



سرشناسه

عنوان و نام پدیدآور

مشخصات نشر

مشخصات ظاهری

شابک

وضعیت فهرست نویسی

یادداشت

عنوان دیگر

موضوع

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

رده بندی کنگره

رده بندی دبیوی

شماره کتابشناسی ملی

اطلاعات رکورد کتابشناسی

بهرامیان، آلاله، ۱۳۷۱-

مصرف مواد و اختلالات اعتیادآور ویژه آزمون ارتقاء و مورد تخصصی ۱۴۰۳
Kaplan_and_Sadock's_Synopsis_of_Psychiatry 2022/ ترجمه و تلخیص آلاله بهرامیان.

تهران: کاردیا، ۱۴۰۲.

۲۵۸ ص: مصور، جدول، نمودار.

۴۸۱۰۰۰۰ ریال ۷-۶۰-۵۲۱۷-۶۲۲-۹۷۸

فیبا

کتاب حاضر برگرفته از کتاب " Sadock's synopsis of psychiatry, 12th. ed, 2022 & Kaplan " به ویراستاری رابرت جوزف بولند، مارشا ال. وردوین، پدرو روئیز است.

چکیده روانپزشکی بالینی.

سوء مصرف مواد Substance abuse -- Psychological aspects

سوء مصرف مواد -- جنبه‌های روان‌شناسی Psychiatry

روان‌پزشکی Psychiatry -- Examinations, questions, etc.

روان‌پزشکی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها

بولند، رابرت جوزف

Boland, Robert Joseph

وردوین، مارشا ال.

Verduin, Marcia L.

روئیز، پدرو، ۱۹۳۶ - م.

Ruiz, Pedro

کاپلان، هرولد، ۱۹۲۷- م. چکیده روانپزشکی بالینی

سادوک، بنجامین جیمز، ۱۹۳۳ - م. چکیده روانپزشکی بالینی

سادوک، ویرجینیا ا.، ۱۹۳۸ - م. چکیده روانپزشکی بالینی

RC۵۶۴

۸۶۰۶۵۱/۶۱۶

۹۱۱۷۵۶۰

فیبا

مصرف مواد و اختلالات اعتیادآور

ترجمه و تلخیص: دکتر آلاله بهرامیان

ناشر: انتشارات کاردیا

صفحه‌آرا: رزیدنت یار - منیر السادات حسینی

طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار - مهرداد فیضی

چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار

نوبت چاپ: اول ۱۴۰۲

تیراژ: ۵۰ نسخه

شابک: ۷-۶۰-۵۲۱۷-۶۲۲-۹۷۸

بهاء: ۴۸۱،۰۰۰ تومان

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۶۶۴۱۹۵۲۰ - ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۰۸ - ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۱۶ - ۰۲۱ / www.residenttvar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

مصرف مواد و اختلالات اعتیاد آور

ویژه آزمون ارتقاء و بورڈ تخصصی ۱۴۰۳
Kaplan_and_Sadock's_Synopsis_of_Psychiatry 2022

ترجمہ و تلخیص

دکتر آلالہ بہرامیان

بورڈ تخصصی روانپزشکی

رتبہ برتر بورڈ تخصصی کشوری سال ۱۴۰۱

هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود



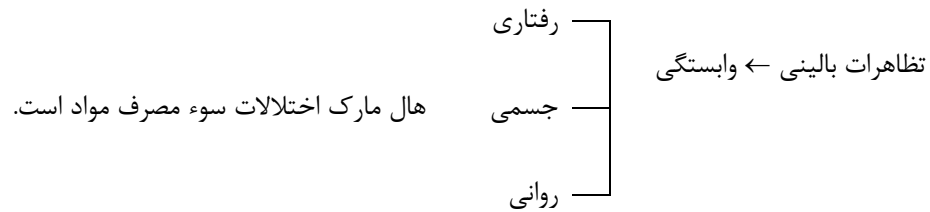
فهرست مطالب

فصل ۱- ویژگی‌های کلی سوء مصرف مواد	۱۱
فصل ۲- Alcohol-Related Disorder	۲۹
فصل ۳- Cannabis-Related Disorders	۶۳
فصل ۴- Opioid-Related Disorder	۷۳
فصل ۵- Sedative, Hypnotic or Anxietic-Related Disorder	۸۹
فصل ۶- Stimulant-Related Disorder	۱۰۱
فصل ۷- Tobacco-Related Disorder	۱۱۵
فصل ۸- Caffeine-Related Disorder	۱۲۷
فصل ۹- Hallucinogen-Related Disorder	۱۴۱
فصل ۱۰- Inhalant-Related Disorder	۱۵۹
فصل ۱۱- Anabolic-Androgenic Steroid (AAS) Use	۱۶۷
فصل ۱۲- Gambling Disorder	۱۷۵
فصل ۱۳- Other Disorders Related to Addictive Disorder	۱۸۵
سؤالات و پاسخنامه	۱۸۹

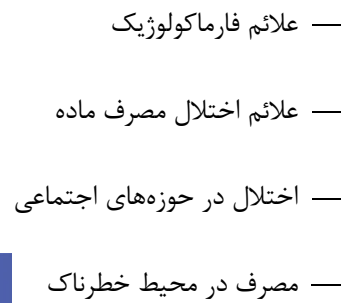
ویژگی‌های کلی سوء مصرف مواد

فصل ۱-۴

Section 4-1



اثر مواد روی فانکشن نیز معمولاً در یکی از ۴ دسته زیر می‌گنجند:





ترمینولوژی ← واژه‌ی dependence ← رفتاری ← رفتار drug-seeking

- فیزیکی ← اثر فیزیولوژیک مصرف مکرر ماده
- روانی ← به معنی habituation یا همان وسوسه شدید به ماده
- واژه addict و addiction ← به نظر معنی آن تنزل داده شده و کانسپت سوء مصرف مواد به عنوان یک اختلال طبی نادیده گرفته است.
- اینترنت و مدیوم‌های محبوب واژه‌ی اعتیاد را با ترم‌هایی مثل chocolate addiction یا TV addiction مبتذل کرده‌اند، اگرچه این ترم همچنان ارزشمند است.



* تشخیص ← ۳ دسته مهم تشخیصی در DSM-5 وجود دارد:

(1) Substance Use Disorder (SUD)

(2) Substance Intoxication

(3) Substance Withdrawal

در ضمن اختلال substance-induced mental disorder در DSM وجود دارد.

فصل ۲-۴

Section 4-2

Alcohol-Related Disorder

سوء مصرف الکل می‌تواند علائم شدید روانشناختی مثل دپرشن، اضطراب و سایکوزیس ایجاد کند.

- تشخیص و تظاهرات بالینی:

الگوی مصرف مواد معمولاً همراه با رفتارهای خاصی است: ناتوانی در قطع مصرف، تلاش مکرر برای کاهش مصرف به صورت "going on wagon" (یعنی دوره‌های موقت ترک) یا با محدود کردن مصرف در روزهای خاصی، binges (یعنی مسموم ماندن با الکل طی روز برای اقل ۲ روز)، مصرف مقادیر زیاد الکل در یک نشست، blackout و ادامه‌ی مصرف علی‌رغم اختلالاتی که ایجاد شده است.

* مسمومیت با الکل: از نظر قانونی در آمریکا حد مسمومیت غلظت ۸۰ یا ۱۰۰ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر (mg/dL) یعنی 0.08-0.1 g/dL در نظر گرفته شده است.



Table 4-4

Levels of Impairment at Different Blood Alcohol Concentrations

Level (mg/dL)	Likely Impairment
20-30	Slowed motor performance and decreased thinking ability
30-80	Increases in motor and cognitive problems
80-200	Increases in incoordination and judgment errors Mood lability Deterioration in cognition
200-300	Nystagmus, marked slurring of speech, and alcoholic blackouts
>300	Impaired vital signs and possible death



فردی که با غلظت 150 mg/dL علائم چندانی نداشته باشد، تولرانس فارماکودینامیک زیادی دارد.
* **ترک الکل:** خستگی، سوء تغذیه، مشکل جسمی و دپرشن می‌توانند علائم ترک را بدتر یا زمینه‌سازی کنند. در تشخیص DSM، یک specifier به نام *with perceptual disturbance* وجود دارد.



Table 4-5
The Progression of Alcohol Withdrawal Symptoms

	Symptoms	Usual Time to Present
Mild	Tremulousness	6–8 hr
Moderate	Perceptual disturbances	8–12 hr
Severe	Seizures	12–24 hr
Life threatening	Delirium tremens	Within 72 hr

* دقت کنید که ممکن است تغییرات این چنین نباشد و مثلاً سندرم ترک با DTs شروع شود.
ترمور سندرم ترک می‌تواند شبیه ترمور فیزیولوژیک یا فامیلیال باشد. سایر علائم ترک شامل مشکلات GI و تحریک‌پذیری است.
علائم ناپایداری اتونوم مثل اضطراب، arousal، تعریق، فلاشینگ صورت، میدریاز، تاکی کاردی و HTN خفیف نیز می‌تواند وجود داشته باشد.

* **تشنج ترک:** تشنج استریوتایپ، ژنرالیزه و تونیک کلونیک است. فرد معمولاً ۳-۶ ساعت بعد از اولین تشنج، تشنج‌های دیگری نیز دارد. در فرد با سوء مصرف الکل و تشنج باید به علل دیگر مثل ضربه به سر، عفونت CNS، نئوپلاسم CNS و در مصرف طولانی مدت به هایپوگلیسمی، هایپوناترمی و هایپومنیزیمی نیز فکر کرد.

دلیریوم: دلیریوم ترک الکل یک اورژانس طبی است که می‌تواند باعث موربیدیتی و مورتالیتی شود. این افراد ممکن است در خطر آسیب رساندن به خود و دیگران باشند. آن‌ها ممکن است توهمات و هذیان‌های خود را act out کنند. اگر DT درمان نشود، rate مورتالیتی ۲۰٪ است که این میزان بالا معمولاً به خاطر وجود یک بیماری همزمان طبی مثل پنومونی، بیماری کلیوی، بی‌کفایتی کبدی یا نارسایی قلبی است.

فصل ۴-۴

Section 4-4

Opioid-Related Disorder

Opioid ← کلاسی از ترکیبات سایکواکتیو چه طبیعی و چه صنعتی که به opiate یعنی ترکیب آلکالوئید که به صورت طبیعی در گیاه opium poppy مرتبط است.



مپریدین، پنتازوسین، متادون و پروپکسی فن از دسته اپیوئیدهای صنعتی هستند. در کشورهای توسعه یافته بیشترین اپیوئیدی که با ابیوز و وابستگی مرتبط است هروئین است. اعتیاد به اپیوئید پیر و جوان، ثروتمند و فقیر را درگیر می‌کند.
(opiod) هایی که به جز هروئین، بقیه در آمریکا به صورت درمانی به کار می‌روند).



 **Table 4-21**
Opioids Available in the United States

Proprietary Name	Trade Name
Morphine	
Heroin (diacetylmorphine)	
Hydromorphone (dihydromorphinone)	Dilaudid
Oxymorphone (dihydrooxymorphinone)	Numorphan
Levorphanol	Levo-Dromoran
Methadone	Dolophine
Meperidine (pethidine)	Demerol, Pethadol
Fentanyl	Sublimaze
Codeine	
Hydrocodone (dihydrocodeinone)	Hycodan, Others
Drocode (dihydrocodeine)	Synalgos-Dc, Compal
Oxycodone (dihydrohydroxycodone)	Roxicodone, Oxycontin, Percodan, Percocet, Vicodin
Propoxyphene	Darvon, Others
Buprenorphine	Buprenex (parenteral), Sublocade (subcutaneous, extended-release)
Pentazocine	Talwin
Nalbuphine	Nubain
Butorphanol	Stadol

فصل ۶-۴

Section 4-6

Stimulant- Related Disorder

ویژگی‌های بالینی:

انواع stimulant ها:

– آمفتامین: در حال حاضر اندیکاسیون بالینی و تأیید شده آن برای ADHD است، اگرچه برای علائم زیادی به کار می‌روند.



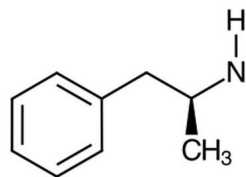
Table 4-29
Some Indications for Amphetamines

<i>FDA approved</i>
Attention-deficit/hyperactivity disorder
Narcolepsy
<i>Off label uses</i>
Obesity
Depression and dysthymia
Chronic fatigue syndrome
Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)
Cancer-related fatigue
End-of-life care (depressive symptoms)
Dementia
Multiple sclerosis
Fibromyalgia
Neurasthenia

آمفتامین اصلی که در حال حاضر در آمریکا استفاده می‌شود، دکستروآمفتامین، مت آمفتامین، ترکیب نمک دکستروآمفتامین - آمفتامین و ترکیب شبه آمفتامین یعنی متیل فنیدیت. اسامی خیابانی آن

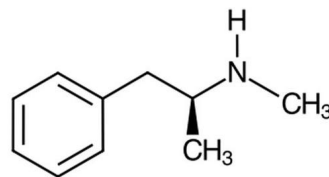


کریستال، crystal meth، ice و speed هستند. آمفتامین‌ها برای بهبود عملکرد و ایجاد احساس اوفوریک به کار می‌روند. آمفتامین‌ها - نه به اندازه کوکائین اما - اعتیادآور هستند. افرین، سودوافدرین و PPA (فنیل پروپانول آمین) نیز شبه آمفتامین هستند. این مواد به خصوص PPA می‌توانند باعث تشدید HTN، تسریع سایکوزیس توکسیک، ایجاد انفارکت روده و حتی مرگ شوند. حاشیه امن PPA، ۳ تا ۴ برابر دوز معمول است. داروهای تایپ آمفتامین که پتانسیل اپیوز دارند شامل فن‌دی‌مترازین، diethylpropion، بنزفتامین و فنترمین هستند. مدافینیل که در درمان نارکولپسی به کار می‌رود نیز اثر محرک و اوفوروژنیک دارد. Methamphetamine یک فرم قوی از آمفتامین است که اپیوزرها آن را smoke، inhale یا تزریق IV می‌کنند. اثر آن برای چند ساعت باقی می‌ماند. برعکس کوکائین مت آمفتامین یک ماده‌ی صنعتی است می‌تواند در آزمایشگاه‌های خانگی ساخته شود.



(+)-amphetamine
(AMP)

a



(+)-methamphetamine
(METH)



b

فصل ٩-٤

Section 4-9

Hallucinogen- Related Disorder

تظاهرات باليڤني:



Table 4-38
Psychological Effects of Hallucinogens

Heightened perceptions (richer colors, sharpened contours, richer responses to music, smells or tastes)
Synesthesia
Changes in body image
Alterations in time and space
Intense, labile emotions
Suggestibility
Either sensitivity or detachment from others
Awareness of internal organs
The recovery of lost early memories
The release of unconscious material in symbolic form
Regression and the apparent reliving of past events, including birth
Introspective reflection and feelings of religious and philosophical insight
Depersonalization
Derealization
Anxiety, panic attacks
Flashbacks (hallucinogen-persisting perception disorder)
Mood disorders
Anxiety disorders
Psychosis
Delirium



توهمات معمولاً دیداری و به فرم هندسی و شکل‌های مختلف اما توهمات شنیداری و tactile نیز می‌تواند اتفاق بیفتد.

sense of self هم تغییر می‌کند گاهی در حد depersonalization.

– لیست هالوسینوزن‌ها ←



Table 4-39

Overview of Representative Hallucinogens

Agent	Locale	Chemical Classification	Biologic Sources	Common Route	Typical Dose	Duration of Effects	Adverse Reactions
Lysergic acid diethylamide (LSD)	Globally distributed, semisynthetic	Indolealkylamine	Fungus in rye yields lysergic acid	Oral	100 µg	6-12 hr	Extensive, including pandemic 1965-1975
Mescaline	Southwestern US	Phenethylamine	Peयोte cactus, <i>T. Williamsii</i>	Oral	200-400 mg or 4-6 cactus buttons	10-12 hr	Little or none verified
Methylenedioxymphetamine (MDA)	US, synthetic	Phenethylamine	Synthetic	Oral	80-160 mg	8-12 hr	Documented
Methylenedioxymphetamine (MDMA)	US, synthetic	Phenethylamine	Synthetic	Oral	80-150 mg	4-6 hr	Documented
Psilocybin	Southern US, Mexico, south America	Phosphorylated hydroxylated DMT	Psilocybin mushrooms	Oral	4-6 mg or 5-10 g of dried mushroom	4-6 hr	Psychosis
Ibogaine	West central Africa	Indolealkylamine	Tabernanthe iboga	Eating powdered root	200-400 mg	8-48 hr	CNS excitation, death
Ayahuasca	South American tropics	Harmine, other β-carbolines	Bark or leaves of <i>Banisteriopsis Caapi</i>	As a tea	300-400 mg	4-8 hr	None reported
Dimethyltryptamine	South America, synthetic	Substituted tryptamine	leaves of <i>Viola Calophylla</i>	As a snuff, iv	0.2 mg/kg iv	30 min	None reported
Morning glory	American tropics and warm zones	D-lysergic acid alkaloids	Seeds of <i>Ipomoea Viobaca</i> , <i>Turbina Corymbosa</i>	Orally as infusion	7-13 seeds	3 hr	Toxic delirium
Nutmeg and mace	Warm zones of Europe, Africa, Asia	Myristicin and aromatic ethers	Fruit of <i>m. Fragrans</i> , commercial species	Orally or as a snuff	1 teaspoon, 5-15 g	Unknown	Similar to atropinism, with seizures, death
Yopo/Cohoba	Northern South America, Argentina	β-carbolines and tryptamines	Beans of <i>Anadenanthera Peregrina</i>	Smoked or as a snuff	Unknown	Unknown	Ataxia, hallucinations, seizures?
Bufofenin	Northern south America, Argentina	5-OH-dimethyl-tryptamine	Skin glands of toads; seeds of <i>A. Peregrina</i>	As a snuff or IV	Unknown	15 min	None reported
Phencyclidine (PCP)	US, synthetic	1-phenylcyclohexylpiperidine	Synthetic	Oral, smoked as a snuff, IV	5-10 mg	4-6 hr	Psychotic
Ketamine	US, synthetic	(±)-2-(2-chlorophenyl)-2-methylamino-cyclohexanone	Synthetic	Oral, snorted, IV		1-2 hr	Psychotic

Adapted from Henry David Abraham, MD.

به هالوسینوزن‌ها Psychedelic یا psychotomimetic نیز گویند.

Mescaline و Psilocybin شایع‌ترین هالوسینوزن‌های طبیعی هستند که به ترتیب از یک قارچ خاص و کاکتوس پیوت مشتق شده‌اند. هالوسینوزن صنعتی کلاسیک LSD است که سال ۱۹۳۸ توسط آلبرت هوفمن ساخته شده خود او به طور تصادفی دارو را خورد و اولین LSD trip را تجربه کرد.

فصل ۱۲-۴

Section 4-12


Gambling Disorder

قماربازان پاتولوژیک معمولاً با اعتماد به نفس بالا، با انرژی و ولخرج به نظر می‌رسند. آن‌ها معمولاً نشانه‌های واضح از استرس شخصی، اضطراب و دپرشن دارند. نگرش آن‌ها معمولاً به گونه‌ای است که انگار پول برای آن‌ها هم درد است و هم درمان. با افزایش دفعات قمار آن‌ها برای به دست آوردن پول، دروغ می‌گویند. حتی ممکن است دست به رفتارهای ضداجتماعی برای به دست آوردن پول قمار بزنند. این عمل مجرمانه معمولاً خشونت‌آمیز نیست و فرد قصد دارد که پول را برگرداند.





تشخیص ←

 **Table 4-48**
Gambling Disorder

Gambling Disorder		
Disorder	DSM-5	ICD-10
Diagnostic Name	Gambling Disorder	Pathologic Gambling
Duration	Symptoms present within a 12-month period	
Symptoms	<ul style="list-style-type: none">• Needing higher stakes to achieve the same thrill• Becomes irritable when trying to stop• Unsuccessful attempts at reducing gambling• Preoccupation with thoughts about gambling• Gambling in response to distress• Gambling to recoup prior losses• Lies to hide gambling• Losses due to	Pattern of gambling that is dominant in the patient's life and resulting in adverse consequences in social, occupational, family, and other areas of life



سوالات و پاسخنامه

Disorders Substance Use and Addictive

۱. بیمار کودکی ۱۲ ساله، مبتلا به آسم و تحت درمان با اسپری تنفسی و داروهای خوراکی می باشد. به تدریج آسم وی تشدید می یابد که شروع به افزایش داروهای کورتیکواستروئیدی می کنیم. در طول درمان فرد دچار اختلال در حافظه ی بیانی می شود. کاهش حجم کدام یک از ساختارهای مغزی زیر، علت اختلال حافظه و شناختی است؟ (Comprehensive 2017) (ارتقا ۱۴۰۲)
- الف) آمیگدال
ب) هایپوکامپ
ج) هسته مخطط
د) جسم سیاه

پاسخ: ب

کامپرهنسویو ۲۰۱۷ - فصل ۳-۴

حافظه ی بیانی یا decelerative مرتبط با ساختارهای داخلی لوب تمپورال (مثل هایپوکامپ) و یا دیانسفال می باشد.

۲. خانم ۶۲ ساله ای دارای اختلال کولیت اولسراتیو دچار علائم درد شکم، خونریزی رکتال و اسهال شدید است. وی همچنین تاکیکاردی و تندرns بدون گاردینگ در ناحیه ایلیاک چپ دارد. تمام مارکرهای هماتولوژیک، بیوکیمال و میکروبیولوژیک وی نرمال گزارش شده است. درمانگر درمان با آمینوسالیسیلات پنج میلی گرم و هیدروکورتیزون روزانه چهار بار تزریق وریدی صد میلی گرم را توصیه می کند. بیمار طی ۴۸ ساعت بهبودی قابل توجهی می یابد، منتهی پس از سه روز دچار هذیان بدبینی به پرسنل می گردد. ضمن مصرف هالوپریدول مناسب ترین گزینه جهت بهبود ایشان کدام است؟ (Comprehensive 2017) (ارتقا ۱۴۰۲)

- الف) افزایش مصرف هیدروکورتیزون
ب) کاهش مصرف هیدروکورتیزون
ج) قطع مصرف هیدروکورتیزون
د) ادامه مصرف هیدروکورتیزون

پاسخ: ج

کامپرهنسویو ۲۰۱۷

اختلال سایکوتیک به دنبال مصرف کورتیکواستروئید ایجاد شده است.



با توجه به بهبودی علائم کولیت اولسراتیو بیمار، مناسب‌ترین گزینه جهت بهبود علائم بیمار، قطع کورتون می‌باشد.

۳. به عنوان روانپزشک رابط - مشاور در بخش غدد بر بالین مردی ۵۷ ساله با سابقه طولانی مدت مصرف الکل فراخوانده شده‌اید. بیمار به علت هیپوگلیسمی کاندیدای تجویز گلوکز وریدی است. کدام اقدام درمانی زیر لازم است قبل از تجویز گلوکز وریدی انجام شود؟ (Synopsis 2022) (ارتقا ۱۴۰۲)

- الف) تجویز کلردیازپوکساید خوراکی و تیامین تزریقی
- ب) تجویز کاربامازپین خوراکی و تیامین خوراکی
- ج) تجویز لورازپام عضلانی و تیامین خوراکی
- د) تجویز دیازپام عضلانی و تیامین تزریقی

پاسخ: الف

سیناپس ۲۰۲۲ - فصل ۴

با توجه به مصرف طولانی مدت الکل، احتمال دلیریوم ترمنس به دنبال قطع مصرف وجود دارد. انسفالوپاتی ورنیکه در مراحل ابتدایی به مقادیر بالای تیامین تزریقی پاسخ سریع می‌دهد و در پیشگیری از پیشرفت به سمت سندرم کورساکوف مؤثر است. بهترین درمان برای دلیریوم ترمنس پیشگیری است. این بیماران در جریان محرومیت الکل باید تا زمانی که خطر دلیریوم منتفی شود تحت درمان با یک بنزودیازپین قرار گیرند مثلاً ۵۰-۲۵ میلی گرم کلردیازپوکساید هر ۴-۲ ساعت. در صورتی که نتوان از داروی خوراکی استفاده کرد لورازپام وریدی داروی مناسبی است.

۴. در ارزیابی روانپزشکی آقای جوانی که اقدام به خشونت و قتل نموده است و در بررسی سابقه‌ای از اختلال روانپزشکی، گزارش جنایی و خشونت ندارد، مصرف کدام ماده زیر محتمل‌تر است؟ (Synopsis 2022) (ارتقا ۱۴۰۲)

- الف) Cannabis
- ب) Opioid
- ج) Anabolic steroid
- د) Hallucinogen

پاسخ: ج

سیناپس ۲۰۲۲