

Test znanja u sustavu trajne medicinske izobrazbe liječnika

I u ovom broju „Medixa“, u suradnji s Hrvatskom liječničkom komorom (HLK), priredili smo za vas test znanja namijenjen provjeri stručnosti u postupku trajne medicinske izobrazbe. Test znanja sadrži 70 pitanja koja se odnose na sadržaj naslovne teme „**Depresija – etiologija, rana dijagnostika i liječenje**“. Pozitivno riješene testove (najmanje 60% vaših točnih odgovora) vrednovat će Povjerenstvo za trajnu izobrazbu HLK sa **sedam bodova**, a rezultati će, osim u „Medixu“, biti objavljeni u „Liječničkim novinama“, što će, ujedno, biti potvrda vaših ostvarenih bodova u postupku stručnoga medicinskog usavršavanja.

1. **Mentalni poremećaji u Hrvatskoj:**
 - a) vodeća su skupina prema korištenju dana bolničkog liječenja (BOD)
 - b) jedan su od vodećih uzroka bolničkog pobola radno sposobnog stanovništva
 - c) prema broju hospitalizacija sudjeluju s udjelom oko 7% u ukupnom bolničkom pobolu
 - d) sve tvrdnje su točne
2. **Prema procjeni opterećenja bolestima za Hrvatsku (DALYs), na kojem su mjestu unipolarni depresivni poremećaji i s kojim postotkom?**
 - a) Na 10. mjestu s postotkom 2,5
 - b) Na drugome mjestu s postotkom 10
 - c) Na trećemu mjestu s postotkom 9
 - d) Na trećemu mjestu s postotkom 7,5
3. **Trend bolničkog pobola zbog depresivnih poremećaja u višegodišnjem razdoblju:**
 - a) stagnira ukupno, raste za ženski spol
 - b) u porastu je za muški spol
 - c) u porastu je ukupno i za oba spola
 - d) u porastu je za muški i padu za ženski spol
4. **U bolničkom pobolu zbog depresivnih poremećaja:**
 - a) broj hospitalizacija žena veći je od broja hospitalizacija muškaraca prosječno u omjeru 3:1
 - b) broj hospitalizacija žena veći je od broja hospitalizacija muškaraca prosječno u omjeru 1,8:1
 - c) broj hospitalizacija žena i muškaraca je podjednak
 - d) broj hospitalizacija muškaraca veći je od broja hospitalizacija žena prosječno u omjeru 2:1
5. **Koliki je postotni udio depresivnih poremećaja u bolničkom pobolu zbog mentalnih poremećaja 2011. godine prema broju hospitalizacija?**
 - a) 9,8%
 - b) 5,5%
 - c) 13,1%
 - d) 20,5%
6. **Depresivni poremećaji vodeća su dijagnostička kategorija u bolničkom pobolu zbog mentalnih poremećaja 2011. godine prema broju hospitalizacija:**
 - a) kod muškaraca
 - b) kod žena
 - c) i kod muškaraca i kod žena
 - d) nijedna tvrdnja nije točna
7. **Najviše hospitalizacija zbog depresivnih poremećaja bilježi se za dob:**
 - a) 20-29 godina
 - b) 20-39 godina
 - c) 40-59 godina
 - d) 60 i više godina
8. **Ključni simptomi depresije su:**
 - a) depresivno raspoloženje i gubitak interesa ili zadovoljstva
 - b) razdražljivost i teškoće kontrole poriva
 - c) slušne i vidne halucinacije
 - d) paranoidne sumanutosti
9. **Psihomotorna inhibicija u depresivnog bolesnika očituje se:**
 - a) usporenim pokretima, oskudnom mimikom, tihim govorom
 - b) usporenim misaonim tijekom i osiromašenjem u misaonom sadržaju (spontano izlaganje je oskudno, na pitanja odgovara s dugom latencijom)
 - c) u težim slučajevima stuporom
 - d) svi odgovori su točni
10. **Karakteristike atipične depresije su:**
 - a) povećanje apetita i tjelesne težine
 - b) povećana potreba za spavanjem
 - c) pogoršanje depresije u jutarnjim satima
 - d) točni su odgovori a) i b)
11. **Psihotična depresija može uključivati:**
 - a) sumanute ideje krivnje, propasti, osiromašenja
 - b) hipohondrijske sumanutosti
 - c) perceptivne obmane, npr. auditivne
 - d) sve navedeno je točno
12. **Distimija označava:**
 - a) psihotične simptome
 - b) kombinaciju depresivnih i anksioznih simptoma
 - c) dvostruku depresiju
 - d) dijagnoza distimije se postavlja kada depresivno raspoloženje nikada nije dovoljno teško za ispunjenje kriterija ponavljajućega depresivnog poremećaja blage ili umjerene jačine
13. **Sezonska depresija odnosi se na:**
 - a) pojavu depresivne epizode u proljeće
 - b) pojavu depresivne epizode u jesen i zimu
 - c) pojavu depresije u starijoj dobi
 - d) depresija koja se javlja u okviru distimije
14. **Temelj procjene suicidalnog rizika je:**
 - a) klinički intervju
 - b) psihijatrijska procjena točne dijagnoze
 - c) procjena sigurnosti
 - d) vještina postavljanja pitanja

15. Mana zlatnog standarda procjene kliničkog intervjua je:
- niska specifičnost i osjetljivost
 - nedovoljan skup važnih podataka
 - nemogućnost točne procjene rizika
 - nemogućnost postavljanja dijagnoze
16. Ocjenske ljestvice su potrebne:
- za provjeru liječnikovih dojmova
 - za mjerenje broja simptoma
 - svakodnevno za praćenje tijeka bolesti i liječenja
 - za lakše odlučivanje o primjeni vrste terapijskog postupka
17. Ocjenske ljestvice nisu:
- samoprocjenske skale
 - klinički upravljane ocjenjivačke skale
 - skale u elektroničkom obliku
 - isključivo testovi koje interpretira psiholog
18. Oblik u kojem dolaze ocjenske ljestvice su:
- da-ne upitnici
 - točno-netočno skale
 - skale s više izbora u elektroničkom obliku
 - sve navedeno je točno
19. Ograničenja samoocjenskih skala procjene su:
- visoka stopa lažno pozitivnih ili lažno negativnih rezultata
 - neprilagođenost u individualnoj primjeni kod određenih skupina ispitanika
 - slabost predikcije, tj. predviđanja budućih događanja
 - ušteda vremena i troškova primjene
20. Osnovna skala za procjenu depresije nije:
- Hamiltonova skala
 - Beckov inventarij
 - Montgomery-Asberg skala
 - Zungova skala za samoprocjenu
21. U procjeni depresivnosti i suicidalnosti procjenjuje se i sljedeće:
- impulzivnost
 - autodestruktivnost
 - osjećaj beznađa
 - sve navedeno je točno
22. U prvi izbor antidepresiva pripadaju svi antidepresivi osim:
- amitriptilina
 - reboksetina
 - duloksetina
 - paroksetina
23. Za ocjenu poboljšanja depresije koristi se promjena na HAMD-17:
- <25%
 - >25%
 - <20%
 - >20%
24. Srednje teška epizoda depresije ima ocjenu na HAMD-17:
- 17-23
 - 18-24
 - 25-28
 - 29 i više
25. Za liječenje u prvom stupnju vrijedi tvrdnja:
- u srednje teškoj epizodi daje se kombinacija AD-a
 - u teškoj epizodi kombiniraju se dva ili tri AD-a
 - u blagoj epizodi može se dodati antipsihotik
 - treba pokušati liječiti monoterapijski
26. Za liječenje u prvom stupnju vrijedi tvrdnja:
- može se liječiti samo psihoterapijski u srednje teškoj epizodi
 - može se liječiti samo psihoterapijski u teškoj epizodi
 - može se liječiti samo psihoterapijski u blagoj epizodi
 - može se liječiti samo psihoterapijski u svim epizodama
27. Za drugi stupanj liječenja depresije vrijedi tvrdnja:
- može se povećati doza postojećeg AD-a
 - može se dodati AD drugačijeg mehanizma djelovanja
 - može se dodati antipsihotik
 - sve navedeno je točno
28. Faza održavanja ili profilaktička faza liječenja depresije traje:
- do pet godina
 - do četiri godine
 - do dvije godine
 - do jedne godine
29. Najveća količina serotonina u mozgu čovjeka nalazi se u:
- mozgu
 - probavnom sustavu
 - trombocitima
 - plućima
30. Najčešće nuspojave SIPS-a, koje se javljaju u početku liječenja, a kasnije najčešće nestaju su:
- mučnina, porast anksioznosti i nesanica
 - suha usta, opstipacija i zamućenje vida
 - ekstrapiramidne nuspojave
 - porast apetita, tjelesne težine i sedacija
31. Inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina su:
- fluoksetin i fluvoxamin
 - bupropion i sulpirid
 - mirtazapin i agomelatin
 - venlafaksin i duloksetin
32. Antidepresiv prvog izbora kod osoba s teškom nesanicom je:
- bupropion
 - sulpirid
 - mirtazapin
 - moklobemid
33. Koji od navedenih antidepresiva ne dovodi do porasta tjelesne težine:
- sertralin
 - mirtazapin
 - amitriptilin
 - klomipramin
34. U depresivnih bolesnika s kroničnom boli terapija prvog izbora su:
- antipsihotici
 - inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina
 - inhibitori ponovne pohrane dopamina
 - nema psihofarmaka djelotvornih u toj indikaciji
35. Inhibitori MAO A, pa i moklobemid, ne smiju se primjenjivati s:
- hranom koja sadrži izuzetno velike količine tiramina
 - lijekovima koji povisuju koncentraciju serotonina
 - lijekovima koji povisuju koncentraciju noradrenalina
 - sve navedeno je točno

Nastavak na sljedećoj stranici

36. Gubitak tjelesne težine uočljiv je kod terapije:
- fluvoksaminom
 - fluoksetinom
 - maprotilinom
 - duloksetinom
37. Tahikardija, zaravnjenje T-valova, produženje QT-intervalu i depresija ST segmenta javljaju se kod terapije:
- klomipraminom
 - sertralinom
 - maprotilinom
 - fluoksetinom
38. Seksualne disfunkcije nastale tijekom terapije SIPPS-ima javljaju se u kojem postotku?
- 10%
 - 30-50%
 - 5%
 - 1%
39. Serotoniski sindrom mogu uzrokovati:
- SIPPS i IMAO
 - SIPPS i triciklički antidepressivi
 - SIPPS
 - triciklički antidepressivi
40. Najčešći autonomni učinak tricikličkih i tetracikličkih antidepressiva su:
- ortostatska hipotenzija
 - vertoglavica
 - znojenje
 - sve navedeno je točno
41. Regije odgovorne za razvoj depresije su:
- hipokampus + amigdala
 - prefrontalni korteks + hipokampus
 - nukleus acumbens
 - hipokampus + amigdala + prefrontalni korteks + *nucleus acumbens*
42. Sedacija je najčešća nuspojava:
- SIPPS-a
 - IMAO-a
 - tricikličkih i tetracikličkih antidepressiva
 - ne javlja se kod antidepressiva
43. Bihevioralna terapija polazi od pretpostavke da je:
- svako ponašanje posljedica pogrešnog doživljavanja
 - svako ponašanje naučeno
 - kognicija prethodnik ponašajnih promjena
 - patološko ponašanje uzrokovano nemogućnošću empatije
44. Po bihevioralnoj paradigmi, depresivni poremećaji su:
- uvjetovani pogrešno naučenim obrascima ponašanja
 - uzrokovani smetnjama u prepoznavanju emocija drugih
 - posljedica gubitka osjećaja kontrole
 - nedostatak kognitivnih strategija u suočavanju sa stresom
45. U kontaktu s depresivnim bolesnicima nedepresivni pojedinci pokazuju:
- manje razumijevanja za probleme drugih
 - nedostatak empatije za osobe koje nemaju depresiju
 - više socijalnih kontakata i pojačanje nagonskih dinamizama
 - manje socijalnih vještina i verbalnih kontakata
46. Koja je od navedenih tehnika iz bihevioralnog kruga?
- Pozitivno potkrjepljivanje
 - Preusmjeravanje pažnje
 - Zaustavljanje misli
 - Mijenjanje bazičnih uvjerenja
47. Kada depresivni bolesnici negativno razmišljaju o sebi, okolini i budućnosti, to je:
- temelj teorije beznađa
 - negativna atribucijska teorija
 - koncept naučene bespomoćnosti
 - negativna kognitivna trijada
48. Tvorcima kognitivne teorije i terapije su:
- S. Freud i A. Adler
 - E. Kraepelin i E. Bleuler
 - A. Beck i M. Seligman
 - H. Eysenck i C. Rogers
49. U terapiji srednje teških i teških depresivnih poremećaja najbolje rezultate daje kombinacija:
- kognitivno-bihevioralne i psihodinamske terapije
 - kognitivno-bihevioralne terapije i racionalne farmakoterapije
 - farmakoterapije i elektrokonvulzivne terapije
 - socioterapije i kognitivno-bihevioralne terapije
50. Koliki se postotak oboljelih od depresije liječi kod obiteljskog liječnika?
- U Europi se tek 20% oboljelih liječi od depresije kod obiteljskog liječnika
 - U Europi se nešto manje od 50% oboljelih od depresije liječi kod obiteljskog liječnika
 - U Europi se čak 80% oboljelih liječi kod obiteljskog liječnika, a tek teži slučajevi depresije u psihijatrijskom sustavu
 - U Europi se samo pacijenti s ozbiljnim suicidalnim rizikom liječe u psihijatrijskoj službi
51. Individualni plan liječenja depresije izrađuje se:
- prema ranijem odgovoru na liječenje
 - na temelju pacijentovih preferencija
 - na temelju preporuka doktora
 - na temelju individualne psihobiosocijalne formulacije poremećaja
52. Za procjenu socijalnog funkcioniranja koriste se smjernice:
- MKB dijagnostički kriteriji
 - HAMID 17 ljestvica za depresiju
 - BDI ljestvica
 - MKF klasifikacija funkcioniranja
53. Preporuka za liječenje depresije u bolnici temelji se na:
- pacijentovoj preferenciji bolničkog liječenja
 - zakonskoj legislativi
 - oštećenju funkcioniranja
 - procijeni suicidalnog rizika, oštećenja socijalnog funkcioniranja i podrške okoline
54. Psihoedukacija se primjenjuje:
- na zahtjev pacijenta
 - na zahtjev obitelji
 - obavezan je dio u liječenju depresije
 - putem informacija na internetu
55. Metode rehabilitacije odnose se:
- na prorađivanje ranih trauma koje su povezane s depresijom
 - psihoterapijske metode koje mijenjaju negativni način razmišljanja
 - na metode učenja vještina za samostalni život i rad
 - interpersonalnu i kognitivnu psihoterapiju

56. **Casemanagment** je usluga koja se odnosi:
- na smještaj pacijenta u dom
 - lišavanje poslovne sposobnosti
 - mogućnosti terenskog rada stručnjaka u kući pacijenta, i to najčešće psihijatrijske patronažne sestre, socijalnog radnika ili radnog terapeuta koji pomažu pacijentu u procesu liječenja i uspostavljaju koordinaciju između različitih službi
 - osobu koja vodi računa o prisilnoj hospitalizaciji
57. Sve navedeno su čimbenici rizika za depresiju u starijoj dobi osim:
- ženskog spola
 - niskog samopoštovanja
 - cerebrovaskularne bolesti
 - očuvane pokretnosti
58. Učestalost depresije u starijoj populaciji je:
- 30-50%
 - 10-15%
 - 25%
 - 8-16%
59. Istodobna primjena nesteroidnih antireumatika i selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina povećava rizik od:
- serotoninergičkog sindroma
 - vertoglavica i padova
 - pojave tremora
 - krvarenja iz gornjeg dijela probavnog sustava
60. Bolničko liječenje preporučuje se kod starijih osoba koje boluju od depresije:
- praćene ekstremnim odbijanjem hrane i tekućine
 - s visokim suicidalnim rizikom
 - teške depresivne epizode sa psihotičnim simptomima
 - sve navedeno je točno
61. Simptomi vaskularne depresije su:
- anhedonija
 - usporenost u procesuiranju informacija
 - socijalno povlačenje
 - sve navedeno je točno
62. Navedeni simptomi depresije češće su prisutni u starijih nego mlađih osoba:
- agitacija, kognitivna oštećenja, anksioznost
 - psihomotorna retardacija, porast tjelesne težine, somatizacije
 - histrijsko ponašanje, bitno smanjen unos hrane i tekućine, agitacija
 - kognitivna oštećenja po emocionalnom tipu, psihomotorna retardacija, hipohondrija
63. Sve navedeno vrijedi za liječenje depresije SIPPS-ima u starijih osoba osim:
- liječenje počinje prosječno s pola doze SIPPSS-a nego u mlađih bolesnika
 - fluvoksamin i paroksetin djeluju sedirajuće, a escitalopram i citalopram jače ekscitirajuće
 - escitalopram i citalopram najmanje ulaze u interakcije s drugim lijekovima
 - svi poznati SIPPSS-i dokazano su učinkoviti u gerijatrijskih depresija
64. Smatra se da je depresija u dječjoj i adolescentnoj dobi:
- vrlo rijetka pojava
 - vrlo neobična pojava
 - nejasan entitet
 - važan entitet
65. Klinička slika depresije u dječjoj i adolescentnoj dobi ovisi dominantno:
- o endogenosti poremećaja
 - o razvojnim fazama djeteta ili adolescenta
 - o psihoreaktivnosti poremećaja
 - o etiopatogenezi u širem smislu
66. Anaklitička depresija označava:
- analitičan pristup depresiji
 - opisana od Winnicotta kao reakcija na nedovoljnu brigu o djetetu
 - opisana od Spitzza u prvoj godini života kao reakcija na separaciju
 - depresija u adolescenata
67. Multimodalno liječenje depresije predstavlja:
- usredotočenost na jedan aspekt liječenja
 - dan danas jedan od najprihvaćenijih pristupa u liječenju depresije
 - ne koristi se kombinacija tehnika
 - korištenje isključivo psihofarmakoterapije

Upute za ispunjavanje testa znanja

Točne odgovore potrebno je označiti u tablici uvezanog umetka, zaokruživanjem odgovarajućeg slova (a-d) samo jednog od ponuđenih odgovora za svako od 70 pitanja.

Popunjeni obrazac, s označenim odgovorima i vašim osobnim podacima potrebno je istrgnuti, presavinuti na format dopisnice (po mogućnosti preklop učvrstiti ljepljivom vrpcom) te s poštanskom markom poslati na naznačenu adresu (Hrvatska liječnička komora, Tuškanova 37, 10000 Zagreb), najkasnije do **30. studenog 2013.** godine.

Za dodjelu bodova u sustavu trajne izobrazbe uzimat će se u obzir samo pozitivno riješeni testovi dostavljeni na originalnom priloženom obrascu (umetku).

68. Psihofarmakološko liječenje depresije kod djece i adolescenata je:

- prvi izbor u liječenju depresija općenito
- kod blažih depresija prvi izbor liječenja
- kod teških depresija uz psihoterapiju razuman izbor
- ne treba nikako primjenjivati

69. Psihodinamski gledano, depresiju karakterizira:

- ego-dezinhibicija
- agresija okrenuta prema vlastitom doživljaju sebe
- projektivni mehanizmi
- edipska fiksacija

70. Ciljevi psihodinamske terapije su:

- rad na edipskim fiksacijama
- usmjeravanje agresije na unutra, prema vlastitoj osobi
- stvaranje konstruktivnijeg *selfa*
- ne potiče se autonomija niti individualizacija