



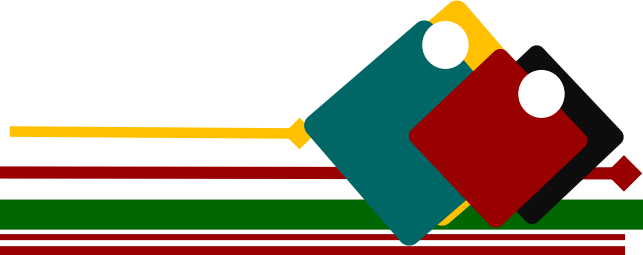
سرشناسه	بهرامیان، آلاله، ۱۳۷۱-
عنوان و نام پدیدآور	مصرف مواد و اختلالات اعتیادآور خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۴ / Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry 2022 ترجمه و تلخیص آلاله بهرامیان، پاسخدهی به سوالات دکتر زهرا محمدی بینا، دکتر سارا صادقی پور میبیدی، دکتر پریسا حمیدی عدل
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۳.
مشخصات ظاهری	۲۳۰ ص: مصور، جدول، نمودار.
شابک	۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۰۵۸-۹-۵۷۵۰۰۰۰ ریال
وضعیت فهرست نویسی	فیا
یادداشت	کتاب حاضر برگرفته از کتاب "Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry 2022" به ویراستاری رابرت جوزف بولند، مارشا ال. وردوین، پدرو روئیز است. چکیده روانپزشکی بالینی. سوء مصرف مواد Substance abuse
عنوان دیگر	سوء مصرف مواد -- جنبه‌های روان‌شناسی Substance abuse -- Psychological aspects
موضوع	روان‌پزشکی Psychiatry روان‌پزشکی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها. Psychiatry -- Examinations, questions, etc. 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 فیا
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
رده بندی کنگره	
رده بندی دیویی	
شماره کتابشناسی ملی	
اطلاعات رکورد کتابشناسی	

نام کتاب: مصرف مواد و اختلالات اعتیادآور / خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۴	چاپ و لیتوگرافی: <b>رزیدنت یار</b>
ترجمه و تلخیص: آلاله بهرامیان، پاسخدهی به سوالات دکتر زهرا محمدی بینا، دکتر سارا صادقی پور میبیدی، دکتر پریسا حمیدی عدل	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۳
ناشر: انتشارات کاردیا	تیراژ: ۵۰ نسخه
صفحه‌آرا: <b>رزیدنت یار - منیره امیری مقدم</b>	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۰۵۸-۹-۵۷۵۰۰۰۰
طراح و گرافیسیت: <b>رزیدنت یار - مهرداد فیضی</b>	بهاء: ۵۷۵،۰۰۰ تومان

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸  
شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، ۰۲۱-۰۲۱، شماره تماس ویژه: ۰۲۱-۹۱۰۹۵۹۶۷

[www.residenttyar.com](http://www.residenttyar.com)

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.



# مصرف مواد و اختلالات اعتیاد آور

خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی

ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۴

Kaplan & sadock's synopsis Of psychiatry 2022

## ترجمه و تلخیص

دکتر آلاله بهرامیان

رتبه برتر بورد تخصصی کشوری سال ۱۴۰۱  
هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

## پاسخدهی به سوالات

دکتر زهرا محمدی بینا

رتبه ۱۰ درصد برتر بورد تخصصی ۱۴۰۲  
هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دکتر سارا صادقی پور میبیدی

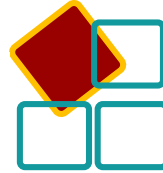
بورد تخصصی ۱۳۹۹  
هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر پریرسا حمیدی عدل

بورد تخصصی ۱۴۰۲  
هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز



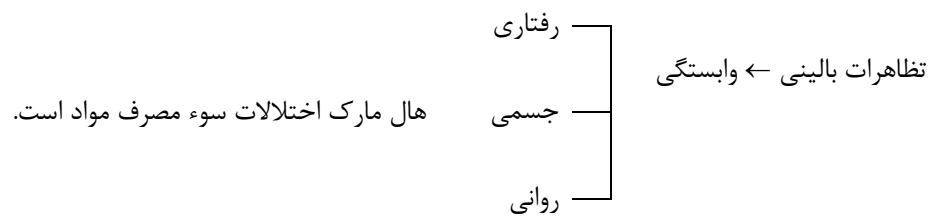
## فهرست مطالب



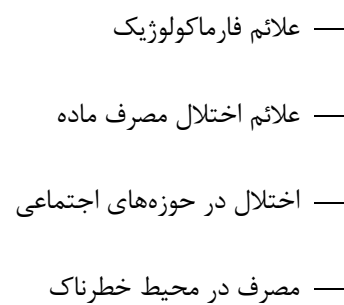
فصل ۱-۴	ویژگی‌های کلی سوء مصرف مواد	۱۱
فصل ۲-۴	Alcohol-Related Disorder	۲۵
فصل ۳-۴	Cannabis-Related Disorders	۵۳
فصل ۴-۴	Opioid-Related Disorder	۶۱
فصل ۵-۴	Sedative, Hypnotic or Anxietic-Related Disorder	۷۵
فصل ۶-۴	Stimulant-Related Disorder	۸۵
فصل ۷-۴	Tobacco-Related Disorder	۹۵
فصل ۸-۴	Caffeine-Related Disorder	۱۰۷
فصل ۹-۴	Hallucinogen-Related Disorder	۱۱۹
فصل ۱۰-۴	Inhalant-Related Disorder	۱۳۳
فصل ۱۱-۴	Anabolic-Androgenic Steroid (AAS) Use	۱۳۹
فصل ۱۲-۴	Gambling Disorder	۱۴۵
فصل ۱۳-۴	Other Disorders Related to Addictive Disorder	۱۵۳
سؤالات و پاسخنامه ارتقا و مورد		۱۵۵



# ویژگی‌های کلی سوء مصرف مواد



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:**

(۱) Substance Use Disorder (SUD)

(۲) Substance Intoxication

(۳) Substance Withdrawal

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

**\* Substance-Use Disorder ←**

نکات جدول: دقت کنید که در DSM-5، ۱۱ علامت ذکر شده و نیاز به حداقل ۲ علامت از آنها هست در صورتی که ICD-10 به صورت کلی توضیح داده است.  
به specifier های اختلال در ICD-10 و DSM-5 توجه کنید.

# 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 ۱۵۰ 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 تحریک پذیری 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. اگرچه معمولاً تشنج ترک قبل از دلیریوم اتفاق می‌افتد دلیریوم می‌تواند بدون آن نیز اتفاق بیفتد. ویژگی اصلی سندرم وقوع دلیریوم طی ۱ هفته پس از قطع یا کاهش مصرف الکل است.

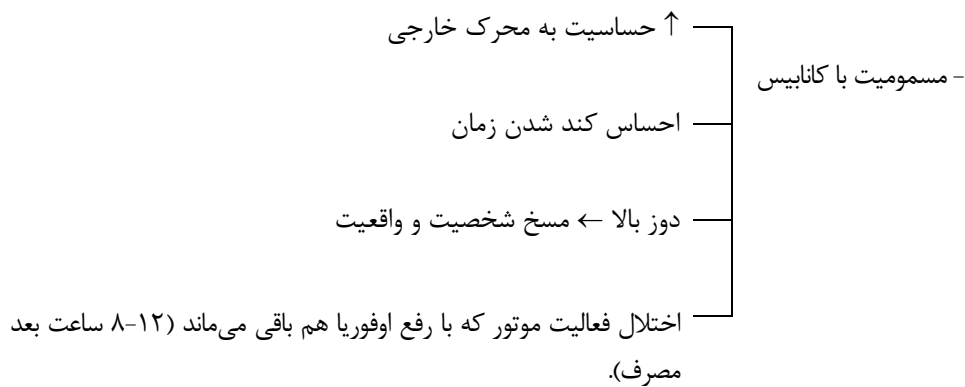


# Cannabis-Related Disorders

شایع‌ترین ماده‌ی غیرقانونی که در جهان استفاده می‌شود.



اکثر افراد جوان کانابیس را به خاطر "high" شدن یعنی احساس اوفوریای خفیف، relaxation و تغییرات ادراکی مصرف می‌کنند. در ICD-10 این اختلال در دسته‌ی "mental & behavioral disorder due to psychoactive substance use" گنجانده است.





← دلیریوم ناشی از مسمومیت ← دوز کم هم می‌تواند حافظه، زمان reaction ادراک، تعادل موتور و توجه را مختل کند و دوز بالا می‌تواند حتی سطح هوشیاری فرد را تحت تأثیر قرار دهد.  
 ← ترک کانابیس ← در افرادی که روزانه کانابیس مصرف می‌کرده‌اند علائم ترک در ۲-۱ هفته بعد از قطع ظاهر می‌شود.

**Table 4-18**  
**Cannabis Withdrawal Symptoms**

Irritability
Cannabis cravings
Nervousness
Anxiety
Insomnia
Disturbed or vivid dreaming
Decreased appetite
Weight loss
Depressed mood
Restlessness
Headache
Chills
Stomach pain
Sweating
Tremors

- Cannabis Use Disorder (CUD) ← افرادی که برای هفته‌ها تا ماه‌ها روزانه مصرف داشته‌اند، با احتمال بیشتری به CUD دچار می‌شوند. سن کمتر اولین مصرف، مدت بیشتر و طولانی‌تر مصرف نیز ریسک را افزایش می‌دهد.  
 - Cannabis-Induced Psychotic Disorder ← سایکوز اصیل نادر است اما paranoid-ideation موقتی شایع است. در کشورهایی که به کانابیس قوی‌الایثر دسترسی بلند مدت وجود دارد، احتمال florid psychosis نیز هست. به اپیزود سایکوتیک، گاهی "hemp insanity" می‌گویند. فردی که به سایکوزیس ناشی از کانابیس دچار می‌شود احتمالاً یک اختلال شخصیت قبلی داشته است.  
 - Cannabis-Induced Anxiety Disorder ← در مسمومیت حاد اضطراب شایع است و بعضی افراد اضطراب توسط افکار پارانوئید ایجاد می‌شود و ممکن است ترس‌ها یک حمله‌ی پانیک را شکل دهد.  
 علائم اضطرابی شایع‌ترین عارضه جانبی مصرف متوسط کانابیس است و با دوز مصرفی ارتباط دارد. یک مصرف کننده بی‌تجربه به احتمال بیشتری علائم اضطراب را تجربه می‌کند.

## 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. (opioid 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
<b>Morphine</b>	
Heroin (diacetylmorphine)	
Hydromorphone (dihydromorphinone)	Dilaudid
Oxymorphone (dihydrohydroxymorphinone)	Numorphan
Levorphanol	Levo-Dromoran
Methadone	Dolophine
Meperidine (pethidine)	Demerol, Pethadol
Fentanyl	Sublimaze
<b>Codeine</b>	
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

تظاهراتی بالینی ← اپیوئیدها به خاطر euphoric high (rush) به خصوص در نوع IV اعتیادآور هستند.

احساس گرما، سنگینی اندام‌ها، خشکی دهان، خارش صورت به خصوص بینی و فلاشینگ صورت نیز وجود دارد.

بعد از اوفوریای اولیه یک دوره sedation هست که به آن nodding off گویند. در افرادی که تا به حال اپیوئید استفاده نکرده‌اند و اصطلاحاً opioid-naive هستند ممکن است دیس فوریا، تهوع و استفراغ ایجاد شود.

تشخیص ← سایکوز، اختلال خلقی و اضطراب ناشی از اپیوئید با اپیوئیدهای آگونیست  $\mu$  ناشایع است اما با بعضی از اپیوئیدهای آگونیست - آنتاگونیست اتفاق می‌افتد.

- Opioid Use Disorder (OUD): یک الگوی ناسازگارانه مصرف طی ۱ سال

# 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**

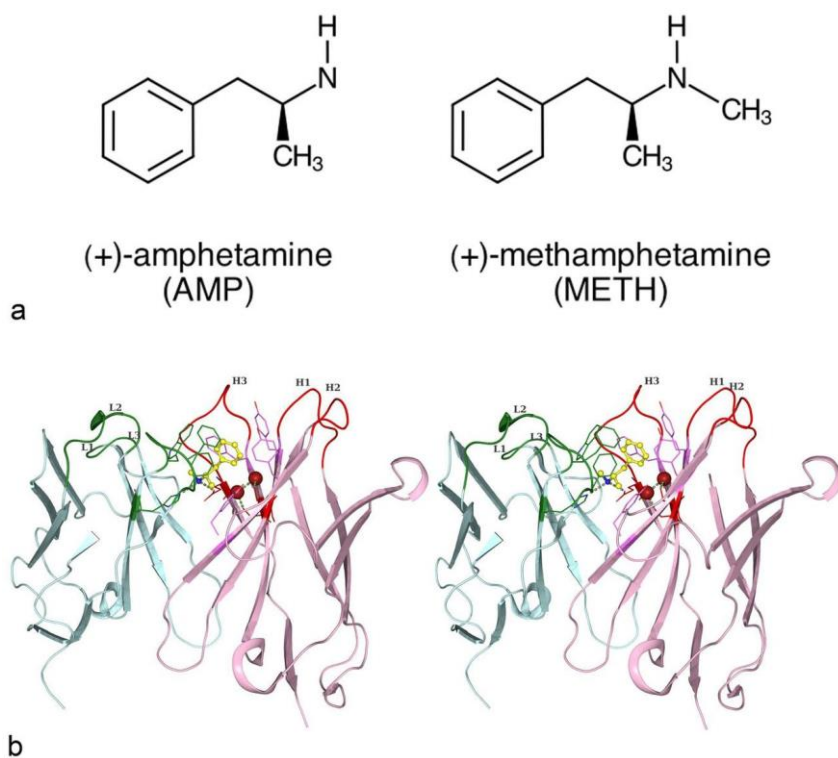
<i>FDA approved</i>
Attention-deficit/hyperactivity disorder
Narcolepsy
<i>Off label uses</i>
Obesity
Depression and dysthymia
Chronic fatigue syndrome
Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)
Cancer-related fatigue
End-of-life care (depressive symptoms)
Dementia
Multiple sclerosis
Fibromyalgia
Neurasthenia

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، ice crystal، meth و speed هستند. آمفتامین‌ها برای بهبود عملکرد و ایجاد احساس اوفوریک به کار می‌روند. آمفتامین‌ها - نه به اندازه کوکائین اما - اعتیادآور هستند.



افدرین، 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.



# Caffeine-Related Disorder



تظاهرات بالینی و تشخیص:



**Table 4-33**

**Differential Diagnosis for Caffeine-Related Disorders**

Generalized anxiety disorder
Panic disorder with or without agoraphobia
Bipolar II disorder
Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)
Sleep disorders

دقت کنید که در DDx به اپیوز OTC ها، آنابولیک استروئیدها و سایر محرکها توجه کنید.  
 - Caffeine Intoxication ← با مصرف ۱۰۰-۵۰ میلی کافئین، علائم خوشایند است.  
 ممکن است دیورز ایجاد شود. مسمومیت با کافئین در دوز بالای ۲۵۰ میلی اتفاق می افتد و بروز سالانه آن ۱۰٪ است.  
 مصرف بالای ۱۰ گرم کافئین می تواند کشنده باشد.



**Table 4-34**  
**Symptoms and Signs of Caffeine Use**

<b>Mild to Moderate Use (50–100 mg)</b>	Alertness	A mild sense of well-being	A sense of improved verbal and motor performance	Diuresis	Cardiac muscle stimulation
---	-----------	----------------------------	--	----------	----------------------------

در ۷۵-۵۰٪ مصرف کنندگان رخ می‌دهد.

Caffeine Withdrawal -

شایع‌ترین علامت: سردرد و خستگی

علائم طی ۱۲-۲۴ ساعت شروع، پس از ۲۴-۴۸ ساعت پیک می‌زند و طی ۱ w رفع می‌شود.

قبل از آندوسکوپی، کلونوسکوپی و کاتتریزاسیون قلبی کافئین بایستی D/C شود.

به افراد با علائم اضطرابی، آریتمی قلبی، ازوفازیت، هرنی هیاتال، fibrocystic breast و بی‌خوابی توصیه به قطع کافئین می‌شود.

بهتر است کافئین طی ۷ تا ۱۴ روز taper & D/C شود.

**Table 4-35**  
**Symptoms of Caffeine Withdrawal**

Headache  
 Fatigue  
 Anxiety  
 Irritability  
 Mild depressive symptoms  
 Impaired psychomotor performance  
 Nausea  
 Vomiting  
 Craving for caffeine  
 Muscle pain and stiffness



## Inhalant-Related Disorder

تظاهرات بالینی ← معمولاً نوجوانان از این محصولات برای اثر مسمومیت‌زدایی آن استفاده می‌کنند. Inhalant ها با مشکلات زیادی اعم از اختلال سلوک، اختلال خلقی، ابیوز فیزیکی یا neglect و ابیوز جنسی همراه هستند. در بعضی افراد مصرف محدود و زودرس این مواد نشانگر گرایش به رفتارهای پرخطر است.



در دوز کم و اولیه، inhalant ها می‌توانند مهارگسیختگی و اوفوریا و احساس خوشایند شناور بودن ایجاد کنند. دوز بالا می‌تواند علائم روانی ترس، sensory illusion، توهم شنیداری و دیداری، اعوجاج سائز بدن ایجاد کنند. علائم نورولوژیک مثل لکنت زبان، کاهش سرعت صحبت و آتاکسی نیز می‌تواند وجود داشته باشد. مصرف طولانی مدت با تحریک‌پذیری، خلق متغیر و نقص حافظه همراه است.

تولرانس به inhalant ها برای برخی اتفاق می‌افتد. علائم ترک شایع نیست و اگر باشد شامل اختلال خواب، تحریک‌پذیری، jitteriness، تعریق، تهوع، استفراغ، تاکی کاردی و گاهی هذیان و توهم است.



### :Diagnosis

DSM-5 گازهای بیهوشی مثل NO و وازودیلاتورهای کوتاه اثر مثل آمیل نیتريت را در دسته‌ی inhalant طبقه‌بندی نکرده و آن‌ها را در دسته other unknown گنجانده است. این موضوع درباره‌ی ICD-10 نیز صدق می‌کند.  
 - Inhalant Use Disorder ← اکثر افراد این مواد را برای مدت کوتاه و بدون وابستگی مصرف می‌کنند اما وابستگی و ابیوز امکان وقوع دارند.

Inhalant Intoxication -

وجود تغییر رفتار ناسازگارانه + ۲ ≥ علامت فیزیکی

آپاتی، کاهش عملکرد شغلی و اجتماعی، قضاوت مختل و رفتار خشونت‌آمیز و تکانه‌ای

تهوع، آنورکسی، نیستاگموس، رفلکس کاهش یافته و دیپلوپی

دوز بالا و مصرف طولانی فرد ممکن است ناهوشیار و stuporous شود.

راش اطراف بینی و دهان، بوی غیرمعمول تنفس، بقایای ماده روی صورت، دست‌ها و لباس فرد، سوزش چشم، گلو، ریه و بینی فرد به پزشک کمک می‌کند که به مصرف inhalant شک کند.

Inhalant Intoxication Delirium - ← مستقیماً می‌توانند دلیریوم ایجاد کنند. در صورت نقص شدید رفتاری مصرف کوتاه مدت آنتاگونیست دوپامین مثل هالوپریدول ممکن است لازم باشد. بایستی از تجویز BZD پرهیز شود چرا که احتمال دپرن تنفسی را افزایش می‌دهد.

Inhalant-Induced Neurocognitive Disorder -

چه ناشی از خود ماده و چه ناشی از متال‌ها مثل سرب و چه ناشی از دوره طولانی هایپوکسی

دمانس ناشی از آن مگر در موارد خفیف، غیر قابل بازگشت است.

Inhalant-Induced Psychotic Disorder - ← پارانویا شایع‌ترین سندرم سایکوتیک طی مسمومیت

Inhalant-Induced Mood Disorder & Inhalant-Induced Anxiety Disorder - ← علائم دپرسیو و PD و GAD شایع‌ترین

## 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.



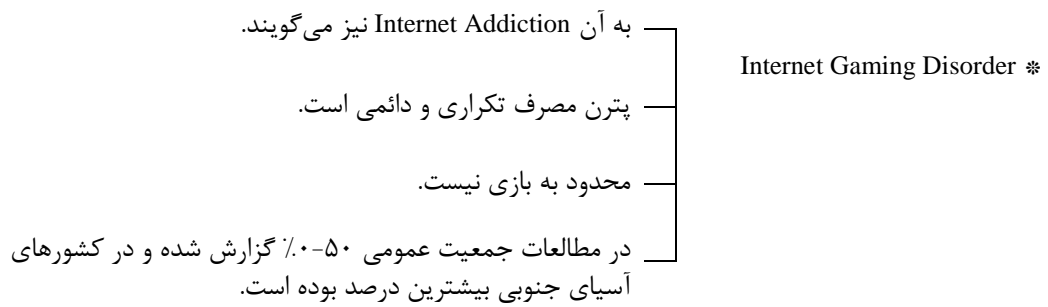


تشخیص ←

**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"> <li>• Needing higher stakes to achieve the same thrill</li> <li>• Becomes irritable when trying to stop</li> <li>• Unsuccessful attempts at reducing gambling</li> <li>• Preoccupation with thoughts about gambling</li> <li>• Gambling in response to distress</li> <li>• Gambling to recoup prior losses</li> <li>• Lies to hide gambling</li> <li>• Losses due to</li> </ul>	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

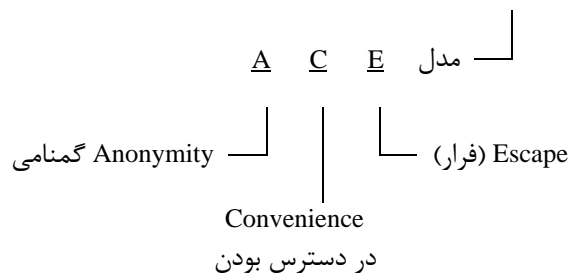
# Other Disorders Related to Addictive Disorder



**Table 4-50**  
**Symptoms of Internet Gaming Disorder**

Activities associated with Gaming
Preoccupation w/ gaming
Withdrawal (discomfort when deprived of gaming)
Tolerance (spending more time to achieve same enjoyment from the game)
Compulsive Behavior
Lack of control around gaming
Social or Occupational Dysfunction
Decreased alternative activities
Negative effects on personal relationships, occupational or school performance due to gaming
Lying to loved ones or clinicians about the frequency of gaming
Relying on gaming to improve mood
Continued use despite recognize the harmful effects of compulsive gaming

### Internet Use & Victims





← ترکیب موارد بالا اینترنت را به محل خوبی برای جعل هویت تبدیل می‌کند.  
 \* Mobile or Cell Phone Compulsion ← شبیه اعتیاد اینترنت اما متمرکز روی موبایل



کسانی که مکرراً به خودشان آسیب می‌رسانند ممکن است این کار را کامپالسیو انجام دهند.

Piercing کامپالسیو بدن یا tattoo می‌تواند علامتی از پارافیلیا یا معادل افسردگی باشد.

در DSM-5 تشخیص "non-suicidal self-injury" وجود دارد. اکثر این افراد برای رهایی از وضعیت دیس فوریک خود یا حل یک تعارض این کار را می‌کنند. بریدن پوست ممکن است اندورفین آزاد کند یا سطح دوپامین را بالا ببرد.

\* Repetitive Self Mutilation

در فصل sex مفصلاً بحث شده است.

رفرنس شما کتاب سیناپس است اما فصل اختلالات جنسی کتاب کامپره‌نسیو به تفصیل به این مسئله پرداخته است.

\* Compulsive Sexual Behavior



## سؤالات و پاسخنامه ارتقا و مورد

۱. یک جوان ۲۰ ساله‌ی بیکار بعد از شرکت در یک مهمانی، مضطرب شده و شکایت از این داشته که همه چیز در حال تغییر است. او خانه‌ی دوستش را به صورتی دگرگون شده می‌دیده است. احساس می‌کرده که دیگران به صورت تهدیدآمیزی در مورد او صحبت می‌کنند و پا به فرار گذاشته است. دوستانش او را به بیمارستان آورده‌اند. در معاینه، با تشویش به اطراف نگاه می‌کند و کاملاً هشیار نیست. حواسش پرت است و به برخی از سؤالات پاسخ نمی‌دهد. اختلالی در حافظه ندارد اما دیس اورینته است. در معاینه فیزیکی، ملتحمه قرمز و نبض او ۱۲۰ بار در دقیقه است. معاینه‌ی عصبی نیز هیچ‌گونه ناهنجاری را نشان نمی‌دهد. بعد از چند ساعت، آرام شده و در نهایت بیمارستان را ترک کرده است. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (بورد ۱۴۰۳)

الف) Hallucinosis Alcohol

ب) Delirium Intoxication Cannabis

ج) Disorder Psychotic Induced Cocaine

د) Disorder Anxiety Induced Ketamine

### گزینه ب

دلیریوم ناشی از مسمومیت کانابیس: دوز کم هم می‌تواند حافظه، زمان reaction ادراک، تعادل موتور و توجه را مختل کند و دوز بالا می‌تواند حتی سطح هوشیاری فرد را تحت تأثیر قرار دهد. سایکوز اصیل نادر است اما paranoid-ideation موقتی شایع است.

۲. بیماری به دنبال مصرف ماده‌ای با علائم پرخاشگری و تحریک‌پذیری شدید به اورژانس آورده شده است. در معاینه بیمار زمان و مکان را تشخیص نمی‌دهد. احتباس ادراری، خشکی شدید دهان و تاکیکاردی دارد. کدام یک از اقدامات زیر برای کنترل پرخاشگری این بیمار توصیه می‌شود؟ (بورد ۱۴۰۳)

الف) هدایت بیمار به اتاق خلوت

ب) مهار فیزیکی بیمار

ج) تزریق هالوپریدول

د) تزریق لورازپام



**Table 4-30**

**Signs and Symptoms of Stimulant Intoxication**

- Mydriasis
- Psychomotor agitation or retardation
- Tachycardia or bradycardia
- Perspiration or chills
- Cardiac arrhythmias or chest pain
- Elevated or lowered blood pressure
- Dyskinesias
- Dystonias
- Weight loss
- Nausea or vomiting
- Muscular weakness
- Respiratory depression
- Confusion, seizures, or coma

۳. آقای ۳۸ ساله با اختلال مصرف هروئین که سابقه‌ی بیماری غیرروانپزشکی ندارد، حدود ۵ ماه است تحت درمان نگهدارنده با متادون قرار دارد و فاقد هرگونه علائم ترک است. به علت اینکه گاهی تریاک می‌کشیده، مقدار تجویز متادون از هفته‌ی گذشته از ۴۰ به ۵۰ میلی‌گرم در روز افزایش پیدا کرده است و طی این هفته دیگر هیچ ماده‌ی اوبیوئیدی مصرف نکرده و ولعی هم برای مصرف مواد ندارد. کدام گزینه با رویکرد پرهیز مدار با موفقیت بیشتری همراه است؟ (بورد ۱۴۰۳)

- الف) تداوم درمان با متادون تا ۱ سال و سپس هر هفته ۱۵ درصد یا کمتر مقدار متادون کاهش پیدا کند.
- ب) تداوم درمان با متادون تا ۳ ماه و سپس هر هفته ۱۵ درصد یا کمتر مقدار متادون کاهش پیدا کند.
- ج) تداوم درمان با متادون تا ۱ ماه و سپس هر هفته ۳ درصد یا کمتر مقدار متادون کاهش پیدا کند.
- د) تداوم درمان با متادون تا ۳ هفته و سپس هر هفته ۳ درصد یا کمتر مقدار متادون کاهش پیدا کند.