. Недостаточная сформированность понятийного логического мышления не позволит ребенку в полном объеме понять суть правил, законов, формул, увидеть зону их применения и использовать их на практике. Так как понятийное интуитивное мышление основано на личном опыте ребенка и, соответственно, связано с его возможностью самостоятельно разбираться в материале и самообучаться, то его слабость не позволит школьным знаниям стать полностью осмысленными и интегрироваться в общее представление ребенка об окружающем мире [13]. Нарушение зрительно-моторной координации осложнит процесс овладения графомоторными навыками (рисованием и письмом).

Статистически значимое различие данных, полученных в ходе диагностики детей с отдельными неэпилептическими пароксизмальными состояниями с помощью анкеты для родителей детей 5–15 лет для выявления ГРДВ и минимальных мозговых дисфункций у детей [5], выявилось только по шкале трудности школьного обучения ( $F=5,615$ ;  $p=0,019$ ).

*Трудности школьного обучения* наиболее представлены у больных с аффективно-респираторными приступами и фебрильными судорогами, отличаются умеренной степенью выраженности у детей с психогенно-обусловленными пароксизмами (но не аффективно-респираторными приступами) и судорожным синдромом новорожденного, отсутствуют у детей с вегетативно-висцеральными пароксизмами (рисунок 8).

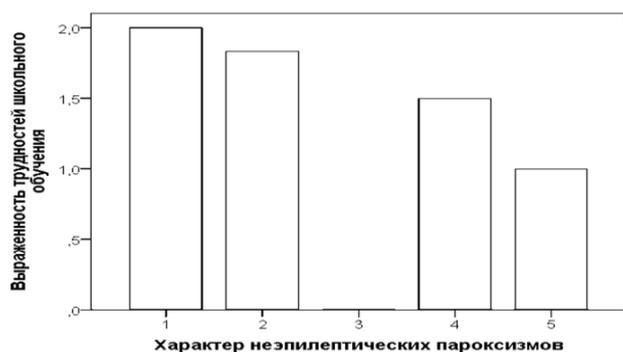


Рисунок 8. Сочетание характера неэпилептических пароксизмов с возникновением трудностей школьного обучения

*Примечание.* 1 – аффективно-респираторные приступы; 2 – фебрильные судороги; 3 – вегетативно-висцеральные пароксизмы; 4 – психогенно-обусловленные пароксизмы (но не аффективно-респираторные приступы); 5 – судорожный синдром новорожденного; по оси Y – чем выше балл, тем хуже выполнены тесты нейропсихологического исследования.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что из всех зафиксированных в исследовании неэпилептических пароксизмальных состояний с наиболее

выраженными нарушениями психического развития сопряжены аффективно-респираторные приступы, с наименее выраженными – вегетативно-висцеральные пароксизмы. Заслуживает внимания тот факт, что по результатам нашего исследования у детей с аффективно-респираторными приступами нарушения раннего развития отмечались в 80,0% случаев; с фебрильными судорогами – в 44,4% случаев; с вегетативно-висцеральными пароксизмами, психогенно-обусловленными приступами (но не аффективно-респираторными приступами) и с судорожным синдромом новорожденного в анамнезе – отсутствовали. Возможно, у детей с аффективно-респираторными приступами, так же как и у части детей с фебрильными судорогами в анамнезе, и пароксизмы, и нарушения раннего развития являются общим следствием органического поражения головного мозга.

Важно отметить, что у всех детей с неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе отмечаются нарушения активного внимания, динамического праксиса и номинативной функции речи (от легкой до выраженной степени). Вследствие этого можно предположить, что у них наблюдается функциональная недостаточность лобных (префронтальных и премоторных) отделов, а также зоны перекрытия затылочных и височных отделов коры больших полушарий головного мозга. Интересно, что нарушения передних отделов головного мозга как неспецифические нарушения психической деятельности выявлены и при пароксизмальных состояниях эпилептического генеза [2; 9]. А дисфункция зоны перекрытия затылочных и височных отделов коры больших полушарий головного мозга лежит в основе возникновения амнестической афазии, частой патологии мнестико-речевой деятельности у больных эпилепсией [3]. Не исключено, что неэпилептические пароксизмальные состояния (при сопоставлении с эпилептическими пароксизмами) вызывают у детей менее выраженные по степени, но сходные по содержанию нарушения психики.

Следует подчеркнуть, что подавляющее большинство форм неэпилептических пароксизмов сопряжено с возникновением у ребенка в будущем трудностей школьного обучения. У них отмечаются нарушения активного внимания, а в отдельных случаях – зрительно-моторной координации, визуального линейного, понятийного логического и понятийного интуитивного мышления. Следовательно, эти дети нуждаются в целенаправленном медико-психолого-педагогическом сопровождении.

### **Заключение**

Результаты проведенного исследования позволили сделать следующие выводы:

1. Аффективно-респираторные приступы сочетаются с наиболее выраженными нарушениями психического развития по сравнению с другими неэпилептическими пароксизмальными состояниями. Они сопряжены с выраженными нарушениями динамического праксиса, номинативной функции речи, активного внимания, зрительно-моторной координации,

визуального линейного мышления, понятийного логического мышления, понятийного интуитивного мышления и, как следствие, выраженными трудностями обучения в школе. Так как у детей с аффективно-респираторными приступами нарушения раннего развития отмечались в наибольшем проценте случаев по сравнению детьми с другими неэпилептическими пароксизмами, можно предположить, что у больных с данной патологией и пароксизмы, и нарушения раннего развития являются общим следствием органического поражения головного мозга.

2. У детей, перенесших в анамнезе фебрильные судороги, выявлены легкие нарушения динамического праксиса, номинативной функции речи, понятийного интуитивного мышления, умеренные нарушения зрительно-моторной координации, понятийного логического мышления, выраженные нарушения активного внимания, что нередко приводит к выраженным трудностям обучения в школе.
3. Детей, перенесших судорожный синдром новорожденного, отличают легкие нарушения динамического праксиса, понятийного логического мышления, умеренные нарушения номинативной функции речи, понятийного интуитивного мышления, выраженные нарушения активного внимания и умеренные трудности обучения в школе.
4. Вегетативно-висцеральные пароксизмы не сочетаются с нарушениями мышления у детей. При них не отмечается нарушений раннего развития ребенка. Однако они сопряжены с легкими нарушениями динамического праксиса, номинативной функции речи, активного внимания. Трудности обучения в школе у данной категории испытуемых не отмечаются.
5. У всех детей с неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе отмечаются нарушения активного внимания, динамического праксиса и номинативной функции речи (от легкой до выраженной степени).
6. Дети с неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе нуждаются в целенаправленном медико-психолого-педагогическом сопровождении, в процессе которого должны учитываться специфические особенности их психического развития.

## Литература

1. Алехин А.Н., Туровская Н.Г. Нарушения психического развития у детей при пароксизмальных судорожных состояниях // Педиатр. 2012. № 4. С. 10–12.
2. Алехин А.Н., Туровская Н.Г. Дети с пароксизмальными состояниями в анамнезе: Структура нарушений психического развития и мишени психокоррекционного

Туровская Н.Г. Нейропсихологическая квалификация особенностей психического развития детей с неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 1. С. 77–92.

*Turovskaya N.G. Neuropsychological Qualification of Mental Development Characteristics of Children with Non-Epileptic Paroxysmal Conditions in Anamnesis  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 1, pp. 77–92.*

воздействия // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2013. Т. 47. № 3. С. 124–126.

3. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов. М.: Изд-во Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2002. 512 с.

4. Деларю В.В. Вопросы психиатрии, наркологии и неврологии в диссертационных исследованиях по социологии медицины // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2013. № 3. С. 78–80.

5. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте: учебное пособие для студентов высших учебных заведений. М.: Академия, 2005. 256 с.

6. Конева Е.В., Павлей Л.В., Солондаев В.К. Чувствительность системы психического развития к хроническим заболеваниям ребенка [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2014. Т. 3. № 3. URL: [http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n3/Koneva\\_et\\_al.shtml](http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n3/Koneva_et_al.shtml) (дата обращения: 26.10.2015).

7. Лубовский В.И. Современные проблемы диагностики задержки психического развития [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование PSYEDU.ru. 2012. № 1. URL: <http://psyedu.ru/journal/2012/1/2787.phtml> (дата обращения: 13.08.2015).

8. Лубовский Д.В. Специальная психология и педагогика в современной школе // Психологическая наука и образование. 2015. Т. 20. № 3. С. 79–87. doi:10.17759/pse.2015200309.

9. Нагорская И.А. Нейропсихологические синдромы у детей и подростков, страдающих фармакорезистентными формами фокальной симптоматической эпилепсии. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2014. 43 с.

10. Туровская Н.Г. Психическое развитие детей с неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование PSYEDU.ru. 2015. Т. 7. № 3. С. 82–95. URL: <http://dx.doi.org/10.17759/psyedu.2015070309> (дата обращения: 26.10.2015). doi:10.17759/psyedu.2015070309.

11. Туровская Н.Г. Патология памяти в структуре нарушения психического развития у детей с судорожными пароксизмами в анамнезе // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 3. С. 145–155. doi:10.17759/exppsy.2015080313.

12. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей: методический альбом. М.: Педагогическое общество России, 2002. 96 с.

Туровская Н.Г. Нейропсихологическая квалификация особенностей психического развития детей с неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 1. С. 77–92.

*Turovskaya N.G. Neuropsychological Qualification of Mental Development Characteristics of Children with Non-Epileptic Paroxysmal Conditions in Anamnesis  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 1, pp. 77–92.*

13. Ясюкова Л.А. Методика определения готовности к школе. Прогноз и профилактика проблем обучения в начальной школе: методическое руководство. СПб.: ГМНПП «ИМАТОН», 2002. 208 с.

14. *Cendes F. Febrile seizures and mesial temporal sclerosis // Current Opinion in Neurology. 2004. Vol. 17. № 2. Pp. 161–164. doi: 10.1097/00019052-200404000-00013.*

15. *DiMario F.J.Jr. Breath-holding spells in childhood // Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. 1992. Vol. 146. № 1. Pp. 125–131. doi.org/10.1001/archpedi.1992.02160130127035.*

16. *DiMario F.J.Jr., Burleson J.A. Behavior profile of children with severe breath-holding spells // The Journal of Pediatrics. 1993. Vol. 122. № 3. Pp. 488–491. doi.org/10.1016/S0022-3476(05)83446-8.*

17. *Ellenberg J.H., Nelson K.B. Febrile seizures and later intellectual performance // Archives of Neurology. 1978. Vol. 35. № 1. Pp. 17–21. doi.org/10.1001/archneur.1978.00500250021004.*

18. Febrile seizures and mesial temporal sclerosis: No association in a long-term follow-up study / Tarkka R. [et al.] // *Neurology. 2003. Vol. 60. № 2. Pp. 215–218.*

19. *Shinnar S., Glauser T.A. Febrile Seizures // Journal of Child Neurology. 2002. Vol. 17. № 1. Pp. 44–45. doi: 10.1177/08830738020170010601.*

20. *Verity C.M. Long-term intellectual and behavioral outcomes of children with febrile convulsions // New England Journal of Medicine. 1998. Vol. 338. № 24. Pp. 1723–1728. doi.org/10.1056/NEJM199806113382403.*

21. *Wong M., Ess K., Landt M. Cerebrospinal fluid neuron-specific enolase following seizures in children: Role of etiology // Journal of Child Neurology. 2002. Vol. 17. № 4. Pp. 261–264. doi: 10.1177/088307380201700404.*

22. *Ying-Chao C., Chao-Ching H., Song-Chei H. Long-term Neuroplasticity Effects of Febrile Seizures in the Developing // Chang Gung Med J. 2008. Vol. 31. № 2. Pp. 31–33.*

# Neuropsychological Qualification of Mental Development Characteristics of Children with Non-Epileptic Paroxysmal Conditions in Anamnesis

**Turovskaya N.G.,**

*PhD in psychology, Associate Professor of the General and Clinical Psychology Department, The Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia, turovskayanata@mail.ru*

---

The article deals with the research results into peculiarities of mental development of children with certain non-epileptic paroxysmal conditions in the past medical history. Participants of the research were 107 children from 6 to 10 years old and their parents. Clinical, biographical and experimental psychological methods were used. The empirical study has showed that affect-respiratory attacks combines with the most pronounced mental functions disorders (including thinking and active attention) comparing to other non-epileptic paroxysmal conditions. Children with febrile spasms in anamnesis have from low to medium degree disorders of certain mental functions (including thinking) and strong disorders of active attention. Vegetovisceral seizures don't combine with thinking disorders in children and are associated with a low degree disorder of active attention. Taking into consideration these findings it is possible to reveal the effective psychological ways to help children with the pathology.

**Keywords:** cerebral organic disorders, non-epileptic paroxysmal conditions, mental development disorders, higher mental functions.

---

## References

1. Alekhin A.N., Turovskaya N.G. Narusheniya psikhicheskogo razvitiya u detei pri paroksizmal'nykh sudorozhnykh sostoyaniyakh. *Pediatr*, 2012, no. 4, pp. 10–12.
2. Alekhin A.N., Turovskaya N.G. Deti s paroksizmal'nymi sostoyaniyami v anamneze: Struktura narushenii psikhicheskogo razvitiya i misheni psikhokorreksionnogo vozdeistviya. *Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta*, 2013. Vol. 47, no. 3, pp. 124–126.

3. *Bleikher V.M., Kruk I.V., Bokov S.N.* Klinicheskaya patopsikhologiya: rukovodstvo dlya vrachei i klinicheskikh psikhologov. Moscow: Izdatel'stvo Moskovskogo psikhologosotsial'nogo instituta; Voronezh: publ. NPO "MODEK", 2002. 512 p.

4. *Delaryu V.V.* Voprosy psikiatrii, narkologii i nevrologii v dissertatsionnykh issledovaniyakh po sotsiologii meditsiny. Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva, 2013, no 3, pp. 78–80.

5. *Zavadenko N.N.* Giperaktivnost' i defitsit vnimaniya v detskom vozraste: uchebnoe posobie dlya studentov vysshikh uchebnykh zavedenii. Moscow: Akademiya, 2005. 256 p.

6. *Koneva E.V., Pavlei L.V., Solondaev V.K.* Chuvstvitel'nost' sistemy psikhicheskogo razvitiya k khronicheskim zabolevaniyam rebenka [Elektronnyi resurs]. Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya, 2014. Vol. 3, no. 3. Available at: [http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n3/Koneva\\_et\\_al.shtml](http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n3/Koneva_et_al.shtml) (Accessed 26.10.2015).

7. *Lubovskii V.I.* Sovremennye problemy diagnostiki zaderzhki psikhicheskogo razvitiya [Elektronnyi resurs]. Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie PSYEDU.ru., 2012, no. 1. Available at: <http://psyedu.ru/journal/2012/1/2787.phtml> (Accessed 13.08.2015).

8. *Lubovskii D.V.* Spetsial'naya psikhologiya i pedagogika v sovremennoi shkole. Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie, 2015. Vol. 20, no. 3, pp. 79–87.

9. *Nagorskaya I.A.* Neiropsikhologicheskie sindromy u detei i podrostkov, stradayushchikh farmakorezistentnymi formami fokal'noi simptomaticheskoi epilepsii. Avtoref diss. kand. psikhol. nauk. Moscow, 2014. 43 p.

10. *Turovskaya N.G.* Psikhicheskoe razvitie detei s neepilepticheskimi paroksizmal'nymi sostoyaniyami v anamneze [Elektronnyi resurs]. Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie PSYEDU.ru, 2015, vol. 7, no. 3, pp. 82–95. Available at: <http://dx.doi.org/10.17759/psyedu.2015070309> (Accessed 26.10.2015).

11. *Turovskaya N.G.* Patologiya pamyati v strukture narusheniya psikhicheskogo razvitiya u detei s sudorozhnyimi paroksizmami v anamneze. Eksperimental'naya psikhologiya, 2015, vol. 8, no. 3, pp. 145–155.

12. *Tsvetkova L.S.* Metodika neiropsikhologicheskoi diagnostiki detei: metodicheskii al'bom. Moscow: Pedagogicheskoe obshchestvo Rossii, 2002. 96 p.

13. *Yasyukova L.A.* Metodika opredeleniya gotovnosti k shkole. Prognoz i profilaktika problem obucheniya v nachal'noi shkole: metodicheskoe rukovodstvo. St Petersburg: GMNPP "IMATON", 2002. 208 p.

14. *Cendes F.* Febrile seizures and mesial temporal sclerosis. Current Opinion in Neurology, 2004. Vol. 17, no. 2, pp. 161–164.

Туровская Н.Г. Нейропсихологическая квалификация особенностей психического развития детей с неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 1. С. 77–92.

*Turovskaya N.G. Neuropsychological Qualification of Mental Development Characteristics of Children with Non-Epileptic Paroxysmal Conditions in Anamnesis  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 1, pp. 77–92.*

15. *DiMario F.J.* Breath-holding spells in childhood. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1992. Vol. 146, no. 1, pp. 125–131.

16. *DiMario F.J.Jr., Burleson J.A.* Behavior profile of children with severe breath-holding spells. *The Journal of Pediatrics*, 1993. Vol. 122, no. 3, pp. 488–491.

17. *Ellenberg J.H., Nelson K.B.* Febrile seizures and later intellectual performance. *Archives of Neurology*, 1978. Vol. 35, no. 1, pp. 17–21.

18. Febrile seizures and mesial temporal sclerosis: No association in a long-term follow-up study. *Tarkka R., et al. Neurology*, 2003. Vol. 60, no. 2, pp. 215–218.

19. *Shinnar S., Glauser T.A.* Febrile Seizures. *Journal of Child Neurology*, 2002. Vol. 17, no 1, pp. 17–44.

20. *Verity C.M., Greenwood R., Golding J.* Long-term intellectual and behavioral outcomes of children with febrile convulsions. *New England Journal of Medicine*, 1998. Vol. 338, no. 24, pp. 1723–1728.

21. *Wong M., Ess K., Landt M.* Cerebrospinal fluid neuron-specific enolase following seizures in children: Role of etiology. *Journal of Child Neurology*, 2002. Vol. 17, no. 4, pp. 261–264.

22. *Ying-Chao C., Chao-Ching H., Song-Chei H.* Long-term Neuroplasticity Effects of Febrile Seizures in the Developing. *Chang Gung Med J.*, 2008. Vol. 31, no. 2, pp. 31–33.