

به نام خدا

جلسه آموزش مجازی دانشجویان دکترای روان شناسی

درس آسیب شناسی روانی

اردیبهشت ۱۳۹۹

دکتر اصغر آقایی

اختلالات عصبی – شناختی (نوروکognیتیو)

(Neurocognitive Disorders)

اکثر اختلالاتی که در DSM-۵ مطرح گردیده است ظاهراً ریشه های روان شناختی (پسیوکولوژیک) دارند اما اختلالات نوروکognیتیو (عصبی / شناختی) ریشه در آسیب یا ناهنجاری اندام های بیولوژیک و سیستم عصبی دارند یعنی اندام هایی که شناخت و رفتار را می سازند. آسیب یا تخریب فرسایشی ممکن است در اثر بیماری، صدمه فیزیکی (مثل جراحی مغزی) یا آمادگی ژنتیک باشد که باعث تغییرات غیرقابل برگشت در مغز و دستگاه عصبی مرکزی می شود. طبق تعریف اختلالات عصبی / شناختی علت های نوروکولوژیک (بیولوژیک) دارند و اغلب در اثر عدم تعادل شیمیایی مغز و دستگاه عصبی مرکزی، یا آسیب مستقیم یا غیر مستقیم به بافت مغز به وجود می آیند.

شناخت یا Cognition

یک فعالیت ذهنی است که در ذهن افراد روی می دهد تا آنها بتوانند اطلاعات حسی را پردازش کنند و معنای آنها را دریابند و ذخیره کنند همچنین به آنها کمک کند تا برای کارهایی که می خواهند

انجام دهند نقشه بکشند و برنامه ریزی کنند. تعریف دیگر شناخت عبارتست از نحوه تفکر و عملکرد سطوح بالاتر مغز انسان.

حافظه

حافظه یکی از عملکردهایی است که ظاهراً بیشتر از هر عملکرد دیگری در اختلالات عصبی / شناختی آسیب می بیند. نقص یا مشکل اصلی در اختلالات عصبی / شناختی ، یادگیری و نگهداری اطلاعات جدید است . به همین دلیل است که افراد مبتلا رویدادهای ۲۰ سال پیش را به یاد می آورند ولی آنچه را که امروز صبح روی داده است را نمی توانند به یاد بیاورند.

(information processing) پردازش اطلاعات

آهسته شدن پردازش اطلاعات ممکن است دلیل اصلی نیاز افراد مبتلا به اختلالات عصبی / شناختی به زمان یا تکرار بیشتر برای یادگیری اطلاعات جدید باشد

توجه و تمرکز (attention and focus)

توجه و تمرکز ممکن است در اختلالات عصبی / شناختی دچار نقص شوند. در این صورت شخص به راحتی حواسش پرت می شود و مولتی تسکینگ multitasking برایش دشوار می شود. مولتی تسکینگ یعنی چند کار را با هم انجام دادن.

عملکردهای اجرایی (executive function)

عملکردهای اجرایی عبارتند از مهارتهایی که در حل مساله ، برنامه ریزی و اقدام به رفتار هدفمند به کار می روند. به عبارت دیگر تعدادی از فرآیندهای شناختی که سایر فرآیندهای مغزی را فعال ، منسجم و مدیریت می کنند، عملکردهای اجرایی نامیده می شوند.

مهارت های ادراک بصری (visual perceptual skills)

عبارتند از ادراک یا بازشناسی ساده اشیا و همچنین حس جهت یابی در مکان(فضا).در اختلالات عصبی / شناختی این مهارت ها دچار نقص می شود و در فعالیت های مختلف اختلال به وجود می آورند.

سیالی کلامی (verbal fluency)

یعنی توانایی پیدا کردن کلمات به سرعت و به آسانی . افراد مبتلا به اختلالات عصبی / شناختی از این که کلمه “نوک زبانشان است” اما آن را به یاد نمی آورند ناراحتند.

هوش کلی (general intelligence)

افراد مبتلا به اختلالات عصبی / شناختی می گویند که احساس می کنند “کندذهن تر” شده اند. هوش کلی معمولا تحت تاثیر این اختلالات قرار نمی گیرد اما چون عملکردهایی مثل حافظه ، استدلال و ... ممکن است کند شوند بنابراین هوشبهر یا IQ که از ترکیب نمرات خرده آزمونهای هوش برای عملکردهای ذهنی مستقل به دست می آید ممکن است به مرور زمان کاهش یابد.

خلق و شخصیت

اختلالات عصبی / شناختی علاوه بر ایجاد نقص در عملکرد شناختی ممکن است در مود و شخصیت نیز تاثیر بگذارد. در این صورت فرد ممکن است در شخصیت و رفتار خود تغییرات بنیادی نشان دهد.

اختلالات عصبی / شناختی در DSM-5

اختلالات این طبقه تشخیصی در DSM-IV در طبقه‌ی دلیریوم، دمانس و سایر اختلالات نسیانی و شناختی قرار گرفته‌اند.

اختلالات عصبی / شناختی یک طبقه بندی جدیدی در DSM-5 هستند و عبارتند از:

۱- اختلال نوروکوگنیتیو خفیف

۲- اختلال نوروکوگنیتیو عمده

۳- دلیریوم.

اختلال آمستیک (amnesic disorder) مطرح در DSM-IV حذف شده و جای خود را به اختلال نوروکوگنیتیو عمده به علت یک عارضه پزشکی دیگر داده است.

دمانس نیز حذف شده و جای خود را به اختلال نوروکوگنیتیو عمده داده است. البته اصطلاح دمانس هنوز در DSM-5 به کار می رود، به دو دلیل:

- ۱- کنار گذاشتن ناگهانی آن باعث قطع رابطه بین DSM-5 و نسخه های قبلی DSM می شود.
 - ۲- بسیاری از پزشکان، روان پزشکان، و روان شناسان به این اصطلاح عادت کرده اند و می توانند به استفاده از آن ادامه دهند.
- اما، اصولاً، به جای اصطلاح دمانس، باید اصطلاح اختلال نوروکوگنیتیو (neurocognitive disorder) یا به اختصار، (NCD) به کار رود. برای مثال، نام جدید اختلال دمانس واسکولار، اختلال نوروکوگنیتیو واسکولار است.



اختلال نوروکوگنیتیو خفیف mild neurocognitive disorder

افت خفیف در کیفیت عملکرد یک یا چند زمینه شناختی (کوگنیتیو). فرد برای حفظ استقلال خود

ممکن است به استراژی های جبرانی نیاز داشته باشد. مثلا به کسی پول بدهد تا کارهای ذهنی پیچیده را برایش انجام دهد.

معیارهای DSM-۵ برای اختلال نوروکognیتیو خفیف

- A: شواهد نشان می دهند که فرد در مقایسه با سطح عملکرد سابق در یک یا چند زمینه شناختی ، به افت شناختی خفیف دچار شده است. این شواهد براساس دو عامل زیر قرار دارند :
- ۱- خود فرد یا یک نفر آشنا و آگاه به وضعیت یا پزشک معالج معتقد است که عملکرد ذهنی افت خفیف داشته است.
- ۲- افت عملکرد فرد با آزمایش های نوروپسیکولوژیک استاندارد شده یا با یک تکنیک سنجشی معتبر دیگر ثبت شده است.
- B: نقص های شناختی به اندازه کافی شدید نیستند که دراستقلال فرد اختلال به وجود آورند.
- C: نقص ها شناختی صرفا و منحصرأ به هنگام ابتلای فرد به دلیریوم روی نمی دهند.
- D: نمی توان نقص های شناختی را به یک اختلال ذهنی دیگر نسبت داد. (مثلا اختلال افسردگی عمده ، اسکیزوفرنی)

اختلال نوروکognیتیو عمده major neurocognitive disorder

افت شدید در کیفیت عملکرد یک یا چند زمینه شناختی (کognیتیو) . شدت این نقص باعث می شود که فرد نتواند زندگی مستقل داشته باشد.

معیارهای DSM-۵ برای اختلال نوروکognیتیو عمده

- A: شواهد نشان می دهند که فرد در مقایسه با سطح عملکرد سابق در یک یا چند زمینه شناختی ، به افت شناختی شدید دچار شده است. این شواهد براساس دو عامل هستند:
- ۱- خود فرد یا یک نفر آشنا و آگاه به وضعیت یا پزشک معالج معتقد است که عملکرد ذهنی افت شدید داشته است.
- ۲- افت شدید عملکرد فرد با آزمایش های نوروپسیکولوژیک استاندارد شده یا با یک تکنیک سنجشی معتبر دیگر ثبت شده است.

- B: نقص های شناختی استقلال فرد در انجام دادن فعالیتهای روزمره را مختل می سازد.
- C: نقص ها شناختی صرفا و منحصر را به هنگام ابتلای فرد به دلیریوم روی نمی دهند.
- D: نمی توان نقص های شناختی را به یک اختلال روانی دیگر نسبت داد. (مثلا اختلال افسردگی عمده ، اسکیزوفرنی)

شیوع اختلال نوروکوگنییتیو عمده

شیوع اختلال نوروکوگنییتیو عمده حدود ۱٪ تا ۲٪ در ۶۵ سالگی و حدود ۳۰٪ در ۸۵ سالگی و بالاتر است.

دلیریوم (delirium)

حالتی حاد از سردرگمی و گیجی است که در آن هوشیاری (آگاهی) فرد به شدت افت می کند . حتی ممکن است حس زمان و مکان را نیز از دست بدهد و مهارتهای توجهی او دچار نقص می شوند . دلیریوم ممکن است به هنگام اختلال نوروکوگنییتیو خفیف یا عمده نیز مشاهده شود اما به طور مستقل نیز ظاهر می شود.

وجه تمایز دلیریوم از اختلال نوروکوگنییتیو خفیف و عمده:

- ۱- سرعت شروع: دلیریوم معمولا به سرعت در عرض چند ساعت و یا چند روز به وجود می آید اما اختلال نوروکوگنییتیو در یک زمان طولانی (چند ماه تا چند سال) روی می دهد.
- ۲- علت: کلید اصلی تشخیص دلیریوم این است که به دنبال یک علت پشت پرده بگردید . مثلا تب شدید، کمبود شدید آب بدن یا گرسنگی به مدت زیاد، عوارض جانبی داروها و با درمان بیماری فیزیکی و یا قطع داروهای تجویزی ممکن است فرد به حالت اول برگردد اما اختلال نوروکوگنییتیو به علت آسیب مغز روی می دهد و غیر قابل درمان است.

۳- نوع تغییرات:

دلیریوم می تواند با تغییر در تفکر و ادراک ارتباط داشته باشد بیمار ممکن است هاپیر اکتیو یا کاملا نافعال باشد. گاهی ممکن است رفتار فرد در طول روز چند بار تغییر کند.(نوسان رفتاری)

معیارهای DSM-۵ برای دلیریوم

- A: توانایی فرد در توجه به محیط مختل می شود.
- B: این ناراحتی در عرض یک مدت کوتاه به وجود می آید.
- C: در یکی از زمینه های کوگنیتیو نیز تغییراتی مشاهده می گردد. (مثلا حافظه افت می کند).
- D: علت ناراحتی قید شده در معیارهای A و C یک اختلال نوروکوگنیتیو از قبل موجود، تثبیت شده یا در حال تحول و تثبیت نیست و به هنگام کاهش شدید سطح برانگیختگی (کما) روی نمی دهد.
- E: شواهد موجود در سابقه فرد نشان می دهند که این ناراحتی محصول یکی از موارد زیر است :
- نتیجه فیزیولوژیک و مستقیم یک عارضه پزشکی دیگر، مسمومیت با مواد یا سندروم پرهیز از مواد، یا قرار گرفتن در معرض یک ماده سمی یا به علت چند عامل همزمان.

انواع فرعی (ساب تایپ ها):

- دلیریوم ناشی از مسمومیت با مواد
 - دلیریوم ناشی از ترک مواد
 - دلیریوم ناشی از داروهای تجویزی
 - دلیریوم ناشی از سایر عارضه های پزشکی
 - دلیریوم ناشی از علل متعدد
- وجه تمایز اختلالات نوروکوگنیتیو با سایر اختلالات DSM-۵ این است که تنها اختلالاتی هستند که بیماری پشت پرده و همچنین علت آنها قابل شناسایی است. بر این اساس انواع فرعی این اختلالات بر اساس علت آنها تعیین شده اند.

انواع فرعی اختلالات نوروکوگنیتیو اختلال نوروکوگنیتیو عمده یا خفیف ناشی از ...



اختلال نوروکوگنیتیو عمده یا خفیف ناشی از بیماری آلزایمر

major or mild neurocognitive disorder due to Alzheimer's disease

کسانی هستند که به علت بیماری آلزایمر به اختلال نوروکوگنیتیو مبتلا شده اند. ویژگی های اصلی عبارتند از :

شروع موزیانه (گسترده شدن تدریجی ، بدون نشانه های ظاهری، اما با تخریب شدید) و پیشرفت تدریجی سمپتوم های شناختی و رفتاری. معمولی ترین علامت فراموشی است . بعضی علائم غیر معمولی تر عبارتند از آفازیای دیداری – فضایی .

آلزایمر چیست

آلزایمر رایج ترین نوع اختلال نوروکوگنیتیو عمده است که در آن آسیب عصبی ممکن است ۲۰ تا ۳۰ سال پیش از شروع اولین سمپتوم های ظاهری آغاز شده باشد. آلزایمر ممکن است به صورت نقص های پیشرونده در حافظه کوتاه مدت سمپتوم های آفازیا (زبان پریشی) ، آپراکسیا (کنش پریشی) و آگنوسیا (ادراک پریشی)، قضاوت ضعیف ، نقص در تصمیم گیری و سردرگمی نشان داده شود.

اولین سمپتوم های این بیماری عبارتند از : تحریک پذیری، عدم تمرکز حواس، اختلالات مهم در حافظه کوتاه مدت مثل فراموش کردن غذای در حال پخت یا از یاد بردن دیگران، سرانجام افراد ممکن است

توانند معلومات عمومی و اساسی را به یاد آورند ، آنها شب و روز را اشتباه می گیرند و در مکان های آشنا راه خود را گم می کنند. بسیار از بیماران تغییر شخصیت نیز نشان می دهند. سرانجام ممکن است از لحاظ فیزیکی به اندازه ای ضعیف شوند که نتوانند از رختخواب بیرون بیایند . به طور متوسط بعد از بروز اولین سمپتوم ها ۸ تا ۱۰ سال طول می کشد تا فرد مبتلا به آلزایمر از دنیا برود. عوامل خطر شناخته شده برای این بیماری عبارتند از : ۱- سن ۲- جنس (در زنان بیشتر) ۳- ژنتیک ۴- سابقه نفص های شناختی در خانواده ۵- سابقه آسیب به سر ۶- تحصیلات پایین

اختلال نوروکوگنیتیو فرانتوتمپورال عمده یا خفیف

MAJOR OR MILD FRONTOTEMPORAL NEUROCOGNITIVE DISORDER

به علت از بین رفتن نورون ها در کورتکس پیشانی و گیجگاهی روی می دهد . این بیماری از اواسط ۵۰ سالگی تا اوایل ۶۰ سالگی شروع می شود و مبتلایان به آن در عرض ۵ تا ۱۰ سال بعد از دیاگنوز می میرند.

سمپتوم ها عبارتند از:

- ۱- بی قید و بندی رفتاری
- ۲- بی علاقگی یا بی حوصلگی
- ۳- از دست دادن همدلی یا دلسوزی
- ۴- رفتارهای تکراری، کلیشه ای
- ۵- هاپیر اورالیتی (گذاشتن اشیای غیر خوراکی در دهان)
- ۶- افت آشکار در شناخت اجتماعی و یا فراشناخت

اختلال نوروکوگنیتیو عمده یا خفیف با اجسام لوئی

MAJOR OR MILD NEUROCOGNITIVE DISORDER WITH LEWY BODIES

لوئی بادی ها یا اجسام لوئی توده های پروتئینی هستند که در داخل سلول های عصبی مغز تشکیل می شوند و مغز را به تدریج تخریب می کنند. این بیماری با سمپتوم هایی شبیه به بیماری آلزایمر و پارکینسون است.

ویژگی های تشخیص اصلی آن عبارتند از :

۱- شناخت پرنوسان با واریانس های شدید در توجه و گوش به زنگی

۲- توهّمات بصری مکرر ، شفاف و دقیق

۳- ویژگی هایی شبیه به ویژگیهای اختلال پارکینسون (مثلا لرزش ، حرکات فیزیکی نامنظم و ...)

۴- معیارهای اختلال رفتار خواب REM

اختلال نوروکognیتیو واسکولار عمده یا خفیف

major or mild vascular neurocognitive disorder

این اختلال زمانی روی می دهد که دستگاه واسکولار (عروقی) مسدود و یا بیمار می شود و جریان تغذیه و اکسیژن رسانی خون به مغز را مختل می کند. اصطلاح واسکولار به رگهای خونی اشاره دارد. این بیماری با سمپتوم های پزشکی همراه است مثل : بیهوشی های مکرر- مشکلات قلبی عروقی ، فشار خون بالا، مشکلات کلیوی و ...

اختلال نوروکognیتیو عمده یا خفیف ناشی از آسیب مغزی تروماتیک

major or mild neurocognitive disorder due to traumatic mrain injury

آسیب مغزی تروماتیک به این صورت تعریف می شود: ترومای مغزی با ویژگی های خاص که حداقل یکی از موارد زیر را شامل می شود : بیهوش شدن، فراموشی بعد از تروما، سرگیجه و سردرگمی و یا در موارد شدیدتر:

علائم نورولوژیک، از دست دادن میدان بینایی، آنوسمیا (از دست دادن حس بویایی) همی پارسیس (فلج شدن نصف بدن) .

اختلال نوروکognیتیو برای قابل انتساب بودن به آسیب مغزی تروماتیک باید بلافاصله بعد از آسیب مغزی حضور داشته باشد.

انواع آسیب های مغزی

آسیب های مغزی سه نوع هستند:

۱- concussion (تصادم):

یعنی ضربه یا آسیب خفیف به مغز که معمولاً بر اثر برخورد یک شی جامد و محکم به جمجمه به وجود می آید. بعضی مویرگ های مغز پاره می شوند و جریان خون و سایر عملکردهای مغز ممکن است به طور موقت مختل شوند. فرد ممکن است گیج و حتی بیهوش شود. سمپتوم ها معمولاً زود گذر هستند.

۲- contusion (کوفتگی)

در کانتوژن نیروی وارده به جمجمه باعث می شود مغز اندکی تغییر مکان دهد و طرف دیگر آن، جایی که در تماس مستقیم با ضربه نبوده است، آسیب ببیند. فرد ممکن است چند ساعت یا چند روز بیهوش شود.

۳- Laceration (پارگی)

در کانکاشن و کانتوژن جمجمه صرفاً ضربه می بیند به همین دلیل آنها را آسیب جمجمه بسته می نامند اما در لاسریشن جمجمه می شکند یا شکاف بر میدارد و یا سوراخ می شود. به همین علت آن را آسیب جمجمه باز نیز می نامند که در آن بافت مغز پاره می شود و این کار را معمولاً یک جسم خارجی با عبور از جمجمه انجام می دهد. اگر شی عبور کرده از جمجمه وارد مغز هم بشود فرد ممکن است بمیرد.

اختلال نورو کوگنیتیو عمده یا خفیف ناشی از ماده / دارو

substance/medication-induced major or mild neurocognitive disorder

استفاده از مواد روان گردان می تواند به اختلالات نورو کوگنیتیو منجر شود. مواد مخدر در سیستم عصبی تاثیر می گذارند. اگر فرد مصرف ماده را متوقف کند پیشرفت اختلال متوقف خواهد شد.

اختلال نورو کوگنیتیو عمده یا خفیف ناشی از عفونت HIV

major or mild neurocognitive disorder due to HIV infection

اکثر مبتلایان به ایدز از سمپتوم های دمانس رنج می برند. بعضی از این سمپتوم ها عبارتند از ناتوانی در تمرکز حواس و انجام دادن کارهای ذهنی سریالی. حواس پرتی، فراموش کاری، ناتوانی در قضاوت صحیح و افسردگی و اضطراب.

اختلال نورو کوگنیتیو عمده یا خفیف ناشی از بیماری پریون

major or mild neurocognitive disorder due to prion disease

پریون یک عامل عفونت زاست و از پروتئینی با تاشدگی غیرعادی ساخته می شود . بیماری ناشی از پریون می تواند منجر به اختلالات نورو کوگنیتیو عمده یا خفیف شود. بیماری پریون یک دوره نهفتگی ۱۰ تا ۱۵ ساله دارد اما در عرض ۴ ماه بعد از آشکار شدن سمپتوم ها بیمار ممکن است فوت کند.

مهم ترین انواع این بیماری ها عبارتست از: بیماری جنون گاوی در احشام و بیماری کروتسفالت –

جاکوب در انسان که علائم آن عبارتند از تغییر در خلق، هیجان و رفتار . بعد از مدتی فرد به اختلال در حافظه دچار می شود و تمرکز حواس خود را از دست می دهد و زمان و مکان را نمی تواند به خوبی ادراک کند . نقص در سیالی کلامی بازشناسی چهره ای، توانایی حافظه و عملکرد اجرایی. دمانس سریع در این اختلال در اثر پریون یا تجمع پروتئینی در اطراف مغز به وجود می آید.

اختلال نورو کوگنیتیو عمده یا خفیف ناشی از بیماری پارکینسون

major or mild neurocognitive disorder due to Parkinson's disease

پارکینسون نوعی سمپتوم نورولوژیک تدریجی است که بر حرکاتی مثل راه رفتن ، حرف زدن و نوشتن تاثیر می گذارد و در ۴۰ تا ۶۰ درصد افراد مبتلا ، اختلالات روانی ایجا د می کند.

سمپتوم های اصلی پارکینسون عبارتند از :

(۱) لرزش

(۲) برادیکنسیا (bradykinesia) یا کند شدن حرکات

(۳) سفتی یا خشکی ماهیچه ها

(۴) عدم تعادل یا عدم هماهنگی حرکتی

بیماری پارکینسون در اثر آسیب قسمتی از گره های پایه مغز به نام ماده سیاه به وجود می آید. که سلول های آن دوپامین تولید می کنند. دوپامین، پیامهای عصبی را به قسمت هایی از مغز که حرکت را کنترل و هماهنگ می کنند می رساند. از بین رفتن این سلول ها باعث می شود این بخش از مغز عملکرد عادی نداشته باشد.

افراد مبتلا به پارکینسون مشکلات حافظه پیدا می کنند و در یادگیری، قضاوت و تمرکز حواس نقص نشان می دهند و همچنین از لحاظ اجتماعی منزوی و بی اعتنا می شوند. افراد مبتلا علاوه بر سمپتوم های شناختی سمپتوم های سایکوز و افسردگی نیز نشان می دهند. در ۱۴ تا ۱۶ درصد این افراد هالوسینیشن به وجود می آید و روان شناسان آن را بیشتر معلول داروهای مصرفی می دانند.

اختلال نورو کوگنیتیو عمده یا خفیف ناشی از بیماری هانتینگتون

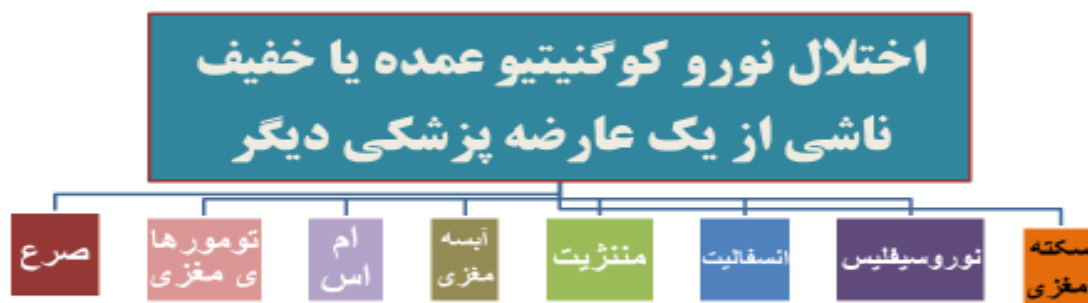
major or mild neurocognitive disorder due to Huntington's disease

بیماری هانتینگتون نوعی اختلال ارثی و نادر است که دستگاه عصبی مرکزی را تخریب می کند و در اثر یک ژن غالب به وجود می آید. این بیماری یک نوع اختلال حرکتی است. سمپتوم های آن عبارتند از : سمپتوم های عاطفی ، نقص های شناختی ، بی نظمی شخصیتی، خشونت طلبی، از دست دادن عقل سلیم در اوایل بیماری ، هالوسینیشن ، دلوژن، رفتارهای عجیب و غریب ، رفتارهای وسواسی ، افسردگی و اسکیزوفرنی

اختلال نورو کوگنیتیو عمده یا خفیف ناشی از یک عارضه پزشکی دیگر

major or mild neurocognitive disorder due to another medical condition

تعدادی از عارضه های پزشکی دیگر می توانند به اختلالات نورو کوگنیتیو منجر شوند . مثل سکتة مغزی ، صرع ، ام اس .



سکته مغزی (stroke)

آسیب به بافت مغزی ممکن است در اثر سکته مغزی به وجود آید . سکته مغزی حادثه یا آسیب مغزی – عروقی نیز نامیده می شود و در اثر مسدود شدن یا پاره شدن رگ های خونی مغز به وجود می آید و به دو شیوه کلی تعریف می شود : انفارکتوس و هموراجی .

انفارکتوس زمانی است که جریان خون در مغز به دلیلی قطع می شود و قسمتی از بافت مغز می میرد.معمولا در خواب روی می دهد و بعد از بیدار شدن از خواب فرد می بیند که فلج شده است. **هموراجی** زمانی است که یکی از رگهای مغزی پاره می شود و در بافت قسمتی از مغز اثر می گذارد.

شایع ترین علت انفارکتوس آمبولی یا ترومبوز است.

آمبولیسم مغزی زمانی روی می دهد که یک لخته خون در جایی از بدن تشکیل و به از طریق رگ های خونی به مغز می رسد و باعث می شود اکسیژن کافی به سلول های مغز نرسد. ترومبوز مغزی زمانی روی می دهد که در یکی از رگ هایی که به مغز خون می رسانند یک لخته تشکیل شود و در نتیجه اکسیژن کافی به سلول های مغز نمی رسد. خون ریزی مغزی گاهی به علت فشارخون بالا به وجود می آید . فشار خون معمولا به علت آنوریسم به

وجود می آید.

آنوریسم عبارتست از یک برآمدگی بادکنک مانند و پر از خون در دیواره رگ.

سمپتوم های سکته مغزی عبارتند از :

بی حسی ، ضعف یا فلج در یک طرف بدن ، حرف زدن نامنظم یا ناتوانی در یافتن کلمات یا درک حرف های دیگران ، بینایی مبهم به طور ناگهانی یا نابینا شدن ، سردرد گمی ، ناتوانی در کنترل حرکات و سردرد شدید.

رایج ترین سمپتوم های بلند مدت سکته عبارتند از:

آفازیا(زبان پریشی) ، آگنوسیا (ادراک پریشی)، فلج.

نوروسیفلیس

بیماری سیفلیس را ویروس TP ایجاد می کند که از طریق تماس فیزیکی با یک فرد مبتلا به آن وارد بدن می شود. تقریباً در ۱۰ درصد مبتلایان به سیفلیس ویروس TP به مغز یا سیستم عصبی صدمه می زند و باعث بیماری نوروسیفلیس میشود با نشانه های فلج عمومی ، ضعف عضلانی، تخریب ذهنی و مشکلات گفتاری – زبانی.

انسفالیتیس یا انسفالیت

به عفونت هایی گفته می شود که باعث التهاب مغزی می شوند و علت مستقیم آنها بعضی ویروس ها یا باکتری ها هستند. سمپتوم های آن عبارتند از : تب ، سردرد، خستگی و کوفتگی ، استفراغ، و دلیریوم.

مننژیت

یعنی مجموعه عفونت هایی که باعث التهاب مننژ می شوند. مننژ پرده یا آستری است که مغز و نخاع را می پوشاند. سمپتوم های مننژیت عبارتند از تب، سردرد، خواب آلودگی، سفتی و خشکی گردن ، تحریک پذیری و نقص های شناختی.

آبسه مغزی

نوعی دیگر از عفونت آبسه مغزی است که نوعی التهاب موضعی به حساب می آید. سمپتوم های اولیه

عبارتند از : سردرد، ضعف ماهیچه ها، تغییر در بینایی، دشواری در تعادل، دشواری در هماهنگی حرکتی، حملات تشنجی.

ام اس (اسکلروز چند گانه)

نوعی عارضه نوروکوگنیتیو است که تخریب غلاف های میلین اطراف سلول های عصبی را به همراه می آورد. چون این تخریب ممکن است در هر منطقه ای از مغز یا دستگاه عصبی مرکزی روی دهد ، ام اس می تواند آثار شناختی و رفتاری بسیار زیادی ایجاد کند که از فردی به فرد دیگر متفاوت خواهد بود. برای مثال تاثیر بر عملکرد حرکتی و حسی (مثل نابینایی) و یا کنترل بر اعمال بدنی (عدم کنترل ادرار و مدفوع) و نقص های شناختی (بیشترین نقص ها در حوزه توجه ،حافظه و سرعت پردازش اطلاعات همراه با تغییرات هیجانی و خلقی و افسردگی).

تومورهای مغزی

تومور مغزی یعنی یک غده درون جمجمه ای که از تقسیم غیر عادی و کنترل نشده ی سلول ها به وجود می آید. سمپتوم ها عبارتند از: رفتارهای غیر عادی، تشویش ،نقص در حافظه و توجه و هماهنگی حرکتی ضعیف.

صرع

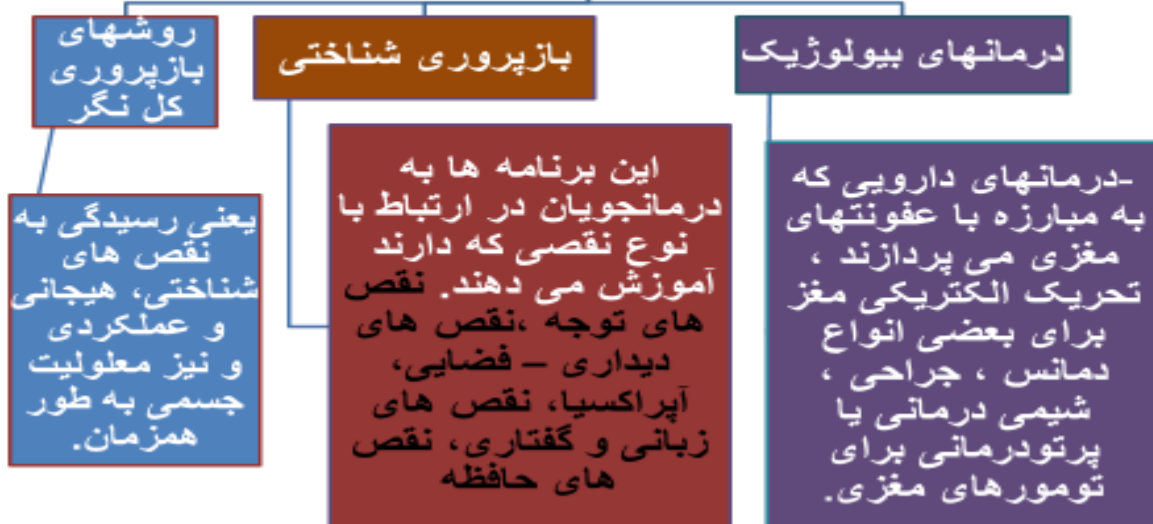
صرع یک اصطلاح عام است که به مجموعه ای از سمپتوم ها اشاره دارد نه یک بیماری خاص. صرع شامل هر گونه اختلال با دو ویژگی اصلی است :

- ۱) دوره متناوب و کوتاه از حالات مختلف هوشیاری (معمولا همراه با تشنج).
- ۲) تخلیه الکتریکی شدید سلول های مغزی .

درمان اختلالات نوروکوگنیتیو

بسیاری از اختلالات نوروکوگنیتیو باعث می شوند که به دستگاه عصبی مرکزی، صدمات و آسیب های غیر قابل جبران وارد شود در نتیجه تلاش برای درمان ، بیشتر حالت بازپروی به خود می گیرد.

درمان اختلالات نورو کوگنیو



درمان های بیولوژیک

رایج ترین آنها درمان های دارویی هستند که اختلالات نورولوژیک را کند یا آهسته می کنند. درمان های دارویی که به مبارزه با عفونتهای مغزی می پردازند، تحریک الکتریکی مغز برای بعضی انواع دمانس، جراحی، شیمی درمانی یا پرتودرمانی برای تومورهای مغزی.

درمان های دارویی: مثل استفاده از بازدارنده های کولین استراز برای افراد مبتلا به آلزایمر خفیف و یا استفاده از ال - دوپا برای کمک به کنترل لرزش و سایر سمپتوم های حرکتی در بیماران پارکینسون و استفاده از داروهای ترومبولیز (لخته درمانی) در درمان سکته مغزی.

تحریک مغزی عمیق (DBS): یک درمان جدید برای بیماری پارکینسون است که در آن دستگاهی به نام محرک عصبی و مجهز به باتری از طریق عمل جراحی در مناطقی از مغز قرار می گیرد و باعث بهبود توانایی های بیماران می گردد.

جراحی، شیمی درمانی و پرتودرمانی: یک روش عادی برای مقابله با تومورها برداشتن آنها با جراحی است. همینطور برای حمله مستقیم به تومور و اجتناب از آسیب به بافت های سالم مغز می توان از شیمی درمانی یا پرتودرمانی استفاده کرد.

بازپروری شناختی

ماهیت و ساختار برنامه های بازپروری شناختی بدون تردید به ماهیت نقص های شناختی فرد وابسته خواهد بود. این برنامه ها به درمان جویان در ارتباط با نوع نقصی که دارند آموزش می دهند (مثلا توجه ، حافظه و عملکردهای اجرایی). این کار ممکن است به صورت تمرین مداوم و زیاد تکالیف باشد. درمان گر همزمان با تلاش درمانجو برای انجام تکالیف به او فیدبک می دهد. استفاده از نرم افزار ها و تکنولوژی های کامپیوتری در سال های اخیر افزایش یافته و سودمندی آنها در کمک به آموزش در بازپروری تایید شده است.

روش های بازپروری شناختی یا نورولوژیک

نقص های توجه: نوع خاصی از آموزش بازپروری نقص های توجه، ATP نام دارد که از تعدادی روش برای تقویت و تشویق توانایی های توجه استفاده می کند. تمرین های موجود در ATP عبارتند از گوش دادن به یک سی دی که کلماتی را بیان می کند و درمان جو با فشاردادن یک دکمه و به صدا در آوردن زنگ به آنها واکنش نشان می دهد. این کار برای تقویت توجه انجام می شود.

نقص های دیداری – فضایی: برای بازپروری کسانی که در اثر اختلالات نوروکوگنیو به نقص های بینایی دچار شده اند چند روش بازپروری طراحی شده است. یکی از آنها برنامه آموزشی با استفاده از کامپیوتر است که به اسکن بصری (اسکن کردن با چشم) کمک می کند.

آپراکسیا: عبارتست از ناتوانی در انجام دادن کارهای هدفمندی که فرد آموخته است. مثل لباس پوشیدن یا آشپزی کردن. یک نوع آموزش بازپروری برای آپراکسیا ، آموزش ژست است که در آن درمان جویان یاد می گیرند کدام ژست ها و حالت های بدنی صحیح و با شرایط محیطی مناسب هستند.

نقص های زبانی و گفتاری: نقص های زبانی و گفتاری به شیوه های مختلف نشان داده می شوند ، از جمله نقص در تولید گفتار، ناتوانی در فهم و درک گفتار و ناتوانی در شروع گفتار. بسیاری از بیماران تحت انواع گفتاردرمانی استاندارد قرار می گیرند تا تولید و فهم زبان تقویت شود.

نقص های حافظه: روشهای درمانی برای مقابله با نقص های حافظه بیشتر بر استراتژی های جبرانی استوار هستند. مثل استفاده از دفترچه یادداشت برای فعالیت های روزانه ، برچسب زدن بر روی کمد ها و کشوها برای یادآوری یا استفاده از اس ام اس و ...

یادگیری بدون اشتباه: روشی است که سودمندی آن برای افراد مبتلا به فراموشی تایید شده است. در این روش از اشتباه کردن افراد به هنگام یادگیری مهارت های جدید یا کسب اطلاعات جدید تا آنجا که امکان دارد جلوگیری می شود. مثلا کمک به درمان جویان برای یافتن کلمات مناسب و استفاده صحیح از آنها برای نام بردن اشیا.

نقص در عملکرد اجرایی (فراشناخت): عملکرد اجرایی یا فراشناخت یعنی استفاده منسجم از چند فرآیند که افراد با آنها به حل مسئله ، برنامه ریزی ، اقدام ، تنظیم و نظارت بر فعالیت های هدفمند می پردازند. نقص در این مجموعه مهارت های منسجم نیاز به آموزش توانایی های مختلف دارد . مثل آموزش حل مسئله.

روش های بازپروری کل نگر

یعنی رسیدگی به نقص های شناختی، هیجانی و عملکردی و نیز معلولیت جسمی به طور همزمان. این رویکردها از این جهت کل نگر هستند که تلاش می کنند افراد را از ناتوانی های خود آگاه سازند و به آنها مهارت های جبرانی یاد می دهند. این روش ها مفیدتر از برنامه های بازپروری نورولوژیک هستند و می توانند جذب فرد در جامعه را سریع تر انجام دهند.