Osakidetza



PSIKOLOGIA KLINIKO TEKNIKOKO FAKULTATIBO ESPEZIALISTA

GALDERAK

1. **Parafrasia trebetasun terapeutiko bat da. Zer helburu nagusi ditu?**

   a) Laburbiltzea pazienteak ahoz jakinarazi ez duena.
   b) Galdetzea zalantzak argitzeko.
   c) Ziurtatzea pazienteari behar bezala entzun zaiola.
   d) Pazientearen emozioak gogora ekartzea.

2. **Azken saioetara berandu iritsi delako paziente bati deseroso sentitzen zarela esaten diozunean, zer teknika aplikatzen ari zara?**

   a) Berehalakotasuna.
   b) Autoerrebelazioa.
   c) Erreflexua.
   d) Enkoadraketa.

3. **Adierazi hauetako zein ez den sartzen elkarrizketa klinikoko esku-hartze erraztaileen artean.**

   a) Isiltasuna ondo erabiltzea.
   b) Pazienteak kontatzen duenaren laburpenak egitea.
   c) Pazientearen emozioak aitortzea.
   d) Ironia erabiltzea.

4. **Esku-hartze hauetatik zein komeni da elkarrizketa klinikoan saihestea, haren helburuarekiko negatiboa delako?**

   a) Galdera irekiak.
   b) Jokabidearen arrazoia edo kausa galdetzeko “zergatik” galderak.
   c) Errefortzu esku-hartzeak, hala nola "aha", "kontatu gehiago"...
   d) Argibideak eskatzea.

5. **Elkarrizketa egituratu hauetatik, zeinek eskatzen du erabiltze-denbora laburrena?**

   a) ADIS elkarrizketak.
   b) CIDI.
   c) SCID.
   d) MINI.

6. Kasu askotan, egokia da elkarrizketatzaileak zuzenean galdetzea aurrekari kulturalei buruz, bezeroaren ikuspegiari buruzko informazio gehiago izateko. Bezeroak beren aurrekari kulturalei buruzko informazio-iturri izan daitezke; haatik (aukeratu erantzun OKERRA):

a) Elkarrizketatzailea ez da informazio horretan gehiegi oinarritu behar.
b) Elkarrizketaren helburua, hein batean, bezeroak elkarrizketatzailea heztea da.
c) Elkarrizketatzaileek kultura espezifikoei buruzko beste informazio-iturri batzuk bilatu behar dituzte (idatzizkoak, esperientziazkoak edo bestelakoak).
d) Elkarrizketatzaileak kontzientzia kulturala handitu behar du.

7. Elkarrizketa klinikoko hitzezko esku-hartze zuzen eta ez-zuzenei dagokienez, zein da zuzena?

a) Teknika zuzenak bezeroaren erreferentzia-esparrutik abiatzen dira, eta elkarrizketaren hasieratik erabili behar dira.
b) Teknika zuzenen ezaugarria elkarrizketatzailearen eragin zuzena da, eta *rapport*a ezarri arte ez erabiltzea komeni da.
c) Teknika ez-zuzenak, funtsean, elkarrizketa terapeutikoetan eta motibazio-elkarrizketetan erabiltzen dira.
d) Teknika zuzen guztiak elkarrizketa diagnostikoari soilik dagozkio.

8. Entzute aktiboko zein teknikaren ezaugarria da pazientearen mezuaren eduki kognitiboa elkarrizketatzailearen hitzekin errepikatzea, esanahia aldatu gabe?

a) Erreflexua.
b) Laburpena.
c) Argitzea.
d) Parafrasia.

9. Elkarrizketa klinikoan, zer dela-eta gomendatzen da, ahal den neurrian, hautazko galderak saihestea?

a) Sintomei buruzko informazio zehatza lortzea zailtzen dutelako.
b) Pazientearen diskurtsoaren miaketa mugatzen dutelako.
c) Irizpide diagnostiko fidagarriak ezartzea eragozten dutelako.
d) Bateraezinak dira inbutuaren teknikarekin.

10. Adierazi helburu hauetako zein den elkarrizketaren parte.

a) Elkarrizketaren helburuak informazioa lortzea eta biltzea dira, bildutako datuak aztertu beharrik gabe.
b) Elkarrizketaren helburuak harreman terapeutikoa ezartzea, eskaria aztertzea, hipotesiak garatzea, informazioa biltzea eta datuak aztertzea dira.
c) Elkarrizketaren hiru helburuetako bakoitza argi eta garbi bereizita dago, eta une desberdinetan erabiltzen dira, elkarrizketa-prozesuan etengabe txandakatzen aritu gabe.
d) Elkarrizketaren helburu bakarra pazientearekin *rapport*a ezartzea da.

11. Elkarrizketaren hasierako fasean zer komeni da?

a) Denbora asko ematea *rapport* on bat ezarri eta pazienteak azken fasean askatasunez hitz egin dezan.
b) Garrantzirik gabeko galderaren batekin edo pertsonari zailtasunik sortzen ez dion eta tentsioa murrizten laguntzen duen iruzkin sozial batekin hastea.
c) Informazioa biltzea arazoa identifikatzeko.
d) Terapeutaren galderak irekiak izatea, pazienteak jariakortasunez hitz egin dezan.

12. Funtzio neuropsikologikoen *screening* azkarra egiteko (helduena zein 3 urtetik gorako haurrena), zein da tresnarik egokiena?

a) Bender-en testa (begiena eta mugimenarena).
b) Kaufman-en testa.
c) Raven-en testa.
d) Wisconsineko txartelak sailkatzeko testa.

13. Konfabulazio espontaneoaren eredu kognitiboari dagokionez, azalpen hauetako zein da ZUZENA?

a) Informazioaren kodifikazioan eta monitorizazioan defizita dagoelako gertatzen da.
b) Arazoa informazioa kodetzean dago, eta, horregatik, gero ez da behar bezala berreskuratzen.
c) Konfabulazioa kontzientzian dagoen arazo batetik eratortzen da, eta, beraz, irudikatutako zerbait bizi bezala hautematen da.
d) Atzera begirako garuneko disfuntzioaren emaitza dira, eta, beraz, memoria-sistemak aukera ematen digu iraganeko gertaerak gogoratzeko eta erreproduzitzeko.

14. Neuropsikologiako konfabulazioari dagokionez, zein da zuzena?

a) Memoriaren alterazioekin lotzen da, batez ere sindrome amnesikoetan, eta ez dago akatsaren kontzientziarik.
b) Oroitzapenak kontzienteki asmatzeak ezaugarritzen duen fenomenoa da, engainatzeko asmoz.
c) Urruneko memoriaren oinarrizko alterazioa da.
d) Arreta-defiziten bidez baino ez da azaltzen.

15. Adierazi ondorengo baieztapenetatik zein den zuzena anamnesiari eta egoera mentalaren azterketari dagokienez.

a) Egoera mentalaren azterketa, funtsean, pazienteak arazoaren historiari buruz kontatzen dizunean oinarritzen da.
b) Anamnesia zeharkako ebaluazioa da, oraingo funtzionamendu psikologikoan zentratua.
c) Egoera mentalaren azterketa egungo ebaluazio psikopatologikoan oinarritu behar da, eta saihestu egin behar da arazoaren informazio historikoarekin kutsatzea.
d) Anamnesiaren eta miaketa psikopatologikoaren arteko desberdintasuna da lehenengoak informazio objektiboa jasotzen duela eta bigarrenak informazio

subjektiboa.

16. Baieztapen hauetako zein da zuzena arazoak ebaluazio klinikoan duen interferentziari dagokionez?

a) Interferentzia terapeutaren barne-munduak pazientearen arazoan duen oztopoari buruz doa.
b) Interferentzia laneko ondorioak edo ondorio akademikoak daudenean bakarrik baloratzen da.
c) Arazoak pazientearen eguneroko funtzionamenduan hainbat esparrutan dituen ondorioei egiten die erreferentzia interferentziak.
d) Interferentzia eta sintomatologia kontzeptu baliokideak dira ebaluazio klinikoan.

17. Zer da psikopatograma?

a) Ebaluazio unean pertsonak duen egoera mentalaren azterketa da.
b) Pazienteak bere bizitzan zehar izandako sintoma psikopatologikoen bilakaera historikoaren erregistro sistematikoa da.
c) Tresna diagnostiko bat da, nahasmendu mental zehatz baten presentzia behin betiko ezartzea ahalbidetzen duena.
d) Denboran zehar sintoma psikopatologikoek izandako presentzia alderatzeko aukera ematen duen grafikoa da, nahasmenduaren bilakaera baloratzeko.

18. Zertan datza Wechsler-en Adimen Testaren "Zenbakizko kodea" (WAIS IV) azpiproba?

a) Zenbaki bakoitzari dagokion sinboloa ahalik eta azkarren kopiatzean datza, aurrez ezarritako kode baten arabera.
b) Sinbolo batzuk aztertzean eta horietakoren bat lerroan agertzen den zehaztean datza.
c) Zenbakizko gakoen arabera aritmetikako eragiketak egitean datza.
d) Zenbaki batzuk memorizatu eta gakoaren arabera erreproduzitzean datza: zuzena, zeharkakoa, ordena.

19. Adierazi baieztapen hauetatik zein den GEZURRA Wechsler-en adimen-testen ezaugarri orokorrei dagokienez.

a) Wechsler-en testek kontu handiz bildutako eta biztanleriaren adierazgarri diren arau-lagin zabalak dituzte.
b) Wechsler-en testetako IK puntuazioek 100eko batez bestekoa eta 15eko desbiderapen tipikoa dute.
c) Azpiproben ohiko puntuazioek 10eko batez bestekoa eta 3ko desbiderapen tipikoa dute.
d) Emaitzen interpretazioa azpiproba bakoitzaren azterketa zehatzarekin hasten da, IK osoa kontuan hartu aurretik.

20. Zein da UNIT-2 tresnak WAIS IV tresnaren aldean duen desabantaila?

a) UNIT-2ak WAIS-IVak baino eragin handiagoa du kulturan eta hizkuntzan.

b) UNIT-2ak WAIS-IVak baino trebetasun kognitibo gutxiago ebaluatzen ditu.
c) UNIT-2ak WAIS-IVak baino propietate psikometriko hobeak ditu.
d) UNIT-2a WAIS-IVa baino adin-tarte zabalagoan aplika daiteke.

21. Baieztapen hauetako zeinek justifikatzen du zuzen errendimenduaren ebaluazioa ebaluazio psikologiko klinikoaren testuinguruan?

a) Errendimenduak gizabanakoaren gaitasun kognitibo orokorra kalkulatzeko aukera ematen du.
b) Errendimenduak pertsonak estimulazio-baldintza optimoetan ikas dezakeena ebaluatzen du.
c) Errendimenduak pertsonak ikasi eta lortu duena islatzen du, batez ere arlo akademikoetan, eta bere adinerako edo hezkuntza-mailarako espero denarekiko egokitzapena baloratzeko aukera ematen du.
d) Errendimendu-ebaluazioak adimen-ebaluazioa ordezten du ikasteko zailtasunak daudela susmatzen denean.

22. Zein arlo neurtzen ditu Wechsler-en errendimendu-test indibidualak (WIAT-III)?

a) Irakurketa, matematika, zein idatzizko eta ahozko hizkuntza.
b) Matematika, ingelesa eta ahozko irakurketa.
c) Idatzizko hizkuntza, irakurmenaren ulermena eta matematika.
d) Memoria, idatzizko hizkuntza, matematika eta irakurketa.

23. Adierazi baieztapen hauetako zein den zuzena Halstead-Reitan bateria (HRB) neuropsikologikoaren, Luria-Nebraska bateria (LNNB) neuropsikologikoaren eta NEPSY-II bateriaren arteko aldeei dagokienez.

a) HRB eta LNNB haurrentzat diseinatuta daude.
b) LNNB eta HRBren arteko desberdintasuna da LNNBk behaketa klinikotik lortutako datu kualitatiboei garrantzi handiagoa ematen diela.
c) NEPSY - II-k HRBk eta LNNBk baino trebetasun-maila zabalagoa ebaluatzen du helduengan.
d) HRBren ezaugarria da LNNBk baino fidagarritasun- eta baliozkotasun-ebidentzia txikiagoa duela.

24. Adierazi ondorengo baieztapenetatik zein den zuzena *Wechsler Memory Scale* (WMS - IV) delakoari dagokionez.

a) Batez ere haur eta nerabeentzat diseinatuta dago.
b) Ahozko memoria ebaluatzen du epe luzera, berehalako eta atzeratutako oroitzapen-lanen bidez.
c) Ikusmen- eta entzumen-memoria ebaluatzen du, baita berehalako oroitzapen atzeratua ere, helduen artean.
d) Dementzietan memoria-arazoak azkar detektatzeko baheketa-bateria laburra da.

25. Ebidentzian oinarritutako ebaluazioaren irizpideei eta mugei dagokienez, zein da GEZURRA?

a) Test-retest fidagarritasuna korrelazio-koefiziente kuantifikagarrien bidez adieraz

daiteke.

b) Ebidentzia-mailak zehazteko irizpideek barne hartzen dituzte datu objektiboak eta erabaki partzialki subjektiboak.
c) Tresnak hautatzean, dibertsitate-aldagaiak hartu behar dira kontuan, hala nola adina, generoa eta etnia.
d) Ebidentzian oinarritutako ebaluazioak irizpen klinikoaren beharra ezabatzen du ebaluazio-prozesuan.

26. Zer aldaketa eskaintzen ditu MMPI-2-RFk MMPI-2arekiko?

a) Item gutxiago eta eskala gehiago ditu, eskala berriak sartzen baititu.
b) Eskala klinikoak berregituratuta daude, homogeneoagoak dira eta ez dira hainbeste gainjartzen.
c) Test hau aurrekoaren arazoak konpontzen saiatzen da, gezurrak detektatzeko eskalak barne.
d) Test bera da, baina adinekoekin baliozkotua.

27. Zein helburutarako da bereziki egokia Millon Clinical Multiaxial Inventory - IV (MCMI - IV)?

a) Nortasunaren ezaugarri normalak ebaluatzea, Bost faktoreko nortasun-ereduaren arabera.
b) Nortasunaren trastornoa aztertzea, "Buru asalduren diagnosi eta estatistika eskuliburua"-ren (DSM) arabera.
c) Sindrome klinikoen eta nortasunaren nahasmenduen presentzia baloratzea, ezaugarri normalen dimentsio-eredu batetik abiatuta.
d) Nortasunaren ezaugarri normalak ebaluatzen ditu, eredu propio batekin.

28. Mugako nortasunaren nahasmenduaren susmoa duen heldu baten kasuan, zein da tresnarik egokiena bere diseinuaren eta helburuaren arabera?

a) NEO-PI-3.
b) AIP.
c) MCMI - IV.
d) WAIS - IV.

29. Zein ezaugarrik definitzen du zehatzago Exner-en Sistema Barne-hartzailea Rorschach-en Testaren interpretazioan?

a) Erantzun bakoitza kodetzen da, eta aintzat hartzen da bai edukia, bai inplikatutako pertzepzio-prozesua.
b) Interpretazioa subjektuaren erantzunen eduki sinbolikoan oinarritzen da batez ere.
c) Sistemak ebaluatzailearen intuizio klinikoa lehenesten du arau estandarizatuen aurretik.
d) Interpretazioa erantzun patologikoen maiztasunean soilik oinarritzen da.

30. Zer proba erabil daitezke arreta neurtzeko?

a) Stroop eta zenbakizko kodea (WAIS).
b) Azterketa minimala eta Rey-ren irudi konplexua.
c) Sinboloen bilaketa (WAIS) eta IGT.
d) Token testa eta d2 testa.

31. Nortasunaren test proiektiboen kritika eta defentsei dagokienez, adierazi zein den egungo eztabaida hobekien jasotzen duen aukera.

a) Test proiektiboak erabat baztertu dira, fidagarritasunik eta baliorik ez dutelako.
b) Test proiektiboak test objektiboak baino hobeak direla uste da, ez direlako hain manipulagarriak.
c) Gutxiago erabiltzen diren arren eta izaera inferentziala izateagatik kritikatu egiten diren arren, test proiektibo batzuk oraindik erabiltzen jarraitzen dira, eta haien defendatzaile batzuk test horien abantailak nabarmentzen dituzte.
d) Test proiektiboak, gaur egun, interpretazio objektiboa duten tresna estandarizatutzat hartzen dira.

32. Psikopatologiako irizpide subjektiboari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Zoritxarreko edo larritasun pertsonaleko kexak dituzten pertsonek psikopatologia diagnostikagarria izango dute.
b) Sintomak eta horien ondorioak ez dira beti bat etortzen pertsonak nahi duenarekin (adibidez, anorexia nerbiosoan edo fase maniformeetan).
c) Pertsona batek arazoaren autoerrekonozimendua erakustea psikopatologiarako eta tratamendurako ez ezinbesteko informazioa da.
d) a), b) eta c) erantzunak zuzenak dira.

33. Arreta, selektiboki eta lehentasunez, pertsonarentzat garrantzitsua den informazio materiala prozesatzera bideratzeko joera (adierazi erantzun ZUZENA):

a) Nahasmendu psikotikoen prozesu esklusiboa da (bereziki, eskizofreniarena), eta kausa- eta mantentze-rola du.
b) Prozesu transdiagnostikotzat hartzen da, eta kausa-rola du hainbat nahasmendu mentalen garapenean eta mantentzean.
c) Prozesu transdiagnostikotzat hartzen da, eta kausa-rola du soilik antsietate-nahasmendu eta afektibitate-nahasmenduetan.
d) a), b) eta c) OKERRAK dira.

34. Fenomeno hauetako zein ez da pentsamenduaren nahasmendu formalen sailkapenean sartzen?

a) Pertseberazioa.
b) Delirioak.
c) Desbideraketa
d) Zeharkako erantzunak.

35. Zer fenomeno ezagutzen da “denbora-gradiente” gisara?

a) Ohikoa da dementzietan, eta pixkanaka galtzen den informazioa deskribatzen du, berrienetik hasita.
b) Amnesia anterogradoa edo finkatze-amnesia, ikaskuntza berriak egiteko zailtasunari buruzkoa.
c) Oroimen-galera larrietan ohikoak diren konfabulazio-fenomenoak.
d) Pseudodementzietan ohikoa den memoria-testen exekuzio-eredua.

36. Errealitatearekin kontaktua bere horretan mantenduta norberaren gorputzetik edo prozesu mentaletatik kanpo egoteak honako nahasmendu honi dagokio (adierazi zein den egiazko aukera):

a) Disoziaziozko ihesa.
b) Despertsonalizazio-nahasmendua.
c) Nortasunaren disoziazio-nahasmendua.
d) Beste disoziazio-nahasmendu batzuk.

37. Zer izen dute zentzumen-modalitate bateko haluzinazio-fenomenoek aldatu den zentzumena ez den beste bati eragiten dioten estimuluek zehazten dituztenean?

a) Haluzinazio autoskopikoak.
b) Sinestesiak.
c) Haluzinazio erreflexuak.
d) Eremuz kanpoko haluzinazioak.

38. Deskribatutako arreta-alterazioei dagokienez, zein da GEZURRA?

a) Hipoprosexiak arreta iraunkorki mantentzeko gaitasuna murriztea dakar.
b) Arreta-ezegonkortasun eta fokuari eusteko zailtasun gisa agertzen da arreta mantentzeko zailtasuna.
c) Arreta-negligentziarekin batera etor daitezke azinesia eta negligentzia hemispatiala.
d) Aprosexiak erabateko arretarik eza deskribatzen du, betiere kontzientzia-mailaren alterazio organikoetatik eratorria.

39. Garun-sindrome organiko eta eskizofrenia azpimota batzuetan ikus daitekeen arretaren zer alteraziok du ezaugarri inguruneko gertakariekiko interes falta, hala normalean garrantzitsuak izango liratekeen estimuluak ez eraginkorrak bilakatuta?

a) Arreta mantentzeko zailtasunak.
b) Arreta-apatiak.
c) Hiperprosexiak.
d) Arreta-inhibizioak.

40. Nola deitzen zaio harri baten profilean formak edo aurpegiak bilatzeari?

a) Metamorfopsiak.
b) Sasipertzepzioak.
c) Irudi parasitoak.

d) Pareidoliak.

41. Zein dira sasipertzepzioen eta haluzinazioen arteko aldeak?

a) Haluzinazioak ez dira kanpoko indarrei egozten, sasipertzepzioak, aldiz, bai.
b) Haluzinazioan ernetasun-maila txikia da, eta sasipertzepzioan, berriz, normala.
c) Sasipertzepzioen inpaktu emozionala eta interferentzia txikia edo hutsa da eguneroko bizitzan, eta haluzinazioetan, berriz, oso handia.
d) Haluzinazioetan ez daude haluzinazioei loturiko uste disfuntzionalak; sasipertzepzioetan, aldiz, bai.

42. Zein patologiatan da ohikoagoa entzumen-haluzinazioak aurkitzea?

a) Substantzien kontsumoan.
b) Haluzinosi alkoholikoan.
c) Deliriuman.
d) Mugako nortasun-nahasmenduan.

43. "Inoiz izan duzu besteek zelatatu egin zaituzten irudipena edo ustea?". Zer aztertzea du helburu galdera horrek? (adierazi erantzun ZUZENA):

a) Pentsamendua nola iragaten den ikustea, bere bidea.
b) Pentsamenduaren edukiaren aldaketen presentzia, "Inoiz pentsatu duzu zeure buruari min ematea?" galderaren antzekoak.
c) Pentsamenduaren edukiaren alterazioen presentzia.
d) b) eta c) zuzenak dira.

44. DSM-5 "Buru asalduren diagnosi eta estatistika eskuliburua"-n sartutako zein aldaketa ez zegoen aurreko eskuliburuan (DSM-IV)?

a) "Adimen-atzeratasun" terminoaren ordez, "adimen-desgaitasuna" terminoa erabiltzen da.
b) "Autismoaren espektroko nahasmendua" agertzen da, eta horrek barne hartzen ditu nahasmendu autista, asperger-en nahasmendua eta zehaztugabeko garapenaren nahasmendu orokorra.
c) "Nahasmendu obsesibo-konpultsibo eta horri lotutako nahasmenduak" kategoria espezifikoa sartu da, nahasmendu obsesibo-konpultsibo hori "Antsietate-nahasmendu"-en barruan sartu beharrean.
d) Dimentsioak sailkatzeko eredu bat sartu da "Nortasunaren nahasmendu"-etarako.

45. Zer abantaila argudiatu dira sailkapen psikopatologiko modernoen alde?

a) Sailkapen horiek propietate psikometriko egokiak dituzte.
b) Barne-sendotasun logikoa duen sistema bat eskaintzea.
c) Datuak kontzeptu ulergarri eta zehatzetan antolatzen laguntzen du.
d) Ikuspegi idiografikoa.

46. Baieztapen hauetako zein da okerra DSM-5aren arreta klinikoaren xede izan daitezkeen bestelako arazoen atalean ageri diren afekzioei eta arazoei dagokienez?

a) Ezin dira buru-nahasmendutzat hartu.
b) Eragina izan dezakete paziente baten trastorno mental baten diagnostikoan, bilakaeran, pronostikoan edota tratamenduan.
c) Pazientearen historia klinikoan sartu behar dira beti.
d) Dagozkien GNS-9-AK kodeekin (normalean, V kodeak) eta GNS-10-AK kodeekin (normalean, Z kodeak) ageri dira.

47. Hurrengo kritiketatik, zein <u>ezin</u> zaie egotzi sailkapen kliniko deskribatzaileei (DSM-5 edo GNS-10 kasu)?

a) Etiketa diagnostiko batzuen balizko efektu iatrogenikoak (hala nola estigma soziala edo pazientearengan jarrera pasiboak sustatzea).
b) Sistema diagnostiko horien propietate psikometriko eskasak (fidagarritasuna, baliozkotasuna).
c) Hutsaltasun logikoak; bereziki, kategoriak beti elkarren baztertzaileak izatea.
d) Diagnostikoek uniformetasunaren mitoa iraunarazten laguntzea, berezkoa duten ikuspegi nomotetikoa dela eta.

48. Zer da 4,5 kg-ko pisu galera kuantifikatua psikopatologian?

a) Sintoma bat.
b) Zeinu bat.
c) Sindrome bat.
d) Nahasmendu bat.

49. Kategoria diagnostiko baten baliozkotasuna handia bada, kategoria horretako pazienteek antzera erantzun beharko diote terapia edo tratamendu farmakologiko jakin bati. Zer baliozkotasun motaren kontzeptua da hori?

a) Edukiaren baliozkotasuna.
b) Konstruktuaren baliozkotasuna.
c) Irizpidearen baliozkotasuna.
d) Baliozkotasun deskriptiboa.

50. DSM-5 gisako sailkapen kliniko politetiko eta prototipiko batean, zein baieztapenek deskribatzen du ondoen diagnostiko bat ezartzeko ohiko modua?

a) Paziente guztiek beharrezko eta behar adinako sintoma guztiak betetzea eskatzen du.
b) Sintomen hainbat konbinazioek diagnostiko berera eramatea ahalbidetzen du, gutxieneko irizpide batzuen eta prototipo kliniko baten barruan.
c) Kategoria diagnostikoen ordez, puntuazio esklusiboki dimentsionalak jartzen ditu.
d) Nahasmenduak etiologia biologiko frogatuaren arabera soilik ordenatzen ditu.

51. DSM-5ean sartutako egitura-aldaketei dagokienez, hauetako zein da zuzena?

a) DSM-IV-TRaren ardatz anitzeko sistema mantentzen du, baina V. ardatzaren edukia aldatzen du.
b) I., II. eta III. ardatz zaharrak ez ardatz anitzeko diagnosi-dokumentazio batean integratzen ditu.
c) II. ardatza nortasunaren nahasmenduetarako bakarrik gordetzen du.
d) Kategoria-diagnostiko guztiak nahitaezko dimentsio-formulazioekin ordezten ditu.

52. Lehen balorazio klinikoan, paziente batek antsietate- eta animo-koadro batzuen irizpide partzialak betetzen ditu. Zein da egungo kategoria-sistemen mugekin koherenteena den jarduketa diagnostikoa?

a) Diagnostiko nagusi bakarra behartzea eta gainerakoak kategoria-esklusibotasun printzipioaren arabera baztertzea.
b) Klinikoki garrantzitsuak diren sindromeak erregistratzea, komorbilitatea baloratzea eta kasua funtzionalki formulatzea.
c) Edozein kategoria-diagnostiko saihestea azalpen etiologiko osoa izan arte.
d) Elkarrizketa klinikoa egin ordez, sintomen neurri dimentsional bat hartzea, gainjartzeak saihesteko.

53. Nortasunaren nahasmenduak DMS-5ean sailkatzeari dagokionez, baieztapen hauetako zein da zuzena?

a) Diagnostikoa egiteko, etnia eta gizabanakoaren kultura- eta gizarte-jatorria hartu behar dira kontuan.
b) Mugako nortasunaren nahasmendua afektibitate-nahasmendu kategorian sartzen da.
c) Nortasunaren nahasmendu masokista ere sartzen da.
d) Beharrezkoa da sintomak azken bi urteetan egotea.

54. Ezaugarri hauetatik, zein da funtsezkoa saihespenagatiko nortasunaren nahasmendua diagnostikatzeko?

a) Perfekzionismoa.
b) Gogo-aldartearen, autoirudiaren eta identitatearen ezegonkortasuna.
c) Gehiegizko mesfidantza.
d) Gaitzespenarekiko hipersentikortasuna.

55. Dimentsioaren ikuspegitik, zeren bitartez irudika daitezke behar bezala DSM-5ean jasotako nortasun-nahasmenduak?

a) Eysenck-ek definitutako faktoreak.
b) McCrae eta Costa-ren bost faktoreko nortasun-eredua.
c) Millon-en azalpen-eredua.
d) Cattell-en 16 faktoreen eredua.

56. Adierazi DSMaren bertsio guztietan beti egon den nahasmendu mota:

Eskizotipiko.
Depresio-nahasmendua.

Eskizoidea.
Disoziala.

57. DSM-5aren arabera, irizpide hauen artean, zein da nortasun eskizotipikoaren nahasmenduaren adierazpen bat?

a) Beste pertsona batzuekin sexu-esperientziak izateko interes gutxi edo batere ez du.
b) Ez diote axola besteen laudorioak edo kritikak.
c) Susmo txarra edo ideia paranoideak.
d) Oso hotz, atxikimendurik gabe edo afektibitate lauarekin agertzen da.

58. Ezaugarri hauetatik, zein da funtsezkoa saihespenagatiko nortasunaren nahasmendua diagnostikatzeko?

a) Perfekzionismoa.
b) Gogo-aldartearen, autoirudiaren eta identitatearen ezegonkortasuna.
c) Gehiegizko mesfidantza.
d) Gaitzespenarekiko hipersentikortasuna.

59. Baieztapen hauetako zeinek deskribatzen du nortasunaren nahasmendu obsesibo-konpultsiboa, nahasmendu obsesibo-konpultsiboari (NOK) dagokionez?

a) Nortasunaren nahasmendu obsesibo-konpultsiboak ezaugarri ditu pentsamendu intrusiboak, edo intrusio horiei erantzuteko jokabide errepikakorrak, baina NOKean baino larriagoak dira.
b) Nortasunaren nahasmendu obsesibo-konpultsiboak gehiegizko perfekzionismoaren eta kontrol zurrunaren eredu iraunkorra dakar, NOKaren obsesio eta konpultsio tipikorik gabe.
c) Bi nahasmendu horiek baztertzaileak dira; nortasun-nahasmendu obsesibo-konpultsiboaren diagnostiko bat badago, ezin da NOK diagnostikatu.
d) NOKa eta nortasunaren nahasmendu obsesibo-konpultsiboa nahasmendu beraren aldaera klinikoak dira.

60. Zer baieztapen deskribatzen du diagnostiko diferentzialak (DSM-5aren arabera) aldizkako nahasmendu leherkorraren eta nortasun antisozialaren nahasmenduen artean?

a) Oldarkortasun inpultsiboa bortitzagoa da nortasun antisozialaren nahasmenduan aldizkako nahasmendu leherkorrean baino.
b) Oldarkortasun inpultsiboa antzekoa da, intentsitateari dagokionez, aldizkako nahasmendu leherkorrean eta nortasun antisozialaren nahasmenduetan.
c) Oldarkortasun inpultsiboa bortitzagoa da aldizkako nahasmendu leherkorrean nortasun antisozialaren nahasmenduetan baino.
d) Nortasun antisozialaren nahasmenduak ez dira haserrealdi oldarkor inpultsiboekin lotzen, ondo pentsatuta daude.

61. Baieztapen hauetako zeinek deskribatzen du nortasunaren trastornoen kluster-

sailkapena eta horren muga nagusiak, testuaren arabera?

a) A taldeko nahasmenduen ezaugarriak antsietatea eta beldurra dira, eta horien sailkapena modu sendoan baliozkotu da.
b) B taldeko nahasmenduetan sartzen dira saihespenagatiko nortasunaren eta mendeko-nahasmendua zein nahasmendu obsesibo konpultsiboak, eta taldeen artean komorbilitate txikia dute.
c) A, B eta C klusterren sailkapena antzekotasun deskribatzaileetan oinarritzen da, eta erabilgarria da irakaskuntzarako eta ikerketarako, baina mugak ditu eta ez du baliozkotze sendorik.
d) Diagnostiko-eskuliburuetan kategoria-ereduak behin betiko ordezkatu dira eredu dimentsionalekin.

62. Nortasunaren trastorno paranoideoa diagnostikatzeko, DSM-5aren arabera, irizpide hauetako zein da A irizpidearen parte?

a) Entzumen-haluzinazioen presentzia iraunkorra gaixotasunaz kontziente izan gabe.
b) Mehatxuzko esanahien ezkutuko irakurketa maltzurkeriarik gabeko iruzkinetan.
c) Pertsekuzio-motako delirio sistematizatuen gertakari luzeak.
d) Pentsamendu magikoa eta ezohiko pertzepzio-esperientziak.

63. Zer alderdi hartu behar du kontuan klinikoak nahasmendu depresibo edo bipolar baten aurrean mugako nortasunaren nahasmenduaren diagnostiko okerra saihesteko (DSM-5aren arabera)?

a) Sintoma afektiboen intentsitatea une horretan.
b) Jokabide oldarkorrak izatea une horretako gertakarian.
c) Gertakari afektiboez harago, nerabezaroan edo gaztaroan hasi eta etengabeko bilakaera duen portaera-patroi bat egotea.
d) Depresio- edo mania-gertakarien kopurua.

64. Zein da mendeko nortasunaren nahasmenduaren ezaugarria, DSM-5 diagnostiko-irizpideen arabera?

a) Inhibizio sozialaren, gaitasunik ez sentimenduen eta kritikarekiko hipersentikortasunaren patroi iraunkorra, eta horren ondorioz, pertsonen arteko harremanak saihestea.
b) Zaindua izateko behar nagusi eta gehiegizkoa, portaera otzanarekin, gehiegizko atxikimenduarekin eta banantzearen beldurrarekin.
c) Etengabe arreta bilatzea, jokabide dramatikoen eta gehiegizkoen bidez.
d) Oldarkortasun eta inpultsibotasun afektibo patroia eta abandonatua izateko beldur handia, harreman kaotikoekin.

65. GNS-11ren arabera, zein nahasmenduren ezaugarri da atzitzea, eguneroko bizitzako etorkizuneko gertakariekiko kezka iraunkor gisa?

a) Izu-nahasmenduarena.
b) Antsietate-nahasmendu orokortuarena.
c) Nahasmendu obsesibo-konpultsiboarena.

d) Antsietate/depresio-nahasmendu mistoarena.

66. Trastorno hauetako zein EZ da GNS-10eko antsietate-nahasmendu bat?

a) Izu-nahasmendua.
b) Antsietate-nahasmendu orokortua.
c) Banantzeagatiko antsietate-nahasmendua.
d) Antsietate/depresio-nahasmendu mistoa.

67. Antsietate-nahasmenduekin lotutako baieztapen hauetako zein da zuzena?

a) Onartzen da banantzeak eragindako antsietate-nahasmendua helduaroan gerta daitekeela eta, kasu horretan, sei hilabete edo gehiago iraun ohi du.
b) Beste antsietate-nahasmendu batzuen sintoma gisa agertzen diren izu-atakeek izu-nahasmenduaren irizpideak betetzen dituzte.
c) Afektibitate negatiboa (neurotizismoa) edo jokabide-inhibizioa arrisku-faktore tenperamentalak dira fobia zehazturako; ez, ordea, beste antsietate-nahasmendu batzuetarako.
d) Fobia zehaztu bat diagnostikatzeko, pertsonak berak balioztatu behar du izu- eta antsietate-erreakzioa neurriz kanpokoa den.

68. Noiz diagnostikatu behar da antsietate/depresio-nahasmendu mistoa?

a) Aldi berean gertatzen direnean antsietate-nahasmendua eta depresio-nahasmendua.
b) Antsietate- eta depresio-sintomak daudenean, baina diagnostiko bereiziak justifikatzeko intentsitate nahikorik gabe.
c) Antsietate-nahasmendu batean sintoma depresiboak badaude.
d) Irizpide diagnostikoek justifikatzen dutenean bai antsietate-nahasmendua, bai depresio-nahasmendua.

69. Antsietate-nahasmenduak mantentzea azaltzen duten ikaskuntza-eredu tradizionalen artean, bi faktoreen eredua eta inkubazioarena daude. Inkubazioaren eredua saiatzen da nahasmenduen mantentzea azaltzen baldintza gabeko estimuluen, estimulu baldintzatuen, erantzun baldintzatuen eta desagerpenaren bidez, eta adierazten du inkubazioa gertatzeko probabilitate handiagoa dagoela, baldin eta:

a) Banakoaren desberdintasunek errazten badute estimulu baldintzatuaren aurkezpen hutsak eragitea erantzun baldintzatu sendoa eta desagerpen eskasa.
b) Estimulu baldintzatuarekiko soilik ondorengo esposizio laburrak erantzun baldintzatu ez hain biziak eta ez hain desatseginak eragiten dituzte.
c) Estimulu baldintzatu ez oso intentsu batek erantzun baldintzatu ez oso intentsua eragiten du.
d) Baldintza gabeko estimulua ez da berriz aurkeztuko inoiz.

70. Depresio-nahasmendu larria (depresio unipolarra) gogo-aldartearen nahasmendu ohikoena da. Zein da aukera zuzena?

a) Gertakari bakar edo errepikari gisa ager daiteke.
b) Bilakaera urtebete artekoa izan daiteke gertakari bakarreko forma duten horietan.
c) Gertakari akutu batetik suspertzeko pronostikoa ona da soilik pazienteen gutxiengo batentzat.
d) Lau pazientetik hiruk berriz jasaten dute bizitzan, baina gertakarien arteko hondar-sintomarik gabe.

71. GNS-11ren arabera, antsietate-nahasmenduek eta izuari lotutakoek ezaugarri bereizgarri komun bat dute. Baieztapen hauetako zeinek deskribatzen du zehatzen?

a) Estimulu espezifikoen aurrean gehiegizko beldurra izatea dute ezaugarri, eta antsietate prebentiboa ez da koadro klinikoaren beharrezko parte.
b) Talde horretako nahasmenduen arteko funtsezko elementu bereizlea sintoma autonomikoen intentsitatea da, ez atzitze-fokua.
c) Beldurra eta gehiegizko antsietatea dute ezaugarri, eta, ondorioz, portaera-arazoak izaten dituzte. Nahasmenduaren atzitze-foku espezifikoa da haien arteko funtsezko elementu bereizlea.
d) Beldurra eta antsietatea pareko fenomenoak dira talde horren barruan, hautemandako mehatxu aurreratuari buruzkoak baitira biak.

72. GNS-11ren arabera, izu-nahasmendua beste antsietate-nahasmendu batzuetatik bereizten da, izu-atakeek ezaugarri espezifiko bat dutelako. Zein?

a) Izu-atakeak egoera beldurgarriei edo beldurrak baldintzatutako egoerei erantzuteko gertatzen dira.
b) Izu-nahasmenduko izu-atakeak ustekabekoak eta errepikariak dira, eta ez dira estimulu edo egoera partikularretara mugatzen.
c) Izu-nahasmenduaren izu-atakeen sintomak berehala eteten dira estimulu kontingentea desagertzen denean.
d) Izu-nahasmenduaren izu-atakeek beti barne hartzen dute berehalako heriotzari beldurra izatea, nahitaezko sintoma nuklear gisa.

73. GNS-11 irizpideen arabera, banantzeagatiko antsietate-nahasmendua haurrengan zein helduengan diagnostikatu daiteke. Zein da bi adin-tarteen arteko alde nagusia?

a) Helduengan, banantzeagatiko antsietate-nahasmendua antsietate orokortuaren nahasmendu gisa kodetzen da, eta harreman esanguratsu batean oinarritutako kezka egoten da.
b) Helduen kasuan, GNS-11k baztertu egiten ditu maitasun-bikoteak diagnostiko honetarako erreferentzia baliagarri gisa.
c) Haurrengan zein helduengan, atxikimenduaren figura erreferentziazko guraso edo zaintzaileei dagokie, adina edozein dela ere.
d) Haurretan, atxikimendu-figurak gurasoak, zaintzaileak edo familiako beste kide batzuk izaten dira; helduetan, berriz, maitasun-bikoteak edo seme-alabak.

74. Barlow-ren eredu transdiagnostikoaren arabera (1988, 2002), konbinazio hauetako zeinek deskribatzen ditu hobekien antsietate-nahasmenduetan inplikatutako prozesu psikologiko nuklearrak?

a) Afektu negatiboa murriztea, estrobertsioa handitzea eta zaintza autonomoa murriztea.
b) Arreta autofokalizatua, kontrolaezintasunaren/aurresanezintasunaren pertzepzioa eta emozioak bultzatutako jokabideak.
c) Hipoaktibazio kortikala, esperientzia saihestea eta pentsamendu magikoa.
d) Sentikortasun interozeptiboa, indartze positiboa eta memoria episodiko alteratua.

75. Nahasmendu emozionalen ikuspegi transdiagnostikotik, prozesu hauetako zein jotzen da ohikotzat antsietate-, depresio- eta somatizazio-nahasmenduetan?

a) Pentsamenduaren alterazio formalak egotea, desantolaketa kognitiboko mekanismo partekatu gisa.
b) Garrantzitsutzat edo mehatxagarritzat jotzen diren barneko edo kanpoko estimuluetara bideratutako arreta-alborapenak.
c) Aktibazioaren murrizketa globala emozionalki esanguratsuak diren estimuluen aurrean.
d) Defizit episodikoak agertzea, ondoez emozional iraunkorraren zuzeneko ondorio gisa.

76. Noiz erabili behar da antsietate/depresio-nahasmendu mistoaren diagnosi-kategoria?

a) Aldi berean gertatzen direnean antsietate-nahasmendua eta depresio-nahasmendua.
b) Antsietate- eta depresio-sintomak daudenean, baina diagnostiko bereiziak justifikatzeko intentsitate nahikorik gabe.
c) Antsietate-nahasmendu batean sintoma depresiboak badaude.
d) Koadroa estresatzaile batekiko erreaktiboa denean.

77. Ondorengo faktoreetako zein ezin daiteke hartu nahasmendu baten ibilbide klinikoa bipolarra izango denaren iragarletzat?

a) Nahasmenduaren hasiera goiztiarra (25 urtetik behera).
b) Gertaera depresiboa gutxika agertzea.
c) Erantzun hipomanikoa tratamendu farmakologiko antidepresiboari, tratamendua hasi eta lehen lau asteetan.
d) Lotutako ezaugarri psikotikoak izatea.

78. GNS-10aren arabera, egoera hipomaniakoan dagoen paziente bati, zeinak iraganean gutxienez beste gertakari afektibo bat izan duen, (hipomaniakoa, maniakoa, depresiboa edo mistoa) zer diagnostiko dagokio?

a) Nahasmendu afektibo bipolarra, egungo gertakari hipomaniakoarekin.
b) Gertakari maniako bakarra, nahasmendu bipolar batean.
c) Hipomania sintoma psikotikorik gabe.

d) Trastorno afektibo bipolar zehaztugabea.

79. DSM-5aren arabera, gertakari depresibo larria diagnostikatzeko, bost sintoma edo gehiago gertatu behar dira aldi berean bi astez. Zer sintoma agertu behar dira nahitaez?

a) Interesa edo plazera galtzea.
b) Heriotza- edo suizidio-ideia errepikariak.
c) Ezereztasun- edo erruduntasun-sentimendu gehiegizkoa.
d) Insomnioa.

80. Jokabide suizidaren testuinguruaren araberako ikuspegi funtzional-existentzialari dagokionez, baieztapen hauetako zein da ZUZENA?

a) Diagnostiko psikiatrikoak berez jokabide suizida azaltzen ez badu ere, esku-hartze terapeutikoa bideratu behar duen faktore eragile nagusia da.
b) Jokabide suizida funtsean pertsonaren bizitzako egoeretan errotutako drama existentzial bat da, eta ez "sendatu" beharreko gaixotasun mentalaren sintoma.
c) Ikuspegi hori bateragarria da eredu biomedikoarekin, biek onartzen baitute sufrimendu psikologikoa dela esku-hartzearen ardatz nagusia.
d) Bi nahasmendu mental aldi berean egoteak, bereziki depresioa, praktika klinikoan jokabide suiziden kasu gehienak azaltzen ditu.

81. "Ideiagintzatik ekintzara teoriak" jokabide suizidaren teoria psikologikoek zer diote?

a) Ideiagintzatik suizidiorako trantsizioa, batez ere, ideia suiziden intentsitatea pixkanaka handitzeagatik gertatzen da.
b) Arrisku-faktore klasikoek, espezifikotasun indibidual txikikoak izan arren, aukera ematen dute fidagarritasun nahikoaz aurreikusteko suizidio-arriskua biztanleria-mailan.
c) Ideiagintzatik suizidiorako trantsizioa parametro propioek edo ideiaren garapena azaltzen duten parametroez bestelakoek gidatzen dute.
d) Ideiagintza suizida pasiboak eta aktiboak jokabide suizidarako trantsizio-mekanismo berberak dituzte.

82. Jokabide suizidaren kontzeptua mugatzeari dagokionez, baieztapen hauetako zein da ZUZENA?

a) Autolesio ez-suizidak eta suizidio saiakerak hiltzeko asmorik eza partekatzen dute, eta eragindako kalte fisikoaren larritasunean soilik bereizten dira.
b) Maila teorikoan jokabide suizidaren eta autolesio ez-suizidaren arteko bereizketa argia bada ere, nerabeen praktika klinikoan progresio eta gainjartze handia dago bien artean.
c) Jokabide suizidak beti jarraitzen du ibilbide lineal bat ideia sortzen denetik saiakera egin arte, eta horrek aukera ematen du arriskuari behar besteko aurrerapenarekin aurrea hartzeko.

d) Ideiagintza suizidak garrantzi klinikoa du soilik forma aktiboa hartzen duenean, plan egituratuarekin, eta ideiagintza pasiboa balio diagnostiko gutxiko aurkikuntza ez-espezifikoa da.

83. Osasun Sistema Nazionalaren praktika klinikoko giden arabera, nerabeen jokabide suizidaren tratamendu psikologikoan, interbentzio hauetako zein hartzen da ondo ezarritako tratamendu bakartzat, 1++ ebidentzia-mailarekin eta A gomendio-mailarekin?

a) Nerabeentzako pertsonen arteko psikoterapia, pertsonen arteko gatazkei lotutako ideia suizidak murrizteko duen eraginkortasunagatik.
b) Terapia kognitibo-konduktual integratua, nerabeen artean ausazko saiakuntza kontrolatu bolumen handieneko esku-hartzea baita.
c) Nerabeentzako terapia dialektiko-konduktuala, eta barne hartzen du erregulazio emozionaleko, ondoezarekiko tolerantziako eta pertsonen arteko eraginkortasuneko trebetasunetan entrenatzea.
d) Esku-hartze familiar integratua, nerabeen jokabide suizidarako esku hartze eraginkorretan familiaren lanketa garrantzi handieneko osagai komuna baita.

84. Krisi suiziden lanketa klinikoan, zein da babes enpiriko HANDIENA duen esku-hartze laburra?

a) Ebaluazio kolaboratiboa eta suizidioaren maneiua (CAMS), larrialdietako eta lehen mailako arretako testuinguruetan gehien aztertzen den esku-hartzea delako.
b) *Caring contacts*en erabilera sistematikoa, hau da, alta klinikoa jaso ostean babes emozionaleko mezu laburrak bidaltzea, berriz gaixotzeari dagokionez eraginkortasuna duela frogatu delako.
c) Elkarlaneko segurtasun plana, hots, prozesu terapeutikoa osatzen duen esku-hartzea, epe laburrean ideia suizidak murrizten dituela eta pertsonaren segurtasuna handitzen duela erakutsi baitu.
d) Talde-psikohezkuntza intentsiboa, pertsonari eta haren laguntza sareari zuzendua, alda daitezkeen arrisku faktoreen murrizketan duen eraginagatik.

85. DSM-5ean, zein izan zen antsietate-nahasmenduen antolaketan izandako aldaketarik garrantzitsuenetako bat, aurreko edizioekin alderatuta?

a) Trauma osteko estresaren nahasmendua sartzea antsietate-nahasmenduen atalean, oinarri etiologiko komuna baitu.
b) Agorafobia kentzea diagnostiko independente gisa, izu-nahasmenduaren espezifikatzaile gisa integratuta geratzen baita.
c) Nahasmendu obsesibo-konpultsiboa antsietate-nahasmenduen kapitulutik bereiztea, eta kategoria diagnostiko propioa izatea.
d) Fobia sozialaren eta antsietate orokortuaren fusioa, antsietate sozialeko nahasmenduen kategoria bakar batean.

86. Zein izan zen DSM-5ak DSM-IVarekin alderatuta gogo-aldartearen nahasmenduen atalean izan zuen aldaketetako bat?

a) Nahasmendu bipolarren eta depresiboen kategoria bateratu bat sortzea, mekanismo

neurobiologiko komunak partekatzen dituztelako.
b) Distimia ezabatzea diagnostiko independente gisa, depresio-aldi handienaren azpiatalase-aldaeratzat hartzen baita.
c) Gogo-aldartearen nahasmenduen lehengo taldea bi kategoria bereizitan banatzea: nahasmendu depresiboak eta nahasmendu bipolarrak eta hori lotutakoak.
d) Dolua kategoria berri gisa sartzea nahasmendu depresiboen barruan, iraupena edo intentsitatea edozein dela ere.

87. Depresio-gertakari nagusiaren diagnostikoan "doluagatiko baztertze"-ari dagokionez, zer egin zuen DSM-5ak?

a) Baztertzeari eutsi zion, eta dolu-aldia sei hilabetera luzatu zuen, gaindiagnostikoa egiteko arriskua baitzegoen.
b) Bazterketa ezabatu zuen, eta, beraz, orain depresio-gertakari nagusia diagnostikatu daiteke doluan dauden pertsonengan, sintomek igurikimenak gainditzen badituzte, historiaren eta kulturaren arabera.
c) Galeraren ondorengo lehen hamabost egunetara mugatu zuen baztertzea, eta dolu konplexutik bereizi zuen.
d) Doluagatiko baztertzea espezifikatzaileen atalera eraman zuen, depresio-gertakariaren diagnostiko-irizpideak aldatu gabe.

88. 41 urteko emakume bat kontsultara dator hilabete daramalako tristura handia, anhedonia, pisu-galera, insomnio terminala eta erru sentimenduak izaten. Gainera, moteltze psikomotor garrantzitsua duela dio, eta gogo-aldartearekin bat datozen akusazio-ahotsak entzuten ditu. Duela 8 urte, 10 eguneko gertakari bat izan zuen, zeinean energia nabarmen handitu zitzaion, lo egiteko beharra murriztu zitzaion, logorrea izan zuen, erosketa oldarkorrak egin zituen, eta psikiatrian ospitaleratu behar izan zuten. Zein da gertakari horren diagnostikorik probableena?

a) Trastorno depresibo errepikatu larria sintoma psikotikoekin.
b) II. motako nahasmendu bipolarra, depresio-gertakari larri eta sintoma atipikoekin.
c) I. motako nahasmendu bipolarra, depresio-gertakari larri eta sintoma psikotikoekin.
d) Nahasmendu eskizoafektiboa, profil depresiboarekin.

89. Gertakari hipomaniakoaren eta gertakari maniakoaren arteko bereizketa klinikoari dagokionez, zein da ZUZENA?

a) Sintoma psikotikoak hipomanian ager daitezke, betiere ospitalizaziorik ez badago.
b) Hipomaniak nahitaez dakar narriadura funtzional larria.
c) Gertakari maniakoa markatutako narriadura funtzionalari, ospitalizazioari eta balizko sintoma psikotikoei lotzen zaie.
d) Gertakari maniakoaren gutxieneko iraupena 2 astekoa da, eta hipomania, berriz, hilabetetik gorakoa izan daiteke.

90. 29 urteko gizon batek bi urte baino gehiago daramatza aldi gorabeheratsuak izaten, eta fase batzuetan energia handitzen zaio eta soziabilitate handiagoa eta lo egiteko behar txikiagoa du, eta beste fase batzuetan, aldiz, apatia, nekea eta gogorik eza ditu, eta horiek eragin funtzionala eta ondoez subjektiboa dakarzkiote. Ez ditu depresio-gertakari nagusiko, edo gertakari maniako zein hipomaniakoen irizpide

osoak betetzen. Zein da diagnostiko probableena?

a) Antsietate/depresio-nahasmendu mistoa.
b) Ziklotimia-nahasmendua.
c) Nahasmendu depresibo iraunkorra (distimia).
d) II. motako nahasmendu bipolarra.

91. Hainbat testuinguru kulturaletako depresioaren adierazpen klinikoari dagokionez, baieztapen hauetako zein da literaturan deskribatutakoarekin KOHERENTEENA?

a) Asia-Amerikako kulturetan erruaren eta etsipenaren sintoma kognitiboak dira nagusi.
b) Faktore transkultural gisa, depresioaren sintoma somatikoak ezohikoak dira sintoma emozionalekin alderatuta.
c) Talde asiar-amerikar batzuetan depresioa sintoma fisikoen bidez adieraz daiteke nagusiki.
d) Depresioan dauden desberdintasun transkulturalak desagertu egiten dira DSM-5 irizpideak erabiltzen direnean.

92. Faktore kultural hauetako zein proposatzen da paziente asiar-amerikar batzuen depresioaren somatizazioa azaltzeko?

a) Adierazpen emozional biziaren onarpen sozial handiagoa.
b) Adimenaren eta gorputzaren arteko bereizketa zorrotza ondoezaren kontzeptualizazio kulturalean.
c) Indibidualismoaren nagusitasun unibertsala.
d) Gaixotasun fisikoaren estigmatizazio txikiagoa gaixotasun mentalaren aurrean.

93. Adierazi baieztapen hauetako zein ez den sartzen Beck-ek proposatutako depresioaren triada kognitiboan.

a) Norberaren pertzepzio negatiboa.
b) Pertsonen arteko harremanen pertzepzio negatiboa.
c) Munduaren pertzepzio negatiboa, esperientzia guztien balorazio negatiboarekin.
d) Etorkizunaren pertzepzio negatiboa.

94. Rehm-ek depresioa azaltzeko proposatutako Kanfer-en autokontrolaren teoriak zer mahaigaineratzen du?

a) Depresioa bizitzan zehar izandako gertaera negatiboen prebalentzia handiaren ondorioz sortzen da.
b) Depresioa gertakari negatiboen kontrolaezintasun-igurikimenaren araberakoa da.
c) Depresioa abertsio-gertakarien igurikimen handiaren araberakoa da.
d) Depresioaren ezaugarria da autoerrefortzu-tasa nahiko baxuak eta autozigorketa-tasa altuak izatea.

95. Suizidioari dagokionez, zein da egia?

a) Suizidioak aldez aurreko abisurik gabe gertatzen dira.

b) Gaixotasun mentalaren historiarik ez duten pertsonek beren buruaz beste egin dezakete.
c) Pertsona depresiotik irteten hasten denean, bere buruaz beste egiteko arriskua desagertu egiten da.
d) Suizidio-ahalegin guztietan hiltzeko irrika irmoa dago.

96. Baieztapen hauetatik zein da zuzena nahasmendu depresiboetako ikerketa psikologikoen emaitzei dagokienez?

a) Egiaztatu da pertsona depresiboak motelagoak direla adimenaren manipulazio-testetan, baina ez da berretsi motelagoak direnik hitzak edo keinuak sortzen.
b) Defizitak hauteman dira horien epe laburreko oroimenean eta material-transferentzial epe laburreko oroimenetik epe luzeko oroimenera.
c) Behatu da mugimen- eta oroimen-zereginen errendimenduak okerrera egiten duela gogo-aldarte depresiboa zenbat eta biziagoa izan.
d) Erantzun guztiak zuzenak dira.

97. Depresioa kausalitate-estilo egozlearen terminoetan azaltzeko ikasitako babesgabetasun-teoriaren birformulazioak zer estilo mota jotzen du NEGATIBOTZAT?

a) Barnekoa, egonkorra eta globala arrakasta edo gertakari positiboetarako.
b) Kanpokoa porrotetarako eta barnekoa arrakastetarako.
c) Globala arrakastetarako eta espezifikoa porrotetarako.
d) Barnekoa, egonkorra eta globala gertakari negatiboetarako.

98. Batzuetan, suizidio-arriskuko egoeretan, elkarrizketatzaileek pazienteei eskatzen diete sina edo hitzez onar ditzatela suizidioa prebenitzeko kontratuak. Funtsean, kontratu horiek (adierazi aukera OKERRA):

a) Eskatzen dute bezeroa elkarrizketatzailearekin komunikatzea edozein autolesio-ekintza egin aurretik.
b) Ikerlanen arabera (McMyler & Pryjmachuk, 2008), mota horretako kontratuen erabilerak efektibitate onargarria duela (askotan "ez-suizidatzeko kontratuak"deituak).
c) Kasu batzuetan eragin negatiboa izan dezakete.
d) Bezeroak pentsa dezake psikologoari gehiago axola zaiola bere burua legezko erantzukizunetik babestea, bezeroaren benetako ongizatea baino (Range et al., 2002; B. Stanley & Brown, 2012).

99. Jokabide suizidari aurre egiteko terapia dialektiko-konduktuala jaso duen laguntza enpirikoa (adierazi zein den erantzun ZUZENA):

a) Jokabide suizidara mugatzen da, pazienteak duen nahasmendua kontuan hartu gabe.
b) Mugako Nortasunaren Nahasmendua duten pertsonetara mugatzen da.
c) Terapia Dialektiko-konduktualak ez du jokabide suizida lantzeko laguntza enpirikorik jaso, Nortasunaren Muga Nahasmenduarentzat baizik.
d) Terapia Dialektiko-konduktualak nerabeen artean soilik lantzen du jokabide suizida.

100. Hauetako zein da Schneider-ek adierazpen kliniko psikotikoeetan lehen mailakotzat jotzen dituen sintometako bat?

a) Abulia.
b) Autismoa.
c) Pentsamenduari soinua jartzea.
d) Pertsekuzio-delirioa.

101. Nola esaten zaio hizkuntzaren jarioa murrizteak, edukiaren eskasiak eta erantzun-latentziaren areagotzeak ezaugarritzen deun sintomari?

a) Afasia.
b) Alogia.
c) Abulia.
d) Asozialitatea.

102. Portaera bitxi bat gutxika agertu eta gradualki garatu da, eskakizun sozialak betetzeko ezintasuna eta errendimendu orokorraren narriadura daude eta aurreko sintomatologia psikotiko agerikorik gabe garatzen dira sintoma negatiboak –hala nola sorgortze afektiboa edo ekimenaren galera–. Zein izango litzateke diagnostikoa GNS-10aren arabera?

Eskizofrenia sinplea.
Desberdindu gabeko eskizofrenia kronikoa.
Egoera erresidual eskizofrenikoa.
Nahasmendu eskizofreniformea.

103. Nola deitzen zaio eskizofrenia duen pertsona batek bere pentsamenduak ozen entzuten dituenean, batzuetan pentsamendu hori izan eta berehala?

a) Pentsamenduaren oihartzuna.
b) Pentsamenduaren hedapena.
c) Pentsamenduaren txertatzea.
d) Entzumen-haluzinazioak hirugarren pertsonan.

104. Zein aldagai lotzen dira eskizofreniaren epe luzerako pronostiko onarekin?

a) Gutxikako hasiera eta gertakari prezipitatzaile bat egotea.
b) Gutxikako hasiera eta gertakari prezipitatzailerik eza.
c) Hasiera akutua eta gertakari prezipitatzailerik eza.
d) Hasiera akutua eta gertakari prezipitatzaile bat egotea.

105. Norberaren ekimenez eta helburu batekin egiten diren jarduerak gutxitzea:

a) Asozialitatea.
b) Anhedonia.
c) Alogia.
d) Abulia.

106. DSM-5aren arabera, eskizofreniak generoarekin lotutako alderdi diagnostikoak ditu. Adierazi hauetatik zein den zuzena:

a) Oro har, hasiera-adina txikiagoa da emakumeen kasuan.
b) Emakumeengan sintoma psikotiko gehiago agertzen dira.
c) Emakumeengan sintoma negatiboen eta desantolaketaren maiztasuna handiagoa da.
d) Gizarte-funtzionamendua okerragoa babestuta dago emakumeengan.

107. DSM-5ari jarraikiz, eskizofreniaren suizidio-arriskuari dagokionez, honako hau esan dezakegu:

a) Ez dago alderik paziente eskizofrenikoen eta biztanleria orokorraren suizidio-tasei dagokienez.
b) Jokabide suizidak, batzuetan, nork bere buruari edo besteei min emateko agintzen duten haluzinazioei erantzuten die.
c) Erasandakoen erdiak baino gehiagok beren buruaz beste egiten saiatzen dira behin gutxienez.
d) Suizidio-arriskua handia da nerabezaroan eta gaztaroan soilik.

108. Zein dira dimentsio psikotikoa definitzen duten eta esku-hartze terapeutikoen helburu diren funtsezko bi sintoma-taldeak?

a) Hizkuntzaren desantolaketa eta isolamendu soziala.
b) Ideia deliranteak eta haluzinazioak.
c) Motibaziorik eza eta lautze afektiboa.
d) Antsietate orokortua eta izu-krisiak.

109. Sintomen zein kategoriatan sailkatzen dira jokabide bitxiak eskizofreniaren espektroko nahasmenduen barruan?

a) Sintoma negatiboak.
b) Sintoma afektiboak edo gogo-aldartearen sintomak.
c) Sintoma positiboak.
d) Arreta ezaren sintoma kognitiboak.

110. Murray et al.-en arabera (2017), nola ulertu behar da psikosia?

a) Neurogarapenaren nahasmendu gisa, zentzu hertsian.
b) Autismoaren ondorio zuzen eta bakar gisa.

c) Garapenaren arrisku-eredu gisa.
d) Jatorri genetikoko adimen-desgaitasun gisa.

111. Pazientearen pronostikoari dagokionez, paziente psikotiko batean, zeri lotu izan zaio tradizioz dimentsio desantolatua edo kognitiboa?

a) Azkar eta ondoriorik gabe sendatzeari.
b) Lehen belaunaldiko botikei bikain erantzuteari.
c) Bilakaera txarrari, bereziki narriadura kognitiboari lotua.
d) Beste sintoma psikotiko batzuekin inolako erlaziorik ez izateari.

112. Pentsamendu negatiboaren nahasmendu formalei dagokienez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Eskizofrenian tratamenduari emandako erantzun okerrari lotzen dira, eta pentsamenduaren beste alterazio formal batzuek baino botere prediktibo handiagoa dute.
b) Maizago gertatzen dira nahasmendu bipolarra duten pazienteetan eskizofrenia dutenetan baino.
c) Barne hartzen ditu tangentzialtasuna, desbideraketa, inkoherentzia, ilogikotasuna, zirkunstantzialitatea eta helburu galera.
d) Gertaera akutu batean, antzeko larritasuna adierazten dute, izan gertaera psikotikoa edo izan maniakoa.

113. Zer adierazten du Bentall-ek entzumen-haluzinazioen azpian dagoen mekanismoa azaltzeko formulatutako metakognizioko akatsaren teoriak?

a) Haluzinazioak irudimen anormalki biziaren emaitza dira.
b) Subjektuek akats bat dute diskurtsoaren plangintzan, eta, horren ondorioz, barne-hizkuntza NAHI GABEKOTZAT jotzen dute.
c) Joera kognitibo bat dago, eta horrek estimulu autogeneratuak kanpoko iturriei egoztea dakar.
d) Haluzinazioak baldintzapen klasikoagatik mantentzen dira.

114. DSM-5ean planteatzen denaren arabera, eskizofreniaren defizit kognitiboari buruzko baieztapen hauetako zein da okerra?

a) Diagnosi-irizpide gisa eskatzen da.
b) Ohikoa da, eta prozesamendu-abiadurari, memoriari eta funtzio exekutiboei eragiten die.
c) Ziurrenik, gaixo horiengan ikusten den defizit funtzionalarekin du zerikusia.
d) Defizit kognitiboak psikosia hasi aurretik gertatzen dira maiz.

115. Adierazi eskizofrenia azaltzeko baieztapen hauetako zein ez dagokion Frith-en eredu neuropsikologikoari.

a) Paziente horietan "informazio gehiegi" egon liteke, eta, beraz, sintoma negatiboak narriadura kognitiboaren ondorioetara egokitzeko modu bat dira.
b) Subjektuek akats bat dute diskurtsoaren plangintzan, eta, horren ondorioz, barne-hizkuntza NAHI GABEKOTZAT jotzen dute.
c) Joera kognitibo bat dago, eta horrek estimulu autogeneratuak kanpoko iturriei egoztea dakar.
d) Haluzinazioak baldintzapen klasikoagatik mantentzen dira.

116. Frith-en metairudikapen defizitaren teoriaren arabera, zein da erreferentziazko eta pertsekuzioko delirioen sorburua?

a) Pertzepzio-esperientzia jakin batzuk kognitiboki irudikatzeko ezintasuna.
b) Beste pertsonen sinesmenak, pentsamenduak eta asmoak irudikatzeko gaitasunaren defizita.
c) Informazioa eskuratzeko huts bat, zeinaren ondorioz jasaten dutenek aukera handiagoa baitute oso oinarri ahuleko hipotesi berriak egiteko.
d) Kanporako alborapena, nahigabeko gertakarietan materialak norberari erreferentzia egiten dionean.

117. DSM-5aren arabera, defizit kongnitiboak ohikoak dira eskizofrenian eta askotan sintomen erremisioan ere irauten dute. Adierazi ondorengo hauetatik zein EZ den defizit kognitibo horietako bat:

a) Deklarazio-oroimenaren narriadura.
b) Lan-oroimenaren narriadura.
c) Mintzairaren narriadura.
d) Prozesatze azkarraren abiadura.

118. Metakognizioari dagokionez, aukeratu aukera zuzena:

a) Metakognizioa iraupen laburreko oroimenean bakarrik oinarritzen da.
b) *Self*aren eta hark munduan bertan duen kokapenaren gaineko gaitasun integratiboa da.
c) Kognizio sozialari egiten dio erreferentzia.
d) Ez da funtzio alteratua eskizofrenia duten pazienteetan.

119. Eremu kognitibo hauetako zein dago aldatuta eskizofrenian?

a) Iraupen luzeko oroimen autobiografikoa.
b) Bulkada motorren kontrola.
c) Hitzezko memoria eta prozesatze-abiadura.
d) Sormen artistikoa.

120. Eskizofreniako defizit kognitiboei buruzko baieztapen hauetako zein da zuzena?

a) Lehen gertakari psikotikoa gertatu ondoren bakarrik detektatzen dira.
b) Neurokognizioaren arloari bakarrik eragiten diote, baina ez kognizio sozialari.
c) Eskizofrenia duten pazienteetan soilik daude, ez haien senideetan.
d) Funtziomandu osasuntsuari dagokionez, eskizofrenia duten pertsonek 0,75 eta 1,5 bitarteko desbiderapen estandar emaitzak lortzen dituzte.

121. Eskizofrenian ikus daitekeen zer agerraldik erasan dezake gaitasun metakognitiboa, Lysaker et al.-en arabera (2020)?

a) Entzumen- eta ikusmen-galera progresiboa.
b) Arreta selektiboaren falta.
c) Hizkuntzaren edo pentsamendu desantolatuaren trastornoak.
d) *Self*aren gaitasun integratiboak handitzea.

122. Deliriozko ideia mota hauetako zein ez dagokio delirio-ideien nahasmendu bati?

a) Jazarpen delirio-ideiak.
b) Jelosiazko delirio-ideiak.
c) Kontrolatua izaten ari den delirio-ideiak.
d) Handitasun delirio-ideiak.

123. Dignostiko diferentzial baten prozesuan, delirioen zer ezaugarrik adierazten du delirio-ideiegatiko nahasmendu baten aurrean gaudela eta ez eskizofrenia baten aurrean?

a) Delirio sistematizatuak.
b) Pentsamendu-prozesuetako alterazioak.
c) Entzumen-haluzinazioak egotea.
d) Itxura arraroa.

124. Delirioei buruzko baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Bigarren mailako delirio-ideiak aurreko esperientzia batetik etortzen dira, zeinari pertsona zentzua ematen saiatzen den.
b) Delirio-pertzepzioa familia-pertzepzio baten interpretazio justifikatu gabea eta esanahi berriduna da.
c) Delirio-oroitzapenak pazienteak kritika egiten dien aurreko delirio-oroitzapenak dira.
d) Delirioaren edukiari buruzko konbikzio-maila aldakorra izan daiteke.

125. Delirio-trastorno azpimota hauetako zein EZ da barne hartzen DSM-5ean?

a) Erotomaniakoa.
b) Zelotipikoa.
c) Nihilista.

d) Somatikoa.

126. Delirioen eraketa azaltzen duten zer ereduk adierazten dute pertsona zaurgarriengan funtzio babeslea dutela egoera emozional negatiboetan?

a) Eredu homeostatikoek.
b) Eredu defektualek.
c) Motibazio-ereduek.
d) Eredu pertzeptualek.

127. Delirio-trastornoen zein azpi-motatan dago subjektuarekin maiteminduta dagoen pertsona bat, normalean goragoko estatusa duena?

Erotomaniakoan.
Zelotipikoan.
Nihilistan.
Somatikoan.

128. Eskizofrenia paranoidearekin diagnostiko diferentziala egiteko orduan, ezaugarri hauetako zein da egokiena delirio-trastorno baterako?

a) Eduki aldakorreko delirioak.
b) Delirio sistematizatuak.
c) Itxura eta jokabide arraroak.
d) Pentsamendu-prozesuen alterazioak.

129. DSM-5aren arabera, zein EZ da delirio-trastornoaren berezko ezaugarrietako bat?

a) Haluzinazioak, existitzen badira, ez dira garrantzitsuak eta eldarnioarekin lotuta daude.
b) Eldarnioaren edo horren adarren inpaktuaz gain, funtzionamendua ere oso aldatuta dago, eta portaera nabarmenki bitxia edo arraroa da.
c) Gertakari maniako edo depresibo handiak gertatu badira, laburrak izan dira eldarnio-aldien iraupenarekin alderatuta.
d) Nahasmendua ezin zaie substantzia baten ondorio fisiologikoei egotzi.

130. Nola deskribatzen da normalean delirio-trastorno baten bilakaera?

a) Akutua da, eta azkar sendatzeko joera du.
b) Normalean kronikoa da, eta enkistamendurako joera du.
c) Aldizkakoa da eta denborarekin desagertzen da.
d) Aldekoa da kasu kliniko gehienetan.

131. DSM-5ean adierazten den bezala, delirio-trastornoaren gaixotasunaren kontzientziari dagokionez, zein da zuzena?

a) Pazienteak borondatez eta goiz joaten dira kontsultara.
b) Gaixotasunaren kontzientzia handia dago, eta horrek aliantza terapeutikoa errazten du.
c) Introspekzio faktikoa egon daiteke, baina ez benetako introspekzioa.
d) Tratamendua soilik delirioa erotomaniakoa bada onartzen dute.

132. Zein da Fregoli-ren sindromea definitzen duen ezaugarri nagusia?

a) Iruzurgile batek haren bizitzako pertsona garrantzitsu bat ordezkatu duela sinestea.
b) Ziur egotea pazientea hilda dagoela edo haren organoak ustelduta daudela.
c) Uste izatea pertsona arrotzak ezagunak direla eta mozorrotu egin direla ez ezagutuak izateko.
d) Aurpegi ezagunak identifikatzeko ezintasun osoa (prosopagnosia).

133. Erdiondoko psikosiari dagokionez, zein da GEZURRA?

a) Erditu eta hurrengo egunean agertu ohi da.
b) Hasiera zakarra da.
c) Sintomen artean, mesfidantza, nahasmena eta inkoherentzia daude, besteak beste.
d) Kasu gehienetan, errekuperazio azkarra du.

134. DSM-5aren arabera, ezaugarri hauetako zein lotzen da nahasmendu psikotiko laburraren diagnostikoarekin?

a) Hilabeteko epean egoera ez-psikotikotik egoera psikotiko nabarmenera aldatzea.
b) Pazienteak delirioak, haluzinazioak eta diskurtso desantolatua izan behar ditu nahitaez.
c) Gertakariak gutxienez egun bat irauten du, baina hilabete baino gutxiago.
d) Baliteke pertsona inoiz ez itzultzea erabat funtzionamendu maila aurremorbidora.

135. Nahasmendu psikotiko akutu eta iragankorrerako GNS-11ren irizpideen arabera, zein da sintomek gainditu behar ez duten gehieneko iraupena?

a) Hilabete.
b) 2 aste.
c) 3 hilabete.
d) 6 hilabete.

136. Hauetako zein ez da DSM-5ean aitortutako alkoholari loturiko nahasmendu bat?

a) Alkoholarekiko mendekotasuna.

b) Alkohol-kontsumoagatiko nahasmendu.
c) Alkoholagatiko intoxikazioa
d) Alkoholaren abstinentzia.

137. Hauetako zein ez da alkoholagatiko intoxikazioaren ohiko zeinua?

a) Hitz-jario azkarra.
b) Ibilera ezegonkorra.
c) Arretaren edo memoriaren narriadura.
d) Asaldura psikomotorra.

138. Alkoholaren abstinentziari dagokionez, baieztapen hauetatik, zein da OKERRA DSM-5aren arabera?

a) Arriskua eta larritasuna handiagoak dira, adinak aurrera egin ahala.
b) Ohikoagoa da nortasun antisozialaren eta jokabidearen nahasmenduak dituzten pertsonen artean.
c) Larriagoa da beste droga depresore batzuekiko mendekotasuna ere duten pertsonengan.
d) Arinagoa da iraganean alkoholaren abstinentzia-esperientziak izan dituzten pertsonengan.

139. DSM-5aren arabera, alkoholaren kontsumoak denboran zehar eragindako nahasmenduaren larritasun-aldaketak honako hiru alderdi hauetan islatzen dira pertsona berarengan. Adierazi zein den erantzun OKERRA:

a) Maiztasuna txikitzea.
b) Dosia txikitzea.
c) Proba biologikoak.
d) Tolerantzia gutxitzea.

140. DSM-5aren arabera, alkoholaren abstinentziari dagokionez, nahasmena eta kontzientzia-aldaketak ez dira oinarrizko irizpideak, baina baliteke deliriuma agertzea. Alkoholaren abstinentziak deliriuma eragiten badu, eskuliburu horren arabera:

a) Litekeena da afekzio mediko nabarmena izatea maila klinikoan (adibidez, gibeleko gutxiegitasuna, pneumonia, hipogluzemia edota elektrolitoen desoreka).
b) Ez ditu inoiz ikusmen-haluzinazioak eragiten.
c) Ez ditu inoiz ukimen-haluzinaziorik eragiten.
d) Ez du inoiz entzumen-haluzinazioak eragiten.

141. DSM-5aren arabera, alkohola kontsumitzeagatiko nahasmenduaren larritasun arina honi dagokio:

a) Irizpide bat egotea.

b) 2-3 irizpide egotea.
c) 4-5 irizpide egotea.
d) DSM-5ak ez du zehazten larritasuna, irizpideetan oinarrituta.

142. DSM-5aren arabera, alkohola kontsumitzeagatiko nahasmenduaren "hasierako erremisioan" espezifikatzailea aplikatzen da, aldez aurretik irizpide guztiak bete ondoren, bat bera ere betetzen ez denean:

a) Hilabete baino gutxiagoan.
b) Gutxienez 3 hilabetean, baina 12 hilabetera iritsi gabe, kontsumitzeko irrikarik ez badago behintzat.
c) Hamabi hilabetean edo gehiago, inolako salbuespenik gabe.
d) Gutxienez bi urtetan, kontsumitzeko gogorik eza barne.

143. Gauean edaten duen pazientea goizean ere edaten hasten da, dardara, goragalea eta kezka murrizteko. Edan ondoren arintzen dela dio. Zer hipotesi funtzional eta diagnostiko aztertu behar da lehentasunez?

a) Indartze positiboa euforia areagotzeagatik, abstinentziaren garrantzirik gabe.
b) Errefortzu negatiboa abstinentziarekin bateragarriak diren sintomak arintzeagatik.
c) Zigor negatiboa jarduera alternatiboak murrizteagatik.
d) Fobia sozial primarioa, goizeko kontsumoak beti adierazten baitu pertsona arteko saihestea.

144. Alkohol-abusuaren tratamenduan (adierazi zein den erantzun ZUZENA):

a) Tabakoa uzteko tratamenduarekiko oso ezberdina da.
b) Pazienteek ez dute zertan zabaldu edaten ez duten pertsonen eta alkoholik gabeko aisialdirako dituzten aukeren zirkulu soziala.
c) Alkoholiko Anonimoek laguntza sozialaz baliatzen dira, baina ez dute berrerortzeen prebentziorik. Osasunaren psikologiak, ordea, bai.
d) Alkoholiko Anonimoek osagai espiritualaz baliatzen dira errekuperazio prozesuan, osasunaren psikologiak erabiltzen ez duena.

145. DSM-5ean jokoagatiko nahasmenduaren sailkapenari dagokionez, adierazi baieztapen zuzena.

a) Bulkadak kontrolatzeko nahasmenduen artean sailkatzen da.
b) Jokaerazko adikzioen artean sailkatzen da.
c) Substantziekin eta adikzio-nahasmenduekin lotutako nahasmenduen artean sailkatzen da.
d) Nahasmendu konpultsiboen artean sailkatzen da.

146. Adierazi baieztapen hauetako zein ez den zuzena adikzioen komorbilitateari dagokionez:

a) Ikerketa batzuen arabera, adiktuen % 50ek nahasmendu konkomitantea dute.
b) Nahasmendu erantsia duten adiktuek probabilitate handiagoa dute tratamendua bilatzeko.
c) Mendekotasuna duten pertsonen artean nahasmendu komorbidorik ohikoenetako bat nostarsunaren nahasmendu antisoziala da.
d) Adikzioak dituzten biztanleen artean ez dira oso ohikoak depresio-sintomak eta suizidio-saiakerak.

147. Zer adierazten du DSM-5ak, kalamuaren kontsumoagatiko nahasmenduaren garapenari eta bilakaerari dagokionez?

a) Oso ohikoa da kontsumoa nerabezaroan garatzea.
b) Kalamuak ez ditu nerabe kontsumitzaileen elikagai-patroiak aldatzen.
c) Kontsumoa goiz hasteak barneratze-arazoak iragartzen ditu, eta, beraz, litekeena da arrisku orokorreko faktore bat izatea osasun mentaleko nahasmenduak garatzeko.
d) Hasiera goiztiarrak ez du loturarik beste arazo kanporatzaile batzuekin, hala nola jokabide-nahasmenduarekin.

148. Kalamuarekiko abstinentziaren garapenari eta bilakaerari dagokienez, DSM-5ak honako hau dio:

a) Baliteke loaren zailtasunek urtebete baino gehiago irautea.
b) Nerabeen artean ohikoagoa edo larriagoa da.
c) Sintoma gehienak kalamua utzi eta 24-72 ordura agertuko dira.
d) Une larrienak 24-48 ordu inguruko iraupena du.

149. DSM-5ean, substantzia hauetako zeinek EZ du substantziagatiko intoxikazio-diagnostiko espezifikorik?

a) Tabakoa.
b) Kafeina.
c) Kalamua.
d) Alkohola.

150. Paziente bat substantzia bat kontsumitzen hasten da eta antsietate handia garatzen du bakarrik intoxikazio eta abstinentzia aldietan. Lehen ez zuen antsietate kliniko esanguratsurik. Zer alderdi lehenetsi behar da diagnostiko diferentzialerako?

a) Substantziek eragindako nahasmendu bat automatikoki baztertzea, antsietatea beti jotzen baita primariotzat.
b) Sintomen, kontsumoaren, intoxikazioaren eta abstinentziaren arteko denbora-erlazioa baloratzea.
c) Antsietate orokorreko nahasmenduaren diagnostikoa egitea, pazienteak kezka

adierazten badu.
d) Substantziak kontsumitzeagatiko nahasmendua soilik kodetzea eta antsietate-sintomak alde batera uztea.

151. Nerabezaroan alkoholaren, tabakoaren, kalamuaren eta beste droga batzuen arteko harremanari dagokionez, zein da formulazio zuhurrena?

a) Alkoholaren eta tabakoaren kontsumoak ezinbestean eragiten du gero heroina kontsumitzea.
b) Hastapeneko drogen eta beste droga batzuen arteko harremana kausazko sekuentzia unibertsal gisa interpretatu behar da.
c) Eskaladaren hipotesia gai eztabaidagarria da, eta eskura dauden datuak zorrotz aztertu behar dira.
d) Nerabeek kalamua kontsumitzeak ez du inolako loturarik aurretiaz alkohola edo tabakoa kontsumitzearekin.

152. GNS-11ren arabera, kalamua erabiltzearen ondoriozko nahasmenduei buruzko baieztapen hauetako zein da zuzena?

a) Kalamua, batez ere, bere efektu estimulatzaile zentralak direla-eta sailkatzen da, eta ez dago kalamuaren abstinentziarik aitortuta.
b) Kalamuak euforia sortzen du, eta narriadura kognitibo eta psikomotorrarekin, mendekotasunarekin, abstinentziarekin eta kalamuak eragindako nahasmendu mentalekin lotu daiteke.
c) Kalamua substantzia haluzinogeno gisa sailkatzen da, eta ez dago kalamuaren abstinentziarik aitortuta.
d) Kalamua eta kannabinoide sintetikoak kategoria bereizirik gabeko substantzia bakar gisa sailkatzen dira.

153. Elikadura-nahasmenduei buruzko baieztapen hauetako zeinei aldatu zaizkio irizpide diagnostikoak DSM-5ean?

a) Jada EZ da pisu txikia behar.
b) Amenorrea izatearen baldintza ezabatu dute.
c) Pisua hartzeko beldur handia izatea ezabatu dute.
d) Gorputz-irudiaren distortsioa izatea ezabatu dute.

154. Anorexia nerbiosoaren prebalentziari dagokionez, zein da zuzena?

a) Nahasmendu hori ohikoa da edozein adinetan.
b) Emakumeen % 10ak izaten du.
c) Mendebaldekoak EZ diren kulturetan, tradizioz, prebalentzia oso txikia izan da.
d) Anorexia nerbiosoa soilik amenorrea dagoenean diagnostikatu daiteke.

155. DSM-5aren arabera, betekada-nahasmenduekin diagnostikatutako pertsonek:

Jokabide konpentsatzaile errepikakor desegokiak dituzte.

Betekada-episodioen artean, dieta asko edo nabarmen murrizten dute.
Oro har, ez dute dieta egiteko ohiturarik.
Hobekuntza-tasa handiagoak izaten dituzte bulimia nerbiosoa duten banakoek baino.

156. DSM-5aren arabera, baieztapen hauetako zein EZ dator bat anorexia nerbiosoaren oinarrizko hiru ezaugarrietako batekin?

a) Energia-ahoratzearen murrizketa iraunkorra.
b) Pisua hartzeko edo gizentzeko beldur bizia.
c) Batez ere, barauaren eta/edo gehiegizko ariketaren ondorioz, pisua galtzea.
d) Norberaren pisua eta gorpuzkera hautemateko moduaren alterazioa.

157. Fairburn et al.-en arabera (1997), baieztapen hauetako zein ez dator bat bulimia nerbiosoa azaltzen duen ereduarekin?

a) Pisua eta gorputz-irudia gehiegi baloratzea faktore erabakigarria da, dieta murriztaileak erabiltzea errazten baitu.
b) Dieta murriztaileen erabilerak betekadak izateko probabilitatea handitzen du.
c) Pertsonarteko trebetasun faltari eta emozioak kudeatzeko zailtasunei aurre egiteko, jokabide konpentsatzaileak gertatzen dira, hala nola purgak eta gehiegizko jarduera fisikoa.
d) Purga-jokabideei eusteko arrazoia da balizko pisu-gehikuntzak eragindako antsietatea txikitzen dutela.

158. DSM-5aren arabera, zenbat denboraz gutxienez irentsi behar dira behin eta berriz elikagaiak edo nutritiboak ez diren substantziak pika diagnostikatu ahal izateko?

a) Gutxienez 3 hilabetez.
b) Gutxienez hilabetez.
c) Gutxienez astean behin.
d) Ez du axola denborak, baldin eta jokabidea errepikakorra bada.

159. DSM-5aren arabera, anorexia nerbioso atipikoak anorexia nerbiosoaren irizpide guztiak betetzen ditu, hauetako bat IZAN EZIK. Adierazi zein:

a) Gizabanakoaren pisua, galera nabarmena izan arren, tarte normalaren barruan edo hortik gora dago.
b) Pisua hartzeko edo gizentzeko beldur handia.
c) Norberak bere pisua hautemateko duen modua aldatzea.
d) Anorexia atipikoari dagokionez, hasteko adina 40 urtetik gorakoa da.

160. DSM-5aren arabera, bulimia nerbiosoa garatzeko arrisku-faktore erraztaileen artean hauetako bat dago. Adierazi zein:

a) Haurtzaroko abusu fisikoa edo sexuala.
b) Pubertaroko garapen berantiarra.

c) Argaltasuna haurtzaroan eta pisua handitzea pubertaroan.
d) Sintoma depresiborik ez izatea.

161. DSM-5aren arabera, adierazi zein den aukera zuzena anorexia nerbiosoari buruz:

a) Pubertaro ostean, emakumeek amenorrea izatea ezinbesteko irizpidea da anorexia nerbiosoa diagnostikatzeko.
b) Azken hilean,banakoak ez badu sarri betekada- edo purga-gertakaririk izan, murriztailea da.
c) Gorputz-masaren indizea 16-16,99 kg/m2-koa bada, larritasun moderatutzat joko da.
d) Oka autoprobokatuak egotea baztertze-irizpidea da.

162. Anorexia nerbiosoa duten pazienteek, espero baino askoz pisu txikiagoa badute, sintomak (adierazi erantzun ZUZENA):

a) Bateragarriak izan daitezke Banantzeagatiko Antsietate-nahasmenduarekin, Mututasun Selektiboarekin eta Antsietate Sozialaren Nahasmenduarekin.
b) Psikotikoak izan daitezke, hala nola delirio-ideiagintza.
c) Trauma osteko estresaren nahasmenduarekin bateragarriak izan daitezke.
d) Depresiboak izan daitezke, hala nola gogo-aldarte deprimitua, uzkurtasun soziala, suminkortasuna edo insomnioa.

163. Nerbio-bulimiak bere diagnostikoa du CIE-11 eta DSM-5aren barruan. Hala ere (adierazi erantzun ZUZENA):

a) Neurogarapeneko nahasmenduen berezko osagai sendoa duen nahasmendua dela ikus daiteke bere ezaugarrietan.
b) Bere ezaugarrietan ikus daiteke kulturak eragina duela, mendebaldeko gizarte industrializatuetako emakumeetan prebalentzia handiagoa baitu.
c) Nortasunaren nahasmenduen berezko osagai sendoa duen nahasmendua dela ikus daiteke bere ezaugarrietan.
d) Afektibitate-nahasmenduen berezko osagai sendoa duen nahasmendua dela ikus daiteke bere ezaugarrietan.

164. Anorexia nerbiosoa esanguratsuki gainjartzen zaio (adierazi erantzun ZUZENA):

a) Nortasuna aldatzeari, beste afekzio mediko baten ondorioz.
b) Mugako nortasun-nahasmenduari eta nortasunaren nahasmendu obsesibo-konpultsiboari.
c) Mugako nortasun-nahasmenduari.
d) Nortasunaren nahasmendu obsesibo-konpultsiboari.

165. Hauetako zein ez da estresari eman beharreko erantzuna azaltzeko Seyle-k deskribatutako egokitzapen-sindrome orokorraren ezaugarri bat?

a) Hiru faseko fenomenoa da.
b) Oso kontuan hartzen ditu aurre egiteko estrategiak hautatzen dituzten prozesu kognitiboak.
c) Alarma-fasean kortikoesteroideak askatzen dira.
d) Agortze-fasean, organismoak bere baliabideak kontsumitzen ditu eta aktibatzeko gaitasuna galtzen du.

166. Egokitzapen-sindrome orokorrean (Selye, 1976), kortex adrenalaren eta nerbio-sistema sinpatikoaren jarduera murriztea zeinen ezaugarri dira?

a) Alarma-erreakzioa.
b) Erresistentzia-fasea.
c) Mantentze-fasea.
d) Akidura-fasea.

167. DSM-5aren arabera, insomnio-nahasmendua diagnostikatu daiteke, beste buru-nahasmendu edo afekzio mediko batekin batera egon arren. Kormobilitate horri dagokionez, zein da GEZURRA?

a) Insomnioaren diagnostikoa baztertuta geratzen da azpian dagoen nahasmendu mental bat identifikatzen denean, kasu horretan insomnioa bigarren mailako sintomatzat hartzen baita, eta ez nahasmendu independentetzat.
b) Insomnio komorbidoa kronologikoki nahasmendu mental konkurrentearen aurrekoa denean bakarrik diagnostikatzen da bereizita, eta horrek adierazten du ez duela kausazko harremanik nahasmenduarekin.
c) Insomnioa nahasmendu mental batekin edo afekzio mediko batekin batera gertatzen denean, biak diagnostikatzen dira, haien artean kausa-esleipenik ezarri beharrik gabe, betiere insomnioa arreta kliniko independentea eskatzeko bezain larria bada.
d) Insomnio komorbidoa diagnostikatzeko, polisomnografia bidez frogatu behar da loaren alterazioek ez dutela zerikusirik nahasmendu mental konkurrentearekin.

168. Insomnio-nahasmenduaren garapenari eta bilakaerari dagokionez, DSM-5ak dio insomnioa mantentzen duten faktoreak eta egoera hori eragiten duten faktoreak desberdinak izan daitezkeela. Hona hemen fenomeno horren adibide bat:

a) Depresio-gertakari handi batean insomnioa izaten duen pazientea, eta, behin gertaera konponduta, lo egiteari lotutako baldintza negatiboengatik insomnioari eusten diona.
b) Lo arinaren aurrekariak dituen paziente bat, bizi-gertakari estresagarri baten ondoren insomnio akutua garatzen duena, eta egun gutxiren buruan insomnioa berez gelditzen zaiona.
c) Gaztaroan loari ekiteko zailtasunak dituen eta adin ertainean loari eusteko zailtasunak dituen pazientea, eta hor islatuta geratu dela ikus daiteke insomnioaren patroiak izandako aldaketa ebolutiboa.
d) Diagnostikatu gabeko loaldiko apnearen ondorioz insomnioa garatzen duen adineko



pazientea, eta kasu horretan egoera hori eragin duen faktorea eta mantentze-faktorea fisiologikoak dira.

169. Sintoma fisikoen edo arazo medikoen aurrean eragin emozionala duen esku hartze psikologikoari dagokionez, zein ikuspegi hurbiltzen zaio gehiago Pomerantz-ek (2020) deskribatutako ikuspegi kognitiboari?

a) Pazienteak bere egoerari buruz dituen usteek bere ondoeza eta arazorako egokitzapena nola modulatu dezaketen aztertzea.
b) Arreta handiz bereiztea sintoma medikoak eta sintoma psikologikoak, helburu terapeutikoak formulatu aurretik.
c) Pazientearen familia-sistemaren barruan sintoma fisikoek duten pertsonen arteko funtzioa aztertzea.
d) Aktibazio fisiologikoa murriztea, eduki kognitiboak landu aurretik pixkanaka entrenatuta.

170. Nahasmendu hauetako zein ez da disfuntzio sexualen sailkapenean sartzen?

a) Sexu-gaitzespena.
b) Disfuntzio orgasmikoa.
c) Fetitxismoa.
d) Dispareunia EZ organikoa.

171. Hauetako zein ez da parafilien ezaugarri bat?

a) Kasu guztietan dago sexu-objektu desegoki bat.
b) Interes sexual bizi eta iraunkorren arabera definitzen dira, interes sexual normofilikoaz bestelakoak.
c) Beste psikopatologia bati lotuta agertzen dira.
d) Antzeko prebalentzia du gizonen eta emakumeen artean.

172. DSM-5aren arabera, zer diagnostiko <u>EZ</u> da egokia pertsona batek bere burua asexual gisa identifikatzen badu?

a) Eiakulazio atzeratua.
b) Erekzioaren nahasmendua.
c) Sexu-desira hipoaktiboaren nahasmendua.
d) Sexu-disfuntzio mota batere ez.

173. DSM-5aren irizpide diagnostikoaren arabera, baieztapen hauetako zein da zuzena pedofilia-nahasmendurako?

a) Diagnostikoa egiteko nahikoa eta beharrezkoa da biktimak izatea.
b) Haurrekin lotutako bulkadak edo fantasiak dituztela ukatzen duten gizabanakoei ezin zaie diagnostikatu.
c) Diagnostikoa egin daiteke, baita sei hilabeteko gutxieneko iraupenaren irizpidea zehazterik ez badago ere.

d) Diagnostikoa ezin zaie egin jokabide horiengatik ondoez subjektiboa sentitzen ez duten gizabanakoei.

174. DSM-5aren arabera, eiakulazio atzeratuaren diagnostikoa egitean zer EZ da beharrezkoa zehaztea?

a) Betikoa edo hartutakoa den.
b) Orokortua edo egoeraren araberakoa den.
c) Gizabanakoaren ondoez subjektiboa.
d) Arina, moderatua edo larria den.

175. DSM-5ean, disfuntzio sexual guztiak diagnostikatzeko irizpide komunek zeharkako hiru elementu dituzte. Zein EZ da irizpide komun horien parte?

a) Sintomek gutxienez sei hilabetez iraun behar dute.
b) Sintomek ondoez kliniko esanguratsua eragiten diote pertsonari.
c) Disfuntzioa ez da hobeto azaltzen nahasmendu mental ez-sexual batengatik, harreman faktore esanguratsuengatik edo substantzien edo gaixotasun medikoen ondorioengatik.
d) Disfuntzioak pertsonaren heldutasun sexualetik egon behar du, hartutako formak alde batera utzita.

176. Zein izan zen DSM-5ak DSM-IV-TRarekin alderatuta sexu-nahasmenduen sailkapenean izandako aldaketa garrantzitsuenetako bat?

a) Dispareunia eta baginismoa "Min genitopelbikoaren/penetrazioaren nahasmendu" izeneko kategoria bakarrean elkartzea.
b) Desira sexual hipoaktiboaren nahasmendua kategoria bakar gisa sartzea, bai gizonentzat, bai emakumeentzat.
c) Substantziek eragindako disfuntzio sexualen kategoria ezabatzea, substantzien kontsumoak eragindako nahasmenduetan integratuta geratzen delako.
d) Larritasun-espezifikatzaileak kentzea (arina, ertaina, larria), erabilgarritasun kliniko txikikotzat jotzen baitira.

177. DMS-5aren arabera, disfuntzio sexuali buruzko baieztapen hauetako zein da zuzena?

a) Sexu disfuntzioaren diagnostikoak beti eskatzen du aldi berean alterazio fisiologikoak eta erlazionalak izatea.
b) Noizean behin sexu-zailtasunak izatea nahikoa da diagnostiko klinikoa ezartzeko.
c) Sexu-estimulazio desegokiaren ondoriozko zailtasunek jarraipen klinikoa eska dezakete, baina ez dute zertan justifikatu sexu-disfuntzioaren diagnostikoa.
d) Sostengu kliniko eza kritikatu arren, DSM-5ak indarrean edukitzen jarraitzen du sexuarekiko abertsioaren nahasmendua.

178. 36 urteko emakume bat kontsultara etorri da, sexu-harremanetan orgasmorik ez duelako behin eta berriz. Gainera, aipatzen du animo deprimitua eta anhedonia orokortua duela, hainbat jardueratan interesa galdu duela eta duela hilabete batzuetatik hona neke handia sumatzen duela. DSM-5aren arabera, zein da diagnosi-kontsiderazioriK EGOKIENA?

a) Emakumeen asaldu orgasmikoaren diagnostiko nagusia.
b) Min genitopelbikoaren/penetrazioaren nahasmenduaren diagnostikoa.
c) Hasieran baztertu egin behar da zailtasun orgasmikoak hobeto azaltzea depresio-nahasmendu larri baten ondorioz.
d) Zailtasun sexualek eta sintoma depresibo komorbidoak izateak diagnostiko bikoitza eskatzen dute, independenteak baitira: nahasmendu orgasmikoa eta nahasmendu-depresibo larria.

179. DSM-5ak sartutako kontzeptu-aldaketa hauetako zeinek ezaugarritzen du ondoen genero-disforiaren diagnostikoa DSM-IVarekin alderatuta?

a) DSM-5ak genero-inkongruentziari lotutako ondoeza genero-identitateari berari dagokiona baino gehiago nabarmentzen du.
b) DSM-5aren ustez, esleitutakoa ez den beste genero batekin identifikatzea balorazio klinikoa eskatzen duen baldintza da.
c) DSM-5ak ez du uste genero-disforia diagnostikatzeko narriadura funtzionala baloratu behar denik.
d) DSM-5ak hormona- edo kirurgia-interbentzioak lehenesten ditu diagnostikoa ezartzeko irizpide nagusi gisa.

180. 34 urteko gizon batek balorazio klinikoa eskatu du penektomia bat egin eta zikiratu nahi duelako. Helburu nagusia androgenoei lotutako efektu psikologikoak murriztea dela dio, baina identifikazio maskulino egonkorra du, eta ez du inkongruentziarik adierazten esleitutako generoarekin. DSM-5aren arabera, zein da diagnosi-kontsiderazioriK egokiena?

a) Hasiera berantiarreko genero-disforia.
b) Zehaztutako beste genero-disforia bat.
c) Ez da genero-disforia irizpiderik betetzen.
d) Hasiera berantiarreko sexu-identitatearen beste nahasmendu bat.

181. Dementziari dagokionez, zein da GEZURRA?

a) Prozesu patologiko bat da, kontzientzia argi mantenduz defizit kognitibo progresibo bat agertzeak markatzen duena.
b) Aurretiazko gaitasunen gainbehera dago.
c) Kasu guztietan itzulezina da.
d) Biztanleriaren zahartzearekin batera, prebalentzia handitu egiten da.

182. Zein du nahasmendu neurokogitibo frototenporalak ezaugarri?

a) Nortasun-aldaketa batekin hasi ohi da.
b) Kaltetuek oroimen-galera nabarmena izaten dute hasieratik.
c) Dementzia subkortikal gisa sailkatzen da.
d) Ez dio hizkuntzari eragiten nahasmenduaren bilakaeran.

183. Alzheimerrak eragindako dementziarekin lotutako baieztapen hauetako zein da okerra?

a) Prebalentzia handiagoa da emakumeen artean gizonen artean baino, 4:1eko proportzioan.
b) Dementzia sekundarioa da, defizit kognitibo ugari dituena.
c) Subjektuaren jokabidea eta emozioak ere aldarazten ditu.
d) Alzheimer-en gaixotasunaren behin betiko diagnostikoa hil ondoren bakarrik egin daiteke.

184. Ondorengo sintoma hauetatik, zein ez dator bat Creutzfeldt-Jakob-en gaixotasunak eragindako dementzia duten pertsonen ohiko triada klinikoko zeinuekin?

a) Hasierako ezaugarriak izatea pertsonalitate-aldaketak, gizarte-trebetasunen narriadura, sorgortze afektiboa eta jokabidearen desinhibizioa.
b) Oroimenaren eta arrazoiketaren nahasteak, afasiarekin batera (hizkuntzaren funtzioak erabat galtzen diren arte egiten du aurrera).
c) Koordinazio eza mugimendu mioklonikoekin, koreoatetosikoekin edo balistikoekin.
d) Aldizkako deskarga punktiformeak EEGan, askotan trifasikoak eta sinkronikoak.

185. Ezaugarri hauetako zein da berariaz dementzia frontotenporalarenagoa, hasierako faseetako Alzheimerren gaixotasunarena baino?

a) Memoria episodikoaren alterazio goiztiarra.
b) Denbora- eta espazio-desorientazio larria hasieratik.
c) Nortasunaren eta jokabide sozialaren aldaketa goiztiarrak.
d) Apraxia konstruktiboaren hasierako presentzia.

186. 74 urteko paziente batek narriadura kognitibo progresiboa du, arreta fluktuazio nabarmenekin, ikusmen haluzinazio konplexu ondo egituratuekin eta REM loaldiaren jokabidearen nahasmenduarekin. Miaketa neurologikoan, narriadura kognitiboaren ondoren hasten den berezko parkinsonismoa objektibatzen da. DSM-5aren arabera, zein da diagnostikorik probableena?

a) Nahasmendu neurokognitibo larri probableena, Lewy-ren gorputzekin.
b) Nahasmendu neurokognitibo larri posibleena, Lewy-ren gorputzekin.
c) Delirio-trastorno iraunkorra.
d) Nahasmendu neurokognitibo baskular larria.

187. Ezaugarri hauetako zeinek ezaugarritzen du gehiago Lewy-ren gorputzak dituen nahasmendu neurokognitiboa Alzheimerren gaixotasuna baino?

a) Memoria episodikoaren hasierako alterazio nagusia.
b) Gorabehera kognitiborik gabeko ibilbide progresiboa.
c) Arreta konplexuaren eta funtzio exekutiboaren defizit goiztiarra.
d) Sintoma psikiatriko lagungarririk ez izatea.

188. DSM-5ak adierazten du nahasmendu neurokognitiboek (NNK) posizio berezia dutela diagnostiko-kategoria barruan. Baieztapen hauetatik, zeinek azaltzen du hobekien berezitasun hori?

a) Nahasmendu konduktualak eta kognitiboak dituzte ezaugarri nagusi, eta aurkikuntza biomedikoek garrantzi txikiagoa dute sailkapen diagnostikoan.
b) Ez dute irizpide kliniko aski espezifikorik, eta, beraz, funtsean, haien diagnostikoa azterketa anatomopatologikoen mende dago.
c) Sortzen dituzten sindromeen azpian dagoen patologia eta, sarritan etiologia ere, irizpide biomedikoen bidez zehaztu daiteke.
d) Diagnostiko diferentziala gehiago dago larritasun funtzionalaren mende, ezaugarri kliniko eta neuropsikologikoen mende baino.

189. Zein dira dementzia kortikala eta dementzia subkortikala duten pazienteen arteko desberdintasun kliniko nagusiak? (Aukeratu erantzun ZUZENA):

a) Azterketa-memoria modu onberagoan hondatuta dago subkortikaletan kortikaletan baino.
b) Badirudi informazioa semantikoki kodetzeko gaitasuna gorde egiten dela Huntington, Parkinson eta esklerosi anizkoitzean, eta Alzheimer-en gaixotasuna duten pazienteetan, berriz, nahiko hondatuta dagoela.
c) Informazioa aurkeztu ondorengo lehen minutuetan, ahanztura-tasak nabarmen bizkortzen dira subkortikaletan.
d) Amnesia erretrogradoa aldi baterako graduatuta dago Parkinson-en gaixotasuna duten pazienteengan, baina Alzheimer-en gaixotasuna duten pazienteengan ere larria da denboran zehar.

190. Adierazi ezaugarri hauetako zein den faltsua Linehan-ek garatutako terapia dialektiko konduktualari dagokionez.

a) Mugako nortasun-nahasmendua duten pazienteekin esku hartzeko diseinatu zen.
b) Egileak abiapuntutzat hartu du paziente horiek esperientzia emozionalak identifikatzeko zailtasunak dituztela eta EZ dituztela onartzen frustrazioa eta arbuioa.
c) Trebetasunak entrenatzeko talde-terapia bat da.
d) Besteak beste, jokabide parasuizidak murrizteko eraginkorrak direla frogatu du.

191. Norcross, Krebs eta Prochaska-ren aldaketa terapeutikoaren estadioen eredua (2011) honako etapa hauek osatzen dute:

a) Kontenplazio-aurrea, kontenplazioa, prestakuntza, ekintza eta mantentzea.
b) Kontenplazio-aurrea, hausnarketa, ekintza eta amaiera.
c) Orientazioa, kontenplazioa, ekintza eta amaiera.
d) Kontenplazio-aurrea, kontenplazioa, ekintza eta amaiera.

192. Pertsonarteko psikoterapiari buruzko baieztapen hauetatik, zein da okerra?

a) Pertsonarteko eta atxikimenduaren eredu teorikoek eragiten diote.
b) Konpondu gabeko doluak, rol-gatazkak eta -trantsizioak eta pertsonen arteko defizitak lantzera bideratuta dago.
c) Ikuspegi eklektikoa da, eta zenbait teknika har ditzake barne, hala nola psikohezkuntza, rol-jokoa edo arazoen konponbidea.
d) Efikaza izan da psikosiaren tratamenduan.

193. Miller-en motibazio-elkarrizketari dagokionez, zein da zuzena?

a) Emozio arrazionalen terapiaren printzipioetan oinarrituta dago.
b) Pazienteek beren bizitzan funtsezko aldaketak egitean duten ziurtasuna jorratzean zentratzen da.
c) Ezin da erabili beste teknika edo ikuspegi terapeutiko batzuekin.
d) Pazientearen jokabideen, helburuen eta balioen arteko aldea garatzea du ardatz.

194. Irudimen bidezko esposizioa erabiltzeari buruzko baieztapen hauetatik, zein da <u>okerra</u>?

a) Beti erabiltzen da pazientea motibatuago egon dadin.
b) Estimulu fobikoa erabilgarri ez dagoenean edo zuzeneko kontaktua segurua ez denean erabiltzen da.
c) Prestatzeko ariketa gisa erabiltzen da zuzeneko esposizioaren aurretik.
d) Pentsamendu, irudi edo oroitzapen beldurgarriei aurre egin behar zaienean erabiltzen da.

195. Miller-en motibazio-elkarrizketari dagokionez, zein da zuzena?

a) Emozio arrazionalen terapiaren printzipioetan oinarrituta dago.
b) Pazienteek beren bizitzan funtsezko aldaketak egitean duten ziurtasuna jorratzean oinarritzen da.
c) Ezin da erabili beste teknika edo ikuspegi terapeutiko batzuekin.
d) Pazientearen jokabideen, helburuen eta balioen arteko bat aldeak garatzea du ardatz.

196. Osasun publikoko taldeko esku-hartze psikohezitzailea planifikatzean, erabaki hauetako zein da koherenteagoa ebidentzian oinarritutako praktikarekin?

a) Tratamendua terapeutaren lehentasun pertsonalagatik bakarrik aukeratzea.
b) Eskura dagoen ebidentziarik onena, gaitasun klinikoa eta pazientearen edo taldearen ezaugarriak eta lehentasunak integratzea.
c) Eskuliburuetako tratamenduak soilik aplikatzea, egokitzapen klinikorik gabe.
d) Tokiko populazio berarekin saiakuntza klinikorik egin ezean, esku-hartze oro saihestea.

197. Terapia kognitiboan, paziente batek honako hau ondorioztatzen du: "esaldi batean oker banago, denek pentsatuko dute ezgauza naizela". Egoeraren aurrean, terapeutak berehalako kognizio hori identifikatzen eta zalantzan jartzen lan egiten du. Zein kontzeptu teknikok deskribatzen du ondoen hasierako fokua?

a) Pentsamendu automatikoak.
b) Errefortzu negatiboak.
c) Erantzun baldintzatu gabeak.
d) Deuseztapen eragileak.

198. Zer alderdi dute komunean terapia narratiboak eta terapia kognitiboak? (Adierazi erantzun ZUZENA):

a) Pazienteek gertaerei buruz egiten dituzten interpretazioak aldatzeko enfasia.
b) Gizabanakoa azpimarratzea eta indar kultural edo sozial zapaltzaileei aurre egitea.
c) Ikaskuntzaren teorien bidez jokabideak aldatzea lehenestea.
d) a), b) eta c) erantzunak zuzenak dira.

199. "Noiz ez zen hau arazo bat izan zuretzat?" "Noiz ez zen hain larria izan?", "Arazoa desagertuko balitz, zertan aldatuko litzateke zure bizitza?", "Zer larritasun-maila izan du arazoak azken astean?", "Noiz hobetu da arazoa?", "Nola lortu zenuen hobetzea?". Galdera sorta hori, zer terapia motari dagokio? (Adierazi erantzun ZUZENA):

a) Michael White eta David Epston-en Terapia narratiboari.
b) Marsha Linehan-en Terapia Dialektiko-konduktuala.
c) Steve de Shazer eta Insoo Kim Berg-en Konponbideetan oinarritutako terapia.
d) Peter Fonagy-ren Mentalizazioan oinarritutako terapia.

200. Pertsonak ikusle gisa jardutea, esperientzien aurrean modu konpultsiboan erreakzionatu gabe, zeren helburu litzateke? (Adierazi erantzun ZUZENA):

a) Terapia kognitiboa.
b) Emozioetan oinarritutako terapia.
c) Transferentzian ardaztutako terapia.
d) Onarpen- eta konpromiso-terapia.

201. Yalom-en arabera (2005), taldeko psikoterapian pazientearen pertsona arteko joerak, ziurrenik, talde terapeutikoaren barruan berragertuko dira, eta honako hau sustatuko du (adierazi erantzun ZUZENA):

a) Talde-kohesioa.
b) Pertsonen arteko ikaskuntza.
c) Lehen mailako familia-taldearen laburpen zuzentzailea.
d) Imitaziozko portaera.

202. Pertsona arteko tratua izatea zaila den pertsonetan, zeinak bestearekin kontaktua izatean gogaitu egiten diren; harreman askotan frustrazio handiak sentitzen dituzten, beren portaerari buruzko inolako atzeraelikadurarik jaso gabe; lagunak, bikotekideak edo lankideak urrundu ditzaketen, harremana amaitzen laguntzeko zer egin zuten zuzenean esan gabe; batez ere tratamendu psikologiko mota honen onuradun izan daitezke (adierazi erantzun ZUZENA):

a) Henggeler eta Schaefferr-en terapia multisistemiko familiarra.
b) Yalom-en pertsonen arteko talde-psikoterapia.
c) Haley-ren psikoterapia estrategikoa.
d) Hayes-en onarpen- eta konpromiso-terapia.

203. Zein dira motibazio-elkarrizketaren printzipio nagusiak? (Adierazi zein den erantzun ZUZENA).

a) Enpatia erakustea, erresistentzia onartzea, desadostasuna nabarmentzea eta eztabaida saihestea.
b) Erresistentzia aurrez aurre jartzea, pazientearen aurkakotasuna interpretatzea, desegokitze sinesmenak eztabaidatzea eta pazientea emozionalki baliozkotzea.
c) Hautemandako autoeraginkortasuna sustatzea, sinesmen desegokitzaileei aurre egitea, *insight*a eta autokonpasioa sustatzea eta jokabide arriskutsuak aurrez aurre jartzea.
d) Erresistentzia adieraztea, barne kontroleko *locus* bat garatzea, pertsona esanguratsuak mobilizatzea eta balio pertsonalekin konprometitzea.

204. Adierazi baieztapen hauetako zein den egiazkoa, Clark eta Salkovskis-en izuaren eredu kognitiboaren arabera.

a) Gorputzaren sentsazioen interpretazio katastrofiko bat dago.
b) Subjektuak EZ du arreta nahikorik jartzen bere antsietate-adierazpen fisiologikoetan.
c) Beldurrari beldur izateak izu-atakeak eragiten ditu.
d) Izu-nahasmendua, beste antsietate-nahasmendu batzuekin alderatuta, kualitatiboki desberdina delakotzat jotzen da.

205. Baieztapen hauetatik zein da zuzena, antsietate-nahasmenduekiko esposizioaren aplikazioari dagokionez?

a) Erakusketak agorafobia lantzeko balio du, baina EZ fobia soziala.

b) Antsietate-nahasmenduetarako gehien erabiltzen den teknika desentikortze sistematikoa da.
c) Esposizio luzea da estresari lotutako nahasmenduetan babes enpiriko handiena duen tratamendu psikologikoa.
d) Esposizioa graduatu egin behar da, ahalik eta mantsoena izan dadin.

206. Agorafobiari dagokionez, zein da zuzena?

a) Badirudi agorafobiak ez duela herentziazko osagairik.
b) Zenbait nortasun-faktorek hasiera iragartzen dute.
c) Agorafobia denborarekin arintzen da, tratatu ez arren.
d) DSM-5ean, agorafobia ez da diagnostiko independente bat, baizik eta izu-nahasmenduaren parte.

207. Barlow-ren izu-nahasmenduarentzako eredu integratzailean, zer elementu dagokio zaurgarritasun psikologiko orokortu bati?

a) Uste izatea gertaera negatiboak ezin direla aurreikusi edo ez direla oso kontrolagarriak, eta agian ez dela horiei aurre egiteko baliabide nahikorik izango.
b) Afektu negatiboa edo neurotizismoa sentitzeko izaera-joera orokorra.
c) Gorputzaren antsietate-sentsazioen interpretazio katastrofiko espezifikoa, berehalako arrisku seinale gisa.
d) Sentsazio interozeptibo jakin batzuen eta izu-krisien arteko ikasitako lotura.

208. Paziente batek aurreikusitako izu-atakeak izan ditu soilik txakurren aurrean jartzean, ustekabeko atakeengatik eta jokabide-aldaketa orokorrengatik etengabe kezkatu gabe. Zein da formulaziorik zentzudunena?

a) Izu-nahasmendua.
b) Koadro nagusiari lotutako izu-atakeen espezifikatzailea, hala badagokio.
c) Agorafobia.
d) Antsietate-nahasmendu orokortua.

209. Paziente batek ustekabeko krisiak dituela dio eta horietan palpitazioak, disnea eta kontrola galtzeko beldurra du. Duela bi hilabetetik kirola egitea eta bakarrik bidaiatzea saihesten du, beste krisi bat agertuko den beldur. Bere kezkak ez dira eguneroko beste esparru batzuetara zabaltzen. Zein da diagnostiko-formulazio xeheena?

a) Antsietate-nahasmendu orokortua, kezkak hilabete baino gehiago irauten duelako.
b) Agorafobia, joan-etorriak saihestea nahikoa baita diagnostiko hori egiteko.
c) Izu-nahasmendua, krisiak ustekabekoak badira eta kezka iraunkorra edo ondorengo aldaketa ez-moldagarria badago.
d) Egoeraren araberako fobia zehaztua, jarduera eta desplazamendu zehatzetara mugatzen baita.

210. Paziente batek garraio publikoa, zinemak eta merkataritza-zentroak saihesten ditu. Beldurraren sekuentzia aztertzean, adierazten du ez duela hainbeste beldur bere baitan dauden tokiei, baizik eta zorabioa, taupadak edo itolarria nabaritzeari eta ihes egin ezin izateari edo laguntza jasotzeari. Egoeraren araberako esposizioetan, lekuetara lagunduta sartzen da, antsiolitikoa darama "badaezpada ere", eta egiten ari dena egiteari uzten dio aktibazioa igotzen denean. Zein izango litzateke erabaki tekniko egokiena?

a) Egoeraren araberako esposizioari eustea, baina laguntzaileak, erreskate-antsiolitikoa eta hasierako ihesa izatea baimentzea, hala pazienteak esperientzia arrakastatsuak pilatu ditzan bere tolerantzia-leihoa gainditu gabe.
b) Esku-hartzea egoera eta interozepzio esposizioetara bideratzea, eta pixkanaka segurtasun eta ihes seinaleak murriztea, mehatxu fokuak hondamendi gisa interpretatutako gorputz sentsazioak dituelako.
c) Esposizioaren ordez, arnasketa motela eta erlaxazio aplikatua erabiltzea, pazienteak sintoma fisikoak aurreratze-antsietate gabe onartzen dituen arte.
d) Interozepzio-esposizioa atzeratzea pazientea saihestutako leku guztietan bakarrik egon ahal izan arte, zuzeneko esposizioaren aurretik gorputz-sentsazioak lantzeak berriro gaixotzeko arriskua handitzen duelako.

211. Baieztapen hauetatik, zein da GEZURRA Dugas eta Barlow-ren antsietate orokortuaren eredu teorikoari dagokionez?

a) Antsietate orokortua duten pazienteek ziurgabetasunarekiko intolerantzia dute.
b) Antsietate orokortua duten pazienteek kanpo- edo barne-mehatxuen aurrean adi egoten ikasten dute.
c) Kezkak hautemandako mehatxuen prozesamendu emozionala errazten du.
d) Kezkatzeak zerikusia du ondoez emozionala saihesteko jokabideekin.

212. Arazo-konpontzearen entrenamenduko osagai hauetako zein da bereziki garrantzitsua antsietate orokortua duten pazienteetan?

a) Arazoaren aurreko hasierako orientazioa.
b) Irtenbide alternatiboak sortzea.
c) Arazoaren definizioa.
d) Konponbidearen ebaluatzea.

213. Zein da zuzena antsietate orokortuko nahasmenduaren ebaluazioari dagokionez?

a) Ezinbestekoa da neurri psikofisiologikoak baliatzea, hala nola elektrokardiograma.
b) Ohikoa da kezkarekin lotutako meta-kognizioen neurriak baliatzea.
c) Ebaluazio-tresna heteroaplikatuak bakarrik erabiltzea gomendatzen da.
d) Ez da kontuan hartzen autoerregistroen bidez lortutako informazioa.

214. Wells-en eredu metakognitiboan, antsietate orokortuaren nahasmenduari dagokionez, zerk bereizten ditu ondoen 2. motako kezka eta 1. motako kezka?

a) 2. motako kezkak kanpoko eguneroko arazoei dagokie, eta 1. motakoak, berriz, norberaren pentsamenduari.
b) 2. motako kezka norberaren pentsamenduen izaeran eta gertaeran oinarritzen da, hau da, kezkari buruzko kezkan.
c) 2. motako kezka ustekabeko izu-atakeetan bakarrik agertzen da.
d) 2. motako kezka sintoma somatiko ez-kognitiboetara mugatzen da.

215. Gehiegizko kezka eta antsietate iraunkorra duen pertsona baten ebaluazioan, zer interpretazio kliniko da zentzudunagoa, gainera, Clark eta Watson-en hiruko ereduaren arabera markatutako afektu positiboaren pean agertzen bada?

a) Berariaz indartzen du ANOaren (antsietate-nahasmendu orokortu) diagnostikoa, eta depresioa baztertzen du.
b) Depresio-sintomatologia komorbidoa edo depresioarekin duen diagnostiko diferentziala esploratzera behartzen du.
c) Izu-nahasmendua adierazten du, sintoma fisiologikoak badaude.
d) Antsietate-nahasmenduak baztertzeko aukera ematen du, markagailu somatikoa baino ez delako.

216. DSM-5aren irizpideen arabera, tresna hauetako zienek du dimentsio espezifiko bat antsietate-nahasmendu orokortuaren sintomak ebaluatzeko?

a) Antsietate- eta Depresio-nahasmenduen Sintomen Eskala (ADNSE).
b) *Revised Clinical Anxiety on DepressionScale-30* (RCADS-30).
c) Antsietate-eskala (AE).
d) Ez dago galdetegi espezifikorik ANOrako.

217. GNS-11ren arabera, "Antsietate-nahasmendu orokortu"-aren ezaugarria da antsietate sintoma nabarmenak egotea, eta sintoma horiek irautea:

a) Gutxienez hilabetez.
b) Gutxienez 3 hilabetez.
c) Gutxienez hilabete ugariz, eta agertzen ez diren egunetan baino agertzen diren egun gehiagotan.
d) Gutxienez 12 hilabetez jarraian.

218. Tentsio muskularrak ANOan duen rolari buruzko ikerketen arabera, zein da kezkaren, tentsio muskularraren eta estresaren arteko erlazioa?

a) Lotura fisiologiko zuzena dago antsietatearen eta tentsio muskularraren artean ANOan.
b) Gehiegizko kezkak estresa eragingo luke, eta hori izango litzateke tentsio muskularraren eragilea, zuzeneko lotura fisiologikorik gabe.



c) Tentsio muskularrak atzeraelikadura mekanismo baten bidez eragiten du kezka.
d) Ez dago loturarik tentsio muskularraren eta ANOaren artean.

219. Delirio-trastornoaren barruan, zein da azpimota ohikoena?

a) Paranoidea.
b) Persekutorioa.
c) Zelotipikoari.
d) Megalomaniakoa.

220. Fobia espezifikoen eta fobia sozialaren tratamenduan hezteko/informatzeko faseak hainbat helburu ditu. Ondoko hauetatik, zein da okerra?

a) Azaltzea antsietate-nahasmendu bat duela eta zer egin dezakeen ondoeza saihesteko.
b) Antsietatea emozio normala dela azaltzea.
c) Erakustea antsietatea ikasten den erantzuna dela.
d) Bere emozioaren osagaiak azaltzea: erantzun konduktualak, fisiologikoak eta kognitiboak.

221. Fobietan modelatze-teknika aplikatzeari buruzko baieztapen hauetako zein da zuzena?

a) Lehentasunezko estrategia gisa erabiltzen da fobien kasuan.
b) Terapeutak eredu gisa jardutea saihestu behar du.
c) Ereduak objektu beldurgarrira hurbiltzeko jokabideak gauzatzen ditu, eta pazienteak arretaz behatzen du.
d) Ereduak autoinstrukzioak erabiltzea saihestu behar du.

222. Teknika hauetako zein preskribatzen da antsietate sozialaren nahasmendua tratatzeko?

a) Egoera sozialekiko zuzeneko esposizioa, aurre egiteko estrategiak zabaltzeko.
b) Onarpenean eta konpromisoan oinarritutako teknikak sintomatologia fisikoa arintzeko.
c) Estresaren inokulazioan oinarritutako prozedurak.
d) Desentikortze sistematikoa interakzioen bideo-grabazioek emandako feedbackarekin batera.

223. Haurren fobia zehaztuak tratatzeko, besteak beste, ereduen teknikak erabiltzen dira. Horietako bat eredu biziarena da, haurrak beldurra ematen dien objektura hurbiltzeko jokabidea erakusten duen ereduari jarraitzen diona. Adierazi honako baieztapen hauetatik zein den zuzena teknika horri dagokionez, Caballo eta Simón-en (2016) arabera:

a) Banaka bakarrik aplika daiteke (banakako eredua).
b) Ereduak ez du mailaketa erabiltzen; aitzitik, estimulu abertsiboaren aurrean jokabide

ausartak izaten ditu, haurrek ikus dezaten.
c) Prozedura horren balio terapeutikoa indartu egiten da, erakustaldiaren ondoren haurrak beldurra ematen zioten estimuluekin elkarreragiten badu (eredu parte-hartzailea).
d) Eredu biziaren desabantaila garrantzitsu bat malgutasun eza da.

224. Fobia zehaztuetarako gehien erabili den tratamenduetako bat desentikortze sistematikoa da. Adierazi ondorengo hauetatik zein EZ den tratamendu horren ezaugarri bat:

a) Antsietatea eragiten duten estimuluekiko esposizioa funtsezko osagaietako bat da.
b) Beldurra ematen duen objektuaren eta sentimendu desatseginaren arteko lotura haustea, eta beldurra ematen duen objektua ezerekin ez lotzea du xede.
c) Egoera zuzentzea (edo kontrabaldintzatzea) du xede, beldurra ematen duen objektuarekiko beste erantzun bat sortuz, antsietatearekin bateraezina dena.
d) Erlaxatze-entrenamendua erabiltzen du.

225. Fobia zehaztuaren ohiko bilakaeran, baieztapen hauetatik, zein da egokiagoa?

a) Haurtzaroan edo nerabezaro goiztiarrean hasten da, nahiz eta egoeraren araberako zenbait fobia beranduago has daitezkeen.
b) Fobia zehaztua nerabezaro berantiarrean hasten da; egoeraren araberako fobiak animalia-fobiak eta odola-injekzio-zaurien fobiak baino lehenago agertzen dira.
c) Haurtzaroan hasitako fobia espezifikoak egonkor mantendu ohi dira haurtzaroan eta nerabezaroan, baina helduaroan irauten jarraitzen dutenean, maiz gutxitu egiten dira.
d) Ezinbestekoa da ustekabeko izu-atake errepikakorrak egotea.

226. Mowrer-en bi faktoreko teoriaren arabera, saihespen fobikoaren mantentzea honela azaltzen da batez ere:

a) Saihespenak antsietatea murrizten du, eta negatiboki indartzen da.
b) Saihespenak indartu gabeko esposizioa eragiten du, eta beldurra azkartzen du.
c) Saihespena mantendu egiten da, inguruneak zigor positiboa ezarri diolako.
d) Saihespena berezko erantzuna da, eta ikaskuntzatik independentea da.

227. Emakume batek saihestu egiten du ikaskideen aurrean jatea, barregarri geratzeko, behatua izateko eta ebaluazio negatiboa jasotzeko beldur baita. Ez da eztarria trabatzeko edo pisua irabazteko beldur. Zein da diagnostikorik koherenteena?

a) Egoeraren araberako fobia zehaztua.
b) Gizarte-antsietatearen nahasmendua.
c) Izu-nahasmendua.
d) Nahasmendu obsesibo-konpultsiboa.

228. Irudimenezko esposizio batean, ikuspegi kliniko batetik, jarraibide hauetako zein da egokiena?

a) Esposizioa irudimenean edo idatziz erabiltzea, estimulu beldurgarria zuzenean modu seguruan erreproduzitu ezin denean edo klinikoki garrantzitsua den materiala oroitzapen, irudi edo agertoki beldurgarriak direnean, eta zereginean zehar aktibazio emozional nahikoa mantentzea.
b) Irudimenezko esposizioa lehenestea beti zuzeneko esposizioaren aurrean, bi modalitateek ikasketa zuzentzaile maila bera eragiten baitute eskuragarri dauden kanpoko estimuluen aurrean.
c) Interozepziozko esposizioaren ordez irudimenezko esposizioa jartzea, beldur nagusia gorputzeko sentsazioetan oinarritzen denean, hala nola palpitazioetan, zorabioan edo disnean.
d) Zuzeneko esposizioa soilik gordetzea irudimenezko esposizioak lehen saioetan antsietaterik sortzen ez duen kasuetarako.

229. Fobia baterako zuzeneko esposizioan, pazienteak zeregina osatzen du, baina antsietate handia nabaritzen duen bakoitzean ihes egiten du. Zein arazo tekniko da probableena?

a) Esposizioa behar bezala funtzionatzen ari da, antsietatea berehala murrizteak ikaskuntza baieztatzen duelako.
b) Ihes egiteko jokabideak ikaskuntza zuzentzailea eragotz dezake, eta mehatxu-loturari euts diezaioke.
c) Zuzeneko esposizioaren ordez, beti muskuluak erlaxatu behar dira.
d) Azalpena hasi aurretik bakarrik da garrantzitsua saihespena, ez saioan zehar.

230. Haurrei antsietate-nahasmendu soziala diagnostikatzeko, zer baldintza bereizgarri jasotzen du DSM-5ak?

a) Antsietatea helduekiko interakzioetan agertu behar da.
b) Antsietatea berdinekin dauden testuinguruetan agertu behar da, ez bakarrik helduekiko interakzioetan.
c) Hizkuntzaren atzerapena egon behar da, nahitaezko irizpide gisa.
d) Diagnostikoa ezarri ahal izateko, jarduera edo errendimendu egoeretara mugatu behar da nahitaez.

231. Zein elementuk bereizten ditu zehatzago desentsibilizazio sistematikoa eta esposizio graduatu estandarra?

a) Desentsibilizazio sistematikoak konbinatu egiten ditu estimuluen hierarkia eta erantzun bateraezina, normalean erlaxazioa, esposizioaren aurretik edo bitartean.
b) Desentsibilizazio sistematikoak estimulu-hierarkiaren beharra ezabatzen du.
c) Desentsibilizazio sistematikoa beldurraren erantzunaren aurreko zigor positiboan oinarritzen da.
d) Desentsibilizazio sistematikoa sintoma depresiboei bakarrik aplikatzen zaie, eta ez antsietateari.

232. Ezaugarri hauetako zeinek definitzen du egokitze-nahasmendua, DSM-5aren arabera?

a) Sintoma emozionalak edo jokabidezkoak garatzeak estres-faktore bat hasi eta hurrengo 6 hilabeteetan.
b) Gizarte- eta lan-arloetan funtzionamendu egokia mantentzeak.
c) Pazienteak neurriz kanpoko ondoez handia izateak, estres-faktorearen larritasunaren aurrean.
d) Dolu prozesu normaletako diagnostiko zuzena izateak.

233. Egokitze-nahasmenduaren ezaugarri hauetako zein da GEZURRA, GNS-11n definitutakoaren arabera?

a) "Estresarekin berariaz lotutako nahasmenduak" kategorian sartzen da.
b) Estres larriko egoera baten edo egoera traumatiko iraunkor baten ondorio zuzena da.
c) Estres larriko egoera katastrofikoa da.
d) Pazienteak nahasmendu afektiboen kategoriako edo nahasmendu neurotikoen kategoriako sintomak izan ditzake, baina ez dira hain espezifikoak edo behar bezain larriak beste nahasmendu mental baterako.

234. Baieztapen hauetako zein ez dagokio egokitze-nahasmenduen diagnostiko-kategoriari?

a) Trastornoak estreserako egokitze-erantzun patologikotzat hartzen dira.
b) Koadroaren larritasuna pazientearen zaurgarritasun idiosinkrasikoaren araberakoa da.
c) Sintoma ohikoenak umorearen depresioa, egoera kudeatzeko ezintasuna eta eguneroko errutinen narriadura dira.
d) Azpimota larrienen artean daude shock psikikoa eta krisi akutuaren erreakzioa.

235. Zein dira egokitze-nahasmenduaren ezaugarriak, DSM-5aren arabera?

a) Sintoma emozionalak edo portaeraren sintomak garatzen ditu estres-faktore bati erantzuteko, faktorea hasi eta hurrengo bi asteetan.
b) Estresarekin lotutako alterazioa ez da aurretiko beste nahasmendu baten exazerbazio hutsa.
c) Sintomak sar daitezke dolu-prozesu arrunt batean espero daitezkeenen artean.
d) "Emozioen eta jokabidearen alterazio mistoarekin"azpimotan baliteke sintoma neurologikoak agertzea, hala nola amnesia.

236. Egokitze-nahasmenduaren diagnostikoa problematikotzat jo izan da askotariko mailatan eta, batzuetan, “saski-naski” erako diagnostiko deitu izan zaio. Eragozpen serioena honako hau da:

a) Diagnostikoak ez du azalpen sendo, koherente eta argirik kanpo-estresatzaile eta barne-diatesi baten arteko funtsezko erlazioari buruz.
b) Diagnostikoa bizitzako arazoen medikalizazio gero eta handiagoaren beste

adierazpen bat da, baita psikiatriako eredu biologikoen hegemoniarena ere.

c) "Egokitze-nahasmendu" erabiltzen da beste diagnostiko psikiatriko batzuen irizpideak betetzen ez dituzten adierazpen klinikoetan, bereziki, depresio larriarenak edo arinarenak.
d) Diagnostikoaren baliozkotasun prediktiboa kritikatu izan da, egokitzapenaren trastornoaren hasierako diagnostiko asko gerora aldatu izan direlako bestelako trastorno primario afektibo batera (substantziek eragindakoa edo nortasunarena).

237. Egokitze-nahasmendua dutenengan, zein tratamendu-interbentzio har daitezke kontuan?

a) Orain arteko tratamendu psikologiko zein farmakologikoetarako eskuragarri zegoen ebidentziaren kalitatea "txikia" edo "oso txikia" da.
b) Antidepresiboak bakarrik erabiltzea gomendatzen da.
c) Estresa maneiatzeko entrenamendua soilik erabiltzea gomendatzen da.
d) Aholkatzen da esku-hartzea ez izatea ez fokala, ez laburra.

238. DSM-5eko egokitze-nahasmenduko irizpideen arabera, baieztapen hauetako zein da GEZURRA?

a) Sintoma emozionalak edo jokabidezkoak estres faktore identifikagarri bati edo gehiagori erantzuteko agertzen dira.
b) Sintomak faktore estresatzailea agertu eta hurrengo hiru hilabeteetan hasten dira.
c) Nahasmenduak neurriz kanpoko ondoeza edo narriadura nabarmena ekar dezake.
d) Estres-faktorea edo haren ondorioak amaitu ondoren, sintomek sei hilabete baino gehiago iraun behar dute nahitaez.

239. Zaintzaile batek antsietatea eta gogo-aldarte txikia garatzen ditu bikotekideari gaixotasun neurodegeneratibo bat hauteman eta hiru hilabetera. Bi urte geroago, sintoma moderatuek irauten dute, eta zaintza-egoerak eta haren ondorioek bere horretan jarraitzen dute. Zein baieztapen da egokiagoa?

a) Egokitzapen-diagnostikoa automatikoki baztertu egiten da, estresatzailea hasi eta sei hilabete baino gehiagora.
b) Iraupena sei hilabetetik gorakoa izan daiteke, estresatzaileak edo haren ondorioek bere horretan jarraitzen badute.
c) Bi urte baino gehiago iraun dituenez, nahasmendu depresibo iraunkorra diagnostikatu behar da, nahiz eta irizpideak ez bete.
d) Beste afekzio baten ondoriozko nahasmendu depresibo gisa kodetu daiteke.

240. Zein da DSM-5aren eta GNS-11ren arteko aldea, egokitze-nahasmenduei (EN) dagokienez?

a) GNS-11k ENen barruan azpimoten zehaztapena alde batera utzi du.
b) DSM-5ak ez du azpimotarik aitortzen.
c) Biek azpimota berberak erabiltzen dituzte.
d) GNS-11k DSM-5ak baino azpimota gehiago ditu.



241. Gertakari estresagarrien ebaluazioari dagokionez, zein egile dira 1987ko eta 2017ko Bizi-gertakarien Galdetegiaren (*Life Events Questionnaire*) bertsioen arduradunak?

a) Holmes eta Rahe.
b) Fernández-Seara eta Mielgo Robles.
c) Sandín eta Chorot.
d) Santed.

242. DSM-5eko gorputz dismorfikoaren nahasmenduaren diagnostikoari dagokionez, zein da GEZURRA?

a) "Nahasmendu obsesibo-konpultsiboa eta lotutako nahasmenduak" taldean diagnostikatzen da.
b) Norberaren itxura fisikoaren akats edo inperfekzio batekiko edo gehiagorekiko kezka, besteek existitzen ez direla edo garrantzi gutxikoak direla uste dutenean.
c) Usteekiko introspekzio gutxi edo batere ez du.
d) Kezkari erantzuteko, portaera edo ekintza mental errepikakorrak egiten dira.

243. Nahasmendu obsesibo-konpultsiboaren zuzeneko edo irudimeneko esposizioa barne hartzen duten tratamendu saioetarako, gomendio hau egiten da (aukeratu egiazkoa):

a) Antsietate moderatua eragiten duten estimuluak antsietate bizia eragiten dutenak baino lehenago agertzen dira.
b) Esposizioa antsietatea eragiten EZ duten estimuluekin hasten da.
c) Esposizioa antsietate handia eragiten duten estimuluekin hasten da, pixkanakako esposizioak EZ baitu frogatu eraginkorra denik.
d) Saioek 30-40 minutu iraun behar dute.

244. Nahasmendu obsesibo-konpultsiboan, zer sinesmen disfuntzional lantzen ditu terapia kognitiboak?

Mehatxuaren gehiegizko estimazioa eta arrazonamendu emozionala.
Hipererantzukizuna eta pentsamenduen gehiegizko garrantzia.
Intolerantzia ziurgabetasunari eta beldurrarekiko beldurra.
Perfekzionismoa eta beldurra ebaluazio negatiboari.

245. Nahasmendu obsesibo-konpultsiboaren kontzeptu-ereduei buruzko baieztapen hauetatik, zein da <u>okerra</u>?

a) Ikaskuntza-teorian oinarritutako ereduek mugak dituzte erlijio-, sexu- eta indarkeria-obsesioak azaltzeko.
b) Atxikimenduaren teorietan oinarritutako ereduen arabera, patologia hori duten pazienteengan antsietate-estilo anbibalentearen prebalentzia dago.
c) Oroimen-defizitetan oinarritutako ereduek adierazten dute nahasmendu hori duten pertsonek konfiantza txikiagoa dutela beren oroimenean hura ez duten pertsonek

baino.

d) Espezifikotasun kognitiboaren ereduek adierazten dute nahasmendua agertzen dela pertsona batek pentsamendu intrusibo normalak interpretatzen dituenean mehatxu gisa eta uste duenean bera dela mehatxu horren erantzule.

246. Aldagai hauetako zeinen ebaluazioa da garrantzitsua nahasmendu obsesibo-konpultsiboa tratatzeko, bere balio pronostiko handia dela eta?

a) Obsesioen aniztasunarena.
b) Erritual kopuruarena.
c) Insight mailarena.
d) Saihesteko jokabideena.

247. Nahasmendu obsesibo-konpultsiboari (NOK) dagokionez, ondorengo baieztapenetatik, zein da zuzena?

a) Hori diagnostikatzeko portaera edo ekintza mental gisako konpultsioak egon behar dira.
b) Diagnostikoa egiteko antsietatea edo ondoez handia sortzen duten obsesioak egon behar dira.
c) Baliteke subjektuak aitortzea bere nahasmenduaren sinesmenak ez direla egiazkoak.
d) NOKa duten pertsonen % 50 tik-nahasmenduarekin ere bizi dira.

248. DSM-5ean, antsietate-nahasmenduetatik kendu da nahasmendu obsesibo-konpultsiboa, eta, orain, diagnostiko bereizgarria da"nahasmendu obsesibo-konpultsiboa eta horiekin lotutako nahasmenduak" kategorian, honako hauekin batera (aukeratu OKERREKO erantzuna):

a) Metatze-nahasmendua.
b) Gorputz dismorfikoaren nahasmendua.
c) Ilea erauzteko nahasmendua (garai bateko trikotilomania).
d) Atxikimendu-nahaste obsesiboa.

249. Zein da nahasmendu obsesibo konpultsiboaren larritasuna ebaluatzeko neurri nagusitzat hartzen den tresna?

a) Uste Obsesiboen Inbentarioa (ICO-R).
b) *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS): Bigarren zatia.
c) *Obsessive-Compulsive Inventory-Revised* (OCI-R)
d) *Vancouver Obsessional Compulsive Inventory* (VOCI).

250. Tratamendu psikologikoari dagokionez, zein da nahasmendu obsesibo konpultsiborako terapia kognitibo-konpultsiboaren ezinbesteko osagaia?

a) Erantzukizunaren berregituratze kognitiboa.
b) Jokabide-esperimentuak pentsamendu intrusiboekin.



c) Esposizioa, erantzunaren prebentzioarekin.
d) Distrakzio kognitiboko estrategietan trebatzea.

251. Suizidiorako arriskua baloratzeari dagokionez, zein da zuzena?

a) Egokiagoa da baliozkotutako galdetegiak erabiltzea elkarrizketa klinikoa erabiltzea baino.
b) Pazienteak ez du inoiz ezkutatzen bere buruaz beste egiteko asmoa.
c) Etsipena da suizidioaren iragarle onena.
d) EZ da egokia suizidio-plan zehatzak dauden galdetzea.

252. Beck-en ereduan oinarritutako terapia kognitiboari dagokionez, zein da gezurra?

a) Pazienteak bere distortsio kognitiboak detektatu behar ditu.
b) Pazienteak sinesmen bakoitzaren aldeko eta kontrako gertaerak bilatu behar ditu.
c) Sinesmenetako bat zentzuzkoa eta zuzena bada ikuspegi logikotik, EZ da zalantzan jartzen haren erabilgarritasuna.
d) Pazienteak uste alternatiboak bilatu behar ditu.

253. Depresiorako Fester-en ereduaren arabera (1966, 1973), zer ezaugarri ditu eredu horrek?

a) Gertakari negatiboen atribuzioak (barnekoak, orokorrak eta egonkorrak).
b) Gizarte-trebetasunen eta arazoak konpontzeko gaitasunen gabezia.
c) Gertaera negatiboak selektiboki aztertzea, balorazio-irizpide ez oso errealistak ezartzea eta nork bere burua gutxitan indartzea.
d) Jokabide gehiegi ihes egiteko edo estimulazio abertsiboa saihesteko eta errefortzu positiborako portaeren defizita.

254. Nerabe batek "desastre hutsa" dela uste badu, zer distortsio islatzen du?

a) Inferentzia arbitrarioa.
b) Pertsonalizazioa.
c) Arrazoiketa emozionala.
d) Pentsamendu dikotomikoa.

255. Seligman-engandik ikasitako defentsa-gabeziaren ereduari buruzko baieztapen hauetatik, zein da <u>okerra</u>?

a) Ondorio abertsiboen kontrolaezintasunaren ikaskuntza goiztiarraren bidez agertzen da depresioa.
b) Ikasitako defentsa-gabeziaren eredua nahasmendu depresiboen berariazko azalpen-eredu bat da.
c) Ikasitako gertaeren ezaugarriak dira pasibotasuna, aurkakotasuna erakusteko ezintasuna eta errua.

d) Eredu horretan oinarritutako tratamendu-programak kontrolaezintasun-igurikimena aldatzera bideratutako estrategia kognitibo berriak garatzean oinarritzen dira.

256. Zer ez du erabiltzen insomniorako terapia kognitibo-konduktualak?

a) Estimuluen kontrola.
b) Erlaxatze-teknikak.
c) Asmo paradoxikoa.
d) Esposizio-teknikak.

257. Zer faktore hartu behar da bereziki kontuan hasierako ebaluazio elkarrizketetan, depresioarekin duen komorbilitate handiagatik?

a) Beste nahasmendu psikologiko batzuk egon ahal izatea.
b) Pazientearen erosteko ahalmena.
c) Bizimodua eta dieta.
d) Sintoma bakoitzaren iraupena.

258. Zein dira munduan gehien erabiltzen diren bi tresnak nahasmendu depresiboak ebaluatzeko?

a) Zung-en depresio-eskala eta Montgomery-Asberg-en depresio-eskala.
b) Beck-en Depresio-inbentarioa eta Hamilton-en Eskala.
c) Plutchik-en Eskala eta Beck-en Etsipen Eskala.
d) SCID-I eta MINI elkarrizketa.

259. *Vancouver Obsessional Compulsive Inventory*ren (VOCI) zer ezaugarri nabarmentzen da bereziki beste tresna batzuen aldean?

a) Ordena-sintomak eta zalantzak ebaluatzeko azpieskala bat sartzea.
b) Amaitu gabeko sentsazioak edo zerbait ondo ez dagoelako sentsazioak ebaluatzeko azpieskala bat sartzea.
c) Faktore-egituran hasieran zuen egonkortasun bikaina eta balio diskriminatzailea.
d) Gaztelaniaz hitz egiten duen biztanleria klinikorako baliozkotutako bakarra dela.

260. Erdiondoko depresioaren prebentzioko esku-hartzeen esparruan, zein tratamenduk du ebidentzia-mailarik handiena (2++) eta gomendio-mailarik handiena (B)?

a) Pertsonarteko terapiak.
b) Terapia kognitibo-konduktualak.
c) *E-health*ak.
d) Psikoterapia diadikoak.

261. Nahasmendu depresiboak baloratzeko tresna motaren araberako sailkapenari dagokionez, ondoko hauetatik zein sailkatzen da heteroebaluazio gisa?

a) Azterketa Epidemiologikoen Zentroko Depresio Eskala (CES-D).
b) Montgomery-Åsberg (MADRS).
c) SCL-90-R.
d) Beck-en II. Depresio Inbentarioa (BDI-II)

262. Psikologo batek behar bezala ezarritako tratamendu bat bilatzen badu (A gomendio-maila) depresioa duen paziente nerabe bati aplikatzeko, aukera hauetako zein litzateke egokia?

a) Terapia kognitibo-konduktuala eta pertsona arteko psikoterapia.
b) Familia-terapia.
c) Nerabeentzako terapia psikologiko integratua.
d) Psikologia positiboan oinarritutako esku-hartzeak.

263. Eskizofrenia ebaluatzeko elkarrizketa psikiatriko erdiegituratuari (PANSS) buruzko baieztapen hauetako zein da zuzena?

a) Galdetegi autoinformatua da, sintoma psikotikoak, antsietatea eta depresioa dituena.
b) Hiru eskala ditu: sintoma positiboak, sintoma negatiboak eta sintoma desantolatuak.
c) Lehen eskalaren helburua pazientearekin harreman terapeutiko ona ezartzea da, eta, aldi berean, haluzinazioak, antsietatea eta delirioak aztertzea.
d) Hirugarren eskalan psikopatologia orokorra ebaluatzen da, manierismoen eta motorraren atzerapenaren ebaluazioa barne.

264. Chadwick-ek proposatutako haluzinazioen terapia kognitiboari dagokionez, baieztapen hauetako zein da gezurra?

a) Helburu nagusia subjektuak duen larritasuna eta dituen jokabide problematikoak murriztea da.
b) Estrategiak garatu dituzte pazienteen inplikazioa errazteko terapian.
c) Ahotsen ahalguztiduntasunari buruzko usteetako baino ez dago aginduta.
d) Esku-hartze prozedura Beck-en terapia kognitiboan oinarritzen da.

265. Tarrier-ek eskizofrenia tratatzeko proposatutako "Coping Strategy Enhancement"-ri (Aurre-egite estrategiaren hobekuntza-programa) dagokionez, zein da egia?

a) Hainbat sintoma maneiatzeko estrategia orokorretan entrenatzen da pazientea.
b) Sintoma bakoitzerako estrategia bakarra garatzen da, eta gero sintoma berri bat lantzen da.
c) Estrategia kognitiboak, konduktualak, sentsorialak eta fisiologikoak sartzen dira.
d) Estrategia gauzatzen jarraitu behar da hilabeteetan, ohikoa baita denbora asko behar izatea eraginkorra izateko.



266. Zer arlotan ez da frogatu eskizofreniarako gizarte-trebetasunen entrenamendua efikaza denik?

a) Gizarte-funtzionamendua hobetzen.
b) Sintoma negatiboak arintzen.
c) Birgaixotzeen prebentzioan.
d) Oinarrizko kognizioa hobetzean.

267. Eskizofreniarako terapia kognitibo-konduktualaren ezaugarri hauetatik, zein da okerra?

a) Esperientzia psikotikoak estresarekiko erantzun gisa normalizatzea.
b) Distrakzio-teknikak erabiltzea deliriorako.
c) Ebidentzien analisia alde eta kontra erabiltzea, aurrez aurre jarri gabe.
d) Bizi-gertakariak interpretatzean, esperientzia traumatikoen ondorioz, prozesatutako informazioa aldatzea.

268. Zein da nahasmendu psikotikoetan funtzio kognitiboak eta narriadura posibleak zehazteko helburu nagusia?

a) Esku-hartze farmakologikoa guztiz ordeztea integral batekin.
b) Administrazio-baldintzak betetzea.
c) Pertsonaren ongizate emozionala eta afektiboa soilik ebaluatzea.
d) Errehabilitazio kognitiboko esku-hartzearen jarraipena egitea eta hura diseinatzea.

269. Prozesu psikotikoaren zein unetan gomendatzen da erremediatze kognitiboko esku-hartzeak egitea?

a) Fase prodromikoan bakarrik.
b) Sintoma polimorfoen intentsitate handieneko unean.
c) Prozesu psikotikoa egonkortzeko unean.
d) Edozein ebaluazio diagnostiko egin aurretik.

270. Nahasmendu psikotikoetarako esku-hartze hauetako zeinek du ebidentzia-maila sendoa Ameriketako Estatu Batuetako Psikologia Elkartearen 12. dibisioaren arabera (div12.org)?

a) Fitxen ekonomia eta familiako esku-hartzeak.
b) Trebetasun sozialak hartzeko entrenamenduak.
c) Errehabilitazio kognitiboak eta terapia kognitibo-konduktualak.
d) a), b) eta c) zuzenak dira.

271. DSM-5aren arabera, egunero edo zenbait egunean behin kataplexia-gertakariak dituen narkolepsia baten kasuan, gaueko loa aldatu eta egunean siesta anitzen beharra eragiten duena, zein da larritasun-maila?

a) Arina.
b) Moderatua.
c) Larria.
d) Oso larria.

272. Ezaugarri hauetatik, zein ez dago lotuta insomnio-arazo kronikoekin?

a) Gehiegizko jarduera fisikoa.
b) Emozioak kanporatzeko baino, barneratzeko joera handiagoa izatea.
c) Kontrol-behar handia.
d) Pertsonarteko zailtasunak sentitzea.

273. Caballo, Navarro eta Sierra-ren (1998) arabera, atzeratutako lo-fasearen sindromea tratatzeko metodo nagusia kronoterapia da, horren helburua baita loaren hasiera pixkanaka egokitzea nahi den jarraibidea lortu arte. Honela egiten da:

a) Egunero esnatzeko ordua ordubete aurreratuz, gutxienez astebetez.
b) Egunero esnatzeko ordua 3 ordu aurreratuz, gutxienez astebetez.
c) Egunero loaren hasiera hiru orduz atzeratuz, gutxienez astebetez.
d) Lo hartzeko eta esnatzeko ordutegi zurruna ezarriz, eta, gutxienez astebetez, 5 orduz soilik lo egiteko aukera emanez.

274. Insomnio psikofisiologikoak eragiten du lo egiteko ideiari lotutako urduritasun baldintzatua, eta ondoez handia eragin diezaioke jasaten duen pertsonari. Insomnio mota horren tratamenduari dagokionez, honako hau esan daiteke:

a) Estimuluak kontrolatzeko terapia efikaza da hura tratatzeko.
b) Insomnio mota horrek ez du zerikusirik loaren higiene-pautekin; beraz, ez da beharrezkoa terapian lantzea.
c) Erlaxatzeko terapia ez da eraginkorra, nahiz eta erruminazioa egon lotara joateko orduan.
d) Insomnio mota honetarako tratamendu eraginkor bakarra farmakologikoa da.

275. Zenbat denboraz bete behar da, gutxienez, loaldien egunkaria, Belloch-en eskuliburuaren arabera?

a) Astebetez.
b) Hiru egunez.
c) Hilabete baino gehiagoz.
d) Bi astez.



276. Zein da amesgaiztoen eta gaueko izu-ikaren tratamendurako gomendatzen den esku-hartze nagusia?

a) Lo egin aurretik gailu elektronikoak erabiltzea.
b) Pentsamendu desegokitzaileak gelditzea.
c) Programatutako esnatzeak.
d) Elikadura-ohiturak hobetzea eta pisua murriztea.

277. Nola kalkulatzen da loaren eraginkortasuna ohean egote-denbora murrizteko teknikarako?

a) Lo egindako denbora zati ohean emandako denbora osoa, bider 100.
b) Lo orduak eguneko ordu guztiei kenduta.
c) Esnatze-kopurua zati atseden-denbora osoa.
d) Ohean emandako denbora osoa bider hautemandako erruminazio-kopurua.

278. Cashman-en eta McCann-en arabera (1991), zein da gomendatutako iraupena haurren loaren/esnaldiaren jokabidearen lerro-oinarria lortzeko?

a) Gutxienez astebeteko erregistro bakarra gurasoen aldetik.
b) Gutxienez bi aste, haurraren eta gurasoen erregistro independenteekin.
c) 30 egun naturaleko ziklo osoa.
d) Hiru eskola-egun eta asteburu oso bat.

279. Disfuntzio sexualak tratatzeko gomendio orokorrei dagokienez, baieztapen hauetako zein da GEZURRA?

a) Lau esku-hartze maila ditu, eta garrantzitsua da guztiak aplikatzea.
b) Bikotekidearekin komunikazio-osagai bat du.
c) Antsietate-murrizte osagai bat du.
d) Sexu-disfuntzioaren tratamendu espezifikoak barne hartzen ditu.

280. Emakumeen sexu-disfuntzioen ebaluazioari buruzko baieztapen hauetatik, zein da okerra?

a) Ikuspegi multidimentsionala izan behar du, disfuntzioek beste nahasmendu batzuekiko komorbilitateak dituztelako eta kausa etiologiko ugari dituztelako.
b) Komeni da ez aztertzea nahi gabeko sexu-esperientzia goiztiarrak.
c) Historia psikosoziala eta harreman pertsonalen funtzionamenduaren ebaluazioa jaso behar ditu.
d) Familiaren eta jatorriko kulturaren sexu-jarrerak jaso behar ditu.

281. Labrador-en arabera (1994), zein da disfuntzio sexual baten aurrean edozein esku-hartzek izan behar duen oinarrizko osagaietako bat?

a) Espektro zabaleko farmako antsiolitikoak erabiltzea.

b) Informazioa eta heziketa sexuala ematea, sinesmen faltsuak hausteko.
c) Sexu-praktiken erregistro objektibo bat nahitaez egitea.
d) Pazientea bikotekidearengandik isolatzea lehen fasean.

282. Brotto eta Yule-k azaldutakoaren arabera (2010), pertsona asexual batek laguntza bilatzen badu harremanak dituelako bere bikotekidea asetzeko, zein da esku-hartzerik egokiena?

a) Izaera asexuala aldatzera bideratutako terapia.
b) Libidoa handitzeko tratamendu farmakologikoa.
c) Bikote-terapia bat, asexualitatea aldatzen saiatu gabe.
d) Estimulu erotikoekiko esposizio-terapia (Masters eta Johnson).

283. Zer teknika iradokitzen dira zehazki sexu jardunarekin lotutako antsietate egoerak hobetzeko?

a) Berregituratze kognitibo sakona eta mindfulnessa.
b) Hipnosi klinikoa eta autoinstrukzioetan entrenatzea.
c) Desentsibilizazio sistematikoa edo esposizioa.
d) Bakarrik asertibitatean entrenatzea.

284. Zein da Masters eta Johnson-en fantasia sexualen entrenamenduaren helburu nagusia?

a) Bikotearekiko kontaktu fisikoa erabat ezabatzea.
b) Antsietatea murriztea, arreta estimulu erotikoetan jartzea eta desira sustatzea.
c) Benetako sexu-jardueraren ordez, irudimenezko jarduera hutsa erabiltzea.
d) Konpondu gabeko haurren trauma posibleak ebaluatzea.

285. Eiakulazio goiztiarraren kasuan, nola esaten zaio zakilaren estimulazioa eiakulazioaren aurretik geldiaraztean datzan teknikari?

a) Kegel-en teknika.
b) Estutu-teknika (Masters eta Johnson).
c) Semans-en teknika.
d) Gelditze eta abiarazte-teknika.

286. Zergatik jotzen da funtsezkotzat bikotearen komunikazioa lantzea, tratatutako disfuntzio sexuala edozein dela ere?

a) Hasierako diagnostiko klinikoa zehazten duen faktore bakarra delako.
b) Komunikazio on batek gogobetetzea errazten duelako eta arazoak bere horretan jarraitzea saihesten duelako.
c) Klinikoari aukera ematen diolako terapia bikoteko bi kideetako baten esku uzteko.
d) Heziketa sexuala egiteko beharra ordezten duelako.

287. Familia terapian, zer ezaugarri ditu emozionalki bat egiten duen familia batek? (Adierazi erantzun ZUZENA)

a) Familia horrek sintonia afektibo handia du, eta kideak gai dira nola sentitzen diren eta beren interesak zein diren adierazteko.
b) Kideek hurbiltasun emozional oro sakrifikatzen dute autonomia lortzeko.
c) Familiak tolerantzia gutxi du pentsamenduen edo sentimenduen desberdintasunekiko.
d) Kideek independentzia eta hurbiltasun afektibo txikia dute.

288. Haur eta nerabeekin, familia terapian, psikologo klinikoak familiako kideen arteko harreman eta gatazketan triangulaketa-joerak ikusten dituenean (adierazi erantzun ZUZENA):

a) Bi gurasoetako zeinek duen gatazkan arrazoia aztertzen da.
b) Alderdiek gatazka zuzenean beren artean konpon dezaten sustatzen du.
c) Triangulaketa baten aurrean, hirugarren esanguratsu bat sartuko du, emozionalki laguntzeko familiako kideei eta, batez ere, gurasoen arteko gatazkaren biktima diren seme-alabei.
d) a), b) eta c) erantzunak zuzenak dira.

289. Adierazi baieztapen hauetako zein ez den zuzena mendekotasun-jokabideen ebaluazioari dagokionez, jokabideen eta funtzioen analisiaren ikuspegitik:

a) Behatzeko moduko jokabideetan eta gaur egun jarduten ari diren kausazko aldagaietan oinarritzen da.
b) Aurretiazko faktore gisa funtzionatzen ari diren historia biografikoko datuak biltzen ditu.
c) Estimuluen (barnekoak eta/edo kanpokoak), portaeren eta ondorioen (estrintsekoak eta/edo intrintsekoak) arteko harreman disfuntzionalak bilatzen ditu.
d) Ebaluazioan jasotako datuek inplementatu beharreko tratamenduari buruzko orientazioa ematen dute.

290. Berriz kontsumitzeari dagokionez, zein da egia?

a) Pazienteei jakinarazi behar zaie noizbehinkako kontsumoak oso ohikoak direla eta EZ direla kezkatu behar.
b) Berrerortzeak EZ ditu arriskuan jartzen lortutako aurrerapenak.
c) Berrerortzeak tratamendua berriz hasieratik hastea esan nahi du.
d) Garrantzitsua da berrerortzeak arriskua dakarten barne- eta kanpo-faktoreak aztertzea.

291. Estrategia terapeutiko hauetatik, zein zuzentzen da bereziki "craving"-a txikitzera?

a) Asertibitatean entrenatzea.
b) Kontsumoarekin lotutako estimuluekiko esposizio-terapia.

c) Bikoteko terapia konduktuala.
d) Esku-hartze motibazionala.

292. Drogazaletasunaren tratamenduaren zein fase bideratzen da mendekotasun psikosoziala haustera eta bizimodua aldatzera?

a) Desintoxikazio-fasea.
b) Mendekotasuna gainditzeko fasea.
c) Berrerortzeak prebenitzeko fasea.
d) Jarraipen-fasea.

293. Adierazi zein den erantzun zuzena drogadikzioen tratamenduari dagokionez:

a) Ez da komeni desintoxikazioa pixkanaka egitea.
b) Desintoxikazio-fasean, substantziarekiko mendekotasun psikosoziala haustera bideratzen da lan terapeutikoa.
c) Berregituratze kognitiboa prozedura erabilgarria da ohitura-galtze fasean eta birgaixotzea prebenitzeko fasean.
d) Desintoxikazio-fasean, tratamenduaren hasieratik aplikatu behar dira esposizioa eta bizimoduaren aldaketa.

294. Anorexia nerbiosoaren tratamendu-ereduetako bat etxeko ospitalizazioa da. Ohiko ospitalizazioaren ordez planteatzen da, ez baita hain garestia eta desatsegina. Bereziki egokia da aurretik ospitaleratuta egon diren eta pisu-galera handiegirik gabeko birgaixotzea izan duten pazienteen kasuetan (Morandé, 1995). Esku-hartze mota honen bidez (adierazi aukera OKERRA):

a) Helburu terapeutikoa pisua handitzea da, bai eta irensteko eta ariketa fisikoa egiteko patroiak aldatzea ere, zaindutako eta gainbegiratutako atsedenaren bitartez.
b) Programa operatibo bat ezartzen da: hasieran, pazienteak zero pribilegio izango ditu, eta mailaz igoko da ezarritako jokabideak bete ahala.
c) Familia arduratuko da programa behar bezala betetzeaz, eta profesionalen etengabeko eta zuzeneko gainbegiratzeaz.
d) Modalitate horretara jo daiteke etengabeko laguntza medikoa eskatzen duen konplikazio mediko larririk ez badago eta ez bada behar pisua berehala handitzea.

295. DSM-5aren arabera, joko patologikoa diagnostikatzeko, joko problematiko iraunkor eta errepikaria behar da, klinikoki esanguratsua den narriadura edo ondoezarekin, eta:

a) Gutxienez irizpide bat hilabetez.
b) Lau irizpide edo gehiago 12 hilabeteko epean.
c) Bi irizpide hiru urtez.
d) Substantziak nahitaez kontsumitzea.

296. Joko patologikoaren ebaluazioan, pazienteak dio dirua galdu ondoren berriro apustu egiten duela, berreskuratzen saiatzeko. DSM-5eko zein irizpide aztertzen da zehatzago?

a) Gero eta kopuru handiagoak apustu egiteko beharra.
b) Galera-jazarpena.
c) Urduritasuna edo suminkortasuna jokoa murrizten saiatzean.
d) Jokoan duten inplikazio-maila ezkutatzeko gezurrak.

297. GNS-11 eta DSM-5aren arabera, baieztapen hauetatik zeinek deskribatzen du zehatzago bideojokoegatiko nahasmenduaren (Internet Gaming Disorder) posizio nosologikoa?

a) Bai GNS-11k eta bai DSM-5ak sartzen dituzte diagnostiko ofizial gisa, mendekotausn-portaeren ondoriozko nahasmenduen barruan.
b) GNS-11k bideojokoegatiko nahasmendu gisa hartzen du, mendekotasun-portaeren ondoriozko nahasmenduen barruan, eta DSM-5ak, berriz, III. atalean jasotzen du, azterketa handiagoa eskatzen duen baldintza gisa.
c) DSM-5ak diagnostiko ofizial gisa hartzen du, eta GNS-11k, berriz, baztertu egiten du, ebidentziarik ez dagoelako.
d) Ez GNS-11k ez DSM-5ak ez dute aipatu bideojokoen joko problematikoarekin lotutako kategoriarik.

298. "Apustu-jokoengatiko nahasmendua" GNS-11n sartu zen, atal honetan:

a) Bulkaden kontrolaren nahasmendua.
b) Mendekotasun-portaeren ondoriozko nahasmenduak.
c) Haurtzaroko eta nerabezaroko nahasmenduak.
d) Gogo-aldartearen nahasmenduak.

299. Alkoholismorako tratamenduen artean, zein da 1++ ebidentzia-maila duena?

a) Bikote-terapia konduktual familiarra.
b) Motibazioa handitzeko terapia.
c) Kontingentzien kudeaketa.
d) Autolaguntzako taldeak.

300. DSM-5aren arabera, hauetako zein da Sintoma somatikoen nahasmenduaren diagnosi-irizpide bat?

a) Gaixotasun larri bat izateko edo harrapatzeko kezka.
b) Borondatezko funtzio motor edo sentikorraren alterazioaren sintoma bat edo gehiago, azalpen medikorik gabe.
c) Sintoma somatikoekin edo osasunarekiko kezkarekin lotutako gehiegizko pentsamendu, sentimendu edo portaerak.
d) Gaitz fisiko batean eragin negatiboa duten faktore psikologikoak edo jokabidezkoak.

301. DMS-5aren arabera, zein izango litzateke diagnostikorik probableena gaixotasun larri bat izateko edo harrapatzeko kezka duen pertsona batentzat, sintoma somatiko nabarmenik ez badu?

a) Sintoma somatikoen nahasmendua.
b) Gaixotasunagatiko antsietate-nahasmendua.
c) Konbertsio-nahasmendua.
d) Trastorno faktizioa.

302. Ondorengo helburu terapeutikoetako zein <u>ez</u> da funtsezkoa hipokondriaren tratamendu kognitibo konduktualan?

a) Sintoma fisikoen berrinterpretazioa.
b) Anplifikazio somatosentsoriala txikitzea.
c) Gaixotasun-jokabideak gutxitzea.
d) Bikote-harremanak hobetzea.

303. Fonseca-Pedrero et al.-en enpirikoki lagundutako tratamendu psikologikoen berrikuspenaren arabera (2021), zein da hipokondriarako ebidentzia-maila HANDIENA duen tratamendu lehenetsia?

a) Psikohezkuntza, gaixotasunari buruzko uste okerren aldaketan duen eraginkortasunagatik eta lehen mailako arretan inplementatzeko kostu txikiagatik.
b) Terapia kognitibo-konduktuala, 1+ ebidentzia-maila eta A gomendio maila baititu, eta egiaztatu da, gainera, terapeutak gidatutako Internet bidezko formatuak modalitate presentzialaren ondorio antzekoak dituela.
c) Kontzientzia osoan oinarritutako terapia kognitibo-konduktuala, berregituratze kognitiboko estrategiak eta osasunagatiko antsietatera berariaz egokitutako erregulazio emozionaleko teknikak konbinatzen dituena.
d) Biblioterapia, zeina psikohezkuntzarekin batera, hipokondria arinerako Osasun Sistema Nazionalaren praktika klinikoko gidek gomendatzen duten lehen mailako lanketa den.

304. Fonseca-Pedrero et al.-en enpirikoki lagundutako tratamendu psikologikoen berrikuspenaren arabera (2021), somatizazio nahasmenduak lantzean, ebidentzia-mailei eta gomendio-mailei buruzko baieztapen hauetatik, zein da ZUZENA?

a) TKKk (terapia kognitibo-konduktuala) 1+ ebidentzia-maila eta A gomendio-maila ditu.
b) TKKk 1. ebidentzia-maila eta B gomendio-maila ditu, eta lehen mailako arretako esku-hartzeek 2. maila eta C gradua.
c) Lehen mailako arretako esku-hartzeek A gomendio-maila dute, nahasmendu horretarako TKKk duena baino handiagoa.
d) Somatizaziorako tratamendu psikologiko batek ere ez du B gomendio-mailarik edo handiagorik.

305. Anorexia nerbiosoari dagokionez, zein da egia?

a) Erasandakoek arazoaren kontzientzia egokia izan ohi dute.
b) Gorputza, eta ondoren pisua eta janaria, fobia-estimulu gisa baldintzatzen dira.
c) Paziente horiek, beren sufrimendu maila dela-eta, erraz inplikatzen dira aldaketara bideratutako tratamenduetan.
d) Nahasmendu komorbidoen prebalentzia nahiko txikia da.

306. Bulimia nerbiosoari dagokionez, zein da egia?

a) Kasu guztietan, gainingesta-gertakariak izaten dituzte, eta, ondoren, gorako autoinduzituak.
b) Batzuetan, bulimia duten pazienteek, antsietate-egoerei aurre egin behar dietenean, betekada ondoren botaka egiteak eragindako lasaitasuna eta plazera bilatzen dute.
c) Oro har, pozik daude beren gorputz-irudiarekin.
d) Anorexiarekiko desberdintasuna da normalean bulimia duten pazienteak barnerakoiagoak eta emozionalki egonkorragoak direla.

307. Bulimiaren tratamenduan, zein da tratamendu nagusia eta lehen aukerakoa?

a) Ospitaleko ingresua.
b) Terapia kognitibo-konduktualak.
c) Psikoterapia dinamikoa.
d) Tratamendu farmakologikoa.

308. GNS-10aren arabera, substantzia psikoaktiboen kontsumoak eragindako buruko eta portaeraren trastornoetako bat nahasmendu psikotikoa da. Adierazi horren diagnostikoarekin bat datorren erantzuna:

a) Substantzia psikoaktibo bat kontsumitzean edo kontsumitu eta berehala gertatzen diren fenomeno psikotikoen multzoa da.
b) Intoxikazio akutuak bakarrik azal ditzake.
c) Abstinentzia-sindromearen parte dira.
d) Hondar-nahasmendu psikotikoa barne hartzen du.

309. Osasunaren psikologian, biofeedbacka min kronikoan esku hartzeko tresna gisa erabiltzen da. Zein da teknika hori terapeutikoki erabilgarria izateko funtsezko mekanismoa?

a) Pazienteari erlaxazio sakoneko egoeretara iristeko aukera ematen dio, eta horretarako theta garuneko uhinak eragin eta minaren pertzepzioa zuzenean murrizten du.
b) Pazienteari bere erantzun fisiologikoei buruzko informazioa ematen dio denbora errealean, eta horrek aukera ematen dio identifikatzeko zer ekintzak eragiten dituzten desiratutako aldaketak gorputz-prozesuan, mina sortzen dutenak.
c) Plazebo aktibo gisa jarduten du nagusiki, eta erlaxazio progresiboaren pareko eraginkortasuna du, baina pazientearen aldetik atxikimendu handiagoarekin.
d) Beste esku-hartze psikologiko batzuen beharra ezabatzen du, pazienteari kontrol

autonomo eta osoa ematen baitio minari ematen dion erantzunaren gainean, laguntza kliniko jarraiturik gabe.

310. Zer mekanismo proposatu da min kronikoa arintzeko entrenamenduak erlaxazioan duen eragin positiboa azaltzeko?

a) Hantura periferikoa zuzenean murriztea, min lokalizatuko eremuetan nerbio-sistema parasinpatikoa aktibatuz.
b) Opioide endogenoen askapena areagotzea, hots, organismoaren analgesiko naturalak.
c) Ardatz hipotalamiko-pituitario-adrenalaren jarduera ezabatzea, hartzaile nozizeptiboen transmisioa blokeatzen baitu.
d) Loaldiaren patroiak aldatzea, min kronikoaren atalasearen bitartekari gisa jarduten baitute.

311. Osasunaren psikologian, min kronikoa honela kontzeptualizatzen da:

a) Koadro mingarria da, batez ere tratamendu farmakologiko konbentzionalarekiko erresistenteak diren prozesu psikogenoei lotutakoa.
b) Baldintza horren ezaugarria min handiko aldizkako gertakariak eta nahasmendu emozional nabarmena izatea da.
c) Nahasmendu funtzional horretan, faktore psikologikoek garrantzi handiagoa hartzen dute prozesu fisiologikoek baino.
d) Iraupen luzeko min iraunkorreko esperientzia bat da, ebakuntza medikoak zein psikologikoak eskatzen dituena.

312. Min kronikoaren tratamendu psikologikoari dagokionez, zer abantaila espezifiko egozten dio Pomerantz-ek (2020) idazketa edo *journaling*a bezalako adierazpen-tekniken erabilerari?

a) Esposizio emozional luzearen bidez saihespen-jokabideak murrizten laguntzen dute.
b) Minarekin lotutako distortsio kognitiboak identifikatzea ahalbidetzen dute, ondoren berregituratu ahal izateko.
c) Kontrolaren pertzepzioa handitu dezakete eta min iraunkorrari lotutako sintoma depresiboak murriztu.
d) Ezarritako tratamendu medikoekiko eta errehabilitazio fisikoko programekiko atxikimendua errazten dute.

313. Psikologiako profesionalak min kronikoari aurre egiteko dituen funtzioei dagokienez, adierazi aukera OKERRA:

a) Lagungarria izan daiteke pazienteak minarekin lotutako egoera mental edo jokabide jakin batzuen eta aldagai fisiologikoen arteko erlazioak identifika ditzan.
b) Min iraunkorreko esperientzia subjektiboa modulatzen duten faktore emozionaletan eta kognitiboetan esku har dezake.
c) Kontrol pertsonalaren sentsazioa eta pazienteari aurre egiteko estrategiak hobetzera bideratutako teknikak txerta ditzake.
d) Minaren pertzepzioa ezabatzen edo kentzen oinarritu daiteke, autoerregulazio



fisiologikoko teknika psikologikoen bidez.

314. Zer aldagai da bereziki garrantzitsua Asiako herritarrekin egin beharreko terapian?

a) Testuinguru soziala.
b) Familia-testuingurua.
c) Lotsa-sentimenduak.
d) Espiritualitatea.

315. Migrazio-prozesuei lotutako faktore psikosozialei dagokienez, egoera hauetako zein lotu daiteke gehien egokitze-nahasmendu batekin bateragarriak diren sintomak agertzearekin?

a) Jatorri-herrialdearen eta harrera-herrialdearen artean desberdintasun kulturalak egotea, baita zailtasun funtzional nabarmenik ez dagoenean ere.
b) Migrazio-prozesuaren ondoren, isolamendu sozialarekiko, laneko ziurgabetasunarekiko eta integratzeko zailtasunekiko esposizioa mantentzea.
c) Etorkinek sintoma fisiko ez-espezifikoak izatea kultura-egokitzapenaren lehen hilabeteetan.
d) Migrazioaren ondoren jatorri-herrialdearekin kulturalki lotuta egoteko joera.

316. Pomerantz-ek deskribatutako psikologia klinikoko ikuspegi multikulturalaren arabera, zein elementu da bereziki garrantzitsua migrazio-estresarekin lotutako egokitze-nahasmenduen ebaluazioan?

a) Adierazpen emozionalak faktore kulturalei edo psikopatologiari berari dagozkien bereiztea.
b) Diagnostiko-tresna estandarizatuak lehenestea, kultura-aldagaiek ebaluazio klinikoan duten eragina minimizatzeko.
c) Diagnostiko-tresna estandarizatuak lehenestea, kultura-aldagaiek ebaluazio klinikoan duten eragina minimizatzeko.
d) Ahal dela, sintoma somatikoen presentzia ebaluatzea, horiek baitira migrazio-estresa adierazteko modurik ohikoena.

317. Zein ez da ohiko gomendioa haurtzaroko nahasmenduak ebaluatzeko?

a) Ebaluazio bakoitzak egoera anitzeko analisi bat izan behar du.
b) Gomendagarria da informatzaile bakar batengana mugatzea, kontraesanak saihesteko.
c) Aldez aurretik ebaluazioaren helburu garrantzitsuak hautatzea.
d) Denboran zehar portaera-patroiak ebaluatzea.

318. Caballo eta Simón-en gomendioetan oinarrituta (2005), haurren ebaluazioaren ezaugarri hauetako zein da OKERRA?

a) Ikuspegi idiografikoa du.
b) Azpiko ezaugarri globalen arabera ebaluatzen da portaera.
c) Arreta egoeraren eta testuinguruaren araberako aldagaietan oinarritzen da.
d) Askotariko iturritatik lortzen du informazioa.

319. Haur-ebaluazioari dagokionez, zein da zuzena?

a) Ez da beharrezkoa jokabide-patroiak ebaluatzea denborak aurrera egin ahala.
b) Ebaluazioaren helburuak espezifikoak dira.
c) Ez da gomendagarria informatzaile anitzak erabiltzea, elkarren arteko aldeak direla-eta.
d) Arazoen espezifikotasunak zehazten du ebaluazioa.

320. Caballo eta Simón-en arabera (2016), haur-ebaluazioan hainbat gogoeta egin behar dira. Honako baieztapen hauetako zein da zuzena?

a) Arazoa gertatzen den egoeraren ebaluazioan zentratzea.
b) Haurraren heldu garrantzitsu nagusia erabiltzea arazoa zehazki ezagutzea lortzeko.
c) Denboran zehar portaera-patroiak ebaluatzeko beharra.
d) Ebaluazioan ez da helburuen hautaketarik egin behar.

321. Caballo eta Simón-en arabera, haurren nahasmenduen ebaluazioari dagokionez (2016), zein da erantzun OKERRA?

a) Enfasi ebolutiboa eman behar zaio.
b) Sistemetara bideratutako ikuspegia izan behar du.
c) Batez ere ikuspegi nomotetikoa izan behar du.
d) Ebaluazio-ikuspegi dinamikoa eta autoberrikusgarria.

322. Haurraren eta nerabearen psikopatologian, gai kritikoa da informatzaileen arteko desadostasunak interpretatzeko modua. Informatzaileen arteko desadostasun horiek honela har daitezke (adierazi baieztapen OKERRA):

a) Haurraren jokabidearen aldakortasunaren ebidentzia, hura behatzen den egoeretan.
b) Arazoa ukatzea.
c) Informatzaileetako baten alborapena edo akatsa.
d) Informatzaileetako baten psikopatologia.

323. Haur batek errendimendu akademiko txikia du, zailtasunak ditu trebetasun sozialetan eta arazo mediko kronikoak ditu. Zein izango litzateke elementu horien interpretaziorik egokiena haurren zaurgarritasun psikologikoari dagokionez? (Adierazi erantzun ZUZENA):

a) Ahultasun psikologikoa areagotzen duten guraso-estilo hiperkritikoaren adierazle

dira.
b) Ingurumen-faktoreetatik eratorritako ondorioak dira.
c) Haurraren barne-faktoreak dira, zaurgarritasun psikologikoa areagotu dezaketenak.
d) a), b) eta c) erantzunak zuzenak dira.

324. Zer funtsezko suposizio dago haurren psikologia klinikoko testuinguru anitzeko ebaluazioaren ikuspegiaren azpian? (Adierazi erantzun ZUZENA):

a) Kontsulta klinikoan lortutako informazioak balio handiagoa du beste ingurune batzuetan lortutakoak baino, hala nola eskolan edo familian lortutakoak baino, baina aztertu egin behar dira.
b) Gurasoak dira haurren portaerari buruzko informazio-iturri fidagaitzena, eta, beraz, haurrak parte hartzen duen beste testuinguru batzuetara jo behar da.
c) Haurraren zailtasunak testuinguru espezifiko batzuetan ager daitezke, eta ez nahitaez guztietan.
d) Haurraren zailtasunak testuinguru espezifiko batzuetan ager daitezke, baina parte hartzen duen testuinguru guztietara orokortu ohi dira.

325. Haurtzaroko psikopatologiari dagokionez, zein da gezurra?

a) Bi dimentsio daude: kanpo-nahasmenduak eta barne-nahasmenduak.
b) Portaera bat patologikoa den zehazteko, intentsitatea, maiztasuna eta iraupena baloratu behar dira, araua adin jakin baterako kontuan hartuta.
c) Haurtzaroko psikopatologia ulertzeko, testuingurua kontuan hartu behar da (familia, kidekoak, ikastetxea...).
d) Jarraitutasun argia dago haurtzaroko psikopatologiaren eta helduaren psikopatologiaren artean, eta sintoma oso antzekoekin agertzen da.

326. Adierazi hauetako zein den haurtzaroko psikopatologia sailkatzeko eta diagnostikatzeko egungo sistemen (DSM eta GNS) ohiko kritika.

a) Egiaz dauden nahasmenduak baino gehiago dituzte haurtzaroan.
b) Eboluzio-parametroekiko sentikorregiak dira.
c) EZ dituzte behar beste kontuan hartzen nahasmenduen egoera- edo testuinguru-faktoreak.
d) Dimentsioak sailkatzeko sistema EZ da ondo egokitzen haurren psikopatologiara.

327. Desregulazio emozionalaren nahasmenduari dagokionez, zein da GEZURRA?

a) Nazioarteko sailkapenetan lehen aldiz DSM-5ean agertzen da.
b) Gogo-aldarteari dagokionez, ezaugarri nagusia suminkortasun kronikoa da.
c) Hitzezko kasketak edo kasketa fisikoak izatea du ezaugarri, eta kasketa horiek egoera eragilearekiko neurriz kanpoko intentsitate edo iraupena dute.
d) Ohikoa da nahasmendu bipolarra duten haurrengan.

328. Baieztapen hauetatik, zein da <u>okerra</u> haurren psikopatologiaren arloko genero-aldeei buruzko ikerketari dagokionez?

a) Lehen eta erdiko haurtzaroan, mutilek neskek baino zailtasun gehiago dituzte, batez ere, portaera asaldagarrien nahasmenduekin lotuta.
b) Erasoen seinale goiztiarrek geroko jokabide antisoziala iragartzen dute bai mutilengan, bai neskengan.
c) Neskatoen zailtasunak areagotu egin daitezke nerabezaroan. Izan ere, depresioaren eta gogo-aldarte disforikoaren tasak handiagoak dira nerabezaroaren bigarren erditik helduarora.
d) Azterlanen arabera, tratamendua jasotzen ari diren nerabeen kasuan, arazo barneratzaileen intzidentzia askoz ere handiagoa da nesken artean, eta arazo kanporatzaileena, mutilen artean.

329. Analisi konduktual aplikatua ebidentzian oinarritutako tratamendu bat da, zertarako?

a) Depresio-nahasmendurako.
b) Kontrakotasun desafiatzaileko nahasmendurako.
c) Autismoaren espektroko nahasmenduetarako.
d) Banantzeagatiko antsietatea.

330. Haurren psikopatologiari dagokionez, zein da zuzena?

a) Neskatoengan zoritxarrarekiko erresistentzia lotuta dago independentzia sustatzearekin eta emakumezko zaintzaile baten laguntzarekin.
b) Haurren eta helduen psikopatologiaren artean jarraitutasun argia dago.
c) Arazo barneratzaileak egonkorragoak dira kanporatzaileak baino.
d) Muga argiak daude psikopatologiaren eta haurtzaroko normaltasunaren artean.

331. Sailkapen dimentsionaleko eskemak enpirikoki deribatuta daude eta, hala, objektiboagoak eta potentzialki fidagarriagoak dira klinikatik deribatutako sailkapen-sistemak baino. Dena den, horien erabilerak zenbait arazo eragiten ditu. Haurren psikopatologiari dagokionez, Caballo eta Simón-en (2016) eskuliburuaren arabera, zein da arazo horietako bat?

a) Laginketaren ondoriozko dimentsioen independentzia.
b) Informatzailearen ezaugarrien independentzia.
c) Haurraren adinarekiko eta sexuarekiko mendekotasuna.
d) Sentikortasun handia testuinguruaren eraginekiko.

332. Adierazi zein den erantzun OKERRA. Caballo eta Simón-en (2016) arabera, kliniko eta ikertzaile askok haurren psikopatologia sailkatzeko eta diagnostikatzeko sistemei buruzko kezka adierazten jarraitzen dute; izan ere:

a) Haurren nahasmendu askoren arteko erlazioak eta gainjartzeak modu desegokian adierazten dituzte.

b) Ez dituzte barne hartzen haurtzaroko nahasmendu guztiak.
c) Ez dira behar bezain sentikorrak haurren psikopatologia mota gehienen ezaugarri diren eboluzio-parametroei, testuinguru-parametroei eta harreman-parametroei dagokienez.
d) Bat ere ez dago enpirikoki eratorria, ez baitago ikerketarik.

333. Haur-psikopatologiaren sailkapenaren dimentsio-ikuspegiei dagokienez, zein baieztapen da OKERRA?

a) Uste dute jokabide-ezaugarri independente batzuk daudela, zeinak haur guztiek dituzten maila desberdinetan.
b) Testuinguruaren eraginekiko sentsibilitate handia erakutsi dute.
c) Dimentsio kanporatzaileak besteengana zuzendutako jokabideak barne hartzen ditu, eta dimentsio barneratzaileak, berriz, normalean barnealdera zuzendutzat hartzen diren egoerak deskribatzen ditu.
d) Sailkapen dimentsionaleko eskemak enpirikoki deribatuta daude eta, hala, objektiboagoak eta potentzialki fidagarriagoak dira klinikatik deribatutako sailkapen-sistemak baino.

334. Brems-en arabera (2008), haurrekin jolas-terapia egitearen funtzioa (adierazi erantzun ZUZENA):

a) Harreman terapeutikoa eraikitzea da.
b) Sentimenduak eta pentsamenduak adieraztea da.
c) Aurre egiteko trebetasunak eskuratzea eta jokabide berriekin esperimentatzea da.
d) a), b) eta c) erantzunak zuzenak dira.

335. Zein da haurrekin egiten diren jolas-terapia psikodinamikoaren eta jolas-terapia humanistaren arteko desberdintasun nagusia?

a) Terapeuta humanistek sentimenduak islatzeko joera dute. Sentimenduak zeharka adieraz daitezke jolasaren bidez, baina ez dute horien interpretaziorik egiten.
b) Terapeuta psikodinamikoen helburua jokoaren bidez autoeguneratzea da, eta, horretarako, haurren jolasaren interpretazioak egiten dituzte.
c) Ez dago orientazio humanista duen jolas-terapiarik. Jolas-terapiak orientazio psikodinamikokoa du.
d) Bat datoz esatean jolasak haurra jakitun ez den barne-bizitzaren alderdi batzuk erakusten dituela, eta litekeena dela horiek zuzenean hitzez adierazteko gai ez izatea.

336. Harreman sozial desinhibituaren nahasmenduan, ondorengo baieztapenetatik zeinek islatzen du zehaztasun handiagoz nahasmenduaren, abandonuaren eta atxikimenduaren arteko lotura? (Adierazi erantzun ZUZENA).

a) Haurrak gaur egun negligentzia larriaren zantzuak baditu eta zaintzaileekiko erabateko atxikimendurik ez badu bakarrik diagnostikatu daiteke nahasmendua.
b) Abandonuaren zantzuak eta garapen-atzerapenak desagertzeak automatikoki baztertzen du nahasmenduaren diagnostikoa.

c) Abandonu-aurrekariak dituzten haurrengan ikus daiteke nahasmendua, baita arduragabekeria-zantzu berririk edo atxikimenduaren alterazio nabarmenik ez dutenean ere.
d) Zaintzaileekiko atxikimendu segurua izateak nahitaez baztertzen du harreman sozial desinhibituaren nahasmendua.

337. Onarpen- eta konpromiso-terapia, "Modular Approach to Therapy for Children with Anxiety, Depression, Trauma, or Conduct Problems", "Mindfulness" edo "EMOTION" (adierazi erantzun ZUZENA):

a) Nerabezaroko estresarekin berariaz lotutako nahasmenduetarako tratamendu egokiak dira.
b) Haurtzaroko trauma konplexurako tratamendu egokiak dira.
c) Nahasmendu emozionaletarako tratamendu egokiak dira.
d) Nerabezaroko mendekotasun-portaeren ondoriozko nahasmenduetarako tratamendu egokiak dira.

338. Haurtzaroko fobia zehaztuen tratamenduari dagokionez, gomendio hauetatiko zein da gezurra?

a) Fobia pixkanaka aurkeztea gomendatzen da.
b) Zuzenean aurkeztu aurretik irudikatuta aurkeztea gomendatzen da.
c) Lorpen terapeutikoak orokortzeko estrategiak sartu behar dira.
d) Haurrari behar duen laguntza guztia ematea gomendatzen da, baina EZ behar duena baino laguntza gehiago.

339. Zer beldur gehitzen dira, eboluzioaren ikuspegitik, 9 eta 12 urteen bitartean?

a) Irudizko izakiak, bakardadea, ikastetxea eta ekaitzak.
b) Eskola-errendimendua, itxura fisikoa, gizarte-harremanak eta heriotza.
c) Zaintzaileengandik banatzea, kalte fisikoak eta zarata ozenak.
d) Irudizko izakiak, mozorrotutako pertsonak eta ezezagunak.

340. Emozio-antzezpen teknikari dagokionez, erantzun hauetako zein da <u>okerra</u>?

a) 9 urtetik beherakoetan erabiltzea gomendatzen da.
b) Emozio positiboak pizten ditu.
c) Errefortzu-sistemak erabiltzen ditu.
d) Muskuluen erlaxazioa entrenatzen du.

341. Portaerari dagokionez inhibituta dauden haurrek zer ezaugarri dituzte?

a) Joera dute berritasunetik aldentzeko eta asaldura-atalase handia izateko amigdalaren eta hipotalamoaren zirkuituetan.
b) Suminkortasunerako, lotsarako eta beldurrerako joera haurtzaro goiztiarrean, eta barnerakoiak izatekoa, eskola-adinean.

c) Estres moderatuko egoerei erantzutea jokabideen eta nerbio-sistema sinpatikoaren aktibazio txikiarekin.
d) Inhibizio emozionala izatea familiaren aldez aurreko jarreraren ondorioz.

342. Silverman eta Kurtines-en (1996) antsietate-nahasmenduen tratamendu psikosozialari dagokionez:

a) 6 hilabeteko iraupena du.
b) Lau fasetan banatzen da: hezitzailea, aplikaziokoa, orokortzekoa eta berrerortzeen prebentziokoa.
c) Talde-tratamendua da.
d) Bi eratako saioak daude: banakakoak eta gurasoek eta haurrek elkarrekin egindakoak.

343. Caballo eta Simón-en (2016) arabera, haurretan antsietatea eta beldurra estimulazio- eta erantzun-aldagaien izaeragatik bereizten dira. Beraz, honako hau esan dezakegu:

a) Antsietatearen kasuan nagusi dira kanpoko estimulazioaren mendeko ezkutuko erantzunak.
b) Beldurraren kasuan nagusi dira barne-estimulazioaren mendeko erantzun agerikoak.
c) Bai behatzaileak (gurasoak, irakasleak, etab.) bai haurrak berak errazago identifikatzen dute beldurra eragiten duen egoera, antsietatea eragiten duena baino.
d) Bai antsietateari bai beldurrari dagokienez, erantzun-sistema nagusia kognitiboa da, motorra izan ordez.

344. Haurren eta nerabeen antsietate-nahasmenduetan erabiltzen diren ebaluazio-tresnen artean, zer dira tolerantzia-probak?

a) Estimazio-eskalak.
b) Egoera artifizialetan behatzea.
c) Egoera naturaletan behatzea.
d) Erregistro psikofisiologikoak.

345. Emozio-antzezpenenen Programa Egituratuan, haurren beldur eta fobien tratamenduari dagokionez (adierazi erantzun ZUZENA):

a) Ez da beharrezkoa hierarkia bat eraikitzea.
b) Jolas librearen bidez, haurrak bere beldurrak eta fobiak adierazten ditu.
c) Terapeutak antzeztuko dituzten pertsonaiak aukeratzeko eskatzen dio haurrari.
d) Ez da etxeko lanik preskribatzen, gurasoek tratamendua oztopa dezaketen ekintza desegokiak egin ditzaketelako.

346. *Coping cata* (talde formatua), haurtzaroko eta nerabezaroko nahasmendu emozionalen tratamendu transdiagnostikorako protokolo bateratua edo *TAKE ACTION* aukera gomendagarriak dira adingabeekin lan egiteko, baldin eta:

a) Portaeraren nahasmenduak badituzte.
b) Antsietate-nahasmenduak badituzte.
c) Dolu-nahasmendu luzatua badute.
d) Substantzien kontsumoak eragindako nahasmenduak badituzte.

347. Haurren antsietate-nahasmenduen tratamenduan gurasoen parte-hartzeari dagokionez (adierazi zein den erantzun ZUZENA):

a) Haurren antsietatea gurasoen maiztasun eta atzeraelikadura negatiboarekin nabarmen lotuta dagoela dioten ebidentzia gero eta handiago batean oinarritzen dira.
b) Haurren antsietatea gurasoen antsietate-nahasmenduen prebalentzia handiagoarekin nabarmen lotuta dagoela dioten ebidentzia gero eta handiago batean oinarritzen dira.
c) Haurren antsietatea gurasoen gatazkak saihestearekin nabarmen lotuta dagoela dioten ebidentzia gero eta handiago batean oinarritzen dira.
d) a), b) eta c) faltsuak dira.

348. DSM-5aren arabera, baldintza hauetatik zeinek eragotziko luke mututasun selektibo bat diagnostikatzea haur batengan? (Adierazi erantzun ZUZENA):

a) Eskola-hasieraren testuingurutik kanpo, hizketa ezak hilabete baino gehiago irauteak.
b) Arazoak eskola-errendimenduari eta gizarte-komunikazioari kalte egiteak.
c) Eskola-hasieraren testuingurua aintzat hartu gabe, hizketa ezak hilabete baino gehiago irauteak.
d) Nahasmendua ez da hobeto azaltzen komunikazioaren nahasmendu baten ondorioz (adibidez, haurtzaroan hasten den hitz-etorriaren nahasmendua [toteltasuna]), eta ez da soilik gertatzen autismoaren espektroko nahasmendu batean, eskizofrenian edo beste nahasmendu psikotiko batean.

349. Zer motatako haurren antsietatea lotu da helduen bizitzako izu-nahasmenduarekin?

a) Antsietate soziala.
b) Antsietate orokortua.
c) Ezaugarri-antsietatea.
d) Banantzeagatiko antsietatea.

350. Caballo eta Simón-en arabera (2016), haur eta nerabeen antsietate-nahasmendu orokortuaren (ANO) eta izu-nahasmenduaren (IN) ebaluazioan tresna gisa erabili izan den behaketa analogoaren metodoa:

a) Zehazki, ANOari aplikatu zaio, ebaluazio soziala edo ebaluazio akademikoa eskatzen duten egoerak erabiliz.
b) IN ebaluatzeko aukerako teknika bat da.



c) Ez da erabili ANOa eta INa ebaluatzeko.
d) Gutxi erabiltzen da, testuinguru naturalean behatzea baino garestiagoa delako.

351. Tresna hauetatik, zein da elkarrizketa erdiegituratu bat, haur eta nerabeen antsietate orokortuaren nahasmendua eta izu-nahasmendua ebaluatzeko erabiltzen dena?

a) ADIS-C.
b) DISC.
c) SASCD-R.
d) STAIC.

352. Hiperkitzikadura eta antsietatearekiko sentsibilitatea duen nerabe batek neurriz kanpo erantzun diezaioke arnasa hartzeko zailtasunari, eta kognitiboki pentsa dezake itota hil daitekeela. 4 baieztapen hauetatik, zein da erantzun ZUZENA?

a) Antsietatearekiko sentsibilitateak ez du eraginik nerabezaroaren moduko aldietan egoera abstraktuagoak lantzeko eta beldurra sentitzeko trebetasun kognitiboarekin.
b) Antsietatearekiko sentsibilitateak eta sintoma fisikoen kastrofizazioak ez dute korrelaziorik nerabezaroan.
c) Antsietatearekiko sentsibilitatea antsietate-sintomen parte diren gorputz-funtzioen aldaketei buruzko kezka esanguratsua da.
d) Antsietatearekiko sentsibilitatea konstruktu egokiagoa da haurrentzat nerabeentzat baino.

353. Izu-nahasmenduari dagokionez haurtzaroan eta nerabezaroan (adierazi erantzun ZUZENA):

a) Nerabeen eta helduen artean ez da aurkezpen klinikoko desberdintasunik aurkitu.
b) Ez da oso ohikoa haurtzaroan.
c) “Izu-gertakariak” lehenengoaz agertzean, sarritan haurtzarora atzera egiten da atzera begiratzeko.
d) a), b) eta c) erantzunak zuzenak dira.

354. Trauma osteko estresaren nahasmenduan, zer EZ du azaltzen bigarren mailako baldintzapenak?

a) Antzeko egoera traumatikoekiko beldurra orokortzea.
b) Sintomak okertzea denborak aurrera egin ahala.
c) Sintomak atzeratuta has daitezke.
d) Aktibazio psikofisiologikoa handitzea indartze positiboaren eraginez.

355. Caballo eta Simón-en (2016) arabera, muga larriak dokumentatu dira trauma osteko estresaren nahasmenduaren diagnostikoari dagokionez, aholkatzen dutenak haurrari aplikatutako tresna bakar bat ez erabiltzea eta babesten dutenak trauma osteko estresaren nahasmenduaren ebaluazio diagnostikoa, askotariko neurrietan oinarrituta. Adierazi baieztapen hauetatik zein EZ den mugetako bat:

a) Gertaera estresagarriak biktimaren araberakoak direnez eta dauden tresnek estimulu estresagarri jakinak aztertzen dituztenez, ezin dira unibertsalki erabili gertaera traumatiko guztietan.
b) Haurren TOENak eta ADHNak zenbait sintoma partekatzen dituzte.
c) TOENak sintomak partekatzen ditu depresioarekin.
d) Haurrek beti ezin dituzte esperientzia traumatikoak deskribatu, edo ez dute nahi izaten.

356. Kaliforniako haur talde baten bahiketaren ondoren, Terr-ek (1979) haurren trauma osteko estresaren nahasmenduaren lehen deskripzio sistematikoetako bat egin zuen. Honako hau behatu zuen:

a) Haurrengan ikusitako sintomak eta helduenak oso desberdinak ziren alderdi guztietan.
b) Haur horiek amnesia psikogenikoa zuten.
c) Gertaerak gogoratzean, denek sekuentzia egokian jartzen zituzten.
d) Jolasaren modu estereotipatu eta errepikakorren bidez gertaera berriz esperimentatzeko edo bizitzeko joera behatu zen.

357. Caballo eta Simón-en (2016) arabera, adierazi haurren izu-nahasmenduaren interbentzioari buruzko baieztapen hauetatik zein den OKERRA:

a) Zehazki, egiaztatu da *locus coeruleus*en estimulazioak izu-egoerak eragin ditzakeela.
b) Interbentzio kognitibo-konduktualari buruzko azterketak urriak dira, banaketa-antsietateak eragindako nahasmendua ikertzen baita lehentasunez.
c) Potentzia handiko bentzodiazepinak efikazak izan dira helduen izu-nahasmenduaren eta agorafobiaren tratamenduan, eta baliteke efikazak izatea haurren eta nerabeen tratamenduan.
d) Izu-nahasmendua ez ezik, inpultsibitatea, substantzia psikoaktiboen abusuak eta suizidio-ahaleginak ere baduten nerabeak triziklikoekin tratatzeko hautagai onak dira.

358. 4 baieztapen hauetatik, zein ez da zuzena haurren trauma osteko estresaren nahasmenduari dagokionez?

a) Diagnostikoa berresteko tresna baliagarri bat da haurren portaeraren zuzeneko behaketa, dela jolas librean, dela egoera egituratuetan, eta tresna horrek haurrak gertakaria gogorarazten dioten estimuluei eta egoerei emandako erantzunak baloratzea ahalbidetzen du.
b) Tratamendua planifikatzea bigarren mailara pasatzen da, baldin eta haurrak ez badu bere esperientzia traumatikoa deskribatu nahi eta, kasu horretan, nahasmendua

jokabide-esposizioaren edo EMDRaren (begi-mugimenduen bidezko desentsibilizazio eta birprozesatze) bidez lantzen da.

c) Elkarrizketa erdiegituratuak malgutasuna eskaintzen du gertaera traumatikoaren erreferentziei eta galderak haurren hizkuntzara egokitzeari dagokienez.
d) Trauma osteko estresaren nahasmenduak sintomak partekatzen ditu depresioarekin, antsietateko beste nahasmendu batzuekin edo garezurreko traumatismoarekin, eta, beraz, garrantzitsua da bereiztea, eta horiek bereizita ebaluatzea, beharrezkoa bada.

359. Zer nahasmendutan ikus daiteke nabarmen haurren jolasaren murrizketa eta, gainera, DSM-5aren arabera, diagnostikorako diagnostiko-irizpideen parte da (adierazi erantzun ZUZENA)?

a) 6 urtetik beherako haurren trauma osteko estresaren nahasmenduan.
b) Autismoaren espektroaren nahasmenduan.
c) Banantzeagatiko antsietate-nahasmenduan.
d) a), b) eta c) erantzunak zuzenak dira.

360. Traumari eta psikosiari buruzko ikerketari dagokionez (adierazi erantzun ZUZENA):

a) Haurtzaroan abusu fisikoa eta sexuala jasan zuten pazienteek ahots gehiago zituzten, komentatzen zutenak eta min egiteari eta/edo egiteari buruzko aginduak ematen zizkietenak, abusatu ez zituztenek edo haurtzaroan abusu mota bakarra jaso zutenek baino.
b) Haurtzaroan abusu fisikoa jasan zuten pazienteek 2,5 aldiz aukera gehiago izan zituzten haluzinazioak izateko, eta sexu-abusuak eta abusu fisikoak jasan zituztenetan, aldiz, tasa abusuen historiarik gabeko pazienteetan baino hiru edo lau aldiz handiagoa zen.
c) Gertaera traumatikoetatik bizirik atera direnen artean sintoma psikotikoen garapena azaltzeko, askotariko prozesu psikologikoetan esku hartzea proposatu da, hala nola traumari aurre egiteko erregulazio emozionaleko ereduetan edo memoria semantikoan izandako aldaketetan.
d) a), b) eta c) erantzunak zuzenak dira.

361. Terapia kognitibo-konduktual orokorra, indibiduala edo taldekoa dira euskarri enpiriko handiena duten tratamenduak (A gomendio-maila) honako hauei aurre egiteko (adierazi erantzun ZUZENA):

a) Nerabeen jokabide suizida (11-18 urte).
b) Estresarekin eta emozio mistoekin berariaz lotutako nahasmenduak haurtzaroan.
c) Nerabezaroko nahasmendu obsesibo-konpultsiboa.
d) Nerabeen depresioa (11-18 urte).

362. Etsipen ikasiaren eredu aldatuaren arabera, hauetako zein da barne-esleipen global eta egonkorraren adibide bat, gainditzen ez duen ikasle baten kasuan?

a) Ez naiz azkarra.

b) Gaizki ematen zaizkit matematikak.
c) Leher eginda nago.
d) Nazkatuta nago matematikako problemekin.

363. Adierazi aukera OKERRA haurren depresioaren teoria etiologikoei dagokienez:

a) Beck-ek triada kognitiboaren kontzeptua erabili zuen depresioa azaltzeko.
b) Skinner-ek depresioa iraungitze eragilearen prozesu gisa kontzeptualizatu zuen.
c) Lewinsohn-en ustez, depresioaren arrazoi nagusia estimulazio abertsiboaren tasa altua da.
d) Etsipen ikasiaren ereduak, depresiorako birformulatutakoak, barne hartzen du bere azalpen-ereduan pertsonaren atribuzio-estilo nagusia arrakasta eta porrota lortzeko.

364. Nerabeen depresioa lantzeko, zein tratamendu nabarmentzen dira ondo ezarritako gisa eta A gomendio-mailarekin?

a) Terapia kognitibo-konduktuala eta pertsona arteko psikoterapia.
b) Terapia kognitibo-konduktuala eta psikoterapia fokalizatua nerabeentzako transferentzian.
c) Terapia Kognitibo-konduktuala, Terapia Dialektiko Konduktuala, Familian Oinarritutako Terapia eta Onarpen- eta Konpromiso-terapia
d) Psikoterapia dinamiko laburra eta terapia kognitibo-konduktuala.

365. Gurasoen dibortzioak/banantzeak diru gutxiago izatea eta gurasoen arteko desadostasunaren aurrean tentsio psikologiko handiagoa izatea ekar dezake (adierazi zein den erantzun ZUZENA):

a) Haurren depresioan, egoera berak errefortzu positiboa murriztea eta abertsio-estimulazioa areagotzea ekarriko luke.
b) Haurren depresioan, egoera berak errefortzu positiboa areagotzea eta abertsio-estimulazioa murriztea ekarriko luke.
c) Gurasoen banantzea/dibortzioa bezalako estresatzaileek ez dute haurren osasun mentalean haurren depresioan inplikatutako estimulu izatera iristeko adinako eraginik.
d) a), b) eta c) faltsuak dira.

366. Haurtzaroko eta nerabezaroko doluari dagokionez, zein da egia?

a) Hiru eta zazpi urte bitarteko haurrek heriotza azken gertakaria izatea ukatzen dute; haientzat, hilda egotearen egoera aldi baterakoa da.
b) Zazpi urterekin, haurrek heriotzaren bizitzaren amaiera eta ezinbesteko irteera gisa ulertzen dute.
c) Nerabezaroan, harreman sakon bat galtzeak garapen normal intelektual, emozional eta psikologikoan eragin dezake.
d) DSM-5ean, depresio sintomak, dolu prozesu batean agertzen badira, EZIN dira diagnostikatu depresio-nahasmendu larria.



367. Zer bi aldagaik dute nerabeen arteko doluan konplikazioak sortzeko ahalmena?

a) Ideia irrazionalek eta "egin beharko nuke" erakoek.
b) "Egin beharko nuke" erakoek eta dolu-adierazpenak gutxitzeko presioak.
c) Erru- eta lotsa-sentimenduek.
d) Tristuraren intentsitateak eta hildakoarekiko harremanak.

368. Caballo eta Simón-en (2016) arabera, haurtzaroan eta nerabezaroan gurasoak hiltzeari dagokionez, adierazi baieztapen hauetatik zein den OKERRA:

a) Haur txiki batentzat guraso baten heriotza misterioa da. Askotan pentsatuko du berak eragin duela, ekintza gaizto edo maltzur baten bidez, eta errudun sentituko da edo zigortua edo abandonatua izateko beldurrak inbadituko du.
b) Haur bat sakonki identifikatzen bada hildako gurasoarekin, bizirik dirauen gurasoa haurraren erresuminaren, haserrearen eta bestelako sentimendu bortitzen jomuga bihurtuko da.
c) Guraso baten heriotzaren ondoriozko dolua sortzea errazagoa izango da, haurraren eta gurasoaren harremana zenbat eta zintzoagoa izan.
d) Gurasoen heriotza nerabezaro goiztiarrean gertatzen bada, sarritan, egoera helduago baterako progresio azkarra ekartzen du.

369. Haurren eta nerabeen doluaren prozesu terapeutikoaren barruan, O 'Connor-en eredua (1995) erabiltzen da minaren etapak deskribatzeko. Aukera hauetako zeinek jasotzen ditu behar bezala eta ordenan?

a) Shocka eta ukazioa; konfrontazio emozionala; lotura berriak bilatzea; ebazpena eta onarpena.
b) Saihespena, konfrontazioa, berrezartzea, integrazioa.
c) Ohitura zaharrak haustea, bizitza berreraikitzen hastea, maitasun- edo adiskidetasun-objektu berriak bilatzea eta berregokitzea amaitzea.
d) Ukazioa; amorrua eta errua; depresioa; onarpena.

370. Haurren eta nerabeen dolurako esku-hartze terapeutikoa funtsezko lau zereginen inguruan egituratzen da. Hauetako zein EZ da zeregin horietako bat?

a) Heriotzaren errealitatea onartzea, ukatzeko mekanismoak alde batera utzita.
b) Hildakoa beste harreman afektibo baliokide batekin ordezkatzea, oreka emozionala berrezartzeko.
c) Atsekabearen mina sentitzea, fisikoa zein emozionala, hura saihestu beharrean.
d) Joan denarekin zuen harreman emozionaletik aldentzea, energia hori beste harreman batzuetan erabili ahal izateko.

371. Nerabezaroko doluari dagokionez, dolu-lanak eta nerabeen garapen normalak antzekotasun handiak dituzte. Baieztapen hauetatik, zeinek islatzen du hobekien ideia hori?

a) Bi prozesuen arteko antzekotasunaren ondorioz, doluan dagoen nerabeak helduek baino erraztasun handiagoa du heriotza lantzeko, dagoeneko ohituta baitago bere etapako banantze-prozesuetara.
b) Doluak eta nerabezaroak, funtsean, iraganarekiko haustura eta identitate berri baten bilaketa dakarte, eta, beraz, haren zeinu klinikoak ia bereizezinak dira.
c) Doluak nerabearen garapen normala beti negatiboki oztopatzen du, eta horrek hazkunde intelektual, emozional eta psikologikoaren progresio naturala geldiaraztea dakar.
d) Bi prozesuek berekin dakarte nahi den objektu baten galerara egokitzea, barneko eta kanpoko errealitateen aldaketari aurre egitea, eta banantze- eta galera-faseei datxezkien anbibalentzia eta gatazkak partekatzea.

372. Doluan dauden nerabeekin egiten den hezkuntza-arloko esku-hartzean, konplikazio larriak sortzeko potentziala duten bi kontzepzio oker identifikatzen dira. Zein dira?

a) Hildakoaren idealizazioa eta amorrua ukatzea doluaren emozio legitimo gisa.
b) Hildakoarekin gehiegi identifikatzea eta lotura afektibo berriak goiz bilatzea.
c) Doluaren “egin behar nuke”-ak eta “denborak sendatu egiten du” usteak.
d) Heriotzaren itzulezintasuna ukatzea eta babes sozialarekiko gehiegizko mendekotasuna.

373. Adierazi hauetako zein ez den substantzien kontsumo-arazoak dituzten pertsonekin gomendatutako elkarrizketa motibazionalaren printzipio orokor bat.

a) Substantziak kontsumitzearen ondorio negatiboei buruzko informazioa ematea.
b) Enpatia adieraztea.
c) Eztabaida saihestea.
d) Autoeraginkortasuna babestea.

374. Marlatt eta Barret-en (1997) arabera, nerabeen mendekotasun-kasuetan berrerortzea prebenitzeko estrategia globalak eta espezifikoak hiru kategoriatan sailka daitezke. Adierazi zein EZ den sartzen:

a) Kontsumoa detektatzeko markatzaile biologikoak aldizka kontrolatzea.
b) Trebetasunetan entrenatzea.
c) Berregituratze kognitiboa.
d) Bizimoduei buruzko esku-hartzea.

375. Kontzeptuari eta metodologiari dagokienez, zer izan behar da kontuan haur eta nerabeei "abusu" edo "mendekotasun" kontzeptuak aplikatzean?

a) Helduei bezala aplikatu behar dira, garapenak ez baitu esanahi klinikoa aldatzen.
b) "Abusu" terminoak eta mendekotasunaren kontzeptuak ñabardurak eskatzen dituzte, helduen ereduak ez baitirudi egokia besterik gabe haur eta gazteentzat.
c) Substantziekin lotutako edozein diagnostiko saihestu behar da 18 urte bete aurretik.
d) Mendekotasun kimiko objektiboa dagoenean bakarrik aplika daiteke mendekotasunaren kontzeptua.

376. Erritmo zirkadianoen nahasmenduei dagokienez, zein da zuzena?

a) Parasomnia gisa diagnostikatzen dira.
b) Hipersomnia mota bat dira.
c) Loaldi atzeratuaren fasearen sindromea nerabezaroan gertatzen da batez ere.
d) Tratamendu lehenetsia farmakologikoa da.

377. Haurtzaroko eta nerabezaroko narkolepsiari dagokionez, loaren paralisiaren sintoma:

a) Lotara joan aurreko unean bakarrik agertzen da.
b) Esnatzeko unean bakarrik agertzen da.
c) Esna dauden pertsonengan gertatzen da, eta hitz egin dezakete, baina ez mugitu.
d) Haluzinazio hipnagogiko edo hipnoponpikoekin batera gerta daiteke.

378. Adierazi baieztapen OKERRA gaueko izu-ikarei dagokienez:

a) Parasomnia mota bat dira.
b) REM lo-fasean esnatzearen nahasmendua da.
c) Berez arintzen dira.
d) Normalean 2-3 urterekin agertzen dira.

379. Haur eta nerabeen loezinari eta parasomniei aurre egiteko babes enpiriko handiena (A gomendio-maila) jaso duten tratamendu psikologikoak honako hauek dira (adierazi erantzun ZUZENA):

a) Terapia kognitibo-konduktuala, mindfulnessa eta asmo paradoxala.
b) Terapia kognitibo-konduktuala, esposizio-teknikak, asmo paradoxala.
c) Terapia kognitibo-konduktuala, desagertze-teknikak, gurasoen psikohezkuntza eta berregituratze kognitiboa (batez ere nerabeen insomnioa tratatzeko).
d) Terapia kognitibo-konduktuala, desagertze-teknikak eta berregituratze kognitiboa (batez ere haurren insomnioa tratatzeko).

380. DSM-5aren zein diagnostikok ordezten du DSM-IVeko umezaroko eta haurtzaroko elikagai-ingestioaren nahasmenduaren diagnostikoa?

a) Anorexia nerbiosoak.
b) Lehen haurtzaroko nerbio-anorexiak.
c) Elikagaiak hartzea saihesteko/murrizteko nahasmendua.
d) Pika.

381. Zer teknika ez da izan eraginkorra elikadura-nahasmendua duten haurren jokabidea tratatzeko?

a) Distraitzea.
b) Errefortzu positiboa eta negatiboa.
c) Modelatzea.
d) Gurasoak psikologia ebolutiboan prestatzea.

382. Familian oinarritutako terapia da euskarri enpiriko handiena duen tratamendua (A gomendio-maila) honako hau lantzeko (adierazi erantzun ZUZENA):

a) Banantzeagatiko antsietatea.
b) Anorexia nerbiosoa neskato eta nerabeengan.
c) Haurren depresioa (5-11 urte).
d) Estresarekin eta emozio mistoekin berariaz lotutako nahasmenduak haurtzaroan.

383. Adierazi baieztapen hauetako zein ez den zuzena sexu-abusuaren biktima diren haurren sintomei dagokienez.

a) Trauma osteko estresaren nahasmendua izan ohi dute.
b) Jokabide sexualizatua izan ohi dute.
c) Oro har, tratamenduan dauden abusatu GABEKO haurrek baino sintoma gehiago izaten dituzte.
d) Sintomak adinaren edo eboluzio-fasearen araberakoak dira.

384. Haurren eta nerabeen sexu-abusuari dagokienez, baieztapen hauetatik, zein da okerra?

a) Saihespen kognitiboak sintomatologia txikitzen du.
b) Erru-sentimenduak lotuta daude harremanetako antsietatearekin.
c) Lotsa-sentimenduak lotuta daude trauma osteko estresaren sintomak garatzearekin.
d) Lotsa lotuta dago atsekabea eta haserrea maiz adierazten duten familia-inguruneekin.

385. Haurren sexu-abusua ebaluatzeko tresna hauetatik, zein erabiltzen da adierazpenen egiazkotasuna ebaluatzeko?

a) Edukiaren analisia irizpideetan oinarrituta (CBCA).

b) Haurren portaeraren zerrenda (CBCL).
c) Haurren sexu-jokabideari buruzko inbentarioa (CSBI).
d) Gertaera traumatikoek haurrengan duten eraginari buruzko eskala (CITES).

386. Achembach-en (1991) arabera, haurren sexu-abusua:

a) Ez da delinkuentziarekin erlazionatu.
b) Nerabeen haurduntzarekin lotu da.
c) Ez da lotu jokabide antisozial oldarkorrarekin.
d) Ez da hiperaktibitatearekin lotu.

387. Deblinger eta Heflin-en programa kognitibo-konduktuala erabiltzen da:

a) Sexu-abusua jasan duten haurrekin.
b) Haurren loaren nahasmenduan.
c) Tourette-n sindromean.
d) Adimen-desgaitasuna duten pertsonen jokabide-arazoekin.

388. Haurren eta nerabeen sexu-abusuari dagokienez, baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Saihespen kognitiboak sintomatologia txikitzen du.
b) Erru-sentimenduak lotuta daude harremanetako antsietatearekin.
c) Lotsa-sentimenduak lotuta daude trauma osteko estresaren sintomak garatzearekin.
d) Lotsa lotuta dago atsekabea eta haserrea maiz adierazten duten familia-inguruneekin.

389. Zein dira Aitorpen-baliozkotasunaren Analisiaren (SVA) hiru osagai nagusiak?

a) Elkarrizketa kognitiboa, konsistentzia-analisia eta azken irizpen klinikoa.
b) Ebaluazio medikoa, edukiaren analisia eta auzitegiko proben bidezko kontrastea.
c) Adingabearen ebaluazio psikologikoa, irizpideetan (CBCA) oinarritutako edukiaren ebaluazioaren bidezko adierazpen analisia eta baliozkotasunaren egiaztapena.
d) Garapen kognitiboa ebaluatzea, irizpideak aztertzea (CBCA) eta puntuazio global automatizatua.

390. Wolfe eta Gentile-ren ereduaren arabera (1992), zein mailatan ebaluatu behar dira haurren sexu-abusuaren ondorioak?

a) Adingabearen egokitzapen orokorraren ebaluazioa eta sexu-abusurako egokitzapen espezifikoaren ebaluazioa.
b) Ebaluazio kognitiboa eta ebaluazio emozionala.
c) Ebaluazio medikoa eta auzitegiko ebaluazioa.
d) Adingabearen eta familia-ingurunearen ebaluazio emozionala.

391. Aipatutako azterlanen arabera, zein da sexu-abusuaren biktima diren haurren tratamenduan laguntza enpiriko handiena erakutsi duen ikuspegi terapeutikoa?

a) Traumaren lanketa sinbolikoa ardatz duen terapia psikodinamikoa.
b) Terapia kognitibo-konduktuala, bereziki abusuan zentratua.
c) Terapia farmakologikoa esku-hartze nagusi gisa.
d) Taldeko terapia.

392. Finkelhor eta Browne-ren arabera, zeintzuk dira sexu-abusuaren biktimaren sintomatologia azaltzen duten lau dinamika traumatikoak?

a) Sexualizazio traumatikoa, estigmatizazioa, inpotentzia-sentimenduak eta traizio-sentimenduak
b) Sexualizazio traumatikoa, atxikimenduaren desantolaketa, inpotentzia-sentimenduak eta traizio-sentimenduak.
c) Sexu-identitatearen nahasmendua, inpotentzia-sentimenduak, sexualizazio traumatikoa eta pertsonen arteko mesfidantza orokorra.
d) Gatazka intrapsikiko sexuala, sexu-identitatearen alterazioa, inpotentzia-sentimenduak eta pertsonen arteko mesfidantza orokorra.

393. Hauetako zein da jokabide estereotipatuaren definizioa zuzena?

a) Jokabide motor oso sendo eta errepikakorrak, itxuraz egokitzeko funtziorik EZ dutenak.
b) Oso ekintza motor errepikakorra da, eta egiten duen pertsonari kalte fisikoa eragiten dio.
c) Mugimendu muskular azkarrak eta, itxuraz, nahigabekoak, errepikakorrak edo bat-batekoak.
d) Bokalizazioa edo bat-bateko mugimendua, azkarra, errepikakorra eta EZ erritmikoa.

394. Esterotipoen eta autolesioen ebaluazioan, zer da funtsezkoa kontuan hartzea?

a) Jokabidearen topografia eta funtzioa.
b) Ideia subjektiboetan oinarritutako balorazioa.
c) Hasierako faktoreen ebaluazioa.
d) Galdetegi espezifikoak erabiltzea.

395. Ondorengo ezaugarrietatik, zein da <u>okerra</u> tik trastornoek eragindako nahasmenduei dagokienez?

a) Txanda arteko tikik gabeko aldiek segundoak edo orduak iraun ditzakete.
b) Horien maiztasuna testuinguruaren araberakoa izaten da.
c) Gutxitu egiten dira pertsona pribatuan lasaitzen denean.
d) Loarekin gutxitzen edo desagertzen dira.

396. Zer da jokabide motore oso kontsistente, errepikakor eta erritmiko bat, itxuraz egokitzeko funtziorik ez duena?

a) Tik bat.
b) Konpultsio bat.
c) Estereotipia bat.
d) Korea.

397. DSM-5aren arabera, tikak:

a) Oro har, nahigabeko ekintza bezala esperimentatzen dira, baina borondatez desagerraraz daitezke denbora-tarte desberdinetan.
b) Mugimendu erritmikoak eta errepikakorrak dira.
c) Bat-bateko mugimenduak dira, eta ez dituzte barne hartzen bokalizazioak.
d) Aurpegiko muskuluak bakarrik daude tartean.

398. DSM-5aren arabera, mugimendu estereotipatuen nahasmendua diagnostikatzeko irizpide hauetatik, zein da OKERRA?

a) Portaera motor errepikakorra, itxuraz gidatua eta xederik gabea.
b) Portaera motor errepikakorrak jarduera sozialak, akademikoak edo bestelakoak oztopatzen ditu.
c) Portaera autolesiboak kanpo gelditzen dira.
d) Garapen-aldiko lehen faseetan hasten da.

399. Zein bi jokabide-tratamendu erabili dira nagusiki tik-nahasmenduetarako?

a) Ohituraren inbertsioa eta errefortzu positiboa.
b) Estimuluen kontrola eta erlaxazioa.
c) Erlaxazioa eta ohituraren inbertsioa.
d) Praktika masibo negatiboa eta ohituraren inbertsioa.

400. Estereotipiak (adierazi erantzun ZUZENA):

a) Umezurztegietako abegi-haurretan edo umezurztegietan denbora batez egon ondoren adoptatutako haurretan ere agertzen dira.
b) Nahaste autista duten haur gehienek mugimendu estereotipatuak izaten dituzte uneren batean, nahiz eta estereotipoak ez diren beti kezkagarriak izaten.
c) Zenbait tratamendu farmakologikok aho eta aurpegiko estereotipiak eragin ditzakete (aho eta aurpegiko diszinesia berantiarra), eta horrek zaildu egiten du horien diagnostikoa.
d) Haurrari berari ez diote kalte fisikorik eragiten, eta eraginez gero, ez dira arrisku larriak.

401. DSM-5aren arabera, adimen-desgaitasunaren diagnostikoari dagokionez, zein da GEZURRA?

a) Neurogarapenaren nahasmenduen artean sailkatzen dira.
b) Larritasunaren zehaztapena inteligentzia-kozientearen (IK) tartearen araberakoa da.
c) Diagnostikoak egokitze-portaeran urritasunak egotea eskatzen du.
d) Adimen- eta egokitze-urritasunak garapen-aldian hasi behar dira.

402. Adimen-atzeratasun arinaren inguruko zein baieztapen da OKERREKOA, Caballo eta Simón-en arabera (2016)?

a) Adimen-atzerapenak eragindako pertsonen erdia hartzen du barne, gutxi gorabehera.
b) Eskolaurreko urteetan garatu ohi dituzte gizarte-trebetasunak.
c) Muga sentsoriomotor gutxi dituzte.
d) Askotan ezin da antzeman eskolatzen hasi arte.

403. DSM-5ak adimen-desgaitasun larritasunaren arabera sailkatzen du (arina, moderatua, larria eta sakona), honako hauek kontuan hartuta:

a) Larritasun-maila horiek bat datoz inteligentzia-kozientearen (IK) puntuazioekin.
b) IKren neurriak baliozkoagoak dira IK tarteko puntuaziorik baxuenetarako.
c) Larritasun-mailak egokitzapenezko funtzionamenduaren arabera definitzen dira, funtzionamendu horrek eskatzen den laguntza-maila zehazten baitu.
d) Larritasun-mailak zehazteko, IK eta egokitzapenezko funtzionamendua konbinatzen dira.

404. Neurogarapenaren nahasmenduei dagokienez, markatu aukera OKERRA.

a) DSM-5ean, DSM-IVaren adimen-atzerapen terminoaren ordez adimen-desgaitasuna terminoa erabili da.
b) DSM-5ak autismoaren espektroko nahasmenduaren kategorian honako azpimota hauek batzen ditu: nahasmendu autista, Asperger-en nahasmendua, haurren desintegrazio-nahasmendua, Rett-en nahasmendua eta zehaztugabeko garapenaren nahasmendu orokortua.
c) ADHNa neurogarapenaren nahasmenduetara eraman da DSM-5ean.
d) Nahasmendu disruptiboak eta bulkaden kontroleko nahasmenduak neurogarapenaren nahasmenduen parte dira DSM-5ean.

405. Zein da AAMR-k 90eko hamarkadan proposatutako eta indarrean jarraitzen duen funtsezko paradigma-aldaketa adimen-desgaitasunaren kontzepzioan (lehen adimen-atzerapena esaten zitzaion)?

a) Adimen-atzerapena jatorri medikoa soilik duen gaixotasuntzat hartzea.
b) Adimen-atzerapena funtzionamendu-mugatzat hartzea, eta horrek laguntza-beharrak identifikatzea eskatzen du, eta ez soilik IK neurtzea.
c) Ebaluazio funtzionala bertan behera uztea, ebaluazio neuropsikologikoaren alde.
d) Diagnostiko klinikoaren ordez, errendimendu akademikoko probak egitea.



406. Enuresiari dagokionez, zein da egia?

a) 3 urtetik gorakoei ahal zaie diagnostikatu.
b) Gehienetan apropos egiten da.
c) Garrantzitsua da enuresi primarioa eta sekundarioa bereiztea, horrek esku-hartze mota orientatuko baitu.
d) Faktore emozionalek eta gertakari estresagarriek garrantzi handiagoa dute bigarren mailako enuresiaren sorreran.

407. Enuresiaren tratamenduan alarma-metodoa aplikatzeari dagokionez, zein da gezurra?

a) Sortzaileek zioten haren eraginkortasuna baldintzapen klasikoaren printzipioan oinarritzen zela.
b) Autore batzuek proposatu dute saihespen-metodo pasibo baten bidez ikasten dela enuresiari aurre egiten (haurrak esfinterra kontrolatzen ikasten du, estimulu abertsiboa saihesteko).
c) Frogatu da eraginkorra dela enuresia tratatzeko.
d) Metodo hori aplikatzeak hilabete inguruko epean enuresia kentzea lortzen du.

408. Enkopresiaren tratamenduari dagokionez, zein da gezurra?

a) Tratamendua osagai anitzekoa izaten da.
b) Kasu guztietan sartzen da aldaketa dietetiko bat.
c) Prozedura eragileen artean nabarmentzekoak dira errefortzu positiboa, estimuluen kontrola, horien ekonomia eta saiakuntza konduktuala.
d) Zigorraren ondoriozko prozedurak aplikatzean kontu handiz ibiltzea gomendatzen da.

409. Nola esaten zaio gauez gernuari eusteko jokabideak ezartzeari aplikatuts, batetik, jokabide zuzenen ondorio positiboak eta, bestetik, okerreko jokabideen negatiboak?

a) Alarma-metodoa.
b) Euste boluntarioaren entrenamendua.
c) Esnatze sistematikoa.
d) Ohe lehorraren entrenamendua.

410. Zein da <u>okerra</u>, enkopresiaren tratamenduari dagokionez?

a) Beti da beharrezkoa ohitura dietetikoak entrenatzea.
b) Tratamenduaren parte dira estimuluak kontrolatzeko teknikak, fitxen ekonomia eta jokabide-entsegua.
c) Prozedura hertsagarriak ez dira gomendagarriak.
d) Libratzeko ohituretan entrenatzearen helburua estimuluak kontrolatzea, idorreria prebenitzea eta metodo operanteak erabiltzea da.

411. Enuresia diagnostikatzeko GNS-10aren irizpide hauetatik, zein da okerra?

a) Ez litzateke diagnostikatu behar 5 urteen aurretik.
b) Gauekoa, egunekoa edo mistoa izan daiteke.
c) Gutxieneko maiztasuna astean bi gertakarikoa izan behar da.
d) Leku desegokietan gernua igortzeko patroi errepikatua izan behar du.

412. GNS-10aren arabera, honako enuresi mota hauek daude:

a) Primarioa, sekundarioa, gauekoa eta egunekoa.
b) Gauekoa soilik, egunekoa soilik eta gaueko-egunekoa.
c) Primarioa, sekundarioa eta egunekoa.
d) Primarioa, sekundarioa eta gaueko-egunekoa.

413. Simón, Durán eta Salgado-ren (2001) arabera, enkopresia tratatzeko, libratzeko ohituretan entrenatzeak EZ du barne hartzen:

a) Eguneko momentu jakin bat zehaztea, erregularki libratzeko.
b) Murrizketa eta gomendio dietetikoak.
c) Biofeedback-tresnak erabiltzea.
d) Enema bat ematea 2-3 egunean behin, aldi horretan sabel-husterik gertatu ez bada.

414. Nola esaten zaio gauez gernuari eusteko jokabideak ezartzeari aplikatuz, batetik, jokabide zuzenen ondorio positiboak eta, bestetik, okerreko jokabideen negatiboak?

a) Alarma-metodoa.
b) Euste boluntarioaren entrenamendua.
c) Esnatze sistematikoa.
d) Ohe lehorraren entrenamendua.

415. O'Connor-en arabera (1995), hauek dira dolu-prozesuaren etapak:

a) Ohitura zaharrak haustea, bizitza berreraikitzen hastea, maitasun- edo adiskidetasun-objektu berriak bilatzea eta egokitzapena amaitzea.
b) Ukapena, haserrea, tristura eta onarpena.
c) Shock-a, tristura eta onarpena.
d) Sinesgaiztasuna, matxinada, tristura eta onarpena.

416. Enuresiari dagokienez, adierazi baieztapen hauen artetik zein den zuzena:

a) I. motako enuresia ohikoagoa da, eta gehienbat neskei eragiten die.
b) Enuresia izateko probabilitatea handitu egiten da enuresi-historia duten senideen kopuruaren arabera.
c) Enuresi sekundarioa maskuriko akatsen batek eragindako enuresia da.
d) Eguneko enuresiaren prebalentzia handiagoa da haurretan.

417. Zein da gau-enuresi monosintomatikoak tratatzeko metodo lehenetsia?

a) Alarma-metodoa ohe lehorrean.
b) Biofeedbacka.
c) Euste boluntarioaren entrenamendua.
d) Prostaglandinen inhibitzaileak.

418. Kontrakotasun desafiatzaileko nahasmenduaren zein ezaugarri dator bat DSM5arekin?

a) Askotan, anai-arrebekiko portaerara mugatzen da adierazpena.
b) Sintometako bat jokabide herratsua edo mendekaria da.
c) Adierazpenak gutxienez bi testuingurutan eman behar dira.
d) Nahasmendua nerabezaro berantiarrean hasi ohi da.

419. GNS-10aren arabera, haurtzaroan eta nerabezaroan hasi ohi den portaeraren eta emozioen zein nahasmendu da bereizgarriena guraso-gabeziaren, abusuen edo tratu txar larrien kasuetan?

a) Haurtzaroko lotura-nahasmendu erreaktiboa.
b) Banantzeagatiko antsietate-nahasmendua.
c) Familia-testuingurura mugatutako nahasmendu disoziala.
d) Depresio-nahasmendu disoziala.

420. Haurren jokabide-arazoetarako zuzendutako guraso-programa positiboari dagokionez, zein da gezurra?

a) Bost esku-hartze maila ditu, intentsitate txikienetik handienera.
b) Helburuetako bat prebentzioa da.
c) Larritasun handieneko kasuetan, esku hartzea ospitaleratzea da.
d) Guraso-trebetasunen entrenamenduan oinarritzen da.

421. Kontrakotasun desafiatzaileko nahasmenduari dagokionez, aukera hauetatik, zein da <u>okerra</u>?

a) Agerikoa da lehen eskola-urteetan eta inoiz ez nerabezaroaren ondoren.
b) Barne hartzen ditu desregulazio emozionaleko arazoak.
c) Nahasmendu hori duten haurrek heldu izatean egokitzapen-arazoak izateko arrisku handiagoa dute.
d) Ezaugarri ditu burugogorkeria, erronka eta erasoa.

422. Ezaugarri hauetatik, zein dira arrisku-faktore jokabide-arazo disozialek epe luzera irauteko?

a) Hasiera-adin goiztiarra; jokabide desbideratuaren zabalera; jokabideen maiztasuna, intentsitatea eta aniztasuna eta familia-eredu desegokiak.

b) Izaera zaila eta gurasoen eta seme-alaben arteko interakzioaren eredu hertsatzaileak.
c) Komorbilitatea ADHNarekin eta kontrakotasun desafiatzaileko nahasmenduarekin.
d) Gizarte-hezkuntzako eta gizarte-ekonomiako maila txikia.

423. Jokabide-nahasmenduetarako trebetasun kognitiboen entrenamenduari buruz Kazdinen baieztapen hauetatik, zein da okerra?

a) Haurrei erakutsi nahi die beren pertzepzioak, interpretazioak eta gertaeren esleipenak ebaluatzen eta arazoak konpontzeko prozesuetan trebatzen.
b) Jokabide oldarkorrak murrizten eta autokontrolerako estrategiak erabiltzen irakasten saiatzen da.
c) Bakarka zein taldean erabil daiteke.
d) Irakasleek eta gurasoek kontingentziak maneiatzeko prozeduretan oinarritzen da.

424. Caballo eta Simón-en (2017) arabera, aurkakotasun-nahasmendu desafiatzailea:

a) Nahaste disozialaz bestelako entitate kliniko bat da, eta ez da hura garatzeko arrisku-faktore bat.
b) Ez da ohikoa ikaskuntza-arazoekin lotura izatea.
c) Komorbilitate handia dauka ADHNarekin.
d) Ez da ohikoa komunikazio-arazoekin lotura izatea.

425. Jokabide-nahasmenduetarako trebetasun kognitiboen entrenamenduari buruz Kazdin-en baieztapen hauetatik, zein da OKERRA?

a) Haurrei erakutsi nahi die beren pertzepzioak, interpretazioak eta gertaeren esleipenak ebaluatzen eta arazoak konpontzeko prozesuetan trebatzen.
b) Jokabide oldarkorrak murrizten eta autokontrolerako estrategiak erabiltzen irakasten saiatzen da.
c) Bakarka zein taldean erabil daiteke.
d) Irakasleek eta gurasoek kontingentziak maneiatzeko prozeduretan oinarritzen da.

426. Zer psikoterapia-eredu diseinatu zen nerabeen iraupen luzeko jokabide-, emozio- eta lege-arazoei aurre egiteko, ebidentzia enpiriko ezin hobea erakutsi duena?

a) Terapia dialektiko-konduktuala nerabeentzat.
b) Familia-terapia multisistemikoa.
c) Familian oinarritutako terapiak.
d) Nerabeen nahasmendu emozionalen tratamendu transdiagnostikorako protokolo bateratua.

427. DSM-5aren arabera, hauetako zein da arreta-defizitaren/hiperaktibitatearen diagnosi-irizpide bat?

a) Sintomak gutxienez 12 hilabetez mantentzen dira.
b) Arreta-faltaren eta hiperaktibitatearen sintomak egon behar dira aldi berean.
c) Arreta-faltaren edo hiperaktibitatearen sintometako batzuk bi testuinguruetan edo gehiagotan agertzea.
d) Sintomekin hastea 7 urte bete aurretik.

428. Ikuspegi kognitibotik eta Barkley-ren arabera (1990), zein dira ADHNaren faktore eragileak?

a) Arazo-konpontze estrategiak aztertzeko, aplikatzeko eta aldatzeko defizit meta-kognitiboak.
b) Inguruneko baldintzetatik eratorritako jokabide zurrunak eta egokitzapen gutxikoak egotea.
c) Estimulazio bidezko aktibatze-atalase txikiagoak.
d) Arauek gobernatutako jokabideen defizitak.

429. DSM-5aren arabera, zein da alternatiba OKERRA arreta-defizitaren eta hiperaktibitatearen nahasmenduari dagokionez?

a) Sintoma hiperaktibo-inpultsiboak edo/eta arreta-faltaren sei sintoma edo gehiago izatea, gutxienez sei hilabetez.
b) Sintoma hiperaktibo-inpultsibo edo/eta arreta-faltaren sintoma batzuk bi testuingurutan edo gehiagotan agertzea.
c) 12 urte bete aurretik egotea sintoma hiperaktibo-inpultsibo edo/eta arreta-faltaren sintoma batzuk.
d) Garapenaren nahasmendu orokortu nagusietako bat da.

430. Zer nahasmendu ebaluatzeko diseinatu dira Conners-en eskalak?

a) Haurren depresioa.
b) Ikaskuntzaren nahasmenduak.
c) Autismoaren espektroko nahasmenduak.
d) Arreta-defizitaren eta hiperaktibitatearen nahasmendua.

431. Haur batek arreta-faltaren irizpideak betetzen ditu azken sei hilabeteetan, baina ez hiperaktibitatearenak eta oldarkortasunarenak. DSM-5aren zer aurkezpen dagokio?

a) Aurkezpen konbinatua.
b) Aurkezpen nagusia, arreta-faltarekin.
c) Aurkezpen hiperaktiboa/inpultsiboa.
d) ADHN erremisio partzialean.



432. 18 urteko pertsona baten ADHNaren balorazio batean, zein DSM-5 atalase sintomatiko aplikatu behar da arreta-faltarako edo hiperaktibitate-inpultsibotasunerako?

a) Sei sintoma kasu guztietan, adinak ez duelako atalasea aldatzen.
b) Bost sintoma 17 urtetik gorako nerabe nagusi eta helduentzat.
c) Lau sintoma, narriadura akademikoa badago.
d) Hiru sintoma, ADHNaren familia-aurrekariak badaude.

433. Alderdi hauetako zein da haurrentzako psikologo kliniko kulturalki gaitu baten ezaugarri? (Adierazi erantzun ZUZENA):

a) Beste kultura batzuetako gurasoen eta seme-alaben arteko interakzio-arau kulturalak ezagutzen ditu.
b) Bere kulturak pazienteekin duen praktika profesionalean eragitea saihesten du.
c) Ezagutza zabala du bere oinarri kulturalari buruz, baita horrek gurasoen eta seme-alaben arteko harremanei buruz dituen igurikimenetan duen eraginari buruz ere.
d) Hainbat kulturatan probatu diren esku-hartze klinikoko teknika estandarizatuak aplikatzea du ardatz.

434. Cruzado-ren (2022) arabera, paziente onkologikoen hostilitatea maneiatzeko kontuan hartu beharrekoei dagokienez, zein da erantzun OKERRA?

a) Saihestu behar da jokabide oldarkorra eraso pertsonal gisa interpretatzea.
b) Komunikazio asertiboan trebatu behar da.
c) Hasteko, norberaren hostilitatea identifikatu eta onartu behar da.
d) Ez da baliozkotu behar pazientea egokitzeko hostilitatearen adierazpena.

435. Cruzado-ren (2022) arabera, paziente onkologiko batekin zenbait gai hartu behar dira kontuan, isiltasun-ituna prebenitzeko edo horri lantzeko. Adierazi aukera OKERRA:

a) Baliteke komunikazioa zaila eta mingarria izatea; baina komunikazio eza are zailagoa izango da.
b) Baliteke albiste txar batek epe motzean antsietatea handitzea, baina epe ertainera begirako ondorioek neurri hori justifikatzen dute.
c) Pazienteak bere egoera klinikoa ezagutu behar du, baita nahi ez badu ere.
d) Egia itxaropenaren euskarri da; engainuak, aldiz, isolamendua eta etsipena ekartzen ditu.

436. Psikologo klinikoek, gainerako medikuek bezala, oinarrizko printzipio etiko batzuk bete behar dituzte. Adierazi zeintzuk jotzen diren funtsezkotzat lan klinikoa arautzeko.

a) Ongintza-printzipioa eta konfidentzialtasuna.
b) Autonomiarekiko errespetua, ongintza-printzipioa, malefikaziarik eza eta justizia.
c) Jarduketen asmo ona eta pazientearen sexu-askatasunaren errespetua.

d) Ongintza-printzipioa, pazienteekin negoziorik EZ egitea eta haietaz ekonomikoki EZ aprobetxatzea.

437. Psikologoaren Kode Deontologikoaren arabera, zentzuzko denbora baten ondoren profesionalak uste badu ezin dituela esku-hartzearen helburuak lortu eskura dituen bitartekoekin, zer egin behar du?

a) Esku-hartzea luzatu bezeroak hala eskatzen duen bitartean.
b) Esku-hartzea amaitutzat eman eta beste profesional batzuei adierazi haiek ardura daitezkeela.
c) Esku-hartzea bezeroari jakinarazi gabe mantendu, frustrazio terapeutikoa saihesteko.
d) Esku-hartze psikologikoaren ordez, egiaztatu gabeko prozedurak erabiltzea, bezeroak eskatzen baditu.

438. Ebaluatutako pertsonak eskatutako ebaluazio batean, Kode Deontologikoaren arabera, noiz jakinaraz dakieke informazioa hirugarrenei?

a) Interesdunaren aldez aurreko berariazko baimena dagoenean eta baimen horren mugen barruan.
b) Hirugarrena zuzeneko senidea bada, nahiz eta paziente helduak baimenik ez eman.
c) Profesionalak komenigarritzat jotzen duenean, bezeroari jakinarazi beharrik gabe.
d) Inoiz ez, ezta bezeroaren berariazko baimenarekin ere.

439. Zein da arazo nagusia taldeko terapiako konfidentzialtasunari dagokionez? (Aukeratu erantzun ZUZENA):

a) Pazienteen konfidentzialtasuna mantentzeko terapeutaren erantzukizuna.
b) Taldeko kideek beste paziente baten konfidentzialtasuna urratzeko aukera.
c) Terapeutek talde-saioak antolatzeko duten zailtasuna, kontuan hartuta zer agerian gera daitekeen eta zer ez.
d) Konfidentzialtasun-kontratuak argitaratzeko legezko betebeharra.

440. EAEn bultzatutako osasun mentaleko arreta-ereduari dagokionez, zein da EGOKIENA?

a) Jarraitutasun asistentziala lehentasunez bermatzen da egonaldi luzeko ospitale-oheen kopuru handituz.
b) Nahasmendu mental larrien lanketarako, ahal dela, gailu espezializatuak erabili behar dira, eta lehen mailako arretako esku-hartzea mugatu.
c) Arreta komunitarioak berekin dakar laguntza-mailen arteko koordinazioa, gizarte-baliabideen parte-hartzea eta susperraldian oinarritutako ikuspegia.
d) Esku-hartze komunitarioa ospitaleko alta jaso ondoren egonkortuta dauden pazienteentzat da batez ere.

441. EAEko Osasun Mentaleko Estrategian jasotako printzipioen arabera, jarduketa hauetako zein egokitzen zaio HOBEKIEN suspertze-ikuspegiari?

a) Atxikimendu terapeutikoa lehenestea, baita erabiltzaileak adierazitako lehentasunekin bat ez datorrenean ere.
b) Erabaki-hartze prozesu partekatuak bultzatzea eta autonomia funtzional eta soziala sustatzea.
c) Esku-hartze psikoterapeutikoak egonkortze klinikoko fase aurreratuetarako gordetzea.
d) Asistentzia-programak batez ere ospitaleratze psikiatrikoak murriztera bideratzea.

442. EAEko osasun mentaleko osasun-plangintzaren esparruari dagokionez, zein da ZUZENA?

a) Osasun mentaleko prebentzioak, batez ere, helduengan nahasmendu mental larriak goiz detektatzea du helburu.
b) Osasun mentala sustatzeko jarduerak bereizi egiten dira komunitate- eta hezkuntza-arloko esku-hartzeetatik.
c) Sektoreen arteko koordinazioa elementu estrategikoa da osasun mentalarekin lotutako determinatzaile sozialak lantzeko.
d) Estigmaren aurkako borroka nahasmendu mental larri eta iraunkorren eremuan zentratzen da bereziki.

443. Suizidioa Prebenitzeko Euskadiko Estrategiaren helburu zehatzen arabera, nori zuzenduta dago zehazki posbentzioa?

a) Huts egindako suizidio saiakera bat egin duten pertsonei soilik.
b) Herritar guztiei, sentsibilizazio- eta informazio-kanpainen bidez.
c) Profesional sanitarioei, prestakuntza teknikoa hobetzeko.
d) Bizirik atera direnei (senideak eta hurbilekoak), sistematik laguntza emateko.

444. Haurtzaroko ebaluazio psikopatologikoari dagokionez, zein da gezurra?

a) Egoerazko aldaerak eta eboluzio-aldaketek haurren jokabidea garapenaren arabera interpretatzera behartzen dute.
b) Biztanleriari buruzko azterketek joera orokorrak identifikatzeko aukera ematen dute, baina linealak ez diren banakako ibilbideak ezkuta ditzakete.
c) Haurren ebaluazioak denboran zeharreko jokabidearen analisia jaso behar du, haren esanahi klinikoa ulertzeko.
d) Biztanleria orokorrari egindako inkestek aukera ematen dute haurren psikopatologian adinarekin lotutako aldaketak azaltzen dituzten mekanismoak zehaztasunez identifikatzeko.

445. Hitzik gabeko hizkuntzari dagokionez, zein da GEZURRA?

a) Gorputz-jarrerak eta aurpegi-adierazpenek eragina izan dezakete elkarrizketatzailearen interesaren pertzepzioan.

b) Gorputz-hizkuntzaren interpretazioa aldatu egin daiteke pazientearen kultura-testuinguruaren arabera.
c) Gorputz-hizkuntzaren jarraibide unibertsalek pazientea ulertua sentitzea bermatzen dute.
d) Bezeroaren gorputz-hizkuntza gaizki interpreta daiteke elkarrizketatzaileak bere kultura-testuingurua ezagutzen ez badu.

446. Elkarrizketa klinikoan zeharreko komunikazioko desberdintasun kulturalei dagokienez, zein da GEZURRA?

a) Begi-kontaktuaren esanahia aldatu egin daiteke elkarrizketatuaren kultura-kidetasunaren arabera.
b) Kultura batzuetan, erantzun atzeratua gaizki interpreta daiteke eta pentsatu elkarrizketatzaileak interesik ez duela.
c) Elkarrizketatuaren etniak soilik azaltzen ditu komunikazio-estiloaren desberdintasunak.
d) Bezeroaren kultura-arauak ez ezagutzeak haren komunikazio-jokabidearen interpretazio okerrak eragin ditzake.

447. Baieztapen hauetako zein da ZUZENA, elkarrizketan zuzeneko estiloa eta estilo ez zuzena erabiltzeari dagokionez?

a) Estilo ez zuzenak diagnostiko baliagarri baterako behar besteko informazioa lortzea bermatzen du.
b) Estilo zuzena elkarrizketaren hasieran erabili behar da *rapport*a errazteko.
c) Estilo zuzenak eta ez-zuzenak modu orekatuan erabiltzeak *rapport*a errazteko eta, aldi berean, informazio espezifiko garrantzitsua lortzeko aukera ematen du.
d) Estilo zuzenaren ezaugarri nagusia galdera irekiak dira, erantzun luze eta espontaneoak sustatzen dituztenak.

448. Sintoma hauetatik, zein dagokio eroapeneko afasia bati?

a) Artikulazio eta prosodia normalak, ordezteren bat morfema gramatikaletan eta idatzizko hizkuntza zein ahozkoaren eta irakurmenaren ulermena alteratuta. Ez da gai esaten duzuna errepikatzeko, ezta erakusten zaiona izendatzeko ere.
b) Adierazpen-hizkuntza arina, batzuetan parafasikoa. Entzumenaren eta irakurmenaren ulermena mantendu egiten ditu. Izendapen eta errepikapen alteratuak. Irakurketa eta idazketa alteratuak.
c) Bat-bateko hizkuntza ez-arina, geldoa eta ez-prosodikoa. Izendapen, errepikapen, irakurketa eta idazketa alteratuak. Entzumenaren ulermena mantendu samarra.
d) Bat-bateko hizkuntza ez jariakorra, eta ulermenaren, izendapenaren, errepikapenaren eta idazketaren alterazio larriak.

449. Ezaugarri hauetako zein lotzen da gehien eskizofrenia duten pazienteen gaitasun funtzionalarekin?

a) Sintomatologia positiboaren ondorioz, hala nola haluzinazioak eta delirioak, gaitasun funtzional txikiagoa dute.

b) Sintomatologia negatiboek, hala nola abulia edo apatia, zaildu egiten du pazienteek bizitza funtzionala izatea.
c) Sintomatologia positiboaren eta negatiboaren batura.
d) Paziente horien errendimendua, arretari eta lan-memoriari dagokienez, estuki lotuta dago jarduera funtzionalarekin.

450. Mugako nortasun-nahasmendua duten pertsonen profil kognitiboari dagokionez, zer arlo dira alteratuenak?

a) Inteligentzia-koziente orokorrak eragina du paziente horiengan.
b) Batez ere, memoria semantikoarekin lotutako arloetan.
c) Plangintzarekin eta erabakiak hartzearekin lotutako funtzio exekutiboetan narriadura antzeman daiteke.
d) Normalean, praxiak eta gnosiak narriatu egiten dira.

ARIKETA PRAKTIKOA

1. KASU KLINIKOA KASUAREN ENUNTZIATUA

Maitanek 17 urte ditu, eta etxekoen ekimenez joan da kontsultara. Izan ere, pisua galdu du eta janariarekin zailtasunak ditu. Kontsultako unean, hauxe zen bere egoera: 17ko GMIa, bost hilabeteko amenorrea, murrizketa ugari elikadurari dagokionez eta jarduera fisiko bizia. Elikagai asko jateari utzi dio kalorikoegitzat jotzen dituelako (hala nola gozokiak, pastelak, etab.). Egunean bi otordu egiten ditu, eta denbora luzea eskaintzen die. Gainera, elikagaiak xehatzen ditu edo bota egiten ditu. Bi anai-arrebetan zaharrena da. Anaiak 15 urte ditu eta ez du patologiarik. Amak 47 urte ditu eta antsietate-nahasmendu orokortu iraunkorra du. Duela zenbait urte, obesitatea zuzentzeko tratamenduan egon zen. Aitak ez du aurrekari psikopatologikorik, eta maratoi-korrikalaria da.

Maitanek sarritan egiten du negar. Beldurra die gizentzeari eta pisu osasungarrira itzultzeari. Oso zorrotza da bere buruarekin errendimendu akademikoari dagokionez. Tolerantzia txikia erakusten du akatsen aurrean, eta arreta jartzen die xehetasunei, ordenari eta antolaketari. Besteekin atsegina da, emozio negatiboak ez erakusten saiatzen da eta bere buruaren kontzeptu baxua du. Gorputz-irudiaren alterazioak ditu, baita molestia somatikoak ere (esaterako, urdaileko mina, goragalea eta idorreria). Beti izan da neska lodikotea, eta obesitaterako joera izan du. Aspertuta edo urduri zegoenean, jan egiten zuen. Duela urtebete, 8 kg inguruko gehiegizko pisua zuen, eta lagunek horri buruzko zerbait esan ziotelako, izozkiak, txokolatea eta ogia baztertu zituen eta barazki egosiak eta plantxan prestatutako elikagaiak jaten hasi zen. Pisua galtzen hasi ondoren, lagunek adierazi zioten hobeto ikusten zutela, ederrago. Orduan, askaltzeari utzi zion, baita gosaltzeari ere batzuetan. Horrek guztiak hobeto sentiarazi du, eta pisua galtzeak egoera kontrolatzen duela sinestarazi dio.

Horrela jarraitu du etxekoak kezkatzen hasi diren arte bere argaltasunagatik eta haserrekor nabaritzen dutelako: edozerk gogaitzen du, otorduetan ez du haiekin egon nahi eta maiz eztabaidatzen du. Ikastetxeko errendimendua jaitsi du eta asko kezkatzen diote janariak, pisuak eta kaloriek. Gainera, lagunengandik urruntzen hasi da. Etxean liskar gehiago izan arren, gurasoekin eta anaiarekin harreman ona dauka. Hasieran psikologoarengana joan nahi ez izan arren, saioan aldeko jarrera erakutsi du.

451. Ikuspegi transdiagnostikotik, zer ezaugarri komun dituzte elikadura-nahasmenduek?

a) Perfekzionismoa, autoestimu txikia, emozioekiko intolerantzia eta pertsona arteko zailtasunak.
b) Obsesibotasuna, ezkortasuna, emozioekiko intolerantzia eta aszetismoa.
c) Perfekzionismoa, neurotizismoa, inpultsibotasuna eta zurruntasun kognitiboa.
d) Pertsonen arteko zailtasunak, erruminazioa, autoestimu txikia eta introbertsioa.

452. Ebaluazio-tresna hauetatik, zein ez da egokia anorexia nerbiosoan gorputz-irudia balioztatzeko?

a) BITE.
b) EDI.
c) EAT.
d) BSQ.

453. Nerabe gazteenen anorexia nerbiosorako terapia hauetako zeinek ditu ebidentzia enpiriko eta gomendio-maila handienak?

a. Pertsonen arteko psikoterapiak.
b. Familian oinarritutako terapiak.
c. Terapia dialektiko-konduktualak.
d. Terapia kognitibo-konduktualak.

454. Helburu terapeutiko hauetatik, pazienteak duen sintomatologia kontuan hartuta, zer ez da jotzen beharrezkotzat?

a) Ospitalean nutrizio-errehabilitazioa egitea.
b) Aldatzeko motibazioa eta igurikimena lantzea.
c) Eskakizun-maila altuak lantzea.
d) Gogo-aldarte baxua lantzea.

455. Hurrengo teknika hauetatik, zein da egokia elikadura-nahasmenduen jokabide erritualak tratatzeko (adibidez, etengabe pisatzea, kaloriak zenbatzea edota janaria zatitzea)?

a) Berregituratze kognitiboa.
b) Estimuluen kontrola.
c) Erantzunaren prebentzioa.
d) Zigor positiboa.

2. KASU KLINIKOA KASUAREN ENUNTZIATUA

Ainhoa 20 urteko unibertsitateko ikasle bat da, ezkongabea, eta laguntza eske etorri da gero eta zailtasun gehiago dituelako bere elikadura- eta erosketa-ohiturak kontrolatzeko. Xarmant sentitzeko eta gizartean eta mutilen artean arrakasta izateko, argaltzeko nahia etorri zitzaion. Hala, duela 12 hilabete dieta egiten hasi zen. Orduz geroztik, gosea sentitu duenean janari kantitate handiak jan izan ditu, baina ondoren goraka egin izan du eta libragarriak erabili izan ditu. Ohitura horrek gero eta denbora gehiago hartu dio, eta eragina izan du bere ikasketetan eta gizarte-harremanetan. Gainera, askotan arropa, oinetako eta osagarriak erosi ditu, eta gero damutu egin da. Jokabide horiek biziagoak izan dira desengainu pertsonalak izan dituenean edo haserrea eta sumina sentitu duenean.

Ainhoak azaldu du urte asko eman dituela aurre egiten tristura-sentimenduei, eta barne-hutsune batekin. Sentimendu hori oso agerikoa zen gaitzespen pertsonaletan edo bakarrik sentitzen zenean. Nerabezaro goiztiarrean, sentimendu horiek zituenean zauri txikiak egiten zituen besoetan eta hanketan, eta lasaituta sentitzen zen, nolabaiteko kontrol-sentsazioari esker. Betidanik asko kostatu zaio lagunak mantentzea, eta beti sentitu da sozialki isolatuta. Pertsonekin harremanak izan nahi bazuen ere, beldurra ematen zion jendearengana hurbiltzeak eta haiengan konfiantza izateak, bazter ez zezaten. 3 urte zituenean gurasoak dibortziatu egin ziren eta luzaroan egon zen amaren aldeko aitona-amonekin eta izeba batekin bizitzen. Ikastetxean hasi zenean, ama berriro ezkondu zen eta berarekin eta aitaordearekin bizitzera joan zen. Azken horrekin ez zuen harreman onik izan, eta amak abandonatu egin zuela sentitu zuen. Izan ere, liskarretan senarraren alde jartzen zen ama, eta bere jokabidea kritikatzen zion.

Dibortzioaz geroztik, ez zuen inolako harremanik aitarekin.

17 urteetatik aurrera, mutil-lagunen bat edo beste izan du , baina harreman horietan ez da inoiz oso seguru sentitu eta onarpen-premia etengabea izan du. Mutil-lagunekin eztabaidak izaten zituen maiz arrazoi hutsalengatik, eta, batzuetan, horietan kontrola galtzen zuen eta bere burua zauritzeko mehatxua egiten zuen. Ondorioz, mutilak urrunarazten zituen.

Terapiara joan da nahi duelako bulkadak eta emozioak kontrolatzen ikasi, bere burua hobeto ulertu eta harreman pertsonal egokigarriagoak ezarri.

456. Zer kategoria orokorretan sartzen da Ainhoaren diagnostikoa?

a) Gogo-aldartearen nahasmendua.
b) Bulkaden kontrolaren nahasmendua.
c) Nortasunaren nahasmendua.
d) Egokitze-nahasmendua.

457. Nolakoak izan dira haurtzaroko familia-ereduak?

a) Baliogabetzaileak eta atxikimendu ukatzailekoak.
b) Baliogabetzaileak eta atxikimendu ez-segurukoak.
c) Baliogabetzaileak eta aldizka indargarriak.
d) Baliogabetzaileak eta muga laxokoak.

458. Zer eratako terapia psikologikoa izan daiteke egokiena kasu horretan?

a) Beck-en terapia kognitiboa.
b) Wells-en eskemetan oinarritutako terapia.
c) Schramm-en pertsona arteko terapia.
d) Bateman eta Fonagy-ren mentalizazio-terapia.

459. Zein helburu dira funtsezkoak Linehan-en jokabide-terapia dialektikoko trebetasunei buruzko talde-entrenamenduko moduluan?

a) Pertsonen arteko eraginkortasuna lantzea eta emozioak erregulatzeko eta ondoeza onartzeko estrategiak ikastea.
b) Jokabide autolesiboak eta krisi-egoerak gutxitzea eta aliantza terapeutikoaren hausturak prebenitzea.
c) Ondoezarekiko tolerantzia areagotzea, eskema irrazionalez jabetzea eta afektuak argitzeko eta sortzeko estrategiak ikastea.
d) Antsietatea gutxitzea eta gizarte-trebetasunak eta arazoak konpontzeko trebetasunak hobetzea.

460. Mugako nortasun-nahasmenduari dagokionez, baieztapen hauetatik zein da okerra?

a) Haurraren zaurgarritasun emozionalaren eta adierazpen emozionalak baliogabetzen dituen giro baten arteko transakzioaren emaitza dira mugako nortasun-nahasmenduaren patroiak.

b) Tratamenduaren helburuak hierarkikoki honela antolatzen dira: jokabide suizidak eta parasuizidak murriztea, terapiari eragiten dioten jokabideak gutxitzea, pazientearen bizi-kalitateari eragiten dioten jokabideak gutxitzea.
c) Estres larriko egoeretan, nahasmendu hori duten pertsonek ideiagintza paranoidea edo sintoma disoziatiboak izan ditzakete.
d) Mugako nortasun-nahasmenduaren eta mendekotasunezko nortasun-nahasmenduaren arteko antzekotasunak dira abandonuarekiko beldurra eta amorru- eta exijentzia-sentimenduekin erreakzionatzea pertsonen arteko harremanak haustean.

3. KASU KLINIKOA KASUAREN ENUNTZIATUA

Javierrek 20 urte ditu, eta alkoholaren kontsumoarekin lotutako arazo bat duelako etorri da, familia-medikuak bideratua. Unibertsitate pribatu batean Enpresen Administrazio eta Zuzendaritzako bigarren maila ikasten ari da, eta etxe batean bizi da zenbait pisukiderekin. Horiekin ia astebururo ateratzen da: ostiraletan, eskolen ostean, hitzordua egiten dute garagardo batzuk edatera joateko eta, ondoren, gau osoan kopak edaten jarraitzen dute hurrengo goizera arte. Larunbatean, arratsaldera arte egiten du lo eta, jaikitzen denean, berriz ateratzen da kopak edatera igande goizera arte. Igandea ohean pasatzen du ezer egin gabe.

Astegunetan, goizean eskolara joaten da eta arratsaldean ikasi egiten du. Lehen, iluntzean gimnasiora joaten zen, baina duela 6 hilabete inguru utzi zuen. Pentsatzen hasi da aste barruan alkohol tanta bat edango balu, ezingo ziola edateari utzi egun osoan. Kalamua probatu du noizbait, baina ez du normalean kontsumitzen.

Duela pare bat hilabete, larunbat batean lagunekin atera zen eta lauzpabost garagardoren ondoren, kopak edaten hasi zen. Laugarren kopatik aurrera, ez zuen ezer gogoratzen. Bihotz-taupadak bizkortzen sentitu zituen, inoiz ez bezala, eta arraro sentitzen hasi zen. Lagunek kanpora atera zuten, pasatuko zitzaiola esanez, baina ez zitzaion pasatu. Gau hartan etxera joan zen eta igandean ez zen irten. Pisukideek esan zioten ziurrenik kalitate txarreko alkohola eman ziotela. Hurrengo astean urduri zegoenez, saiatu zen gertatutakoan ez pentsatzen. Ostiralean, ordea, tabernara hurbiltzen ari zela, bihotza bizkortzen sentitu zuen eta urduri jartzen hasi zen: etxera joan nahi zuen. Lagunek gelditzera bultzatu zuten eta berak, iruzkin negatiborik entzun behar ez izateko, gelditu egin zen, nahiz eta gaizki sentitu.

Javier konturatzen hasi da alkoholaren kontsumoak urduriago jartzen duela, ez duela lehen bezala gozatzen eta esnatzean ajea eta takikardiak dituela. Kezkatuta eta edariarekiko kontrol osoa galtzeko beldurrez dago. Asteburuetan gero eta gehiago edaten du, baina ez du ondo pasatzen. Dena den, bakarrik gelditzeko beldurragatik, ez da gai lagunen planei uko egiteko eta bestelako jarduerak proposatzeko.

Javier beti izan da lotsatia, isila eta barnerakoia, eta gizarte-egoerek antsietate handia sortzen diote. Unibertsitatean lagunak egitea kostatu zitzaion, neskekin hitz egitea oso zaila egiten zaio eta alkohola desinhibitzeko tresna gisa erabili du. Azkenaldian, errudun eta triste sentitzen da, ez daki nola aurre egin egoerari, eta bere osasunaz kezkatzen hasi da. Konturatu da kontzentratzea eta ikastea gehiago kostatzen zaiola eta bere errendimendu akademikoa gutxitzen hasi dela. Esan duenez, bere familian alkoholaren presentzia ohikoa izan da eta aitak arazo bat izan dezake alkoholarekin, askotan edanda etorri baita etxera.

461. Zerekin dator bat Javierren alkohol-kontsumo patroia?

a) Kontsumo problematikoa.
b) Kontsumo esperimentala.
c) Kontsumo intentsiboa edo betekada.
d) Alkoholarekiko mendekotasuna.

462. Javierren kasuan, zer funtzio betetzen du alkoholak kontsumoaren hasieran?

a) Zigor positiboa.
b) Zigor negatiboa.
c) Errefortzu positiboa.
d) Errefortzu negatiboa.

463. Kontsumo-jokabidearen ebaluazio funtzionalaren ikuspegitik, zer datu bildu behar dira?

a) Jokabideen topografia, intentsitatea, maiztasuna eta iraupena.
b) Pazientearen igurikimenak, substantziaren eraginari dagokionez.
c) Portaeraren aurrekari estimulatzaileak, erantzunak eta ondorioak.
d) Kontsumo-jokabidearen denbora-ezaugarriak, organismo-aldagaiak eta kontsumoaren ondorioak.

464. Kontrolatutako edateko programa bat garatu ahal izateko, zein ebaluazio-tresna izan daiteke erabilgarriena?

a) AUDIT galdetegia.
b) Elkarrizketa egituratua.
c) Alkohol-kontsumoaren autoerregistroa.
d) Diagnostiko-galdetegi bat.

465. Osagai terapeutiko hauetatik, zein izan daitezke egokienak Javierren kasuan?

a) Gutxiago edateko arrazoiak identifikatzea; bizpahiru asteko abstinentzia-aldia ezartzea; arauak eraikitzea edateko eta presioari eta gizarte-antsietateari aurre egiteko eta berriro erortzea saihestea.
b) Motibazio-elkarrizketa, alkoholaren abstinentzia eta alkoholaren kontsumoarekin bateraezinak diren jarduerak egitea.
c) Gutxiago edateko arrazoiak identifikatzea, edateko arauak eraikitzea eta erlaxatzeko estrategiak ikastea.
d) Kontsumoaren kausak aztertzea, gutxiago edateko arrazoiak identifikatzea eta *craving* delakoa kontrolatzeko estrategiak ezartzea.

4. KASU KLINIKOA KASUAREN ENUNTZIATUA

Jaione 25 urteko neska bat da, eta kardiologoak Osasun Mentaleko Zentrora bideratu du. Bi hileko epean, lau aldiz joan da ospitaleko larrialdi-zerbitzura koadro berberarekin (palpitazioak, disnea, izerditzea, dardarak eta beldurra) eta berehala hilko zela sentituta. Sintomak bat-batean agertzen ziren eta Jaione izututa, akituta eta miokardio-infartua izan zuela erabat sinetsita uzten zuten. Gertakarien ondoren egindako ebaluazio mediko guztien emaitzak normalak izan ziren.

Psikologoarekin egindako lehen saioan, pazientea garbi, aldeko jarrerarekin eta diskurtso koherente batekin agertu da. Itxuraz, gazte urduria da, osasunaz gehiegi arduratzen dena. Azaldu duenez, azken hiru hilean, guztira bost krisi izan ditu, egoera desberdinetan: lanean, garraio publikoan eta lagunekin afaltzen zuen bitartean. Beste krisi bat izateko etengabeko beldurra zuen, horregatik egun batzuk eskatu zituen lanean, edari bizigarriak hartzea saihesten zuen eta ez zuen inolako aktibitaterik egiten.

"Ezer egin gabe pasatzen dut eguna". Halaber, aipatu du lo hartzeko eta egiteko zailtasunak dituela, eta apetitua gutxitu zaiola. Adierazi du egun bere egoera larrigarria dela (“horrela egotea benetako infernua da”), beste atake baten zain dagoela, ziur baitago proba medikoek antzeman ez zuten patologia kardiakoren bat duela.

Miaketan, Jaionek esan du, 9 urte zituenean, antsietate-arazo txiki batzuk izan zituela, eskola-fobia gisa diagnostikatu zituztenak. Ikastetxeko psikologoarengana joan zen zenbait saiotara –ez du zehaztu zenbat–, eta arazoa erraz konpondu zen. Halaber, esan du berak eta ingurukoek erraz larritzen den pertsonatzat hartzen dutela, eta beti “burua berotzen” duela. 12 urte zituenean gurasoak dibortziatu zitzaizkion (prozesua nahiko lasaia izan zen). Orduz geroztik, Jaione amarekin eta bi anai-arreba txikiekin bizi da. Aita beste probintzia batean bizi da, eta ez du beste familiarik osatu. Denekin harreman ona dauka eta bere osasunagatik kezkatuta daude.

466. DSM-5aren irizpideen arabera, zein da Jaioneren diagnostikoa?

a) Izu-krisiak.
b) Antsietate-nahasmendu zehaztugabea.
c) Izu-nahasmendua.
d) Izu-nahasmendua agorafobiarekin.

467. Tratamenduari buruzko baieztapen hauetatik, zein da zuzena?

a) Erlaxatzeko entrenamendua aukera baliagarria dela frogatu da, jokabide-terapia kognitiboaren antzeko emaitzak baititu.
b) Antsietate-kasuetan, trebetasun sozialen entrenamenduak oro har barne hartzen ditu jokabide-entsegua, arazoak konpontzeko estrategiak eta berregituratze kognitiboko teknikak; eta bereziki gomendagarria da agorafobiaren kasuan.
c) Terapia kognitibo-konduktuala dauka ebidentzia-maila handiena.
d) Antsietate-nahasmenduetarako terapia metakognitiboak antsietatea eragiten duten pentsamenduetan jartzen du arreta.

468. Zer osagai terapeutiko ez litzateke baliagarria kognizio katastrofikoak lantzeko?

a) Arnasketa geldoa entrenatzea.
b) Lotutako pareen esperimentua.
c) Hiperbentilazio-proba.
d) Esposizio interozeptiboa.

469. Ondoko baieztapen hauetatik, zein da zuzena antsietate-nahasmenduen arrisku-faktoreei dagokienez?

a) Arrisku-faktore gisa jotzen dira beti banantzeek haurtzaroan eragindako antsietate-gertakariak.
b) Badirudi atzeko kortex zingulatua antsietate-nahasmenduen hasierarekin eta mantentzearekin lotuta dagoela.
c) Izaerari buruzko hainbat faktore identifikatu dira, baina ez dakigu izu-nahasmendua diagnostikatzeko arriskuan eragina duten.
d) Arnas patologien (asma, kasu) eta izu-nahasmenduaren garapenaren arteko lotura aurkitu dute.

5. KASU KLINIKOA KASUAREN ENUNTZIATUA

Cristina 35 urteko emakume bat da, ezkonduta dago, hiru urteko alaba bat dauka eta bigarren semea izatear dago. Ekonomian lizentziaduna da, baina lana utzi zuen alaba jaio zenean. Senarra enpresaria da, eta familiak maila ekonomiko altua dauka. Familiako medikuak bideratuta etorri da Osasun Mentaleko Zentrora.

Beste bikote baten lagun handiak dira, eta haiekin igarotzen dituzte zenbait asteburu eta oporraldi. Haurdunaldiarekin bat etorriz, badira zenbait hilabete, Cristina sexualki erakarrita sentitzen dela Jonegatik, beste bikoteko gizonarengatik. Jonekin fantasia sexualak dituenez, oso deseroso sentitzen da berarekin aurrez aurre dagoenean, pentsatzen duelako ez dela gai izango bere portaera kontrolatzeko. Senarrarekin sexu-harremanak dituenean, izua sentitzen du, Jonekin dagoela imajinatzen duenez, uste duelako haren izena esango duela senarraren izenaren ordez. Badaki ez duela harremanik izango Jonekin, ez baitu senarra mindu nahi.

Pazienteak onartzen du antzeko fantasia sexualak dituela Jonen adin bertsuko beste gizon batzuekin, baina gutxiagotan. Era berean, aitortu du behin eta berriz pentsatzen duela desleialtasun horren ondorioetan (lotsa, erruduntasuna eta estatus ekonomikoaren galera). Pentsamendu horiek antsietate handia sortzen diote egunaren zati handienean, eta batzuetan izu-atake baten antzekoak dira, batez ere, bururatzen zaionean senarrak seme-alabak ken diezazkiokeela. Horri aurre egiteko, Cristina saiatzen da beste gauza batzuetan pentsatzen; lagunekin izandako topaketa guztiak aztertzen, jokabide arrarorik izan duen egiaztatzeko; eta etxeko beste zeregin batzuekin edo alabarekin jolasean entretenitzen. Bestalde, beste bikotearekin hitzordurik ez egiten eta beren deiak ez erantzuten saiatzen da. Senarra harrituta dago jokabide horiekin.

Miaketan, pazienteak esan du 18 urte zituenean eztabaida handiak izan zituela aitarekin, hautatu zituen ikasketengatik. Eztabaiden ondoren, aita hiltzeko gai zela sentitzen zuen, eta horrek

antsietate handia eta izu-erasoekin bateragarriak diren sintomak eragiten zizkion. Egoera bere onera etorri zen beste autonomia-erkidego batera joan zenean unibertsitate-ikasketak egitera. Halaber, adierazi du, alaba erditu ondoren, pentsatzen zuela jaioberriari min egiteko gai zela eta horrek antsietate handia eta sintomatologia fisikoa eragin zizkiola. Horrenbestez, jaio ondorengo lehen egunetan neskatoarekin bakarka denbora asko ez pasatzen saiatu zen. Pentsamendu horiek gutxika desagertu ziren alaba hazi ahala.

Ebaluazio psikologikoan hurrengo datu hauek lortu dira: 24 puntu, Y-BOCS eskalan; 21 puntu, BDI-II eskalan; eta 26 puntu, BAI eskalan.

470. DSM-5aren arabera, zein da Cristinaren diagnostikoa?

a) Nahasmendu obsesibo-konpultsiboa, tikekin loturarik gabe eta introspekzio onargarriarekin.
b) Nortasunaren nahasmendu obsesibo-konpultsiboa.
c) Neurosi obsesibo-konpultsiboa, ekintza eta ideia obsesibo mistoak nagusi direla.
d) Nahasmendu obsesibo konpultsiboa, tikekin loturarik eta introspekziorik gabe.

471. Ebaluazioko datuak kontuan hartuta, prozedura hauetako zein da beharrezkoa koadro klinikoari buruzko informazio gehiago lortzeko?

a) Jokabide-behaketa.
b) Autorregistroak.
c) Millon-en MCMIa.
d) Hamiltonen HADS eskala.

472. Zein da zuzena pazientearen diagnostiko diferentzialari dagokionez?

a) Nahiko ohikoa da fobia zehaztu batzuetan erritualak agertzea.
b) Bulkadak kontrolatzeko nahasmenduetan gutxitan lortzen da plazera konpultsioetatik.
c) Nortasunaren nahasmendu obsesiboak egokitzapen orokor txarra dakar, gehiegizko perfekzionismo-patroi batengatik eta kontrol zurrunagatik.
d) Jokabide errepikakorren aurretik bulkada kognitibo iragarleak daude.

473. Kasuaren ezaugarriak kontuan hartuta, zein da aukera zuzena?

a) Cristinaren kasuan, oinarria ingurukoek bera maitatzeko beharra duela da, eta horregatik dio beldurra horiek mintzeari.
b) Obsesioa gelditzeko ahaleginak, egoerak aztertzea eta saihestea zigor positiboak dira.
c) Obsesioen agerpenak ez du zerikusirik gertaera estresagarriekin.
d) Fusio-akzio pentsamenduaren erabilera ez da garrantzitsua.

474. Zein da okerra eraginaren aplikazioari eta erantzunaren prebentzioari dagokienez?

a) Teknika horien bidez, aktiboki saihesten dira erritualak eta pazientea pentsamendu edo irudi intrusiboen eraginpean jartzen da.
b) Obsesio puruen kasuan, eraginkorragoa da pentsamenduaren detekzioa aplikatzea,

pentsamendu intrusiboen eraginpean egotea baino.

c) Sinesmenak aldatzeko teknikak erabiltzen dira eragina errazteko edo informazioa txertatzen laguntzeko, orokortzea estimulatzeko eta berrerortzeak prebenitzeko.
d) Eragin-teknika erabili aurretik, psikohezkuntzako modulu bat aplikatzea gomendatzen da.

6. KASU KLINIKOA KASUAREN ENUNTZIATUA

Iker 25 urteko mutil bat da, ezkongabea eta langabea. Psikiatrak bideratu du psikologiako kontsultara balora dezaten. Urteak daramatza OMZra joaten sintoma psikotikoak eta afektiboak kontrolatzeko, baita marihuanaren gehiegizko kontsumoa ere.

Bere historiari buruz galdetzean, Ikerrek azaldu du haurtzaro eta nerabezaro goiztiar arruntak izan zituela: ikasketak ondo ematen zitzaizkion, saskibaloian jokatzen zuen eta aisialdia lagunekin igarotzen zuen. Gutxi gorabehera 15 urte zituenean, bere logelan isolatzen hasi zen tristura, energia-falta eta ikasteko edo lagunekin egoteko motibaziorik eza sentitzen zituelako. Orduko neska-lagunak utzi egin zuen, jokabide horrek gogaitzen ziolako. Marihuana erretzen hasi zen ia egunero, tristura arintzen ziolako. Handik zenbait hilabetera, larritasun-krisiak izaten hasi zen. Horietan takikardiak izaten zituen eta hiltzeko beldurra eragiten zioten. Garai horretan, gurasoek psikiatrarengana bidali zuten antsietate- eta depresio-sintomak tratatzera. ISRS pauta batekin eta psikoterapiarekin desagertu zitzaizkion depresioaren sintomak.

Ondorioz, Ikerrek erabaki zuen medikazioa hartzeari uztea. Hala, berriz sentitu zen triste eta motibaziorik gabe eta suminkortasun-egoerak bizi zituen. Bere errendimendu akademikoak okerrera egin zuen, eta, ez zuenez selektibitatea gainditu, ezin izan zuen berak nahi zituen ikasketak hautatu. Ondorioz, berriz isolatu zen sozialki eta toxikoen kontsumoa handitu zuen. Garai horretan egunero kontsumitzen zuen marihuana.

20 urte zituenean, Ikerrek agerraldi psikotiko bat izan zuen, eta ospitaleratu egin behar izan zuten. Entzumen-haluzinazioak izan zituen: ahots batzuek neska-lagun ohia bortxatu zuela leporatzen zioten. Iker ziur zegoen abusu horiek benetan gertatu zirela, nahiz eta ez zegoen hori baieztatzen zuen frogarik. Gertaera horrek ondoez handia sortu zion, bere buruaz beste egiten saiatzeraino. Ospitaleratu egin behar izan zuten besoetan ebakiak sendatzeko. Ingresuan, asaldura- eta antsietate-maila handiak zituen. Medikazio antsiolitiko eta antipsikotiko bitartez, asaldura-sintomak arindu zitzaizkion, baina, egun batzuen buruan, arazoak agertu zitzaizkion: oso deprimituta zegoen eta anhedonia, erru-sentimenduak, lo egiteko zailtasunak, apetitu eza eta kontzentrazio-arazoak zituen. Antidepresibo- eta antipsikotiko-konbinazio batekin, klinika psikotikoa eta depresiboa arindu zitzaion. Gertakari psikotikoak sei aste inguru iraun zuen, eta, horietatik lautan, sintomatologia depresiboa nagusitu zen.

25 urte bete artean, marihuana-kontsumoa nabarmen gutxitu zuen, eta beste bi aldiz ospitaleratu behar izan zuten: bi astez delirioak eta haluzinazioak izaten zituen, neska-lagun ohiari eragindako ondoezarekin lotuta. Gainera, depresio-sintoma handiak izaten zituen. Bi gaixoaldietan, psikiatrak agindutako pauta medikoa hartzen jarraitu zuen (klozapina eta sertralina), psikoterapia egitearekin batera. Psikiatrak dio disforia eta suminkortasuna ez direla arindu lehen ospitaleratzetik, eta toxikoen kontsumoak nabarmen okertzen zuela sintomatologia afektiboa. Hirugarren ospitaleratzean sintomatologia egonkortu ondoren, baliabide psikosozialetara bideratu

zuten toxikoen abstinentzia lantzeko. Erabaki arrakastatsua izan da, nolabait, badirelako sei hilabete inguru ez duela marihuanarik erre.

475. Diagnostiko hauetako zein dagokio Ikerren kasuari?

a) Depresio handia sintoma psikotikoekin.
b) Nahasmendu eskizoafektiboa, depresio-erakoa, gertakari anizkoitzekin, erremisioan.
c) I. motako nahasmendu bipolarraren depresio-gertakaria, ezaugarri psikotikoekin, gogo-aldartearekin bat ez datozenak.
d) Substantziek eragindako nahasmendu psikotikoa, intoxikazioan hasita.

476. Diagnostiko hauetako zein hartuko litzateke bigarren mailako nahasmendutzat?

a) Nahasmendu depresibo iraunkorra.
b) Kalamu-kontsumoak eragindako nahasmendua, erabateko erremisioan.
c) Kalamuaren abstinentzia.
d) Kalamu-kontsumoak eragindako nahasmendua, hasierako erremisioan.

477. Kasuaren ezaugarriak kontuan hartuta, zein ebaluazio-tresna sartuko zenuke ebaluazio-protokoloan?

a) Wisconsineko txartelen testa, WCST.
b) MMPIa.
c) Hamilton-en HADS eskala.
d) Calgary CDSS eskala.

478. Terapia hauetatik, zein da paziente honentzako tratamendu integratu multimodal gomendagarria?

a) REHACOP programa.
b) Roder-en IPT programa.
c) Terapia metakognitiboa.
d) Familia-terapia konduktuala.

479. Zein tratamenduk dituzte ebidentzia-maila handienak eta nahasmendu psikotikoen tratamenduan gomendatzen dira?

a) Gizarte-trebetasunak entrenatzeko programak.
b) Familiako esku-hartzeak.
c) Errehabilitazio neuropsikologikoko programak.
d) Psikologia integratuko programak.

7. KASU KLINIKOA KASUAREN ENUNTZIATUA

Markelek 12 urte ditu, eta Lehen Mailako Arretatik bideratu dute haur eta gazteen osasun mentaleko talde bateko psikologia-kontsultara. Amarekin etorri da. Hain zuzen ere, ama kontsultara joan zen uste zuelako semearen kasketek eragina zutela horren eskola-errendimenduan DBH hasi zuenetik.

Lehen Hezkuntzako azken ikasturtean, irakasleek esan zuten Markel gai zela akademikoki, baina ez zela trebea lagunak egiten, eta interes handiagoa pizten ziotela eskolara eramaten zituen jostailuzko dinosauroek ikaskideek baino. Oso gutxitan hitz egiten zuen gelan, eta, azken hilabeteetan, irakasle batzuek beste mutil batzuei oihuka entzun zioten, normalean korridorean, inolako kausarik antzeman gabe, baina ez zuten zigortu probokazioren bati erantzuten ari zela uste zutelako.

Bakarkako elkarrizketan, hitz-totelka erantzun die ikastetxeari, ikaskideei eta familiari buruzko galderei. Aitzitik, dinosauroak interesatzen zaizkion galdetu diotenean, animatu egin da: motxilatik jostailuzko dinosauro batzuk atera ditu, eta, solaskideari begietara begiratu gabe, luze eta zabal hitz egiten hasi da haien gainean, haien izenak, ezaugarriak eta sailkapena zehatz-mehatz deskribatuz. Eskolaz berriro galdetzean, aitortu du mutil batzuek irainak xuxurlatzen dizkiotela ikasgelan, eta, gero, korridorean, belarrira oihukatzen dizkiotela, eta berak gorroto dituela zaratak.

Anamnesian jaso denez, Markelek 11 hilabete zituela esan zuen lehen hitza, eta, hiru urte zituenean, lehen esaldi laburrak. Beti gustatu izan zaizkio dinosauroak. Amaren arabera, beti izan da oso lotsatia eta ez du inoiz lagun minik izan. Txisteak eta txantxak ez zaizkio gustatzen – ez omen ditu ulertzen –. Amari jokabide horiek beti arraro samarrak iruditu bazaizkio ere, aita antzekoa da: biak dira oso zorrotzak errutinekin, eta ez dute umorerik. Miaketan, lotsati agertu da eta, oro har, batere espontaneo. Begi-kontaktu txikia egin arren, diskurtsoa koherentea eta helburu zehatzekoa da. Batzuetan, hitzekin trabatzen da, gehiegizko etenaldiak egiten ditu eta beste batzuetan azkar errepikatzen ditu hitzak edo hitzen zatiak. Esaten du ondo dagoela, baina eskolara joateak beldurra ematen diola. Goibel dirudi eta jostailuzko dinosauroez hitz egitean bakarrik animatzen da. Ideia suizidak izatea ukatu du, eta ez du sintoma psikotikorik. Kognizioari dagokionez, behar bezala dago.

480. DSM-5aren arabera, zein da diagnostiko nagusia kasu honetarako?

a) Espektro autistaren nahasmendua: Asperger sindromea.
b) Espektro autistaren nahasmendua, adimen-narriadurarik gabe eta hizkuntza-narriadurarekin.
c) Espektro autistaren nahasmendu atipikoa, hizkuntza-narriadurarekin.
d) Erantzun guztiak zuzenak dira.

481. Kasu honetan, DSM-5aren arabera, zeren ezaugarri diagnostikoekin dira bateragarriak Markelen hizkuntza-ezaugarriak?

a) Lengoaiaren nahasmendua.
b) Nahasmendu fonologikoa.
c) Hasierako hitz-jarioaren nahasmendua haurtzaroan.
d) Komunikazioaren nahasmendu zehaztugabea.

482. DSM-5aren arabera:

a) Espektro autistaren nahasmenduaren diagnostikoari dagokionez, bi aldiz ohikoagoa da gizonezkoengan emakumezkoengan baino.
b) Lagin klinikoetan, adimen-desgaitasuna ere izateko mutilen probabilitatea handiagoa da neskena baino.
c) Adimen-narriadurarik eta hizkuntzaren atzerapenik ez duten neskatoen kasuan, espektro autistaren nahasmendua antzeman gabe gera daiteke, balitekeelako gizarte- eta komunikazio-zailtasunak nabarmenegiak ez izatea.
d) Erantzun guztiak zuzenak dira.

483. Kasuari dagokionez, baieztapen hauetatik, zein da zuzena?

a) Familia-aurrekariak oztopo izan ziren diagnostiko goiztiarrerako, familian ez baitzen uste arazoek arreta berezia merezi zutenik.
b) Diagnostiko goiztiar ezak eragin zuen pazientea eskola-jazarpenaren biktima izatea.
c) Esku-hartze egokirik gabe, pazienteak porrot akademikoa izateko arrisku handia du.
d) Erantzun guztiak zuzenak dira.

8. KASU KLINIKOA KASUAREN ENUNTZIATUA

35 urte dituen Izaskun Lehen Mailako Arretatik bideratu zuten Osasun Mentaleko Zentro bateko kontsultara. Analista informatikoa da, eta lanean egin zioten kritika batek negarra eragin zion ordu luzez.

Elkarrizketan azaldu zuen bazela zenbait denbora pixka bat goibel zegoela eta, bere ustez, kritika hori izan zen "urak gainezka egiteko falta zen tanta". Lanari dagokionez, aurrera egiteko itxaropen faltak sentiarazten zuen etsita eta gaizki, eta pentsarazten zion ez zeukala talentu nahikorik lanpostu hobe bat aurkitzeko. Arazo profesionalak gorabehera, uste zuen gai zela arazorik gabe kontzentratzeko. Bere buruaz beste egitea inoiz pentsatu ez zuen arren, batzuetan zentzurik ba ote zuen galdetzen dio bere buruari. Azaldu zuen batzuetan lo hartzea kostatzen zitzaiola, baina ez zuela ez pisurik ez apetiturik galdu. Korrika egitea eta aire zabalean egotea gustatzen zitzaizkion, eta batzuetan lankideekin ateratzen bazen ere, lotsatia zenez, lekuz kanpo sentitzen zen jende ez oso ezagunarekin. Bere sexu-desira normaltzat jotzen zuen, eta harreman erromantiko gutxi eta laburrak izan ditu. Adierazi zuen garai batean sintomak agertu eta desagertu egiten zirela, baina azken hiru urteetan etengabe sentitu zituela. Ez zuen maniaren edo hipomaniaren zantzurik.

Bere familiaren historiari dagokionez, alaba bakarra da eta txikitatik aitarekin oso harreman estua izan du. Ama, berriz, emakume itxia eta hotza dela esan du. Izaskun Bigarren Hezkuntza egiten zegoenean, aita behin eta baino gehiagotan ospitaleratu zuten leuzemia zuelako. Egoera horrek depresioa eragin zion Izaskuni. Psikoterapiarekin tratatu zuten, eta oso lagungarria izan zen. Ez du bestelako aurrekari psikiatrikorik eta medikorik. Lehen elkarrizketaren ondoren, eszitaloprama eta laguntzarako psikoterapia preskribatu zizkioten.

Tratamenduan hilabete batzuk eman ondoren, Izaskunek aitortu zuen familiako lagun batek sexu-abusuak egin zizkiola umetan. Gainera, jakin zen lagun gutxi zituela eta gizonekiko harreman disfuntzionalen eredu iraunkorra zuela.

484. DSM-5aren arabera, deskribatutako sintomak diagnostiko nagusi bati dagozkio:

a) Egokitze-nahasmendua gogo-aldarte deprimituarekin.
b) Nahasmendu depresibo iraunkorra (distimia).
c) Depresio larri kronikoko nahasmendua.
d) Depresio labur errepikariaren nahasmendua.

485. DSM-5aren arabera, Izaskunen diagnostikoa "hasiera goiztiarra" azpimailan sailkatzeko:

a) 10 urte bete aurretik hasi behar zen.
b) 16 urte bete aurretik hasi behar zen.
c) 18 urte bete aurretik hasi behar zen.
d) 21 urte bete aurretik hasi behar zen.

486. Izaskunek DSM-5aren irizpideak betetzen dituen sakonago baloratzea komeni da, hurrengo honen diagnostiko komorbidoa egiteko:

a) Nortasunaren nahasmendu eskizoidea.
b) Mugako nortasunaren nahasmendua.
c) Nortasun saiheskariaren nahasmendua.
d) Nortasun histrionikoaren nahasmendua.

487. Izaskuni buruzko baieztapen hauetatik, zein ez da zuzena?

a) Pazientearen nortasun-ezaugarriek tratamendua zaildu dezakete eta emaitza txarra izan daitekeela iragarri.
b) Ez dago inolako loturarik pazientearen nortasun-ezaugarrien eta pronostikoaren artean.
c) Nortasun-ezaugarri disfuntzionalak hobetu litezke diagnostiko nagusiari lotutako sintomatologiari helduta.
d) Aurreko aukeretako bat bera ere ez da zuzena.

488. Gutxienez aurreko bi urtean depresio larriko gertakari baterako irizpide guztiak bete ez badira, zer zehaztu daiteke pazientearen diagnostiko nagusian?

a) Sindrome distimiko purua.
b) Ezaugarri atipikoak.
c) Gogo-aldartearekin bat ez datozen ezaugarriak.
d) Larritasun ertaina.

9. KASU KLINIKOA KASUAREN ENUNTZIATUA:

Mara 8 urteko neska bat da, 3 anai-arrebetatik zaharrena. Familian antsietate-aurrekariak ditu. Zehazki, amak antsietate-arazoak izan zituen haurtzaroan. Mararen gurasoak bikote-terapiara joan ziren duela urte batzuk.

Amak kontsulta egin du duela 3 hilabetetik Marak antsietate-sintomak dituelako gurasoengandik banandu behar den bakoitzean, adibidez, eskolara, lagunen etxera edo aitona-amonekin joateko. Ordutik, saiatzen da gurasoak ez dauden tokietara ez joaten. Parte hartzen jarraitzen duen jarduera atsegin bakarra futbola da. Gurasoengatik joaten da ikastetxera, baina, han dagoenean, tripako minagatik kexatzen hasten da, eta, batzuetan, gurasoek etxera eraman behar izaten dute. Alderdi kognitiboei dagokienez, Mara oso azkarra da eta oso ondo adierazten ditu sentimenduak. Gurasoengandik urruntzen denean dituen sintomei lotutako sentsazioen beldur da, eta ideia negatiboen aurreikuspenak egiten ditu: "Lucas lagunaren etxera joaten banaiz, gaizki sentituko naiz" edo "ez dut eskolara joan nahi tripako mina izango dudalako". Bestelako kezkak ere baditu:"etxera itzultzen naizenean, gurasoak bananduta egongo dira".

Amaren informazioa:

"Lucia naiz, Mararen ama. Duela hiru hilabetetik antsietate-episodioak ditu. Mara neska arrunta zen: pozik joaten zen eskolara, lagunekin ateratzea gustatzen zitzaion, osaba-izebekin lotan geratzen zen... Dena bikain zihoan, harik eta egun batean bat-batean dena aldatu zen arte. Ez zuen eskolan bazkaltzen geratu nahi, beldurra ematen zion ikasgelako aterainoko 20 metroak bakarrik egiteak eta, zer esanik ez, besteen etxean lotan geratzea: behin Mararen aitak 350 km egin behar izan zituen aitona-amonen hondartzako etxeraino, haurrak gehiago ezin zuelako.

Eskolan tripako minekin hasi zenean, erabaki genuen ezin genuela horrela jarraitu eta profesional on baten bila hasi nintzen, ‘bola’ gero eta handiagoa zelako. Orduan hasi zen terapian".

489. Kasuari buruz dugun informazioan eta DSM-5ean oinarrituta, diagnostika daiteke banatzeagatiko antsietate-nahasmendua?

a) Bai, diagnostikorako irizpideak betetzen ditu.
b) Ez, arazoak 4 hilabetetik behera iraun duelako.
c) Ez, arazoa 6 urteak bete ondoren agertu delako.
d) Ez, antsietatea izan arren, pazientea eskolara joateko gai delako.

490. DSM-5aren arabera, Mararen koadro klinikoak honako hauek diagnostikatzeko irizpideak ere betetzen ditu:

a) Antsietate-nahasmendu orokortua.
b) Izu-nahasmendua.
c) Agorafobia.
d) Aurreko bat bera ere ez.

491. Zer funtzio betetzen du arazoaren gainean gurasoak haurraren bila joateak beldurra ematen dion egoeratik ateratzeko?

a) Erantzunaren kostua.

b) Deuseztatzea.
c) Zigor positiboa.
d) Errefortzu negatiboa.

492. Gazteen antsietaterako dauden tratamendu psikosozialetatik, zer tratamendu motak dauka babes enpiriko handiena eta jotzen da aukerako tratamendutzat?

a) Teknika kognitibo-konduktualak.
b) Hirugarren belaunaldiko teknika batzuk, bereziki, mindfulnessa.
c) Onarpen- eta konpromiso-terapia.
d) Ez dago ebidentziarik aukerako tratamendua justifikatzen duenik.

493. Honako teknika psikologiko hauetatik, zein EZ da aukerako tratamendu egokia Mararentzat, adina kontuan hartuta?

a) Erlaxazio muskularra.
b) Desentsibilizazio sistematikoa.
c) Mailaz mailako zuzeneko esposizioa.
d) Irudi emotiboak.

494. Mararen tratamendu psikologikoan, gurasoen parte-hartzeari dagokionez, zein da OKERRA?

a) Gurasoentzako entrenamendua neskaren jokabide problematikoaren definizio argi eta neurgarriarekin hasten da.
b) Banantzeagatiko antsietatea eta antzeko nahasmenduak dituzten gurasoei irakatsi egiten zaie zer kontingentzia ezarri behar dituzten eta nola komunikatu neskatoari.
c) Gurasoentzako entrenamendua banantzeagatiko antsietateak jotako haurrarekin jolasteko moduari buruzko jarraibide argiekin hasten da, haren proiekzioak ulertuz eta haren jokabidea interpretatzen lagunduz.
d) Haurraren jokabidea hobetzea ez ezik, guraso trebeagoak eta seguruagoak izatea ere bilatzen da.

10. KASU KLINIKOA KASUAREN ENUNTZIATUA:

Nerea 19 urteko emakume bat da, 3 anai-arrebetatik zaharrena. Herri txiki batean jaio zen, baina egun Bilbon bizi da unibertsitateko ikasketen lehen urtea egiten ari delako.

Kontsultaren arrazoiaren azterketa:

Pazientea kontsultara joan da, duela zazpi hilabetetik, ikasturtea hasi zenetik, antsietate handia baitu.

Denborarekin antsietate-sintomak ez dira arindu. Azaldu du urduri dagoela eta, oro har, bere izaeragatik dela. Dena den, Bilbora ikastera joan zenetik, arazoa nabarmen handitu da. Esplorazioan, urduri agertu den arren, laguntzeko joera azaldu du, testuinguru akademikoan

antsietateak eragiten dizkion zailtasunak konpontzeko arreta psikologikoa jasotzeko interes eta gogo handiak nabarmentzen dira.

Arazoaren historia:

Arazoaren hasierari dagokionez, pazienteak dio betidanik izan dela urduria eta lotsatia, baina ikasturte honetan ikusi duela bere burua okerren. Orain arte, Nerea bere jaioterrian bizi izan da, Gipuzkoako kostaldeko herri txiki batean. Azaldu duenez, bere buruari buruzko nahiko kontzeptu negatiboa du, zalantzatitzat jotzen du eta erabakiak hartzea kosta egiten zaio.

Urrian unibertsitatean hasi eta etxez aldatu zen. Data hori gerturatzen zen heinean, gero eta urduriago zegoen jasango zuen aldaketa bortitzagatik. Izan ere, herrian familiarekin bizi ordez, Bilboko etxe batean lagun batzuekin bizitzera joango zen, eta, gainera, institututik unibertsitatera aldatuko zen.

Unibertsitatean, bere errendimendu akademikoa nabarmen jaitsi da institutukoarekin alderatuta. Graduko 1. mailako irakasgai guztiak suspenditu ditu lehen lauhilekoan, eta bere espedienteko lehen suspentsoak dira. Gainera, kexu da denborari ez diola probetxurik ateratzen.

495. DSM-5aren arabera, zer diagnostiko-taldetan dago Nereak duen nahasmendua?

a) Antsietate-nahasmenduena.
b) Nahasmendu obsesibo-konpultsibo eta horiei lotutako nahasmenduena.
c) Traumekin eta estres-faktoreekin lotutako nahasmenduena.
d) Sintoma somatikoen nahasmendu eta horiei lotutako nahasmenduena.

496. DSM-5aren arabera, Nerearen kasuan, nahasmendu hori honela zehaztuko litzateke:

a) Akutua.
b) Iraunkorra.
c) Subklinikoa.
d) Aurrekoetatik bat bera ere ez.

497. DSM-5aren arabera, egokitze-nahasmenduen ezaugarriak kontuan hartuta, zein da OKERRA?

a) Beste nahasmendu mental bat dagoenean diagnostika daitezke.
b) Suizidio-arrisku handiagoarekin eta suizidio burutuarekin lotzen dira.
c) Estres-faktoreak errepikatuak edo etengabeak izan daitezke.
d) Ezin dira diagnostikatu pertsona maite bat hil ondoren.

498. Nerea kezkatzen duten emozioak edo pentsamenduak kontzientziatik aldentzeko saiakerak kentzea zer estrategiak izango lirateke? (Aukeratu erantzun ZUZENA):

a) Egokitzapen-estrategiak, hala nola esperientzia-saihespena, erregulazio emozional

optimora eraman dezakeena.

b) Egokitze-estrategiak, zurrumurrua eta kezka prebenitzeko.

c) Estrategia desegokitzaileak, ezabatzeak onarpen-prozesua blokeatzen baitu.

d) Estrategia "moldagarriak" edo "desegokitzaileak" baino gehiago "deserregulazio emozionala" ekar dezaketen estrategiak.

499. DSM-5aren irizpide diagnostikoei jarraikiz, Nerearen kasuan, zehaztu beharko litzateke egokitzapenaren nahasmendu hori:

a) Gogo-aldarte deprimituarekin agertu dela.
b) Antsietatearekin agertu dela.
c) Jokabidearen alterazioarekin agertu dela.
d) Zehaztu gabe.

500. Egokitze-nahasmenduetan ohikoa den ondorio funtzionaletako bat jasan du Nereak: (Adierazi erantzun OKERRA):

a) Izu-atakeak.
b) Gizarte-harremanen aldi baterako aldaketak.
c) Errendimendu akademikoa gutxitzea.
d) Eguneroko zereginetan errendimendua gutxitzea.