

KAPLAN & SADOCK PSİKIYATRİDE SINAVLAR İÇİN

DEĞERLENDİRME VE GÖZDEN GEÇİRME REHBERİ

ONUNCU BASKI

Eric R. Williams, M.D.
Lindsay Moskowitz, M.D.

SERİ EDITÖRLERİ

Robert Boland, M.D.
Marcia L. Verduin, M.D.

ÇEVİRİ EDITÖRLERİ

Prof. Dr. Hüseyin Güleç
Uzm. Dr. Melike Dönmez
Uzm. Dr. H. Ekin Güngör



GÜNEŞ TIP
KİTABEVLERİ



Wolters Kluwer

KAPLAN & SADOCK
**PSİKIYATRİDE
SINAVLAR İÇİN**

**DEĞERLENDİRME VE
GÖZDEN GEÇİRME
REHBERİ**

ONUNCU BASKI



KAPLAN & SADOCK PSİKIYATRİDE SINAVLAR İÇİN

DEĞERLENDİRME VE GÖZDEN GEÇİRME REHBERİ

ONUNCU BASKI

ERIC R. WILLIAMS, M.D.
Associate Dean for Student Affairs
Clinical Associate Professor
Neuropsychiatry & Behavioral Science
University of South Carolina
School of Medicine Columbia
Columbia, South Carolina

LINDSAY MOSKOWITZ, M.D., L.L.C.
Private Practice
Tarrytown, New York
Psychiatric Director of Residential Program at
Backcountry Wellness
Greenwich, Connecticut
Staff Psychiatrist Clementine, Monte Nido
Briarcliff Manor, New York

SERİ EDITÖRLERİ

ROBERT BOLAND, M.D.
Senior Vice President and Chief of Staff,
The Menninger Clinic
Professor and Vice Chair, Menninger Department of
Psychiatry and Behavioral Sciences
The Brown Foundation Endowed Chair in Psychiatry
Baylor College of Medicine
Houston, Texas

MARCIA L. VERDUIN, M.D.
Associate Dean for Students
Professor of Psychiatry
Departments of Medical Education and
Clinical Sciences
University of Central Florida College of Medicine
Orlando, Florida

ÇEVİRİ EDITÖRLERİ

Prof. Dr. Hüseyin Güleç
İstanbul Erenköy Ruh Sağlığı ve
Sinir Hastalıkları
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Uzm. Dr. Melike Dönmez
İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Uzm. Dr. H. Ekin Güngör
İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi



**GÜNEŞ TIP
KITABEVLERİ**



Wolters Kluwer

Kaplan & Sadock Psikiyatride Sınavlar için Değerlendirme ve Gözden Geçirme Rehberi

Türkçe 1. Baskı

Türkçe Telif Hakları 2024

ISBN: 978-975-277-988-4

Orijinal Adı: Kaplan & Sadock's Study Guide and Self-Examination Review in Psychiatry

Yayınevi: Wolters Kluwer

Editörler: Eric R. Williams, M. D, Lindsay Moskowitz, M.D., L.L.C

Çeviri Editörleri: Prof. Dr. Hüseyin Güleç, Uzm. Dr. Melike Dönmez, Uzm. Dr. H. Ekin Güngör

Orijinal ISBN: 978-1-9751-9911-1

Kitabın 5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Yasası Hükümleri gereğince (kitabın bir bölümünden alıntı yapılamaz, fotokopi yöntemiyle çoğaltılamaz, resim, şekil, şema, grafik v.b.'ler kopya edilemez) tüm hakları Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti'ne aittir.

Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı ve Tıbbi Koordinatör: Dr. Ufuk Akçıl

Yayına Hazırlama: Güneş Dizgi-Grafik Tasarım Birimi

Baskı: Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık Hiz. San. Tic. Ltd. Şti.

Saray Mahallesi 126. Cadde No: 20 Kahramankazan / Ankara

Telefon: (0312) 394 55 90 - 91 - 92 • Faks: (0312) 394 55 94

Sertifika No: 49599

UYARI

Medikal bilgiler sürekli değişmekte ve yenilenmektedir. Standart güvenlik uygulamaları dikkate alınmalı, yeni araştırmalar ve klinik tecrübeler ışığında tedavilerde ve ilaç uygulamalarındaki değişikliklerin gerekli olabileceği bilinmelidir. Okuyuculara ilaçlar hakkında üretici firma tarafından sağlanan ilaca ait en son ürün bilgilerini, dozaj ve uygulama şekillerini ve kontrendikasyonları kontrol etmeleri tavsiye edilir. Her hasta için en iyi tedavi şeklini ve en doğru ilaçları ve dozlarını belirlemek uygulamayı yapan hekimin sorumluluğundadır. Yayıncı ve editörler bu yayından dolayı meydana gelebilecek hastaya ve ekipmanlara ait herhangi bir zarar veya hasardan sorumlu değildir.

GENEL DAĞITIM GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43

KADIKÖY

Rasimpaşa Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel: (0216) 546 03 47

www.guneskitabevi.com
info@guneskitabevi.com





Önsöz

10. baskısını yapan *Kaplan ve Sadock'un Psikiyatride Sınavlar için Kendini Değerlendirme ve Gözden Geçirme Rehberi* kitabı, Kaplan serisindeki Özet (*Synopsis*) ve Kapsamlı Ders Kitabı (*Comprehensive*) yayınlarından ayrı bir kitap olarak sunulmuştur. Öte yandan, elinizdeki kitabın en iyi şekilde değerlendirebilmesi için *Synopsis* kitabının 12. baskısına başvurulmalıdır, zira bölümler aynıdır ve sorular için kaynak kitap *Synopsis*'tir. Cevap açıklamaları doğru ve yanlış seçeneklerin gerekçelerini kapsamakta ve ayrıca sınava gireceklerin konu hakkında daha fazla bilgi edinebileceği şekilde, *Synopsis*'te konunun ele alındığı sayfaların numaralarını da içermektedir.

Soruların tümü çoktan seçmeli biçimde oluşturulmuştur ve DSM-5-TR'deki psikiyatrik bozuklukların etiyolojisi, teşhisi ve tedavisini kapsamaktadır. Ayrıca, anamnez, etik, adli tıp, toplum psikiyatrisi, normal gelişim ve yaşlanma, sinir bilimleri ve davranış bilimleri gibi konulara da yer verilmiştir.

Bu kitap tıp öğrencileri, asistanlar, pratisyen hekimler ve her alandan ruh sağlığı çalışanlarının ihtiyaçlarına yönelik olarak yazılmıştır. Birleşik Devletler Tıbbi Lisans Sınavı (USMLE), Psikiyatri Asistan Eğitim Sınavı (PRITE) ve Amerikan Psikiyatri ve Nöroloji Kurulu (ABPN) lisans ve sertifikasyon geçerlilik sınavlarına hazırlananlara yardımcı olmak amacıyla tasarlanmıştır. Yazarlar, bu sınavların her birinin yanı sıra Focus Self-Assessment sınavı ve Journal of the American Academy of Child and Adolescent sınavları hakkında da deneyim sahibidir.

KAPSAMLI ÖĞRETİM SİSTEMİ

Rehber, Kaplan ve Sadock serisinin kurucu editörleri tarafından psikiyatri ve davranış bilimlerinin öğretimini kolaylaştırmak için geliştirilen kapsamlı bir sistemin bir parçasını oluşturmaktadır. Bu sistemin başında, psikiyatristler, davranış bilimciler ve ruh sağlığı alanındaki diğer tüm çalışanlar için tasarlanmış ve onlar tarafından kullanılan, derinliği ve kapsamı dünya çapında olan *Comprehensive* yer almaktadır. Kaplan & Sadock'un *Synopsis* kitabı ise, tıp öğrencileri, psikiyatri asistanları, psikiyatristler ve diğer ruh sağlığı çalışanları için faydalı, görece kısa, gözden geçirilmiş, özgün ve güncel bir versiyondur. *Synopsis*'in özel bir baskısı olan *Concise Textbook of Clinical Psychiatry*, sadece tüm psikiyatrik bozuklukların tanı ve tedavisini kapsamaktadır. Sistemin diğer unsurları cep kitaplarıdır: *Pocket Handbook of Clinical Psychiatry* ve *Pocket Handbook of Psychiatric Drug Treatment*. Bu kitaplar sırasıyla ruhsal bozuklukların tanı ve tedavisi ile

psikofarmakolojiyi kapsamakta olup, tüm uzmanlık alanlarındaki klinik çalışanlar ve pratisyen hekimler tarafından hızlı bir başvuru sağlamak amacıyla cepte taşınmak üzere tasarlanmış ve özet bir şekilde yazılmıştır. Tüm bu kitaplar bir arada, psikiyatriyi öğretmek, çalışmak ve öğrenmek için çok yönlü bir yaklaşım sağlamaktadır.

BU KİTAP NASIL KULLANILMALI?

Bu kitabı standart bir sınava hazırlanırken en etkili şekilde kullanmak için, sınava girecek kişi soru başına 60 ila 90 saniye ayırmalıdır. Materyali iyi bilen bir sınav katılımcısı, cevap şıklarının üstünü kapatabilmeli ve soruya doğru yanıtı kendisi üretebilmelidir. Cevaplar, yanlış cevapların tartışılmasına özellikle dikkat edilerek, her bölümdeki ilgili cevap bölümüne bakılarak doğrulanmalıdır. Daha fazla bilgiye ihtiyaç duyulması halinde okuyucu, *Synopsis*'in 12. baskısının ilgili sayfalarına yönlendirilmektedir. Hazırlıklara yeni başlayanlar için *Synopsis* ile başlamak, ardından o bölüm için *Rehber*'deki soruları çözmek en yararlı yol olacaktır. Kitapta ki tüm sorular tamamlandıktan sonra, videoları izlemeli ve belirli bir bölümle bağlantılı olmayan soruları da tamamlamalısınız.

TEŞEKKÜR

Yazarlar, Dr. Bob Boland ve Marcy Verduine, editörlüğünü üstlendikleri *Synopsis*'e ek olarak bu rehberi yazma konusundaki güvenleri için teşekkürlerini sunar. Kendileri PRITE Yayın Kurulu'nda ve daha sonra Focus Yayın Kurulu'nda görev aldığımız zamanlardan beri bizim için hem arkadaş hem mentör oldular.

Ayrıca, teslim süresinin uzatılmasını istediğimizde bizi kırmayan Wolters Kluwer editör ekibine de teşekkür ederiz: Chris Teja (Satın Alma Editörü), Ariel S. Winter (Geliştirme Editörü) ve Sean Hanrahan (Editöryal Koordinatör). Ayrıca Symptom Media'dan Matt Rubin'e video içeriğinin prodüksiyonu için teşekkür ederiz.

Düzeltilmeler yaptığı, sorularımıza öneriler getirdiği ve 3 yıl boyunca "Kitap" hakkında konuşmama katlandığı için partnerim Ara'ya teşekkür ederim.—Eric

Sevgi ve destekleri için aileme ve özellikle de yeni uyku öncesi hikayelerini dinlemeyi dört gözle bekleyen üç küçük çocuğuma (Belle, Ryder ve Chance) çok teşekkürler. Beni soru yazma ve bu kitabı üretme sürecine dahil ettiği için Eric'e özel olarak teşekkür ederim!—Lindsay



Çeviri Editörleri Önsözü

Kaplan & Sadock Psikiyatride Sınavlar için Kendini Değerlendirme ve Gözden Geçirme Rehberi, diğer kitapları ile birlikte psikiyatri eğitimi ve mesleki uygulamalarda dünya çapında temel kaynaklardan biri sayılan *Kaplan & Sadock* serisinin önemli bir parçasıdır.

Çoktan seçmeli soru ve ayrıntılı açıklamalar içeren cevap anahtarından oluşan Rehber, psikiyatride uzmanlık eğitimi ve uzmanlık yaşamı boyunca, ülkemizde ve yurtdışında sınavlara hazırlanan ya da yalnızca bilgilerini gözden geçirmek isteyen meslektaşlarımıza yararlı olması ilkesi dikkate alınarak hazırlandı. Kitabın ölçme değerlendirme işlevi olduğu kadar kendi başına bir eğitim aracı olarak da ele alınabileceği kanısındayız.

Çeviride Türkçede güncel olarak kullanılan terminolojiyi esas aldık. Editörler olarak en çok önemseydiğimiz ve gözettiğimiz iki unsur, bölümler arasındaki uyum ve bütünlük ile dilde akıcılık ve anlaşılabilirlik idi. Amacımıza büyük ölçüde ulaşmış olduğumuzu düşünüyoruz. Bununla birlikte kitabın kullanıcılarının düzeltme yönünde geri bildirimleri olursa çevirileri gözden geçirmekten memnun olacağız.

Bölüm çevirilerini titizlikle tamamlayan ve bizlere kolektif çalışmanın keyfini yaşatan meslektaşlarımıza emeklerinden ötürü içten teşekkürlerimizi sunuyoruz. Rehber, onlar sayesinde Türkçeye kazandırılmıştır.

Kaplan & Sadock Psikiyatride Sınavlar için Kendini Değerlendirme ve Gözden Geçirme Rehberi'nin Türkçe baskısını, çeviriyi sürdürdüğümüz sırada yaşamını yitirdiğini üzüntüyle öğrendiğimiz, özellikle de mesleğimizde Türkçe'nin doğru kullanımı konusundaki hassasiyeti ile bizlere hep örnek olmuş olan, psikiyatrimizin duayeni, değerli hocamız Prof. Dr. Orhan Öztürk'e ithaf ediyoruz. Çeviride terimlere karşılık gelen Türkçe kavramları seçerken kendisinin editör ve yazarı olduğu *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* kitabına ("mavi kitap") başvurduğumuzu belirtmek isteriz. Anısına saygıyla...

Editörler

Prof. Dr. Hüseyin Güleç
Uzm. Dr. Melike Dönmez
Uzm. Dr. H. Ekin Güngör



Çeviriye Katkıda Bulunanlar

Uzm. Dr. Ali Görkem Gençer

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Uzm. Dr. Alper Bülbül

İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Uzm. Dr. Alper Ünal

İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Uzm. Dr. Arda Kazım Demirkan

Liv Hospital Samsun
Psikiyatri Kliniği

Doç. Dr. Başak Ünübol

İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Uzm. Dr. Dilek Çağlar Tetik

İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Uzm. Dr. Eda Ülger

Serbest Hekim

Uzm. Dr. H. Ekin Güngör

İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Doç. Dr. Esra Aydın Sünbül

İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Uzm. Dr. Feride Ezgi Büyüksahin Ünal

Serbest Hekim

Uzm. Dr. Güler Acar Sivri

Serbest Hekim

Uzm. Dr. Haluk Usta

İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Doç. Dr. Hatice Kaya

İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dr. Kaan Kösoğlu

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Psikiyatri Kliniği

Uzm. Dr. Levent Tekin

İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Uzm. Dr. M. Enes Özel

Serbest Hekim

Uzm. Dr. Mahir Yeşildal

Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Melike Dönmez

İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Doç. Dr. Mihriban Dalkıran

İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Uzm. Dr. Mustafa Alp Şenel

Gaziantep İslahiye Devlet Hastanesi

Doç. Dr. Onur Durmaz

İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Uzm. Dr. Ozan Odabaşı

İstanbul Özel Balıklı Rum Hastanesi

Uzm. Dr. Sıdıka Baziki Çetin

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Kliniği

Uzm. Dr. Özge Bebek İrem

İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Uzm. Dr. Özgür Aycan Akdur

Serbest Hekim

Uzm. Dr. R. Dilara Kurban

Sultanbeyli Devlet Hastanesi

Uzm. Dr. Sertaç Zengil

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Tıp Fakültesi
Psikiyatri Kliniği

Uzm. Dr. Sinem Acar

İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dr. Sultan Tomaç

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Psikiyatri Kliniği



İçindekiler

A. KLİNİK PSİKİYATRİ

- 1 Psikiyatrik Muayene ve Tanı. 3
Çeviri: Dr. Dilek Çağlar Tetik
- 2 Nörogelişimsel Bozukluklar ve
Diğer Çocukluk Çağı Bozuklukları. 14
Çeviri: Dr. Kaan Kösoğlu, Dr. Ali Görkem Gençer
- 3 Nörobilişsel Bozukluklar. 27
Çeviri: Dr. Sıdıka Baziki Çetin
- 4 Madde Kullanım Bozuklukları ve
Bağımlılık. 35
Çeviri: Dr. Başak Ünübol
- 5 Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik
Bozukluklar. 44
Çeviri: Dr. Haluk Usta
- 6 Bipolar Bozukluklar. 51
Çeviri: Dr. Melike Dönmez
- 7 Depresif Bozukluklar. 54
Çeviri: Dr. Melike Dönmez
- 8 Anksiyete Bozuklukları. 59
Çeviri: Dr. Özge Bebek İrem
- 9 Obsesif Kompulsif Bozukluk ve
İlişkili Bozukluklar. 62
Çeviri: Dr. Özge Bebek İrem
- 10 Travma ve Tetikleyici Etkenler ile İlişkili
Bozukluklar. 65
Çeviri: Dr. R. Dilara Kurban
- 11 Disosiyatif Bozukluklar. 68
Çeviri: Dr. Sertaç Zengil
- 12 Bedensel Belirti Bozuklukları ve
İlişkili Bozukluklar. 72
Çeviri: Dr. Özgür Aycan Akdur
- 13 Beslenme ve Yeme Bozuklukları. 77
Çeviri: Dr. Sultan Tomaç, Dr. Ali Görkem Gençer
- 14 Eliminasyon Bozuklukları. 83
Çeviri: Dr. Mahir Yeşildal

- 15 Uyku-Uyanıklık Bozuklukları. 87
Çeviri: Dr. Esra Aydın Sünbül
- 16 Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları. 92
Çeviri: Dr. Ozan Odabaşı
- 17 Cinsiyet Disforisi, Cinsiyet Kimliği ve İlişkili
Durumlar. 97
Çeviri: Dr. Eda Ülger, Dr. Alper Bülbül
- 18 Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Kontrol ve Davranım
Bozuklukları. 99
Çeviri: Dr. R. Dilara Kurban
- 19 Kişilik Bozuklukları. 102
Çeviri: Dr. Hatice Kaya
- 20 Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar. 108
Çeviri: Dr. Güler Acar Sivri

B. YAŞAM SÜRESİ BOYUNCA TEDAVİ

- 21 Psikofarmakoloji. 115
Çeviri: Dr. Mustafa Alp Şenel
- 22 Diğer Somatik Tedaviler. 139
Çeviri: Dr. Feride Ezgi Büyükaşahin Ünal
- 23 Psikoterapiler. 144
Çeviri: Dr. Sinem Acar
- 24 Psikiyatrik Rehabilitasyon ve Diğer
Müdahaleler. 151
Çeviri: Dr. M. Enes Özel
- 25 Diğer Branşlar ve Konsültasyon. 154
Çeviri: Dr. Ozan Odabaşı
- 26 Hasta Bakımı Düzeyi. 161
Çeviri: Dr. Alper Ünal

C. PSİKİYATRİ İLE İLGİLİ DİĞER KONULAR

- 27 Etik ve Profesyonelizm. 165
Çeviri: Dr. H. Ekin Güngör
- 28 Adli ve Yasal Konular. 170
Çeviri: Dr. Arda Kazım Demirhan

29	Yaşamın Son Dönemi ve Palyatif Bakım.	176
	Çeviri: Dr. M. Enes Özel	
30	Toplum Psikiyatrisi Hizmetleri	180
	Çeviri: Dr. Levent Tekin	
31	Psikiyatride Küresel ve Kültürel Sorunlar.	183
	Çeviri: Dr. Sinem Acar	

D. DOĞA BİLİMLERİ VE SOSYAL BİLİMLERDEN PSİKİYATRİYE KATKILAR

32	Normal Gelişim ve Yaşlanma	187
	Çeviri: Dr. Levent Tekin	
33	Sinirbilimden Katkılar.	193
	Çeviri: Dr. Mihriban Dalkıran	
34	Davranış Bilimleri ve Sosyal Bilimlerden Psikiyatriye Katkılar.	203
	Çeviri: Dr. Onur Durmaz	

Dizin	215
-----------------	-----

- 2.24.** 14 yaşındaki bir kız çocuğu, Türkçe dersinde konuşma yapmayı reddettiği için ebeveynleriyle birlikte okul danışmanına gidiyor. “Her şeyi berbat edip yanlış bir şey söyleyeceği” için herkesin ona gülüp onun aptal olduğunu düşüneceğini söylüyor. Öğretmeni, ebeveyni ve arkadaşları, onu böyle bir şeyin olmayacağı konusunda ikna etmeye çalışsalar da fikri değişmiyor. Ebeveyni, kızlarının nedense arkadaşlarıyla geceleri birbirlerinde kalabilecekleri toplu eğlence etkinliklerine katılmadığını ve yine aynı sebepten ötürü herhangi bir kimseye romantik bir ilgi duymamak için kendisini tuttuğunu ekliyor. Hasta, konuşma yapmamasının notunu ciddi şekilde etkileyeceği söylendiğinde, sınıfta kalmayı yeğleyeceğini söylüyor. SSRI’nın yanında, bu hastanın tedavisine eklenebilecek kanıt yönünden en güçlü olan tedavi aşağıdakilerden hangisidir?
- A. Konuşmasından yarım saat önce beta-blokör uygulanması
B. Bilişsel davranışçı terapi
C. Buspiron uygulanması
D. Yüzleştirme ve tepki önleme terapisi
E. Kişilerarası terapi
- 2.25.** 5 yaşındaki bir erkek çocuğunun öğretmeni, anaokulunun ilk haftasının sonunda, çocuğun duyma yetisi için endişelenerek ebeveynini arıyor ve çocuğun sınıfta hiç bir şey söylemediğini ancak kendisine seslenildiğinde kafa salladığını bildiriyor. Bunu duyunca şok olan anne ve baba, çocuklarının evde sürekli konuştuğunu söylüyor. Çocuk, bir toplantıya çağırılıyor ve orada da hiçbir şey söylemiyor. Eve dönüş yolunda, çocuğa neden konuşmadığı sorulduğunda ağlamaya başlıyor. Bu çocuk için uygulanacak birinci basamak tedavi nedir?
- A. Bilişsel davranışçı terapi
B. Konuşma terapisi
C. SSRI tedavisi
D. Aile terapisi
E. Beta-bloker tedavisi
- 2.26.** OKB, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), bunaltı bozuklukları ve başka hangi bozuklukla eş tanımlı olarak görülür?
- A. Major Depresyon
B. Tourette Sendromu
C. Karşıt olma karşı gelme
D. Bipolar Bozukluk
E. Madde Kullanımı
- 2.27.** Okulda sergilediği kontrol edilemeyen taşkın davranışları nedeniyle acil servise getirilen 12 yaşındaki erkek öğrencinin, yardım ekibi okula varmadan 30 dakika önce aniden masasından kalkıp “Benden uzak dur canavar!” diyerek bağırarak, ardından bir sınıf arkadaşının üstüne atlayıp onu ısırmaya başladığı, sandalyeleri, masaları ve diğer eşyaları odanın belirli bir noktasına fırlatıp “Seni öldürecekim!” diye bağırırken çalışanların diğer çocuğu kurtarmayı ve diğer herkesi odadan çıkarmayı başardığı öğrenilmiştir. Öğretmeni acil ekibine, çocuğun aylardır ona ve diğerlerine ifadesiz (boş, şekilde baktığını ve bu nedenle onu korkuttuğunu; diğer çocukların da çoğunlukla ondan uzak durduklarını bildirmiştir. Acil servise ulaşan hastanın haloperidol ve lorazepam ile yatıştırıldığı, vital bulgularının doğal, tam kan sayımı, kan biyokimya paneli, idrarda madde taraması, kan ağır metal düzeyleri, lomber ponksiyon ve kranial BT sonuçlarının hepsinin normal olduğu saptanmıştır. Ebeveyni, öğretmen tarafından bildirilen bulguları onaylamış ve çocuğun “8 ay öncesine dek iyi olduğunu, sonradan kendisini herkesten soyutlamaya başladığını ve ders notlarının düşmeye başladığını” ifade etmişlerdir. Bu çocuğun hastalığının klinik seyri için en olası senaryo aşağıdakilerden hangisidir?
- A. Spontan iyileşme
B. Aşamalı biçimde iyileşme
C. Belirtilerin arttığı ve azaldığı birbirini izleyen dönemlerle sürüp gitme
D. Mevcut belirtilerin devam etmesi
E. Kronik bozulma
- 2.28.** Aşağıdaki eğlence amaçlı alınan uyuşturuculardan hangisi artmış psikiyatrik hastalık -özellikle şizofreni- riski ile ilişkilidir ?
- A. Alkol
B. Kokain
C. Esrar
D. Eroin
E. Liserjik asit dietilamid (LSD)

CEVAPLAR

3.1. A. Asetilkolin

Gün batımı sendromu, genelde demans tanısı almış yaşlılarda ortaya çıkan bir deliryum türüdür. Bu fenomen şaşkınlık ve davranış değişiklikleri ile karakterizedir. Belirtiler genellikle dopamin ve bazı ilaçlarda serotonin üzerinde etkili olan bir antipsikotik ile hafifletilse de, deliryumda rol oynayan birincil nörotransmitterin asetilkolin olduğu düşünülmektedir (226).

3.2.C. Metronidazol

Hasta, bilinçte dalgalanmalar, görsel halüsinasyonlar ve muhakeme bozukluğu gibi deliryum belirtileri göstermektedir. Mümkünse altta yatan neden tedavi edilmelidir. Bu vakada, altta yatan olası neden, bir hafta boyunca HCTZ, memantin ve metforminden uzak kalmanın aksine, idrar yolu enfeksiyonudur. Haloperidol belirtileri geçici olarak hafifletebilse de sonuç olarak çözmeyecektir (228).

3.3. B. Bellek

Demans; dikkat, yürütücü işlevi, sosyal biliş ve dil gibi birçok bilişsel işlevi etkileyebilse de, bellek çoğunlukla erken ve belirgin bir özelliğidir (233).

3.4. D. Bilinç

Deliryum tanımı bilinçte bir dalgalanma içerir. Demansta ise bilinç korunur ve açık kalır. Dikkat, yönelim, bellek ve sosyal becerilerde eksiklikler hem demansta hem de deliryumda görülebilir. (233)

3.5. A. Vasküler demans

Evine giderken kaybolacak kadar bellek sorunları yaşaması normal yaşlanmaya bağlanamaz, çünkü işlevsellikte önemli bozulmayı işaret etmektedir. Oğlu bilinç değişiklikleri bildirmemektedir, bu da deliryum ihtimalini ortadan kaldırmaktadır. Her ne kadar Alzheimer en yaygın demans tipi olsa da, belirtilerin tipik olarak basamaklı bir şekilde ortaya çıktığı vasküler demansın aksine, belirtilerin kademeli ve ilerleyici bir şekilde seyretmesi ile karakterizedir. Ataklar arasında iyileşme olmadığı için bunlar, sonrasında işlevin yeniden kazanıldığı geçici iskemik ataklar değildir. (236)

3.6. 3.6. B. 8 yıl: Alzheimer demansı beynin genelinde plak ve yumakların birikmesi ve beyin dokusunun kaybının bozukluğun ilerleyici ciddiyetine neden olduğu bir hastalıktır. Etkilenen kişilerde yutma yeteneği kaybolur,

bu da aspirasyon pnömonisi, sıvı kaybı ve kaşeksi riskini önemli ölçüde arttırmaktadır. Diğer ölüm nedenleri arasında pulmoner emboli ve kardiyovasküler hastalıklar yer alıp, tanı konulduktan sonra ortalama yaşam süresi 8 yıldır. (238)

3.7. E. Serebral kortekste Lewy inklüzyon cisimcikleri

Görsel halüsinasyonların, otonomik bozuklukların ve Parkinson belirtilerinin (dişli çark, istirahat tremoru, bradikinezi) eşlik ettiği bellek bozukluğu, Lewy cisimcikli hastalığının belirtileridir. Lewy inklüzyon cisimcikleri serebral kortekste bulunur. Substantia nigra'nın beyazlaşmasıyla birlikte Parkinson hastalığı görsel halüsinasyonlarla ilişkili değildir. Korteks ve hipokampüsteki amiloid plaklarla karakterize olan Alzheimer hastalığında da genellikle görsel halüsinasyonlar görülmez. Subkortikal beyaz madde enfarktüsleri, aynı zamanda subkortikal arteriyosklerotik ensefalopati olarak da adlandırılan ve ana özelliğinin psikomotor yavaşlama olduğu Binswanger hastalığının ayırt edici özelliğidir. Pick cisimcikleri, kişilik ve davranış değişiklikleriyle belirginleşen frontotemporal demansın patognomonik belirtisidir. (242–244).

3.8. A. “Bayrak, top, ağaç. Bu üç kelimeyi tekrar edebilir misin?”

Amnestik bozuklukta kısa süreli ve yakın zamanlı bellek genellikle bozulmuştur, bu nedenle kişi muhtemelen o gün ne yediği veya bir gün önce hangi faaliyetlerde bulunduğundan soruları yanıtlayamayacaktır. Ciddi amnestik bozuklukta, yer ve zaman oryantasyonu bozulabilir. Bununla birlikte, anlık bellek sağlam kalır, bu nedenle kişi sayıları veya kelimeleri söylendikten hemen sonra hatırlayabilir. Kişi muhtemelen 5 dakika sonra bunları hatırlayamayacaktır. (246)

3.9. B. Tiamin replasmanı

Hafıza kaybı muhtemelen Korsakoff sendromunun nedeni olan beslenme yetersizliği ve diyetdeki tiamin eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Kronik alkol kullanımında bu durum sıklıkla görülür. Hastalığın ayırt edici özelliklerinden biri, kişinin boşlukları bir hikaye ile doldurarak bellek kaybını örtbas etmeye çalıştığı konfabülasyondur; ki bu hikaye tamamen makulden tamamen mantıksız kadar değişebilir. Uygun tedavi, 3 ayda iyileşme sağlayabilecek tiamin takviyesidir. Kolinesteraz inhibitörleri ve NMDA reseptör antagonistleri Alzheimer demansı için faydalı olabilmektedir. Bilişsel eksikliklerin nedeninin

Bipolar Bozukluklar

Çeviri: Dr. Melike Dönmez

6.1 DSM-5-TR'ye göre hangi ölçüt maniye hipomani-den ayırır?

- A. Atak süresi
- B. Belirti sayısı
- C. Depresif bir atak boyunca işlev bozukluğu düzeyi
- D. Yavaş başlangıç yerine ani başlangıç
- E. Hastaneye yatış gerekliliği

6.2. 30 yaşındaki bir kadın, başlıca şikayeti olan “ruh hali değişimleri” ile birinci basamak doktoruna başvurur. “Bazı günler yüksek enerjiliyim, bazı günler ise düşük enerjiliyim” der. Kendisini “hiçbir şey yapmak istemediği” şeklinde hissettiği dönemleri olduğunu belirtir. İşe gitmek istemez ancak yine de gider ve iyi bir iş çıkarır. Bu dönemlerde insanlarla fazla zaman geçirmek istemez, eve gelir ve “dalgın bir şekilde televizyon izlediğini, ancak gerçekten dikkat etmediğini” belirtir. Bazı arkadaşlarını kaybettiğini çünkü “iş dışında dünyada kaybolmuş gibi” hissettiğini belirtir. Bu semptomlar birkaç haftadan birkaç aya kadar sürmektedir. Uyku veya iştah değişikliklerinin, suçluluk veya değersizlik hissinin veya intihar düşüncelerinin olmadığını söyler. Diğer zamanlarda “enerjik ve hazırım, partinin yıldızı gibi hissediyorum. Daha iyi giyiniyorum, daha iyi hissediyorum, işte daha üretkenim, bazen bir görevi bitirmek için bazı detayları neredeyse göz ardı ediyorum.” Bu dönemler de en az birkaç hafta sürer, genellikle normalden daha geç yatar, tipik olarak 8 saatlik uyku yerine yaklaşık 3 saat uyur, ve “ertesi gün yorgun hissetmiyorum. Aslında oldukça iyi hissediyorum!” şeklinde belirtir. Daha önce hiç terapist veya psikiyatrist görmemiş, hastaneye yatmamış, kronik bir tıbbi hastalığı yok, ilaç kullanmıyor ve madde kullanımı olmadığını söylüyor. Vital bulgular normaldir ve fiziksel

muayene katkıda bulunmamaktadır. En olası tanı nedir?

- A. Kronik depresif bozukluk
- B. Sınırdurum kişilik bozukluğu
- C. Siklotimi
- D. Bipolar II bozukluk
- E. Bipolar I bozukluk

6.3. 21 yaşındaki bir üniversite öğrencisi, arkadaşları tarafından acil servise getirilir çünkü 3 gün boyunca uyanık kaldığı ve “çok konuştuğunu, ama hiçbir anlam ifade etmediğini” düşündükleri için endişeli hissederler. Arkadaşları, yaklaşık bir hafta önce “gerçekten hiper” görünmeye başladığını ve o zamandan beri “tanrı moduna girdiğini” söylerler. kampüsteki herkesten daha fazla şey bildiğini düşündüğünü ve “ne konuştuğunun açıkça bilmesine rağmen konu ne olursa olsun uzun uzun konuştuğunu” belirtirler. Tüm gece uyanık kalırken “yeni bir kuantum fizik ders kitabı yazdığını, oysa tarih bölümü öğrencisi olduğunu” söylerler. Birden çok 3D yazıcı ve malzeme satın alarak kredi kartını aşmıştır ve bunlar hakkında “evrenin ölçek modelini yazdırmam gerekiyor” der. Kendisi ve arkadaşları, hastanın madde kullanmadığını söylerler. Daha önce benzer atakları olmamıştır ve kronik bir tıbbi veya psikiyatrik durumu yoktur. Madde taraması negatiftir. Hasta bir hafta boyunca hastaneye yatırılır ve ilaçla stabilize edilir. Taburculuk gününde, ilaç kullanma süresini sormaktadır. En doğru cevap nedir?

- A. En az 1 ay
- B. En az 3 ay
- C. En az 6 ay
- D. En az 1 yıl
- E. Belirsiz süreyle

Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar

Çeviri: Dr. Özge Bebek İrem

- 9.1. Aşağıdaki obsesyon türlerinden hangisi obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ile en sık ilişkilendirilir?
- A. Kirlenme korkuları
 - B. Sayma
 - C. Patolojik kuşku
 - D. Cinsel eylemler
 - E. İntihar düşünceleri
- 9.2. Hangi beden kaygısı modeli beden dismorfik bozukluk ile en sık ilişkilidir?
- A. Vücudun birden fazla farklı bölgesiyle ilgili endişe
 - B. Uyluk ve karın bölgesi üzerinde durma
 - C. Vücut simetrisine odaklanma
 - D. Ağırlıkla ve şekil kaygılarıyla aşırı meşguliyet
 - E. Gerçek görünüm ile istenilen görünüm arasında iyi içgörüyü sahip olmak
- 9.3. Ciddi seviyede zayıflama ile hastaneye başvuran bir çocuk için ebeveynleri önemli ölçüde kısıtlayıcı davrandığını bildiriyor. Hasta beden görüntüsüyle ilgili endişeleri reddediyor ancak; ebeveynleri yemek zamanı gözle görülür kaygı yaşadığını bildiriyor. Yemek yeme konusunda soru sorulduğunda daha fazla cevap vermeyi reddediyor ve boş boş ileriye doğru bakıyor. Ebeveynler çocuğun iyi uyuduğunu ve iyi odaklandığını doğrulasa da okulla ilgili bazı endişelerini bildiriyorlar. Fizik muayenede karında ele gelen kitle dikkat çekiyor. Hemogloblin ve hematokrit değerleri aşırı düşük gelen kişi kanama riski nedeniyle yoğun bakım ünitesine transfer ediliyor. Altta yatan en olası tanı aşağıdakilerden hangisidir?
- A. Anoreksiya nervoza
 - B. Yaygın anksiyete bozukluğu
 - C. Majör depresif bozukluk
 - D. Trikotilomania
 - E. Tanımlanmamış psikotik bozukluk
- 9.4. Olfaktör referans sendromu aşağıdaki demografik grupların hangisinde daha yaygındır?
- A. Yaşlı, bekar kadınlar
 - B. Evli, orta yaşlı erkekler
 - C. Evli, orta yaşlı kadınlar
 - D. Orta yaşlı, bekar kadınlar
 - E. Genç, bekar erkekler
- 9.5. Bazal ganglion hastalığı gibi nörolojik nedenlerden kaynaklanan obsesif kompulsif bozukluk (OKB) belirtilerinin; hangi tip demografik grupta ve başlangıç ile ortaya çıkma olasılığı daha yüksektir?
- A. Orta yaşlı bir kişide sinsi başlangıç
 - B. Yaşlı bir kişide sinsi başlangıç
 - C. Genç bireylerde sinsi başlangıç
 - D. Orta yaşlılarda bireylerde yeni başlayan belirtiler
 - E. Yaşlı bireylerde yeni başlayan belirtiler
- 9.6. Hangi beyin bölgesinin hasar görmesi aşırı biriktiriciliğe neden olabilir?
- A. Singulat korteks
 - B. Frontal lob
 - C. Hipokampal lob
 - D. Parietal korteks
 - E. Temporal lob

Eliminasyon Bozuklukları

Çeviri: Dr. Mahir Yeşildal

- 14.1.** Aşağıdaki semptomlardan hangisi DSM-5'e enkoprezis tanısı için bir belirteç olarak dahil edilmiştir?
- A. Anormal sfinkter tonusu
 - B. Öfke
 - C. Anksiyete
 - D. Kabızlık
 - E. Laksatiflere yanıt verme
- 14.2.** Aşağıda belirtilen çocuklardan hangisi DSM-5 ölçütlerine göre enkoprezis tanısı alabilir?
- A. Okulda önemli bir sınavı olduğunda altını kirleten 8 yaşındaki bir çocuk
 - B. Kabızlık, ishal ve 3 ay boyunca altını kirleten 5 yaşındaki bir çocuk
 - C. Tuvaletten sonra pantolonunu kirleten 7 yaşında bir çocuk
 - D. Öğle yemeğinde her kafeinli çay içişinden sonra altını kirleten 10 yaşında bir çocuk
 - E. Haftada bir kez haliya dışkı süren 3 yaşındaki bir çocuk
- 14.3.** Kabızlık şikayeti olmayan ve enkoprezis tanısı olan bir çocuğun tedavisinde ilk adımda aşağıdakilerden hangisi uygulanmalıdır?
- A. Aile temelli tedavi
 - B. Fluoksetin
 - C. Polietilen glikol (PEG)
 - D. Cerrahi disimpaksiyon
 - E. Zamanlanmış, düzenli tuvalet aralıkları
- 14.4.** Aşağıdakilerden hangisi enkoprezisin en yaygın sebebidir?
- A. Davranış ve uyum sorunları
 - B. Hirschsprung hastalığı
 - C. Cinsel istismar
 - D. Özgül tuvalet fobisi
 - E. Ağrı nedeniyle sfinkteri sıkarak dışkıyı tutma
- 14.5.** Geçen yıl boyunca haftanın çoğu gecesi yatağını ıslatan bir çocukta genel nüfusa kıyasla aşağıdaki psikiyatrik bozukluklardan hangisine yakalanma riski artmıştır?
- A. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu
 - B. Anksiyete
 - C. Depresyon
 - D. Yeme bozukluğu
 - E. Karşıt olma karşı gelme bozukluğu
- 14.6.** Enürezisli bir çocukta en tipik sonuçlanma seyri aşağıdakilerden hangisidir?
- A. Karşıt olma karşı gelme bozukluğunun gelişmesi
 - B. Kuru kalma sürecinden 1 yıl sonra yeniden ortaya çıkma
 - C. Kronik sistite ilerleme
 - D. Yetişkinlikte nüks
 - E. Spontan iyileşme
- 14.7.** Enürezisi olan bir çocuğun yatak ıslatma alarmı kullanabileceği en küçük yaş kaçtır?
- A. 2
 - B. 4
 - C. 6
 - D. 8
 - E. 10

Kişilik Bozuklukları

Çeviri: Dr. Hatice Kaya

- 19.1.** Başkalarıyla etkileşimden rahatsızlık duyma, kısıtlı duygulanım, kronik sosyal çekilme ve izolasyon eğilimleri ile ilişkilendirilen kişilik bozukluğu hangisidir?
- A. Antisosyal
 - B. Kaçınan
 - C. Paranoid
 - D. Şizoid
 - E. Şizotipal
- 19.2.** Aşağıdaki endişelerden hangisi DSM-5'teki kişilik bozukluğu tanılarına yönelik eleştiriler arasında bulunmaktadır?
- A. Kategorik bir yaklaşım kullanılmıştır
 - B. Mizacı temel alan bir yaklaşıma dayanmaktadır
 - C. Eşanlı madde kullanımı ve diğer tıbbi hastalıklar dikkate alınmamıştır
 - D. İşlevsellik kaybı sadece uyuma yönelik olmayan ilişkilere odaklanılarak sınırlandırılmıştır
 - E. Odak, boyutsal bir yaklaşıma yöneliktir
- 19.3.** Bir hasta ruhsal durum muayenesinde, projeksiyon, kıskançlık temaları ve referans fikirleri barındıran bir düşünce içeriğine sahiptir. Hastanın konuşması hedefe yönelik ve mantıklıdır, psikoz belirtileri göstermemektedir; motor aktivitesinde gerginlik belirgindir. Bu açıklamaya en iyi uyan kişilik bozukluğu hangisidir?
- A. Kaçınan
 - B. Bağımlı
 - C. Obsesif-kompulsif
 - D. Paranoid
 - E. Şizotipal
- 19.4.** Uluslararası hastalıklar sınıflandırması onuncu revizyonuna (ICD-10) göre hangi kişilik bozukluğu, kişilik bozukluğu yerine psikotik bozukluklar altında sınıflandırılmıştır?
- A. Antisosyal
 - B. Sınırdurum (Borderline)
 - C. Paranoid
 - D. Şizoid
 - E. Şizotipal
- 19.5.** Bir hasta, hayatı boyunca çalkantılı ilişkiler yaşama ve her zaman bir kriz durumunda olma halindedir. Hasta, bazen duyarsızlık ve boşluk hisleriyle değişen kendine zarar verme ve öfke duygularıyla mücadele etmektedir. Bu hastanın aşağıdaki savunma mekanizmalarından hangisini kullanması daha olasıdır?
- A. Entelektüelizasyon
 - B. İzolasyon
 - C. Projektif identifikasyon
 - D. Rasyonalizasyon
 - E. Reaksiyon formasyon
- 19.6.** Bir hasta dikkat çekmeye çalışan, duygusal olarak labil ve zaman zaman aşırı cinsel veya flörtöz bir görünüm sergiliyor. Bu hastanın aşağıdaki savunma mekanizmalarından hangisini kullanması daha olasıdır?
- A. Dissosiyasyon
 - B. Entelektüalizasyon
 - C. Projeksiyon
 - D. Reaksiyon formasyon
 - E. Süblimasyon
- 19.7.** Hangi kişilik bozukluğu sadece DSM-5'te yer alır ve ICD-10'da "diğer tanımlanmış kişilik bozukluğu" olarak listelenir?
- A. Sınırdurum (Borderline)
 - B. Bağımlı
 - C. Histriyonik
 - D. Narsisistik
 - E. Paranoid

21.58. 21 yaşında erkek hasta, orduda sıhhiyecisi olarak hizmet verdiği 3 aylık deniz aşırı görevinin ardından polikliniğe başvurmuştur. Son 10 aydır uyumakta sorun yaşadığını ve “ne zaman gözlerini kapatsa uzuvların koptuğu ve ölü askerlerin bedenlerinin etrafa savrulduğu canlı rüyalar gördüğünü” söylemektedir. Bir arkadaşını “revire yetiştiremeden kollarında öldüğünü” belirtmiştir. Yüksek seslerle irkildiğini ve “savaş alanına tekrar döndüğünü” eklemiştir. “Flashback’ler çok kötü olduğu için” yakın bir zamanda bir kutlama esnasında komşuları tarafından atılan havai fişeklerden etkilenmemek için evinde değil, kırsal bir bölgede otelde kalmak zorunda kalmıştır. Daha önce hiç ilaç kullanmamıştır. En çok uykusu konusunda sorun yaşadığını, “eğer bu rüyalar olmasa aslında diğer sorunlarla baş edebildiğini” söylemektedir. Vital bulguları normal sınırlardadır. Fizik muayenesinde göze çarpan bulgu yoktur. Bu hastanın en çok yakındığı belirtinin tedavisinde kullanılan ilacın en yaygın yan etkisi aşağıdakilerden hangisidir?

- A. Priapizm
- B. Anmezi
- C. Kilo artışı
- D. Baş dönmesi
- E. Otomatik davranışlar

21.59. 4 hafta önce dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), hiperaktif-dürtüsel tip tanısı alan ve metilfenidat başlanan 9 yaşındaki erkek hasta polikliniğe başvurmuştur. Annesi günde 2 kere 5 mg olarak tedaviye başladığını ve dozların haftada 5 mg artırılarak günde 2 kere 20 mg’a çıktığını, iştah kaybı dışında belirgin bir yan etki olmadığını ifade etmiştir. Hasta hâlâ okuldan kurallara uymaması sebebiyle uyarı almaktadır. Bu hastanın tedavisinde bir sonraki adımda aşağıdakilerden hangisi yer alır?

- A. Metilfenidat dozunu maksimum günde 2 kere 30 mg’a çıkarmak
- B. Atomoksetine geçmek
- C. Klonidin ile güçlendirme yapmak
- D. Karışık amfetamin tuzlarına geçmek
- E. Bupropiyon ile güçlendirme yapmak

21.60. 10 yaşında kız hasta, öğretmenlerinin önerisi sonrasında ailesi tarafından, son 4 haftadır “okulda boşluğa doğru öylece bakma” yakınması ile polikliniğe getirilmiştir. Öğretmeni birçok kere ödevini yapmayı unuttuğunu ve masasının dağınık olduğunu söylemiştir. Evde 10 dakika sürecektir bir ödevi 30 dakikada ve birçok dikkatsizce yapılan hatayla birlikte yapmaktadır ve “A’lar alabilecekken C’ler” almaktadır. Ailesi hastayla konuşurken dinlemiyor gibi gözüküyordu, “aslında onları görmezden geldiğini ama kafasının başka bir yerde olduğunu” ifade etmektedir. Hasta 3 yıl önce tik bozukluğu tanısı almıştır ancak belirtiler onu rahatsız etmemektedir. Vital bulguları normal sınırlardadır ve fizik muayenesinde göze çarpan bulgu başka bir yoktur. Bu hastada birinci basamak tedavi aşağıdakilerden hangisidir?

- A. Atomoksetin
- B. Metilfenidat
- C. Klonidin
- D. Bupropiyon
- E. Guanfasin

21.61. Son 6 aydır lisdeksamfetamin kullanan 7 yaşında erkek hasta, 2 aylık aradan sonra okuldaki gidişatının kontrolü için getirilmiştir. Bir hemşire tarafından görülmüş; boyu, ağırlığı ve vital bulguları ölçülmüştür. Hangi ölçümün bir öncekine göre azalmış olması beklenebilir?

- A. Kalp tepe atımı
- B. Solunum sayısı
- C. Ağırlık
- D. Boy
- E. Kan basıncı

21.62. Atomoksetinin etki mekanizması aşağıdakilerden hangisidir?

- A. Alfa-2 agonizması
- B. Dopamin geri alım inhibisyonu
- C. Artmış dopamin salınımı
- D. Norepinefrin geri alım inhibisyonu
- E. GABA inhibisyonu

- 23.1.** Aşağıdaki senaryolardan hangisi bir hastayı psikanaliz için uygun bir aday yapar?
- A. Yeni bir tıbbi durumun teşhis edilmesi
 - B. İzdirabın olmaması
 - C. Yüksek bir hüsrana toleransı
 - D. Belirtinin rahatlamasına yönelik acil bir ihtiyaç
 - E. Çatışmalı bir boşanma süreci
- 23.2.** Avukat olarak çalışan 30 yaşında sağlıklı ve zeki bir erkek, son birkaç yıldır birkaç uzun süreli başarısız romantik ilişki yaşamış, yalnızlık ve iş stresi nedeniyle kronik olarak depresif ve endişeli hissetmektedir. Hayattaki başarısızlıklarıyla ilgili obsesyonel düşünceleri nedeniyle uyku ve odaklanma konusunda giderek artan sıkıntılar yaşamış ve son olarak yeni biriyle çıkarken cinsel işlev bozukluğu nedeniyle sorun yaşadığını belirtmiştir. İntihar düşüncesi veya kendine zarar verme geçmişi yoktur. Bu kez tedaviye uzun süreli bir taahhütte bulunmaya isteklidir. Bu kişi aşağıdaki psikoterapi türlerinden hangisi için uygun bir aday olacaktır?
- A. Bilişsel terapi
 - B. Çift terapisi
 - C. Diyalektik davranış terapisi
 - D. Maruz bırakma ve tepki önleme
 - E. Psikanaliz
- 23.3.** Bir hastanın terapi seansı esnasında “krallara lahana” demesi psikanalizdeki hangi temel tekniğe iyi bir örnektir?
- A. Serbest çağrışım
 - B. Psikotik saçmalama
 - C. Reaksiyon formasyon
 - D. Dalgalı dikkat
 - E. Derinlemesine çalışma
- 23.4.** Aşağıdakilerden hangisi psikanalitik psikoterapide psikanalize kıyasla daha yoğun olarak kullanılan bir stratejidir?
- A. Hatırlamaya odaklanma
 - B. Daha uzun bir tedavi süresi
 - C. Yüz yüze seanslar
 - D. Dalgalı dikkat
 - E. Serbest çağrışımın kullanılması
- 23.5.** Açıklayıcı psikoterapi aşağıdaki yollardan hangisiyle psikanalizden farklıdır?
- A. Ego işlevini değiştirerek sorunların odaklanılmış bir şekilde anlaşılmasını sağlanması
 - B. Derinlerde saklı ve geçmiş dürtülerin tedavinin erken döneminde keşfedilmesi
 - C. Genetik düzeyde içgörü aranması
 - D. Dürtüler ve etkileşimlerin bebeklik dönemine kadar izlenmesi
 - E. Pozitif aktarım ve regresyonun daha yoğun bir şekilde araştırılması

Psikiyatride Küresel ve Kültürel Sorunlar

Çeviri: Dr. Sinem Acar

- 31.1.** Dünya Sağlık Örgütü, dünya genelinde bireylerin yüzde kaçından fazlasının yaşamları boyunca en az bir veya daha fazla ruhsal bozukluk geliştirdiğini tahmin etmektedir?
- A. 5
B. 10
C. 25
D. 50
E. 70
- 31.2.** Çin'de intihar eden bir kişi için en yaygın demografik özellikler hangileridir?
- A. Yüksek sosyo-ekonomik sınıftan yaşlı erkek
B. Düşük sosyo-ekonomik sınıftan yaşlı kadın
C. Kırsal alanda yaşayan genç kadın
D. Kentsel alanda yaşayan genç kadın
E. Kentsel alanda yaşayan genç erkek
- 31.3.** Hangi psikiyatrik bozukluk hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde en çok engelliliğe sebep olan hastalıklar arasında yer almaktadır?
- A. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu
B. Bipolar bozukluk
C. Aralıklı patlayıcı bozukluk
D. Panik bozukluk
E. Özgül fobi
- 31.4.** Aşağıdaki hastalıklardan hangisinin gelecekte engelliliğin önde gelen sebeplerinden biri olacağı tahmin edilmektedir?
- A. Katarakt
B. Serebrovasküler hastalık
C. Yaygın anksiyete bozukluğu
D. İnsan bağışıklık yetmezliği virüsü/edinsel bağışıklık yetmezliği sendromu (HIV/AIDS)
E. Unipolar depresyon
- 31.5.** Ruhsal hastalığı olan ve aşağıdaki demografik etkenlerden hangisine sahip olan bir hastanın ayrımcılığa uğradığını bildirme olasılığı istatistiksel olarak daha yüksektir?
- A. Kırsal alanda bir erkek
B. Sosyal ortamda bir erkek
C. Kırsal alanda bir kadın
D. Aile ortamında bir kadın
E. İş ortamında bir kadın
- 31.6.** Madde kullanımı kontrol altına alındıktan sonra bile, aşağıdaki psikiyatrik bozukluk türlerinden hangisine sahip hastalarda diyabet, kalp hastalığı, gastrointestinal bozukluk ve malign neoplazi riski artmaktadır?
- A. Anksiyete bozukluğu
B. Dikkat eksikliği
C. Yeme bozukluğu
D. Kişilik bozukluğu
E. Psikotik bozukluk
- 31.7.** Depresyon ile aşağıdaki tıbbi hastalıklardan hangisi arasında prospektif olarak güçlü bir ilişki vardır?
- A. Astım
B. İrritabl barsak sendromu
C. Miyokard enfarktüsü
D. Renal yetmezlik
E. Kasılma nöbetleri

masıyla ilgili zorluklar dahil olmak üzere bir dizi soruna neden olabilir. Parietal lob hasarı, nesneleri çizmede, sağ ile solu ayırt etmede, okuma zorluğunda ve uzamsal oryantasyonda zorluklara neden olabilir. Oksipital lob hasarı, görme kusurlarına ve yazılı kelimeleri tanıyamamaya neden olabilir. (935)

33.11. A. Birinci

Sinaptogenez, yaşamın ilk 2 yılında zirveye ulaşır ve ilk 10 yıl boyunca en yüksek hızda devam eder. Son zamanlarda yetişkinlerde belirli beyin bölgelerinde nörojenin keşfi olmuş olmasına rağmen, bu çocuklarda görülen miktarın çok altındadır. (936)

33.12. C. Geni susturacak

miRNA'nın bir amacı, hedef mRNA'yı bölerek gen ifadesini düzenlemektir. Bu nedenle miRNA, gen ifadesini azaltır, artırmaz. Tamir proteinleri, miRNA değil, bazıları çıkarır. (946)

33.13. C. Hipokampus

Nörogörüntüleme çalışmaları, şizofreni hastalarının beyinlerinde prefrontal korteks ve hipokampusun hacminin azaldığını göstermiştir. Bununla birlikte, ventriküller genişlemiştir. İlginç bir şekilde, nörogörüntüleme nörodejenerasyon belirtilerini göstermez. (950)

33.14. C. İlk yıldan 4 yaşa kadar hızlanmış büyüme

Beyin, ilk yılda boyutunu iki katına çıkarır, 3 yaşında %80'ine ve 5 yaşında %90'ına ulaşır. Otizm spektrum bozukluğu (OSB) olan çocukların beyinleri muhtemelen doğumda ortalama boyutta başlar, sonra ilk yılın sonundan başlayarak 2 ila 4 yaşları arasında artmış bir hızda büyür. Farklar çoğunlukla frontal ve parietal korteks, serebellar hemisferler ve amigdala görülür. Bu farkın mekanizması şu anda bilinmemektedir. (951)

33.15. B. Raphe çekirdekleri

Serotonerjik çekirdek hücre gövdeleri, beyin sapının ortasındaki raphe çekirdeklerinde bulunur. Rostral raphe çekirdekleri, beyin boyunca projeksiyon yapar, kaudal raphe çekirdekleri medulla, serebellum ve spinal kordda projeksiyon yapar. Ventral tegmental alan, substantia nigra ile birlikte dopamin nöronlarının bulunduğu yerdir. Norepinefrin üreten nöronlar locus ceruleus ve lateral tegmental noradrenerjik çekirdeklerde bulunur. Bazal foreks ve mesopontin kompleksler, asetilkolin projeksiyon nöronlarının bulunduğu yerdir. Histaminerjik

hücre gövdeleri tuberomamiller çekirdekte bulunur. (954–956)

33.16. C. Mesoakumbens

Mesoakumbens dopamin yolu, ödül ve zevk hislerinde merkezi bir rol oynar ve uyuşturucular tarafından aktive edilir. Mesolimbik yol, şizofreninin pozitif belirtilerinden sorumlu olduğuna, mesokortikal yolun ise şizofreninin negatif belirtilerinden sorumlu olduğuna inanılmaktadır. Tuberohipofizyal yol prolaktin salınımını iletmekte, nigrostriatal yol motor kontrolü modüle etmektedir. (955)

33.17. B. Tirozin

Dopamin, norepinefrin ve epinefrin gibi, tirozin amino asidinden sentezlenen bir katekolamindir. Serotonin, triptofandan sentezlenirken, histamin histidinden sentezlenir. GABA, glutamik asitten sentezlenir. Glisin hem bir amino asit hem de inhibe edici bir nörotransmitterdir. (957–958, 962, 963)

33.18. D. GABA aşağı regülasyonu, NMDA yukarı regülasyonu

Uzun süreli etanol kullanımı, GABA reseptörlerinin inhibisyonunu ve NMDA reseptörlerinin aktivasyonunu içerir. Bu durum, alkolün ani kesilmesi durumunda hastayı aşırı uyarılabilir bir durumda bırakır ve delirium tremens'e katkıda bulunabilir. (964)

33.19. A. Hipotalamus, anterior hipofiz bezi, böbrek üstü bezi

Majör depresif bozuklukta tutarlı bir bulgu, hipotalamus, anterior hipofiz bezi ve böbrek üstü bezi içeren hipotalamus-hipofiz-böbrek üstü eksen (HPA)'nin hiperaktivitesidir. Bu hiperaktivite, hiperkortizolemiye ve kortizol salınımının deksametazon baskılamasına direnç oluşturur. Hipokampus, amigdala, talamus ve hipotalamus, limbik sistemi oluşturur. Forniks, mammiller cisimler ve posterior singulat girüsün eklenmesi, korku ve saldırganlık, beslenme ve diğer homeostatik aktiviteleri düzenleyen Papez devresini oluşturur. Suprakiazmatik çekirdek, superior servikal gangliyon, retinohipotalamik yolak, ve pineal bezi, melatonin salınımını ve geri bildirim döngüsünü düzenler. (934, 968, 980)

33.20. B. Kolesistokin

Kolesistokin, panik bozuklukla ilişkilidir ve bu hastanın tanısıdır. Nörotensin, şizofreni ile ilişkilidir. P

olur. Sabit aralıklı ödüllendirme programında, ödül, belirlenmiş bir süreden sonraki ilk yanıtın ardından sağlanır. Bu, ödülün tamamen tahmin edilebilir olduğu ve sadece davranışın bir kez gerçekleşmesine bağlı olduğu için istenen davranışın en az sıklıkta yapılmasına yol açar. Değişken aralıklı ödüllendirme programında davranışlar, ortalama ancak tahmin edilemez bir süre sonrasında ödüllendirildiğinden, sabit aralıklı ödüllendirme programına kıyasla daha yüksek ancak oranlı ödüllendirme programına göre daha düşük bir davranış miktarına yol açar. (1018)

34.9. C. Sebzeleri yedikten sonra dondurma yiyebileceğini söylemek

Premack prensibi, bir kişinin eğer daha çok tercih edilen bir davranışa erişim sağlıyorsa daha az tercih edilen bir davranışta bulunabileceğini belirtir. Çocuğun daha çok tercih ettiği davranış dondurma yemektir. Bu prensibe göre ebeveynler, çocuğa daha az tercih edilen davranışta bulunmanın (sebzelerini yemesinin) dondurma yemek ile sonuçlanacağını söylemelidir. (1019)

34.10. C. Satışları aşağı düzeyde kalacaktır

Öğrenilmiş çaresizlik modelinde, bir kişi, kaçınılmayan rahatsız edici bir uyarıcıya tekrar tekrar maruz bırakılırsa, durumdan kaçınmanın mümkün olduğu bir durumda bile kaçma davranışlarını öğrenmekte zorlanacaktır. Bu durumda, adam beklenildiği gibi bir performans gösterirse yeni patron muhtemelen bağırma davranışında bulunmayacaktır. Kişi eylemlerinin negatif uyarıcı ile bağlantılı olmadığını öğrenmiş olduğu için, davranışını değiştirmeye çalışma olasılığı çok daha düşüktür. Bu nedenle, performansını alt düzeyde sürdürecektir. (1020)

34.11. D. “Bu öğleden sonra öğle yemeğinde ne yedin?”

Temporal lobun medial kısmında olan hasar, anterograd ve retrograd amneziye yol açabilir. Retrograd defisitler genellikle yakın zamanda öğrenilen bilgilerin hatırlanmasında kendini belirgin olarak gösterir. Anlık bellek ise genellikle korunur, bu yüzden üç kelimeyi tekrar edebilmesi beklenmektedir. Sorulan diğer sorular ise, yıllar önce konsolide edilen bilgileri içerir. (1024)

34.12. A. Amigdala

Hipokampus, dentat girus, subikulum, parahipokampal korteks ve entorhinal korteks normalde her tür anı için kritik bölgelerdir. Ancak, duygusal veya heyecan verici olayların bellekleri, amigdala aktivasyonunu içerir. (1024)

34.13. B. Diyensefalon

Korsakoff sendromunda diyensefalon hasar görmüştür ve diyensefalon, talamus, hipotalamus, epitalamus ve subtalamusu içerir. Korsakoff sendromundaki frontal lob hasarı, bilişle birlikte bellekte geri çağırma ve değerlendirme sorunlarına neden olur. Diyensefalondaki hasar, hatırlanması gereken bilgileri bir türden diğerine geçiş yaptıktan sonra hatırlama yeteneği ve sözel ve görsel bilgileri aklında tutma ve zihinsel kontrolü sürdürme yeteneği ile ilgili sorunlara neden olur. (1025–1026)

34.14. D. Nasıl bisiklete bineceği

Amnezi yalnızca deklaratif (açık) belleği etkiler, prosedürel (örtülü) belleği değil. Deklaratif bellek, bireyin kişisel öyküsündeki belirli olaylar (epizodik bellek) ve gerçeklerin ve kavramların (semantik bellek) hatırlanmasıdır. Prosedürel bellek, bisiklete binme gibi çok fazla bilinçli düşünce olmadan kas eylemlerini gerçekleştirebilme yeteneğini içerir. (1027, 1028)

34.15. A. Daha hızlı okuma hızı, resmi hatırlamama

Hasta, yakın zamanlı özel bir deneyime dayanan ve belirli bir uyarının algılanması ya da tanımlanmasını içeren hazırlama etkisinin ölçüldüğü bir deneyde yer almaktadır. Çalışmalar, resimde gösterilen kelimelerin okuma hızında artış ile gösterildiği üzere bu türden bir hazırlama etkisinin amnezi hastalarında sağlam kaldığını ortaya koymuştur. Ancak, beklenildiği gibi, katılımcı resmin gösterildiğini hatırlamayacaktır. (1027)

34.16. D. Zeka işlevi

Herhangi bir nöropsikolojik muayene, belleğe odaklanmış olsa bile genel zeka (entelektüel) işlev testi içermelidir. Bu, hastanın test yapma yeteneği hakkında bilgi verecek ve belirli tipte bellek bozukluklarını değerlendirmeye yardımcı olacaktır. Obstrüktif uyku apnesine bağlı olarak uykusuzluğun hafızayı etkileme olasılığı daha düşük olduğundan, bu durum şikayetin uzun süredir devam ediyor olması da düşünüldüğünde hasta için muhtemel bir etyoloji değildir. İştme ve görme muayeneleri ise uyumsal işlev de dahil olmak üzere her zaman öğrenme gücüyle yaşayan çocuklarda yapılmalıdır. (1030–1032)

34.17. A. Test yapan kişinin öğrenme ve hatırlama aşamaları arasında dikkatini dağıtmak

Bellek testleri, yeni öğrenme yeteneğindeki bozulmayı değerlendirmek için iki stratejiden birini kullanarak uygulanabilir. İlk strateji, anlık bellekte tutulandan daha fazla bilgi sunmaktır. Bu, testi alan kişiden 14 basamaklı bir sayı dizisini ezberlemesini veya ilişkisiz kelime çiftlerini öğrenmesini istemek olabilir. İkinci strateji, test

KAPLAN & SADOCK PSİKİYATRİDE SINAVLAR İÇİN

DEĞERLENDİRME VE GÖZDEN GEÇİRME REHBERİ ONUNCU BASKI



Eric R. Williams, MD
Lindsay Moskowitz, MD

Kendini gözden geçirme ya da USMLE, PRITE, ABPN Bölüm I ve yeniden sertifikasyon sınavlarına hazırlanmak için harika bir rehber olan **Kaplan ve Sadock'un Psikiyatride Sınavlar İçin Değerlendirme ve Gözden Geçirme Rehberi, 10. Baskısı**, alanın tümünün kapsamlı ve yetkin bir incelemesidir. Dr. Eric R., Williams ve Lindsay Moskowitz tarafından yazılan bu temel kitap, 600'den fazla çoktan seçmeli soruya ek olarak, doğru ve yanlış seçeneklerin açıklayıcı tartışmaları ile birlikte cevaplarını içermektedir.

- Tek cevaplı, çoktan seçmeli biçiminde 600'den fazla soru ve cevap içermektedir ve—**hepsi bu baskı için yazılmıştır**
- ABPN sınavlarında, USMLE'de ve PRITE **sınavlarında karşılaşılabilecek türde sorular içermektedir**
- DSM5-TR ve ICD-11 ile uyumlu **güncel terimler ve tanımlar** içerir
- Dünya çapında bir psikiyatri eğitiminin vazgeçilmez bir parçası olan Kaplan & Sadock'un Psikiyatrinin Özeti Kitabındaki **ilgili bölümlere** paraleldir
- Psikiyatristler ve diğer hekimler, ayrıca psikiyatri asistanları, tıp öğrencileri, klinik psikologlar, psikiyatri hemşireleri ve ruhsal bozukluklar alanında hizmet veren diğer profesyoneller için idealdir

ARADIĞINIZ TÜM TIP KİTAPLARI BU ADRESTE



www.guneskitabevi.com

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43

KADIKÖY

Rasimpaşa Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel&Faks: (0216) 546 03 47



Türkiye'nin her yerinden...
0505 734 13 13



ISBN 978-975-277-988-4



9 789752 779884