

Czerwony – poprawna odpowiedź

1. Zespół abstynencyjny jest kryterium diagnostycznym wg ICD-10 (I):
A. uzależnienia spowodowanego używaniem alkoholu
B. uzależnienia spowodowanego paleniem tytoniu
C. A i B
D. zaburzenia nawyków i popędów (impulsów) w tym patologicznego hazardu
2. Sytuacje kliniczne występujące w przebiegu alkoholowego zespołu abstynencyjnego, które **bezwzględnie** wymagają hospitalizacji (I):
A. drżenie rąk, wymioty, nadmierna potliwość
B. napad drgawkowy, majaczenie
C. wzrost ciśnienia, przyspieszenie akcji serca
D. nieznaczne pobudzenie psychoruchowe, niepokój oraz trudności ze snem
3. **Bezwzględny** wskazaniem do hospitalizacji pacjenta z zespołem uzależnienia od alkoholu jest wystąpienie (I):
A. zespołu abstynencyjnego
B. majaczenia alkoholowego
C. stłuszczenia wątroby
D. żadne z powyższych
4. Alkoholowy zespół abstynencyjny powikłany napadami drgawkowymi może wymagać leczenia szpitalnego w sytuacji gdy (I):
A. po napadzie utrzymują się zaburzenia świadomości
B. pacjent doznał urazu czaszki
C. z wywiadu wynika, że w przeszłości po napadach występowała ostra psychoza alkoholowa
D. zachodzą wszystkie wymienione powyżej możliwości
5. Używanie środków halucynogennych powoduje (I) :
A. zwolnienie czynności serca i obniżenie ciśnienia krwi
B. wyciszenie, uspokojenie reakcji psychicznych
C. nastrój ekstatyczny, zaburzenia percepcji
D. A i B
6. Palimpsest to (I):
A. fizjologiczna reakcja na obecność alkoholu we krwi
B. wypełnianie luk pamięciowych konfabulacjami
C. całkowita niepamięć następcza okresu upojenia u osoby przytomnej i reagującej na zmiany otoczenia
D. jeden z kryteriów diagnostycznych uzależnienia spowodowanego używaniem alkoholu wg ICD-10
7. Jednym z głównych elementów centralnego układu nerwowego biorących udział w powstawaniu uzależnienia od alkoholu jest tzw. (I):
A. szlak dopaminowy
B. szlak serotoninowy
C. szlak acetylocholinowy
D. B i C

8. Lekiem redukującym euforyzujące działania alkoholu jest **(I)**:
- A. anticol
 - B. naltrekson**
 - C. disulfiram
 - D. akamprozat
9. Jak powstaje wysoka tolerancja na alkohol u osoby uzależnionej?
- A. częstemu picciu alkoholu towarzyszą coraz silniejsze nieprzyjemne uczucia (niedobór neurotransmiterów w układzie nagrody w mózgu). Ustępują one, gdy alkoholik wypija jeszcze większą porcję alkoholu
 - B. organizm uzależnionego uczy się szybkiego wydalania alkoholu, ponieważ wątroba uaktywnia enzym MEOS. Mechanizm ten prowadzi do tolerowania coraz większych ilości wypijanego alkoholu
 - C. odpowiedź a i b jest poprawna**
 - D. enzymy odpowiadające za metabolizm alkoholu w organizmie ulegają pod jego wpływem aberracji mitochondrialnej i przyczyniają się do powstania zjawiska „przelewania”, tzn. alkoholik wypija duże ilości alkoholu, które nie docierają do mózgu, gdyż są „spalane” – rozkładane w wątrobie
10. Sposób w jaki leki nowej generacji (naltrekson i acamprozat) wpływają na dwufazowy mechanizm działania alkoholu to:
- A. acamprozat blokuje receptory opioidowe w mózgu, zmniejszając przyjemne działanie wypitego alkoholu; naltrekson łagodzi nieprzyjemne skutki pojawiające się w początkowej abstynencji i zmniejsza głód alkoholu
 - B. naltrekson blokuje receptory opioidowe w mózgu, zmniejszając przyjemne działanie wypitego alkoholu; acamprozat łagodzi nieprzyjemne skutki pojawiające się w początkowej abstynencji i zmniejsza głód alkoholu**
 - C. acamprozat ze względu na słabe wchłanianie z żołądka i krótki czas działania bezpośrednio wpływa na metabolizm alkoholu pod warunkiem jednoczesnego zażywania leku i picia alkoholu; naltrekson łagodzi nieprzyjemne skutki pojawiające się w trakcie metabolizmu alkoholu, redukuje działanie aldehydu octowego
 - D. wszystkie powyższe odpowiedzi są poprawne
11. Powikłania bezpośrednio związane z marskością wątroby to:
- A. encefalopatia i postępujące zatrucie organizmu
 - B. żylaki przełyku i hemoroidy
 - C. zaburzona produkcja czynników krzepnięcia, podatność na krwawienia
 - D. wszystkie wymienione**
12. Zalecanymi do stosowania przez WHO testami pomocniczymi (przesiewowymi) i ankietami do rozpoznawania uzależnienia od alkoholu są:
- A. kwestionariusz Mellibrudy, test Baltimorski
 - B. AUDIT, MAST**
 - C. Kwestionariusz „Moje doświadczenia z alkoholem i innymi środkami zmieniającymi świadomość (*Cornerstone Ins.*)
 - D. Skala alkoholizmu (MacAndrew Alcoholism Scale – MAC-R) z Minesockiego Wielowymiarowego Kwestionariusza Osobowości MMPI-2

13. Przy nasilonych objawach alkoholowego zespołu abstynencyjnego w trakcie detoksykacji wskazane jest **(I)** :
- A. podawanie witaminy C, D, K i kwasu foliowego
 - B. podawanie jedynie benzodiazepin
 - C. podawanie płynów wieloelektrolitowych i benzodiazepin**
 - D. podawanie disulfiramu, diuretyków i prometazyny
14. Do farmakologicznego wspomaganie leczenia zespołu uzależnienia spowodowanego paleniem tytoniu stosuje się **(I)**:
- A. Champix, Tabex, Zyban**
 - B. Clonazepam, Amizepin, Campral
 - C. Niquitin, Diazepam, Sydenafil
 - D. Niquitin, Amizepin, Campral
15. Pobudzanie układu nagrody jest uważane za jeden z najważniejszych patomechanizmów napędzających proces uzależniania się. Układ nagrody (wzmocnień pozytywnych) związany jest głównie z **(I)**:
- A. mezolimbicznym układem dopaminergicznym**
 - B. układem serotonergicznym i noradrenergicznym
 - C. układem dehydrogenaz aldehydowej i alkoholowej (ALDH i ALD)
 - D. b i c
16. Leki (środki) o uznanej klinicznie roli we wspomaganie utrzymywania abstynencji w psychoterapii uzależnienia od alkoholu lub zmniejszające ilość wypijanego alkoholu i intensywność jego picia **(I)**:
- A. klometiazol (Hemineuryna), disulfiram (Anticol)
 - B. akamprozat (Campral), naltrekson (Adepend), nalmefen (Selincro)**
 - C. klonazepam (Clonazepam), karbamazepina (Amizepin)
 - D. tianeptyna (Coaxil), diazepam (Relanium)
17. Kryterium diagnostycznym zespołu uzależnienia spowodowanego używaniem alkoholu **nie jest** (wg ICD -10) **(I)**:
- A. silne pragnienie przyjmowania substancji
 - B. palimpsest**
 - C. fizjologiczne objawy stanu odstawienia alkoholu
 - D. narastające zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności
18. Clonazepam to **(I)**:
- A. lek przeciwdrgawkowy
 - B. lek od którego łatwo się uzależnić
 - C. a i b są prawdziwe**
 - D. lek rutynowo stosowany w przypadku zespołu abstynencyjnego
19. Do farmakologicznego zmniejszenia odczuwania przez pacjenta silnego pragnienia picia alkoholu stosuje się **(I)**:
- A. naltrekson (Re-Via, Adepend)
 - B. disulfiram (anticol)
 - C. klonazepam (Clonazepam)
 - D. akamprozat (Campral)**

20. Znane typologie alkoholizmu to między innymi **(I)**:
A. Horney, Johansona, Jellinka
B. Mellibrudy, Baltimorska, Woronowicza
C. Lescha, Babora, Zuckera, Cloningera
D. a i b
21. Głównymi cechami charakteryzującymi opiatowy zespół abstynencyjny są **(I)**:
A. senność, obniżenie tętna i ciśnienia, urojenia, drgawki
B. zwężenie źrenic, głód substancji, zaparcia, suchość śluzówek nosa i jamy ustnej
C. dreszcze, bóle brzucha i stawowo-mięśniowe, piloerekcja (tzw. „gęsia skórka”), głód substancji
D. suchość śluzówek nosa i jamy ustnej, obniżenie tętna i ciśnienia
22. Do konopi indyjskich i ich pochodnych **nie zaliczamy (I)**:
A. haszyszu
B. marihuany
C. opium i kolchicyny
D. żadne z powyższych
23. W substytucyjnej terapii uzależnienia opiatowego stosuje się **(I)**:
A. naltrekson i klonazepam
B. akamprozat
C. diazepam i bupropion
D. metadon i buprenorfina
24. Wyjaśnij w oparciu o kryteria WHO następujące zagadnienie - Mężczyzna lat 34, 180 cm wzrostu i 75 kg wagi, spożywający alkohol przeciętnie dwie porcje standardowe piwa przez 5 dni w tygodniu, w sobotę i niedzielę nie pije, kwalifikuje się do grupy osób **(I)**:
A. pijących wg wzorca o niskim ryzyku szkód
B. uzależnionych od alkoholu
C. pijących ryzykownie
D. pijących szkodliwie
25. W teście AUDIT mamy trzy grupy pytań. Druga grupa pytań dotyczy **(I)**:
A. picia ryzykownego
B. picia szkodliwego
C. uzależnienia
D. picia o niskim ryzyku szkód
26. Strategię terapeutyczną łączącą w sobie wczesne wykrywanie ryzykownego lub szkodliwego używania substancji psychoaktywnych i motywowanie do leczenia nazywamy **(I)**:
A. wczesną interwencją
B. pomocą przed terapeutyczną
C. profilaktyką krótkoterminową
D. redukcją szkód

27. Najlepiej radzą sobie z nauczeniem się picia w sposób ograniczony (i takie ograniczenia potrafią utrzymywać) osoby, które:
- A. próbowały już różnych metod poradzenia sobie ze swoim pićm i nie przynosiło to oczekiwanego rezultatu i teraz są bardziej zmotywowane do udziału w programie
 - B. osoby młode i posiadające dobre zaplecze rodzinne
 - C. osoby, które nie mają chorej wątroby, które pracują i posiadają rodzinę
 - D. osoby, które w momencie podejmowania realizacji programu picia kontrolowanego miały mniej ostre problemy alkoholowe**
28. Jeśli ktoś rozpoczął realizację programu picia kontrolowanego i nie udaje mu się ograniczyć picia do założonego wstępnie poziomu oraz nie skończyły się jego problemy związane z pićm alkoholu, to po jakim okresie (wg W.R.Millera i R.F Muñoza) należałoby ponownie rozważyć podjęcie terapii ukierunkowanej na pełną abstynencję:
- A. po 6 tygodniach od chwili rozpoczęcia realizacji programu**
 - B. po 3 miesiącach od chwili rozpoczęcia realizacji programu
 - C. po 3 miesiącach od zakończenia programu
 - D. po 6 miesiącach od chwili rozpoczęcia uczestnictwa w programie
29. Jakość życia ma znaczący wpływ na przebieg i efekty terapii osób uzależnionych od alkoholu. Zdaniem J. Chodkiewicza najistotniejszymi uwarunkowaniami jakości życia są:
- A. uwarunkowania zdrowotne, zadowolenie z życia oraz pozytywne i negatywne stany afektywne**
 - B. psychologiczne aspekty jakości życia
 - C. wszystkie dziedziny dobrostanu człowieka, jakie są dla niego ważne
 - D. subiektywne odbieranie poczucia satysfakcji z sytuacji życiowej w kontekście potrzeb i możliwości
30. Mesa Grande Project to jedna z najbardziej znanych analiz badań dotyczących skuteczności terapii uzależnienia od alkoholu. Wykazano, że metodami o największej skuteczności są:
- A. krótkie interwencje, wzmacnianie motywacji, trening umiejętności społecznych**
 - B. edukacja, poradnictwo, AA
 - C. terapia poznawczo-behawioralna
 - D. równie skuteczna jest terapia oparta na 12 krokach, co terapia ucząca umiejętności społecznych, jak i oparta na dialogu motywującym
31. W terapii osób uzależnionych od alkoholu poczuciu własnej skuteczności przypisuje niezwykle istotną rolę:
- A. strategia poznawczo-behawioralna w modelu nawrotów G.A.Marlatt i J.R.Gordon
 - B. podejście motywacyjne
 - C. transteoretyczny model zmiany Prochaski i DiClemente
 - D. wszystkie powyższe są prawdziwe**
32. Psychobiologiczny model nawrotu w uzależnieniach to :
- A. model przeciwstawnych procesów Solomona oraz model pragnienia i głodu
 - B. model przewlekłego zespołu abstynencyjnego
 - C. model rozniecania (kindling), w świetle którego do powstania nawrotu przyczyniają się neuroadaptacyjne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym, wywołane przez powtarzające się epizody picia i odstawiania alkoholu
 - D. wszystkie powyższe są prawdziwe**

33. Sposób wytłumienia niepożądanych zachowań przez kojarzenie ich z bolesnym lub nieprzyjemnym doświadczeniem, to **(I)**:
- A. terapia awersyjna
 - B. sensytyzacja maskowana
 - C. terapia uczulająca
 - D. wszystkie powyższe są prawdziwe
34. Podstawowym celem diagnozy różnicowej jest **(I)**:
- A. rozpoznanie czy osoba przejawia objawy konkretnego zaburzenia psychicznego, a także dokonanie oceny czy liczba symptomów, ich czas występowania i dynamika przebiegu odpowiadają konkretnej jednostce klinicznej wyodrębnionej w klasyfikacji ICD-10 lub DSM-5
 - B. zbadanie udziału czynników biologicznych, psychicznych i społecznych w powstawaniu zaburzeń związanych z alkoholem
 - C. wyjaśnienie jak doszło do powstania i utrzymania się symptomów rozpoznawanego u osoby zaburzenia psychicznego oraz jakie konsekwencje i jaką funkcję pełni owo zaburzenie dla samej osoby i jej najbliższego środowiska
 - D. ustalenie genezy i dynamiki zaburzenia
35. Jakich umiejętności dotyczy Trening Asertywnych Zachowań Abstynenckich **(I)**:
- A. wyrażania swoich uczuć, radzenia sobie z krytyką picia
 - B. wyrażania odmiennej opinii w sprawie leczenia i abstynencji, proszenia o pomoc, budowania sieci wsparcia
 - C. odmawiania picia, kontaktu z alkoholem i osobami pijącymi, informowania o leczeniu, uzależnieniu i abstynencji
 - D. akceptacji własnego uzależnienia, przestrzegania zaleceń zdrowiejącego alkoholika, odmawiania picia
36. Podstawowymi celami i zadaniami etapu **rozpoczynania procesu zmiany** w integracyjnej psychoterapii uzależnień są **(I)**:
- A. rozbicie psychologicznych mechanizmów uzależnienia
 - B. podążanie za pacjentem, rozpoznanie jego potrzeb i wewnętrznej motywacji do zmiany
 - C. nawiązanie kontaktu, rozpoznanie problemów życiowych i powiązanie ich z pićm, wzbudzenie motywacji do zmiany
 - D. diagnoza nozologiczna i problemowa pacjenta
37. Nawrót w ujęciu poznawczym reprezentowanym przez A.T. Becka, G.A. Marlatta, J.R. Gordon czy K.T. Brownell charakteryzuje się tym, że **(I)**:
- A. osoba uzależniona od alkoholu, po terapii i jakimś okresie abstynencji w sposób świadomy napije się alkoholu. Jest to jego świadoma decyzja, ponieważ nieświadome napięcie się alkoholu nie powoduje z reguły jakiś szkodliwych następstw
 - B. jest to powrót osoby uzależnionej, która po terapii trwa w abstynencji, do poprzednich schematów funkcjonowania, myślenia, przeżywania. Pacjent powinien rozpoznać sygnały ostrzegawcze i podjąć odpowiednie kroki zaradcze
 - C. osoba uzależniona powraca całkowicie do wcześniejszego sposobu picia. Pojedyncze zapicie rozumiane jest jako „wpadka” i może mieć wartość pozytywną dla pracy terapeutycznej
 - D. osoba uzależniona jest w nawrocie nawet wtedy, kiedy jest jeszcze na podstawowym etapie terapii, ale nie wykonuje zaleceń dla zdrowiejących alkoholików

38. Proces samoregulacji wiąże się z wysiłkiem człowieka podjętym w kierunku zmiany własnych reakcji. Do podstawowych składników samoregulacji należą:
- A. **standardy, monitorowanie, siła woli**
 - B. samoobserwacja, samokontrola, samodyscyplina
 - C. formułowanie celów, planowanie, działanie
 - D. uporczywość, rozpraszalność, próg reagowania na bodźce
39. U osób uzależnionych od alkoholu obserwuje się znacznie obniżoną zdolność do adekwatnej samooceny, porównania swojego zachowania z przyjętymi normami oraz przewidywania konsekwencji. Opisywane deficyty wiążą się w procesach samoregulacji z:
- A. niewłaściwą samoobserwacją
 - B. **zaburzeniami monitorowania działań**
 - C. zaburzeniami pamięci i uwagi
 - D. z żadnym z powyższych
40. W integracyjnej psychoterapii uzależnienia od alkoholu najważniejsze czynniki leczące to (I):
- A. ćwiczenie kontroli na bodźcami zewnętrznymi i wewnętrznymi, odmawianie picia, utrzymywanie abstynencji
 - B. **doświadczenie uczestnictwa w grupie, realizacja zmiany, poczucie więzi z wybranymi osobami, zmiana schematu reagowania emocjonalnego, nabywanie nowej wiedzy i umiejętności**
 - C. uczestniczenie w ruchu samopomocowym, ćwiczenie podmiotowości i sprawczości swych działań, utrzymywanie abstynencji
 - D. poczucie więzi z wybranymi osobami, nabywanie nowej wiedzy i umiejętności, podporządkowanie się regulaminowi, utrzymywanie abstynencji
41. System intensywnych, ustrukturalizowanych, instrumentalnych oddziaływań poznawczych mający na celu dostarczenie wiedzy o sprawach ważnych dla procesu psychoterapii to (I):
- A. trening zmiany zachowań
 - B. praca na grupie OPT
 - C. **mikroedukacja**
 - D. TAZA
42. Do podstawowych oddziaływań terapeutycznych w intensywnym etapie psychoterapii uzależnienia (IPTU) od alkoholu **nie należy** (I):
- A. TAZA (trening asertywnych zachowań abstynenckich)
 - B. TUSZ (treningi umiejętności służących zdrowieniu)
 - C. **GRO (grupa rozwoju osobistego)**
 - D. OPT (osobisty plan terapii)

43. Podstawowymi celami i zadaniami etapu **uznania własnego uzależnienia i powstrzymania się od picia** są (I):
- A. nawiązanie kontaktu, diagnoza uzależnienia, rozpoznanie problemów życiowych i powiązanie ich z pićciem, podążanie za pacjentem
 - B. podjęcie abstynencji i rozbrojenie psychologicznych mechanizmów uzależnień, porządkowanie i uzdrawianie tych obszarów gdzie tworzyły się mechanizmy
 - C. **zdobycie wiedzy na temat uzależnienia i zasad terapii, rozpoznanie i zrozumienie własnego uzależnienia, uznanie bezsilności wobec alkoholu, radzenie sobie z głodem alkoholowym**
 - D. podążanie za pacjentem, rozpoznanie jego potrzeb i wewnętrznej motywacji do zmiany, rozpoznawanie jego autodestrukcyjnych schematów działania
44. Które z wymienionych celów terapii **nie należą** do podstawowych celów w terapii osoby uzależnionej (I):
- A. zwiększenie zdolności do utrzymywania abstynencji oraz leczenie zaburzeń
 - B. **odkrycie i przepracowanie źródeł zaburzeń osobowości**
 - C. rozwiązywanie problemów osobistych i zwiększanie kompetencji życiowych
 - D. poprawa stanu zdrowia psychicznego poprzez rozwiązywanie problemów emocjonalnych i rodzinnych ujawniających się po zaprzestaniu picia
45. Do pracy na etapie rozpoczynania procesu zmiany **nie należy** praca nad problemem (I):
- A. jak pobudzić zaangażowanie pacjenta w pracę terapeutyczną
 - B. jak motywować pacjenta do systematycznego uczęszczania na terapię
 - C. **jak pacjent ma uznać własną bezsilność wobec alkoholu**
 - D. jak uniknąć załamania się wczesnej abstynencji pod wpływem wstępnej konfrontacji z sygnałami o destrukcji alkoholowej i perspektywą utraty alkoholu
46. Praca terapeutyczna obejmująca m.in. strategie związane ze zrozumieniem uzależnienia i zasad terapii, zmianą tożsamości alkoholowej pacjenta, wycofywaniem się z sytuacji wysokiego ryzyka, budową konstruktywnego środowiska osobistego, uruchamianiem zmian osobistych jest charakterystyczny dla etapu (I):
- A. **uznawania własnego uzależnienia i powstrzymywania się od picia**
 - B. rozwijania umiejętności życiowych
 - C. rozpoczynania procesu zmiany
 - D. rozbijania mechanizmów uzależnienia i zapobieganie nawrotom
47. Do którego z etapów w procesie zmiany tożsamości alkoholika pasuje poniższy opis:
...w zasadzie to nie piję tak jak Kowalski i Kwiatkowski, oni to piją wręcz jak smoki wawelskie, hm... no ale jak posłuchałem Kiepskiego, to jakbym sam siebie widział ...! No tak, ale jak sobie pomyślę, że miałbym do końca życia nie wypić ani jednego piwa ... no nie wiem?! Z drugiej strony tak można, Piekutowski nie pije już prawie 10 lat ... (I):
- A. zaprzeczanie
 - B. potwierdzanie
 - C. wahanie
 - D. **rozważanie**

48. Do którego z etapów w procesie zmiany tożsamości alkoholika pasuje poniższy opis (I):
O mój Boże! Boję się, że jednak jestem alkoholikiem. Zniszczyłem swoje życie ... No, ale jak to się stało, że nie zauważyłem? Przecież zawsze sobie mówiłem że nie chcę być jak mój ojciec! No, ale z drugiej strony, to przez te ostatnie dwa lata tak narozrabiałem, że mam więcej problemów niż miał mój tata ... A tu jeszcze ten mój terapeuta rozlicza mnie z mitingów AA. Jak się czułem jak się przedstawiałem ... Krzysiek Alkoholik ... no jak? Pod ziemię chciałem się zapaść! (I)
- A. zaprzeczanie
 - B. potwierdzanie
 - C. wahanie
 - D. rozważanie
49. Które z wymienionych stwierdzeń odnośnie głodu alkoholowego jest **nieprawdziwe** w świetle poznawczej koncepcji powstania i rozwoju uzależnienia (I):
- A. głód jest instrumentalną konsekwencją pragnienia
 - B. **głód jest konsekwencją wypierania konfliktowych treści ze świadomości**
 - C. na siłę głodu wpływa antycypacja konsekwencji, np. doznanej przyjemności
 - D. pragnienie i głód mogą ulec zautomatyzowaniu i trwać niezależnie pomimo próby tłumienia ich
50. Program Dwunastu Kroków Anonimowych Alkoholików i udział we wspólnocie samopomocowej może być pomocą w psychoterapii osoby uzależnionej. Treścią kroku czwartego jest m. in.:
- A. **zachęta do krytycznej analizy własnego życia z perspektywy moralnej i zobaczenia własnych wad, błędów i złych uczynków, ale także zalet i pozytywnych dokonań**
 - B. wezwanie do naprawiania szkód wyrządzonych bliskim oraz nauki współżycia z ludźmi, uznając, że konieczne jest do tego dokonanie przeglądu własnych kontaktów z innymi
 - C. odwołanie się do budowania prawdziwego braterstwa z ludźmi i Bogiem (Siłą Wyższą) poprzez wyznanie istoty błędów i znalezienie w ten sposób drogi do wsparcia, akceptacji i zmniejszenia izolacji
 - D. podkreślenie konieczności systematycznej pracy wewnętrznej nad przemianą duchową, dalsza modlitwa i medytacja są zalecane jako główne formy kontaktu z Bogiem (Siłą Wyższą) co stać się może jednym z fundamentów dalszego życia w trzeźwości, a także zrozumienie i pogodzenia się z drogą życia
51. Według T. Gorskiego nawrót jest procesem przejawiającym się progresywnym wzorcem zachowania, który reaktywowany jest przez (I):
- A. patologiczny wzorzec emocjonalny
 - B. patologiczny wzorzec myślenia
 - C. niezdolność do samoograniczania się
 - D. **objawy choroby**

52. Psychoterapia analityczna oparta na psychologii JA proponuje utworzenie głębokiego związku z terapeutą, w którym uruchomiony zostanie proces przeniesienia umożliwiający terapeutyczną regresję do wcześniejszych faz rozwojowych. Przepracowanie problemów emocjonalnych, stworzenie warunków do powstania dojrzałej formy JA, pozwala na skuteczne i samodzielne radzenie sobie z problemami życiowymi bez alkoholu. Z praktyki klinicznej wynika, że ten model psychoterapii jest wobec osoby uzależnionej mającej trudności z utrzymywaniem abstynencji:
- A. bardzo skuteczny, ale mało znany
 - B. bardzo skuteczny, ale bardzo trudny do praktycznego zastosowania
 - C. mało skuteczny
 - D. w pełni nieskuteczny
53. Jak nazywa P. Monti następujące umiejętności: przyjmowanie i mówienie komplementów, komunikowanie się niewerbalne, wyrażanie uczuć i uważne słuchanie, asertywność, przyjmowanie i wyrażanie krytyki, odmawianie picia (I):
- A. umiejętności interpersonalne
 - B. umiejętności poznawcze
 - C. umiejętności socjalne
 - D. żadne z powyższych nie jest prawdziwe
54. Za występowanie takich zjawisk jak: brak skutecznej samokontroli powstrzymującej picie, występowanie tzw. głodu alkoholowego, postępujące samozniszczenie osoby uzależnionej, koncentracja życia wokół picia alkoholu, picie pomimo pojawiających się szkód odpowiedzialne są (I):
- A. mechanizm nałogowego regulowania emocji
 - B. mechanizm iluzji i zaprzeczania
 - C. mechanizm dezintegracji Ja
 - D. wszystkie powyższe są prawdziwe
55. Pojawienie się tzw. „pragnień alkoholowych” oraz subiektywnego przymusu zaspakajania tych pragnień jest wyjaśniane przez (I):
- A. zmniejszenie ilości alkoholu w organizmie
 - B. mechanizm rozpraszania i rozdawiania „ja”
 - C. mechanizm iluzji i zaprzeczania
 - D. mechanizm nałogowego regulowania uczuć
56. Zaburzenia pracy umysłu, które obejmują selektywne spostrzeganie faktów związanych z destrukcją alkoholową, fałszywe i irracjonalne przekonania, występowanie złudzeń dotyczących własnego życia charakteryzuje (I):
- A. formalne zaburzenia myślenia
 - B. mechanizm iluzji i zaprzeczania
 - C. niedojrzałe mechanizmy obronne
 - D. zaburzenia percepcji i uwagi
57. Jakie zaburzenia psychiczne mogące aktywizować psychologiczne mechanizmy uzależnienia obserwujemy najczęściej u osób uzależnionych?
- A. formalne zaburzenia myślenia
 - B. zaburzenia dysocjacyjne
 - C. zaburzenia depresyjne i lękowe
 - D. zniekształcenia widzenia

58. Praca nad rozbrajaniem psychologicznych mechanizmów uzależnień **nie obejmuje (I)**:
A. wykrywania nałogowych schematów umysłowych i emocjonalnych
B. omawiania konfliktów wewnątrzpsychicznych
C. porządkowania i przywracania zdrowego funkcjonowania w obszarze emocji
D. zwiększania kontroli poznawczej w obszarach funkcjonowania mechanizmów
59. Pracując nad mechanizmem nałogowego regulowania uczuć we wczesnej fazie psychoterapii uzależnień dążymy z pacjentem do (I):
A. odreagowania przykrych emocji
B. głębokiej pracy nad sferą emocjonalną
C. zwiększenia rozpoznawania i kontrolowania własnych uczuć przez pacjenta
D. potęgowania przeżywanych emocji i bezpośredniego, ekspresyjnego ich wyrażania aby pacjent doświadczył poczucia winy
60. Mechanizm iluzji i zaprzeczania występujący w uzależnieniu ochrania pacjenta przed (I):
A. skonfrontowaniem się z bezsensownością życia osobistego
B. nasileniem lęku i smutku związanego ze stratami życiowymi
C. rozpoczęciem leczenia i zajęciem się swoim zdrowiem oraz poprawą kondycji fizycznej
D. świadomością faktów wskazujących na konieczność rezygnacji ze środka psychoaktywnego uśmierzającego cierpienie
61. Wzmacnianie konstruktywnych aspektów poczucia tożsamości, zwiększanie poczucia sprawczości i kompetencji w osiąganiu celów życiowych, rozwijanie pozytywnego stosunku do siebie jest związane z pracą nad (I):
A. odkrywaniem swojej tożsamości
B. osobowościowymi mechanizmami obronnymi
C. mechanizmem nałogowego regulowania uczuć
D. zdrowieniem i integracją „ja”
62. W opisaną przez Prochaskę i DiClemente koncepcji różnych etapów gotowości do zmiany zachowania **nie występuje (I)**:
A. etap przygotowania
B. etap działania
C. etap weryfikacji
D. etap utrwalania
63. Dla jakiego typu terapii typowe są sesje strukturalizowane i stosowanie metody dialogu sokratejskiego:
A. terapii strategiczno-strukturalnej
B. terapii skoncentrowanej na rozwiązaniu
C. terapii poznawczej
D. systemowej terapii par
64. Jeżeli terapeuta uważnie słucha pacjenta i jest empatyczny, podkreśla dysonans między celami klienta, jego wartościami a zachowaniem, unika sporów i konfrontacji oraz nie przeciwstawia się oporowi pacjenta, wspiera jego optymistyczne widzenie sytuacji i wiarę w siebie, stosuje w swojej interwencji (I):
A. podstawowe zasady rozmowy wspierającej
B. zaangażowanie i życzliwość
C. przekazanie pozytywnej wizji siebie
D. pięć zasad rozmowy motywującej

65. Pojawiająca się sytuacja stresowa może powodować nasilenie napięcia u osoby uzależnionej, to prowadzi do uaktywnienia się mechanizmu nałogowego regulowania emocji, osoba dąży wtedy do zlikwidowania stanu napięcia i uzyskania ulgi. Zjawisko to leży u podłoża pojawienia się u osoby uzależnionej od alkoholu (I):
A. napadu drgawkowego
B. psychozy Korsakowa
C. alkoholowego zespołu abstynencyjnego
D. **głodu alkoholu**
66. Integracyjny model psychoterapii uzależnień J. Mellibrudy i Z. Sobolewskiej- Mellibrudy korzysta z podejść (I):
A. systemowego
B. humanistycznego
C. behawioralno-poznawczego
D. **ze wszystkich wymienionych podejść**
67. Zwiększenie zdolności do: trwałego utrzymywania abstynencji, rozwiązywania problemów osobistych, prowadzenia zdrowego i konstruktywnego stylu życia oraz leczenie zaburzeń somatycznych i psychicznych to cele (I):
A. **kompleksowej pomocy pacjentowi uzależnionemu w systemie ochrony zdrowia**
B. systemowej pomocy w obszarze społecznym
C. integracyjnej psychoterapii
D. psychoterapii poznawczo-behawioralnej
68. W pierwszej fazie terapii pacjenta uzależnionego zobowiązanego do leczenia szczególną uwagę zwracamy na:
A. wzmacnianie motywacji do leczenia
B. problemy emocjonalne związane z sytuacją zobowiązania do leczenia
C. zmianę destrukcyjnych zachowań i postaw, które utrudniają terapię
D. **wszystkie powyższe**
69. Która z cech **nie predysponuje** do patologicznego używania substancji (I):
A. słaba motywacja do kontroli zachowania
B. obniżona tolerancja frustracji
C. poszukiwanie pobudzenia i impulsywność
D. **dojrzałość emocjonalna**
70. W diagnozie problemowej nałogowego używania komputerów i Internetu można wyróżnić 3 fazy rozwoju nałogu (I):
A. koncentracji na komputerze, odstawienia komputera, powrotu do grania
B. izolacji, rezygnacji z grona przyjaciół, uzależnienia
C. eksperymentowania, szkodliwego używania, uzależnienia
D. **zaangażowania, zastępowania, ucieczki**

71. W strategii pracy nad uznaniem bezsilności wobec alkoholu spotykamy się z tzw. „paradoksem kontroli”. Polega on na tym, że (I):
- A. paradoks kontroli to zjawisko, które występuje u alkoholików, którym udało się kilkakrotnie powstrzymać dalsze picie i nie upili się
 - B. pacjent uświadamiając sobie utratę kontroli nad pićciem, uczy się kontrolowania swojej abstynencji
 - C. próby ratowania kontroli dają alkoholikowi impuls do przeżywania samowystarczalności i niezależności, często pychy i fałszywego poczucia mocy
 - D. alkoholicy, którzy nieadekwatnie reagują na swoje poczucie winy po nadużyciu alkoholu, wzmacniają swoją kontrolę, aby nie dopuścić do kolejnej sytuacji utraty kontroli nad pićciem
72. W opracowanym przez Castera modelu rozwoju patologicznego hazardu występują charakterystyczne fazy (I):
- A. eksperymentowania, szkodliwego grania, uzależnienia
 - B. ekscytacji, defraudacji, pograżenia
 - C. grania regularnego, marzeniowego planowania wygranej, rozczarowania
 - D. zwycięstw, strat, desperacji, utraty nadziei
73. Warunkiem koniecznym do powstania uzależnienia od alkoholu jest (I):
- A. picie alkoholu w ilości większej niż normy ustalone dla picia ryzykownego
 - B. współwystępowanie czynników biologicznych i genetycznych oraz spożywanie alkoholu niezależnie od norm ilościowych
 - C. współwystępowanie czynników biologicznych, psychologicznych i środowiskowych oraz spożywanie alkoholu bez określania i kontrolowania jego ilości
 - D. współwystępowanie czynników społecznych i psychologicznych oraz spożywanie alkoholu w ilości przekraczającej normy dla picia ryzykownego
74. Biologicznymi czynnikami ryzyka uzależnienia od alkoholu są (I):
- A. grupa krwi, wysoki poziom tolerancji na alkohol, duża intensywność reakcji awersyjnej
 - B. niski poziom tolerancji na alkohol, mała intensywność reakcji awersyjnej na alkohol, duża intensywność euforyzującego działania alkoholu
 - C. grupa krwi, temperament, duża intensywność reakcji awersyjnej
 - D. wysoki poziom tolerancji na alkohol, mała intensywność reakcji awersyjnej na alkohol, duża intensywność euforyzującego działania alkoholu
75. Występowanie u osoby pijącej tzw. „mocnej głowy” może (jako jeden z czynników biologicznych) powodować (I):
- A. zmniejszenie ryzyka uzależnienia niezależnie od tego, czy osoba pije w towarzystwie, czy w samotności
 - B. zmniejszenie ryzyka uzależnienia, pod warunkiem, że osoba nie zacznie pić w samotności
 - C. zwiększenie ryzyka uzależnienia tylko wtedy, gdy osoba zacznie pić w samotności
 - D. zwiększenie ryzyka uzależnienia niezależnie od tego, czy osoba pije w towarzystwie czy w samotności

76. Działanie mechanizmu nałogowego regulowania uczuć polega na następujących procesach (I):
- A. wzroście napięcia i pragnienia ulgi, uśmierzaniu przez alkohol przykrych stanów emocjonalnych, zwiększaniu odporności na cierpienie, zwiększaniu odporności na monotonię
 - B. wzroście napięcia i pragnienia ulgi, zwiększaniu przez alkohol przykrych stanów emocjonalnych, zwiększaniu odporności na cierpienie, zmniejszaniu odporności na monotonię
 - C. wzroście napięcia i pragnienia ulgi, uśmierzaniu przez alkohol przykrych stanów emocjonalnych, obniżaniu się odporności na cierpienie, zmniejszaniu tolerancji na monotonię
 - D. wzroście napięcia i pragnienia ulgi, zwiększaniu przez alkohol przykrych stanów emocjonalnych, zmniejszaniu odporności na cierpienie, zwiększaniu odporności na monotonię
77. Podstawowe funkcje mechanizmu iluzji i zaprzeczeń to (I):
- A. ułatwianie zapominania przykrych wspomnień z dzieciństwa, koloryzowanie ich, podnoszenie poczucia własnej wartości
 - B. zaprzeczanie niewygodnym faktom, tworzenie urojeń i halucynacji po wypiciu alkoholu, tworzenie przekonań umożliwiających dalsze picie
 - C. tworzenie przekonań umożliwiających dalsze picie, usuwanie ze świadomości niewygodnych informacji, doraźne chronienie poczucia własnej wartości
 - D. tworzenie destrukcyjnych schematów osobowościowych, łagodzenie złości i innych przykrych stanów emocjonalnych, zapominanie przykrych zdarzeń z dzieciństwa
78. Wypowiedź pacjenta uzależnionego: „W mojej sytuacji wypicie jest jedynym możliwym wyjściem” jest (I):
- A. odwracaniem uwagi
 - B. intelektualizowaniem
 - C. racjonalizowaniem
 - D. obwinianiem innych
79. Wypowiedź pacjenta uzależnionego: „W porównaniu z problemem alkoholizmu w USA problem ten w Polsce nie znajduje adekwatnego rozwiązania, nie wiem więc jaka terapia i kiedy będzie dla mnie najbardziej adekwatna” jest (I):
- A. racjonalizowaniem
 - B. odwracaniem uwagi
 - C. intelektualizowaniem
 - D. obwinianiem innych
80. Wypowiedź pacjenta uzależnionego: „Może nie zrobiłem tego zadania, ale spójrzcie na Jana, który patrzy przez okno, jakby wszystko lekceważył” jest (I):
- A. obwinianiem innych
 - B. odwracaniem uwagi
 - C. intelektualizowaniem
 - D. racjonalizowaniem

81. Wypowiedź pacjenta uzależnionego: „Gdybym nie miał ojca alkoholika, to bym nie pił” jest (I):
A. obwinianiem innych
B. odwracaniem uwagi
C. intelektualizowaniem
D. racjonalizowaniem
82. „Nałogowa logika” to (I):
A. system obsesyjnych przekonań o zdradzie i szukanie jej dowodów występujące u alkoholików z zespołem Otella
B. urojenia paranoidalne dotyczące przekonań o wrogim nastawieniu innych ludzi
C. system autodestrukcyjnych schematów tworzący negatywny obraz siebie
D. system przekonań zwalniających z odpowiedzialności i działania w sprawie własnych problemów
83. Szczególnie istotne zjawiska związane z pićem alkoholu przez osobę uzależnioną, wywierające wpływ na funkcjonowanie struktury JA, to (I):
A. przeżywanie stanów euforii i złości pod wpływem alkoholu
B. palimpsesty i zaburzenia pamięci
C. doświadczenie zmian stanu świadomości i tożsamości pod wpływem alkoholu
D. traumy przeżyte w dzieciństwie w rodzinie z problemem alkoholowym
84. Najważniejsze procesy funkcjonowania mechanizmu rozpraszania i rozdwaniania JA to (I):
A. polaryzacja obrazu JA, tendencje autodestrukcyjne, utrata kontroli nad emocjami
B. polaryzacja JA, zacieranie granic JA i poczucie pustki wewnętrznej
C. tendencje autodestrukcyjne, konflikt między JA idealnym a realnym, zacieranie granic JA
D. poczucie pustki wewnętrznej, regulowanie emocji przy pomocy alkoholu, dysonans poznawczy dotyczący obrazu JA
85. Najważniejsze dla funkcjonowania osoby uzależnionej skutki działania mechanizmu rozpraszania i rozdwaniania Ja to (I):
A. picie alkoholu, powstanie alkoholowej wizji świata, nałogowe regulowanie emocji
B. biegunowy sprzeczny obraz Ja, nałogowa logika, osłabienie zdolności do podejmowania i realizacji decyzji
C. brak oparcia w sobie i we własnej hierarchii wartości, biegunowy sprzeczny obraz JA, powstanie osobowości zależnej
D. osłabienie zdolności do podejmowania i realizowania decyzji, biegunowy sprzeczny obraz siebie, brak oparcia w sobie i we własnej hierarchii wartości
86. Polaryzacja JA powstała w wyniku działania mechanizmu rozpraszania i rozdwaniania JA dotyczy (I):
A. Ja idealnego i Ja realnego, Ja silnego i Ja onnipotentnego, systemu dumy i kontroli
B. systemu dumy i kontroli, Ja wartościowego i Ja atrakcyjnego, wewnętrznego dziecka i rodzica
C. Ja złego i Ja dobrego, Ja słabego i Ja onnipotentnego, Ja bezwartościowego i Ja atrakcyjnego
D. Ja złego i Ja dobrego, Ja idealnego i Ja realnego, Okrutnego Krytyka Wewnętrznego

87. Rozmywanie się poczucia JA w stanach zmienionej świadomości powoduje (I):
A. powstawanie palimpsestów i urojeń
B. rozpraszenie granic struktury Ja
C. doświadczenia mistyczne i przyczynia się do rozwoju osobistego
D. zespół abstynencyjny po zaprzestaniu picia
88. Proces, który tworzy u osoby uzależnionej głód alkoholu i emocjonalną izolację pacjenta od zewnętrznego świata to (I):
A. mechanizm iluzji i zaprzeczania
B. mechanizm nałogowego regulowania uczuć
C. głód alkoholowy
D. deficyt umiejętności radzenia sobie z napięciem emocjonalnym
89. Funkcjonowanie mechanizmu iluzji i zaprzeczania polega na (I):
A. tworzeniu fałszywych i irracjonalnych przekonań, tworzeniu „nałogowej logiki”, powstawaniu osobowości zależnej, tworzeniu złudnych pozytywnych wizji życia z alkoholem
B. selektywnej percepcji faktów związanych z destrukcją alkoholową, tworzeniu złudnych wyobrażeń dotyczących przeszłości i przyszłości, polaryzacji obrazu siebie i braku zrozumienia siebie, utraty kontroli nad piciem
C. utrudnianiu rozpoznawania destrukcji alkoholowej, tworzeniu urojeń dotyczących zdrady małżeńskiej, tworzeniu fałszywych i irracjonalnych przekonań, tworzeniu przymusu picia
D. utrudnianiu rozpoznawania destrukcji alkoholowej, tworzeniu złudnych pozytywnych wizji życia z alkoholem, ograniczeniu zdolności do rozpoznawania własnych stanów emocjonalnych, tworzeniu irracjonalnych przekonań i nałogowych sposobów rozumowania
90. Funkcjonowanie mechanizmu rozpraszenia i rozdławiania JA polega na (I):
A. tworzeniu biegunowych wersji siebie, obniżaniu tolerancji na monotonię, rozpraszeniu granic Ja
B. tworzeniu złudnych wyobrażeń dotyczących przeszłości, przyszłości i teraźniejszości, polaryzacji obrazu Ja, trudności w realizacji decyzji
C. ograniczeniu zdolności do rozpoznawania specyfiki własnych stanów emocjonalnych, tworzeniu podwójnego obrazu Ja, dezintegracji struktury Ja
D. uszkodzeniu zdolności do kierowania własnym postępowaniem, tworzeniu biegunowych wersji Ja, zacieraniu granic Ja
91. Które z następujących twierdzeń jest prawdziwe (I):
A. objawy depresyjne mogą być spowodowane tylko taką chorobą afektywną jaką jest depresja
B. objawy depresji są podstawową przyczyną uzależnienia
C. depresja u osób uzależnionych jest skutkiem działania mechanizmu iluzji i zaprzeczeń
D. picie alkoholu może wywołać objawy depresyjne

92. Destrukcyjna orientacja życiowa jaka występuje u osób uzależnionych obejmuje następujące zjawiska (**I**):
- A. tendencje autodestrukcyjne, myśli i próby samobójcze, mechanizm rozpraszania i rozdawania Ja
 - B. destrukcyjne schematy relacji międzyludzkich, tendencje autodestrukcyjne, destrukcja systemu wartości**
 - C. destrukcję systemu wartości, mechanizm nałogowego regulowania uczuć, objawy depresyjne
 - D. osobowość aspołeczną, mechanizm iluzji i zaprzeczania, zachowania autodestrukcyjne
93. Tendencje autodestrukcyjne występujące u osób uzależnionych od alkoholu są (**I**):
- A. skutkiem działania psychologicznych mechanizmów uzależnienia
 - B. czynnikiem nie mającym wpływu na psychologiczne mechanizmy uzależnienia
 - C. czynnikiem aktywizującym psychologiczne mechanizmy uzależnienia**
 - D. elementem mechanizmu nałogowego regulowania uczuć
94. Wrogość, agresywne nastawienia interpersonalne, wycofywanie, izolowanie się, to przykłady:
- A. działania mechanizmu nałogowego regulowania uczuć
 - B. destrukcyjnych schematów relacji interpersonalnych**
 - C. deficytów umiejętności interpersonalnych
 - D. cechy osobowości zależnej
95. Najczęściej występujące u osób uzależnionych problemy emocjonalne to (**I**):
- A. dwubiegunowy obraz Ja, traumy z dzieciństwa, osobowość chwiejna emocjonalnie
 - B. choroby psychiczne, kłopoty wynikające z naruszenia prawa, poczucie winy i wstydu
 - C. nadmiarowa złość, poczucie winy i wstydu, lęk i smutek**
 - D. inne uzależnienia chemiczne, agresywne zachowania, poczucie winy i wstydu
96. Nieumiejętność komunikowania się to przykład (**I**):
- A. problemów emocjonalnych
 - B. działania mechanizmu iluzji i zaprzeczania
 - C. deficytu umiejętności interpersonalnych**
 - D. deficytu umiejętności zadaniowych
97. Nieumiejętność samoobserwacji i rozumienia swoich uczuć to przykład (**I**):
- A. deficytu umiejętności asertywnych
 - B. deficytu umiejętności intrapersonalnych**
 - C. tendencji autodestrukcyjnej
 - D. utraty kontroli nad swoim życiem
98. Najważniejsze czynniki środowiskowe aktywizujące psychologiczne mechanizmy uzależnienia to (**I**):
- A. sytuacje podwyższonego ryzyka, problemy emocjonalne, środowisko osób pijących
 - B. sytuacje podwyższonego ryzyka, trwałe uszkodzenia ważnych relacji społecznych, negatywne konsekwencje społeczne picia**
 - C. destrukcyjne schematy relacji międzyludzkich, osobowość aspołeczna, negatywne konsekwencje zdrowotne picia
 - D. destrukcyjne schematy osobowościowe, destrukcja systemu wartości, problemy związane ze zdrowiem

99. Wg R. Baumeistera proces załamywania się zdolności do samokontroli u osób uzależnionych obejmuje:
- A. mechanizm iluzji i zaprzeczeń, nieprawidłowo ukierunkowaną regulację zachowań, efekt „śnieżnej kuli”, głód alkoholowy
 - B. dysfunkcjonalne standardy osobiste dotyczące picia, osłabioną siłę ego, poczucie niższej wartości, brak umiejętności asertywnych
 - C. wadliwe monitorowanie zachowania, wyczerpanie siły osobistej, nieprawidłowo ukierunkowaną regulację, dysfunkcjonalne standardy osobiste dotyczące picia
 - D. system dumy i kontroli, wyczerpanie siły osobistej, stereotypy i mity dotyczące picia alkoholu, efekt „śnieżnej kuli”
100. Niezdolność sprawowania skutecznej kontroli nad piciem przez osobę uzależnioną jest spowodowana przede wszystkim (I):
- A. działaniem mechanizmu iluzji i zaprzeczeń
 - B. działaniem psychologicznych mechanizmów uzależnienia
 - C. uszkodzeniami organicznymi centralnego układu nerwowego
 - D. deficytami umiejętności odmawiania picia
101. Mechanizm iluzji i zaprzeczania i mechanizmy obronne w nerwicy:
- A. są zupełnie różnymi zjawiskami i nie można ich ze sobą porównywać pod żadnym względem
 - B. są takie same, różnią się tylko metodami terapeutycznymi, którymi można na nie oddziaływać
 - C. bronią osobę przed uświadomieniem sobie wewnętrznych konfliktów a pod wszystkimi innymi aspektami bardzo się różnią
 - D. wywodzą się z mechanizmów zaradczych i obejmują podobne czynności psychiczne, chociaż też znacząco się różnią
102. Różnice między psychologicznymi mechanizmami uzależnienia a mechanizmami zaburzeń nerwicowych obejmują:
- A. genezę, rodzaje czynności poznawczych zniekształcających rozumienie, zaburzenia osobowości,
 - B. genezę, cel działania, sposób regulacji emocji, treść zniekształceń poznawczych
 - C. sposób regulacji emocji, cel działania, poziom umiejętności intra- i interpersonalnych
 - D. treść zniekształceń poznawczych, genezę, poziom integracji struktury Ja
103. Podstawowe i optymalne cele terapii osób uzależnionych w psychoterapii uzależnienia (skoncentrowanej na abstynencji) to (I):
- A. zwiększenie zdolności do utrzymywania abstynencji, leczenie chorób somatycznych będących skutkiem nadużywania alkoholu, psychoterapia DDA
 - B. zwiększenie zdolności do utrzymywania abstynencji, współpraca z ruchem abstynenckim i AA, zwiększenie zdolności do prowadzenia zdrowego życia
 - C. zwiększenie zdolności do utrzymywania abstynencji, nauczenie zachowań asertywnych, psychoterapia DDA
 - D. zwiększenie zdolności do utrzymywania abstynencji, zwiększenie zdolności do rozwiązywania problemów osobistych, zwiększenie zdolności do prowadzenia zdrowego życia

104. W integracyjnej psychoterapii uzależnień (I):
- A. nie ma żadnych odniesień do programu 12 Kroków AA, ponieważ jest to ruch samopomocowy
 - B. uwzględnia się filozofię i model samopomocowy w całej pracy terapeutycznej nad wszystkimi tematami i problemami osób uzależnionych
 - C. program 12 kroków AA uwzględnia się zasadniczo w pracy nad rozbrajaniem mechanizmu iluzji i zaprzeczania
 - D. program 12 kroków AA uwzględnia się przede wszystkim w pracy nad uznaniem bezsilności wobec alkoholu
105. Najważniejsze kierunki pracy nad uznaniem bezsilności wobec alkoholu to (I):
- A. przekonanie o utracie kontroli nad pićciem, nauka radzenia sobie z głodem alkoholowym, zmiana stereotypów i mitów na temat alkoholu
 - B. przekonanie się o utracie kontroli nad pićciem, paradoksalna zmiana w poczuciu mocy osobistej, zwiększanie zdolności do korzystania z pomocy
 - C. zwiększenie motywacji do udziału w ruchu AA, przekonanie o utracie kontroli nad pićciem, rozpoznawanie szkód
 - D. przeżycie poczucia bezsilności, uznanie braku kontroli nad swoim życiem, zaprzestanie snucia nierealnych marzeń na temat swojego dalszego życia
106. Przy przyjmowaniu pacjentów do terapii grupowej terapeuta powinien (I):
- A. wyjaśnić zasady terapii grupowej oraz normy panujące w grupie
 - B. ustalić kontrakt dotyczący m.in. regularnych obecności
 - C. wzbudzić oczekiwania w jaki sposób grupa może być pomocna
 - D. wszystkie powyższe
107. Cele prowadzenia programów terapeutycznych na oddziałach dziennych i stacjonarnych muszą uwzględniać (I):
- A. przywrócenie właściwego poziomu funkcjonowania psychologicznego
 - B. korektę nie przystosowawczych strategii interpersonalnych
 - C. wsparcie dążenia pacjentów do opanowania nowych umiejętności zadaniowych i mechanizmów radzenia sobie w sytuacjach społecznych
 - D. wszystkie powyższe
108. W procesie zmiany poprzez psychoterapię Prochaska i DiClemente wyodrębnili kilka skutecznych katalizatorów zmian. Wskaż właściwe dla stadium zmiany „kontemplacja”:
- A. podniesienie świadomości, ponowna ocena środowiska, wzbudzanie emocji, radykalna zmiana
 - B. poszerzenie świadomości, wzbudzanie emocji, ponowna ocena, wspierające relacje
 - C. samowyzwolenie, przeciwwarunkowanie, pomocne relacje
 - D. pomocne relacje, ponowna ocena, samowyzwolenie, zarządzanie pozytywnymi wzmocnieniami

109. Podstawowe zadania w pracy terapeutycznej nad mechanizmem nałogowego regulowania uczuć to (I):
- A. rozpoznawanie i kontaktowanie się z emocjami, przepracowanie traum z dzieciństwa, zwiększenie odporności na cierpienie i stres
 - B. uczenie się zdrowych sposobów poszukiwania pozytywnych uczuć, nauka zachowań asertywnych, praca nad nałogowym kontaktowaniem się ze złością
 - C. rozpoznawanie dwubiegunowego obrazu Ja, rozwijanie zdolności do radzenia sobie ze stresem, praca nad nałogowym kontaktowaniem się ze złością
 - D. rozpoznawanie i kontaktowanie się z emocjami, zwiększanie odporności na cierpienie, uczenie się zdrowych sposobów poszukiwania pozytywnych uczuć i radzenia sobie ze stresem
110. W pracy nad przymusem picia koncentrujemy się przede wszystkim na (I):
- A. zaprzestaniu zaprzeczania negatywnym skutkom picia i budowie tożsamości alkoholika
 - B. powstrzymaniu automatycznej przemianie przykrych uczuć w pragnienie alkoholu
 - C. powstrzymaniu postępującej dezintegracji struktury Ja i zwiększaniu zdolności do realizacji decyzji o abstynencji
 - D. odreagowywaniu złości i innych przykrych emocji, które przyczyniają się do powstawania głodu alkoholowego
111. Mechanizm iluzji i zaprzeczeń różni się od mechanizmów obronnych w nerwicy głównie tym, że:
- A. chroni przed lękiem związanym z obecnością w psychice pacjenta zagrażających treści
 - B. chroni przed świadomością wewnętrznych konfliktów pacjenta dotyczących abstynencji
 - C. chroni przed świadomością faktów mówiących o konieczności rezygnacji z picia
 - D. chroni przed uświadomieniem sobie nieodpartego pragnienia picia
112. Praca nad mechanizmem iluzji i zaprzeczania powinna być prowadzona (I):
- A. w sposób jednoznacznie dyrektywny i konfrontacyjny, by nie wzmacniać tego mechanizmu
 - B. w sposób niedyrektywny, umożliwiający pacjentowi samodzielną zmianę myślenia
 - C. w sposób dyrektywny i konfrontujący, ale w atmosferze wsparcia i bezpieczeństwa
 - D. żadna z odpowiedzi nie jest prawidłowa
113. W pracy nad rozbrajaniem mechanizmu iluzji i zaprzeczania koncentrujemy się przede wszystkim na (I):
- A. zwiększaniu zdolności pacjenta do rozpoznawania i kontrolowania sygnałów ostrzegawczych nawrotu i uczeniu radzenia sobie ze stresem
 - B. zwiększaniu zdolności pacjenta do rozpoznawania destrukcyjnych przekonań wyniesionych z rodziny alkoholowej i zmienianiu ich
 - C. zwiększaniu zdolności pacjenta do lepszego rozumienia siebie i uczeniu dbania w konstruktywny sposób o swoje potrzeby
 - D. zwiększaniu zdolności pacjenta do rozpoznawania i kontrolowania działania tego mechanizmu i zmianie jego poznawczych zniekształceń
114. Dwanaście tradycji Anonimowych Alkoholików Bill W. nazywał (I):
- A. dwunastoma prawami którymi rządzi się miting
 - B. dwunastoma kamieniami milowym w historii AA
 - C. dwunastoma punktami zabezpieczającymi naszą przyszłość
 - D. żadnymi z powyższych

115. W kontrakcie grupy terapeutycznej pacjenci umawiają się na to że:
- A. będą spontanicznie wyrażać swoje emocje, nawet w sposób agresywny
 - B. nie będą wypowiadać się wtedy, gdy będą zdenerwowani
 - C. będą obecni nawet wtedy, gdy będą chorzy
 - D. nie będą przerywać innym w trakcie ich wypowiedzi
116. "Uzależnienia mają swoje źródła w nieuświadomionych tendencjach autodestrukcyjnych związanych z fiksacją rozwoju psychoseksualnego jednostki w fazie oralnej bądź analnej i stanowią przejaw stłumionego konfliktu między libido a agresją" – to jedno założenie przyjęte w koncepcji:
- A. egzystencjalnej
 - B. behawioralno poznawczej
 - C. psychoanalitycznej/ psychodynamicznej
 - D. strategiczno-strukturalnej
117. Mówiąc o specyfice uzależnienia od alkoholu u kobiet wymienia się m.in. (I):
- A. częstsze niż u mężczyzn występowanie objawów depresji lub stanów lękowych
 - B. szybsze niż u mężczyzn występowanie objawów marskości wątroby i „teleskopowy” rozwój uzależnienia
 - C. częściej późniejszy wiek początku nadużywania alkoholu
 - D. wszystkie powyższe
- 118.
119. Które z niżej wymienionych technik psychoterapii poznawczej depresji Becka mają zastosowanie w psychoterapii osób uzależnionych o ograniczonych możliwościach poznawczych:
- A. stopniowe wyznaczanie zadań („terapia sukcesu”)
 - B. tworzenie rozkładu aktywności (dzienny plan działań)
 - C. polemika z automatycznymi myślami („technika podwójnej kolumny”)
 - D. a i b są poprawne
120. Określenie stopnia nasilenia objawów zespołu uzależnienia od alkoholu dla terapeuty uzależnień ma znaczenie w trakcie (I):
- A. ustalania poprawnej diagnozy uzależnienia
 - B. zbudowania indywidualnego planu terapii
 - C. uświadomienia pacjentowi stopnia zaawansowania choroby
 - D. wszystkie powyższe są prawdziwe
121. Pragnienie alkoholu w koncepcji psychologicznych mechanizmów uzależnienia jest (I):
- A. napięciem doświadczanym w sytuacji trudnej
 - B. wypadkową pozytywnych oczekiwań wobec efektu picia oraz doświadczanych przykrych stanów emocjonalnych
 - C. pragnieniem natychmiastowego doznania ulgi
 - D. obniżoną odpornością na cierpienie

122. Identyfikacja i modyfikacja przekonań, które wzmacniają pragnienie picia oraz zmiana negatywnych stanów emocjonalnych prowadzących do używania alkoholu są charakterystyczne w szczególności dla:
- A. modelu strategiczno-strukturalnej terapii uzależnienia od alkoholu
 - B. modelu Minnesota
 - C. podejścia poznawczego**
 - D. żadnego z wyżej wymienionych
123. Fazy rozwoju nałogowego używania komputera bądź Internetu wg Kimberly S. Young, to (I):
- A. fazy - zaangażowania, zastępowania, ucieczki**
 - B. fazy - eksperymentowania, pogrążania się, pochłonięcia
 - C. fazy - zaznajamiania się, wycofywania, destrukcji
 - D. fazy - przeglądania informacji, wielogodzinnego grania w gry, wchodzenia na strony pornograficzne
124. Według J. Mellibrudy strategie pracy nad radzeniem sobie z nawrotami dotyczą (I):
- A. diagnozowania dotychczasowego przebiegu nawrotu i uczenia budowania optymalnej więzi z grupą
 - B. prowadzenia z pacjentem sesji wsparcia psychospołecznego i monitorowania realizacji kontraktu po jego renegocjacji
 - C. uczenia wczesnego rozpoznawania sygnałów nawrotu i trenowania umiejętności skutecznego radzenia sobie z czynnikami ryzyka**
 - D. ustalenia dla pacjenta planu udziału w mitingach AA i bieżącej analizy dzienniczka uczuć
125. Zgodnie z art. 50 Ustawy z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535) tajemnica zawodowa dotyczy terapeutów uzależnień jak i wszystkich osób mających do czynienia z leczeniem odwykowym (pozostały personel także). Komu można przekazać informacje o pacjencie oraz treść jego wypowiedzi (I)?
- A. nikomu
 - B. lekarzowi sprawującemu opiekę nad pacjentem oraz pracownikowi opieki społecznej (w zakresie jej niezbędnym)
 - C. służbom ochrony państwa (w zakresie jej niezbędnym)
 - D. wymienionym w punkcie b i c**
126. Wobec osoby zobowiązanej do podjęcia leczenia odwykowego i skierowanej do placówki odwykowej oraz przyjętej do niej na podstawie postanowienia sądu (*art. 26 „Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi”*):
- A. możemy stosować przymus pośredni i bezpośredni (podanie leków, unieruchomienie, przytrzymanie itp.) ale tylko w obecności policji
 - B. stosują się te same zasady leczenia jak do pacjentów dobrowolnych poza zwolnieniem ich z wymogu podpisania zgody na hospitalizację w dokumentacji medycznej**
 - C. musimy przyjmować i leczyć niezależnie od jej stanu trzeźwości
 - D. stosują się te same zasady leczenia jak do pacjentów dobrowolnych, jednak o wypisie, przepustkach itp. decyduje sąd

127. Kiedy pacjent zobowiązany przez Sąd do leczenia odwykowego w trybie stacjonarnym oddali się samowolnie z placówki to (I):
- A. należy wpisać go na czarną listę i więcej już nie przyjmować, ponieważ koszty jego leczenia są zbyt wysokie
 - B. odmówić kolejnego przyjęcia do placówki
 - C. **przyjąć ponownie tyle razy ile jest niezbędne do ukończenia programu, zmiany postanowienia, czy ustania obowiązku oraz zawiadomić sąd, który nałożył obowiązek**
 - D. powiadomić Policję i podjąć czynności poszukiwawcze, ponieważ placówka odpowiada za jego bezpieczeństwo i zdrowie przez wyznaczony prawnie okres pobytu
128. O czym mówi **art. 72** Kodeksu Karnego w sprawie osób uzależnionych (I)?
- A. dotyczy tzw. detencji, czyli leczenia odwykowego w warunkach stacjonarnych osób które mają wyrok za przestępstwo popełnione pod wpływem alkoholu
 - B. **zawieszając wykonanie kary Sąd nakłada obowiązek na skazanego do poddania się leczeniu, w szczególności odwykowemu lub rehabilitacyjnemu**
 - C. dotyczy dobrowolnego poddania się karze przez osobę uzależnioną od alkoholu za naruszenie prawa pod wpływem alkoholu
 - D. dotyczy ustanowienia dozoru nad osobą uzależnioną od alkoholu, która została skazana za naruszenie prawa pod wpływem alkoholu
129. Kodeks Karny w § 16 art. 115 stwierdza, że stan nietrzeźwości w rozumieniu Kodeksu zachodzi wtedy gdy (I):
- A. zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,2‰ albo prowadzi do stężenia przekraczającego te wartości
 - B. **zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5‰ albo prowadzi do stężenia przekraczającego te wartości**
 - C. zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,9‰ albo prowadzi do stężenia przekraczającego te wartości
 - D. zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,8‰ albo prowadzi do stężenia przekraczającego te wartości
130. Odpowiedzialność karna za przestępstwa popełnione pod wpływem alkoholu wg Kodeksu Karnego (I):
- A. jest całkowicie zniesiona zgodnie z art. 31 § 3
 - B. jest częściowo zniesiona zgodnie z art. 31 § 3
 - C. **nie ma żadnego zniesienia i złagodzenia kary dla sprawców, którzy wprawiają się w stan nietrzeźwości zgodnie z art. 31 § 3**
 - D. jest zniesiona warunkowo, o ile sprawca podda się leczeniu odwykowemu zgodnie z art. 31 § 3
131. Zgodnie z art. 12a Ustawy z dnia 19.07.2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. Nr 180, poz. 1493 z późn. zm.) prawo do odebrania dziecka z rodziny w razie bezpośredniego zagrożenia jego życia lub zdrowia przysługuje:
- A. terapeutom uzależnień wspólnie z funkcjonariuszem policji
 - B. **pracownikowi socjalnemu wspólnie z funkcjonariuszem policji, lekarzem lub ratownikiem medycznym lub pielęgniarką**
 - C. pedagogowi szkolnemu wspólnie z funkcjonariuszem policji
 - D. pracownikowi socjalnemu wspólnie z terapeutą uzależnień

132. Czy w polskim prawodawstwie zapewniona jest ochrona ofiarom przemocy w rodzinie, np. czy sąd może wydać zakaz zbliżania się sprawcy do swoich ofiar (I)?
A. nie ma takiej możliwości, jest to działanie z filmów amerykańskich
B. jest możliwe jedynie aresztowanie sprawcy na czas postępowania
C. jest taka możliwość, aby zastosować taki zakaz jako środek zapobiegawczy lub probacyjny
D. jest to możliwe, nawet do 5 lat, jedynie po skazaniu sprawcy jako środek probacyjny
133. W ramach przeciwdziałania przemocy w rodzinie stosowane są procedury tzw. Niebieskich Kart. Zaznacz odpowiedź, która odnosi się do **nieistniejącej** procedury (I):
A. Niebieska Karta dla Policji
B. Niebieska Karta dla lekarzy
C. Niebieska Karta dla Pracodawców i Urzędników Państwowych
D. Niebieska Karta dla GKRPA i OPS
134. Zgodnie z zapisami Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, osoby które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od pracy albo systematycznie zakłócają spokój i porządek publiczny (I):
A. kieruje się na przymusowe leczenie odwykowe
B. kieruje się na badanie biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego
C. kieruje się do Ośrodka Pomocy Społecznej celem uzyskania pomocy terapeutycznej potrzebnej do zatrzymania nadużywania alkoholu
D. żadne z powyższych
135. Kto przyczynił się do uznania alkoholików za osoby chore (I)?
A. Bob Smith i Bill Wilson 1933
B. E.M. Jellinek 1942
C. T. Gorski 1952
D. R. Cloninger 1954
136. Psychoterapia współuzależnienia jest potrzebna (I):
A. każdemu dorosłemu członkowi rodziny alkoholowej
B. tylko osobom, które mieszkają z osobą uzależnioną, która jest też sprawcą przemocy
C. tylko tym partnerom osób uzależnionych, którzy pochodzą z rodzin alkoholowych i mają z tego powodu problemy emocjonalne
D. osobom, które w destrukcyjny sposób przystosowały się do patologicznej sytuacji w związku z osobą uzależnioną
137. Wg T. L. Cermaka współuzależnienie jest:
A. przejawem osobowości zależnej
B. chorobą powstającą w wyniku życia z alkoholikiem i powodującą podobne objawy jak u osób uzależnionych
C. specyficznym zaburzeniem osobowości
D. zaburzeniem emocjonalnym podobnym do nerwicy lękowej

138. Prawidłowa kolejność korzystania z psychoterapii w przypadku żony alkoholika, która sama jest uzależniona od leków oraz ma cechy syndromu DDA to **(I)**:
- A. 1. psychoterapia uzależnienia, 2. psychoterapia DDA, 3. psychoterapia współzależnienia
 - B. kolejność nie ma znaczenia, byle trafiła do dobrego psychoterapeuty
 - C. 1. psychoterapia uzależnienia, 2. psychoterapia współzależnienia, 3. psychoterapia DDA
 - D. 1. psychoterapia DDA, 2. psychoterapia współzależnienia, 3. psychoterapia uzależnienia
139. W rozumieniu współzależnienia jako adaptacji do patologicznej sytuacji w związku, istotą współzależnienia jest **(I)**:
- A. nadmiarowe przeżywanie przykrych uczuć: złości, lęku, poczucia winy, poczucia niższej wartości
 - B. posiadanie określonych cech osobowości, takich jak: nadodpowiedzialność, nadopiekuńczość, skłonność do nadkontroli
 - C. utrwalony sposób przystosowania do długotrwałego stresującego związku
 - D. odtworzenie patologicznych wzorów relacji z rodziny pierwotnej
140. Którą z przedstawionych niżej żon alkoholików można zakwalifikować do podstawowego programu psychoterapii współzależnienia **(I)** :
- A. W. jest aktualnie ofiarą przemocy fizycznej ze strony pijącego męża, ale wierzy, że mąż ją kocha i jak przestanie pić, to się zmieni
 - B. X. była przed laty ofiarą przemocy ze strony męża, udało jej się zatrzymać przemoc ze strony męża, ale mąż nie podjął leczenia i nadal pije
 - C. Y. rozwiodła się 5 lat temu z mężem alkoholikiem, ale nie może uwolnić się od ustawicznego wspomniania męża i przeżywa stany lękowe
 - D. Z. jest uzależniona od leków, ale twierdzi, że używa je wyłącznie po to, by wytrzymać w małżeństwie z pijącym mężem
141. W rozumieniu współzależnienia jako adaptacji do patologicznej sytuacji w związku rozpoznajemy współzależnienie **(I)**:
- A. tylko u osoby, która jest obecnie w związku z osobą uzależnioną, która jest też sprawcą przemocy
 - B. tylko u osoby, która jest obecnie w związku z osobą uzależnioną i ma destrukcyjny sposób przystosowania się do tego układu
 - C. u każdej osoby, która jest w aktualnym małżeństwie z alkoholikiem dłużej niż 2 lata
 - D. także u osoby, która od lat nie żyje w związku z alkoholikiem ale nadal cierpi na zaburzenia emocjonalne
142. W pierwszym etapie podstawowej fazy integracyjnej psychoterapii współzależnienia zasadniczym kierunkiem pracy jest **(I)**:
- A. praca nad zdobywaniem orientacji w aktualnej sytuacji życiowej pacjentki
 - B. zatrzymanie przemocy
 - C. praca nad odreagowaniem przykrych emocji
 - D. wgląd dotyczący relacji z ojcem i matką

143. W drugim etapie podstawowej fazy integracyjnej psychoterapii współzależnienia zasadniczym kierunkiem pracy jest:
A. praca nad zmianą autodestrukcyjnych schematów osobowościowych
B. zmiana destrukcyjnych zachowań
C. przygotowanie pacjentki do rozstania się z partnerem, który nie chce się leczyć
D. praca nad poczuciem krzywdy i niższej wartości
144. W trzecim etapie integracyjnej psychoterapii współzależnienia zasadniczym kierunkiem pracy jest (I):
A. praca nad uzyskaniem lepszego kontaktu z dziećmi
B. praca nad zmianą przekonań utrwalających współzależnienie
C. przepracowanie traum z dzieciństwa
D. przepracowanie relacji z pijącym rodzicem
145. W czwartym etapie integracyjnej psychoterapii współzależnienia zasadniczym kierunkiem pracy jest:
A. nauka zachowań asertywnych
B. praca nad zdobywaniem orientacji w sytuacji życiowej pacjentki
C. praca nad destrukcyjnymi schematami osobowościowymi pacjentki
D. praca nad podjęciem przez pacjentkę decyzji o pozostaniu w związku lub odejściu
146. W integracyjnej psychoterapii współzależnienia w pracy nad zmianą destrukcyjnych przekonań **korzysta się głównie** z procedur i technik:
A. psychoterapii Gestalt
B. psychoterapii behawioralnej
C. psychoterapii poznawczej
D. psychoterapii systemowej
147. W programie edukacyjnym dla osób współzależnionych przede wszystkim powinna się znaleźć (I):
A. szeroka wiedza na temat objawów i mechanizmów uzależnienia od alkoholu
B. porady jak wychowywać dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym
C. wiedza o szkodliwych sposobach adaptacji w relacjach z uzależnionym partnerem
D. wiedza na temat przeniesienia i przeciwprzeniesienia
148. Przekonanie „Tak naprawdę to mąż mnie kocha i w końcu opamięta się i przestanie pić” pełni funkcję (I):
A. podtrzymywania irracjonalnej nadziei na cudowną zmianę sytuacji
B. uspokajania i pocieszania siebie
C. utrudniania szukania pomocy poza rodziną
D. wzmacniania poczucia własnej wartości
149. Praca nad zmianą destrukcyjnych przekonań w integracyjnej psychoterapii współzależnienia odbywa się przy pomocy:
A. pracy nad wglądem
B. perswazji i uczenia afirmacji w celu przyjęcia pozytywnego przekonania
C. sprawdzania racjonalności i funkcji destrukcyjnych zachowań oraz procedury szukania dowodów
D. swobodnej rozmowy i podążania za pacjentem, aż sam odkryje, że jego przekonanie jest błędne

150. Praca nad emocjami w pierwszym etapie integracyjnej psychoterapii współzależnienia polega na (I):
- A. stwarzaniu okazji do odreagowania silnych negatywnych emocji
 - B. uznaniu prawa do przeżywania emocji oraz udzielaniu wsparcia**
 - C. przepracowywaniu traum z dzieciństwa
 - D. poznawczej analizie stanów emocjonalnych
151. W pracy nad zmianą zachowań w interakcyjnej terapii współzależnienia pacjenci pracują nad (I):
- A. tylko nad rozpoznaniem destrukcyjnych zachowań pijącego partnera
 - B. tylko nad rozpoznaniem własnych destrukcyjnych zachowań
 - C. rozpoznawaniem szkodliwych zachowań wyniesionych z własnej pierwotnej rodziny dysfunkcyjnej
 - D. rozpoznawaniem destrukcyjnych zachowań pijącego partnera oraz własnych**
152. Uczenie nowych zachowań w integracyjnej psychoterapii współzależnienia, to (I):
- A. trening interpersonalny
 - B. wymiana doświadczeń między pacjentami współzależnionymi na temat radzenia sobie w związku z pijącym partnerem
 - C. udzielanie wskazówek przez terapeutę jakie zachowanie pacjentki jest najbardziej konstruktywne w konkretnej sytuacji
 - D. trenowanie nowych umiejętności takich jak, np. zachowania asertywne**
153. Najważniejsze kierunki w pracy z osobami współzależnionymi nad zmianą sztywnej wizji „życia z partnerem za wszelką cenę” to (I):
- A. zrozumienie utrwalonych schematów powstałych w relacji z matką w rodzinie alkoholowej
 - B. rozpoznanie niezaspokojonych potrzeb, zmiana destrukcyjnych przekonań dotyczących siebie i swojego życia oraz poszukiwanie nowych celów życiowych**
 - C. praca nad poczuciem winy, krzywdy, niższej wartości i rozwojem osobistym
 - D. edukacja na temat funkcjonowania rodziny, zaspokajania swoich potrzeb i komunikacji w związku
154. To, czy żony pijących alkoholików współzależnią się zależy od (I):
- A. czasu - „każda żona alkoholika po pewnym czasie staje się współzależniona”
 - B. typu ich osobowości i wzorów relacji małżeńskich w rodzinie pierwotnej
 - C. czynników sytuacyjnych w rodzinie, czynników osobowościowych tych osób oraz zmian jakie zaszły w ich psychice pod wpływem długotrwałego stresu**
 - D. od tego czy potrafią zatrzymać przemoc ze strony pijącego męża
155. Rozumienie współzależnienia jako „pułapki psychologicznej” wg J. Mellibrudy oznacza (I):
- A. takie funkcjonowanie osoby współzależnionej, że koncentruje się na sobie i nie potrafi obiektywnie ocenić sytuacji w związku
 - B. takie funkcjonowanie osoby współzależnionej, że nie potrafi rozwieść się z pijącym mężem ani w inny sposób się od niego zdystansować
 - C. takie funkcjonowanie osoby współzależnionej, że większość jej działań utrudnia wprowadzanie korzystnych zmian w związku i pogarsza własny stan psychofizyczny**
 - D. zaburzenia emocjonalne i osobowość zależną

156. W rozumieniu adaptacyjnym współzależnienia problem ten może dotknąć (I):
A. każdą osobę, niezależnie od wieku, która żyje w rodzinie alkoholowej
B. osobę, która weszła w związek o charakterze symbiotycznym, w którym istnieje bardzo duża zależność emocjonalna
C. osobę, która pochodzi z rodziny, gdzie matka była współzależniona i obowiązywał model patriarchalny
D. osobę, która jest dorosła i jest w związku z kimś, kto wprowadza destrukcję w związek
157. W adaptacyjnym rozumieniu współzależnienia, zależy ono od następujących grup czynników (I):
A. 1. materialnych, 2. zdrowotnych, 3. duchowych
B. 1. sytuacyjnych, 2. wyposażenia osobistego, 3. rodzaju zmian w psychologicznym funkcjonowaniu w czasie trwania związku
C. 1. wzorów z rodziny pierwotnej, 2. własnych uzależnień, 3. typu osobowości
D. 1. przemocy w rodzinie, 2. możliwości uzyskania pomocy z zewnątrz, 3. bytowych
158. W adaptacyjnym rozumieniu współzależnienia jego powstawaniu sprzyjają następujące zmiany w funkcjonowaniu psychologicznym (I):
A. mechanizm iluzji i zaprzeczeń, mechanizm nałogowego regulowania uczuć, mechanizm rozpraszania i rozdawania ja
B. osobowość narcystyczna, niekontrolowane wybuchy złości, oczekiwanie opieki i uznania
C. myślenie magiczne, zmiany nastroju, uzależnianie poczucia własnej wartości i sensu życia od wpływu na partnera
D. urojenia, zespół paranoidalny, ataki lęku, podejrzenia zdrady przez partnera
159. U wszystkich osób współzależnionych występuje (I):
A. pochodzenie z rodziny dysfunkcyjnej
B. doświadczenia przemocy w związku lub w dzieciństwie
C. destrukcyjne sposoby adaptacji do sytuacji w związku
D. osobowość zależna
160. W diagnozie nozologicznej wg ICD-10 rozpoznanie „obciążenie rodzinne nadużywaniem alkoholu” ma symbol (I):
A. F 10.2
B. F 43.1
C. F 43.2
D. Z 81.1
161. W diagnozie nozologicznej wg ICD-10 u osób współzależnionych najczęściej rozpoznaje się (I):
A. F 45.0
B. Z81.1
C. F 43.2
D. F 10.2
162. Diagnoza kliniczna osób współzależnionych pomaga przede wszystkim rozpoznać:
A. problemy w patologicznym związku
B. objawy zaburzenia, jego źródła i mechanizmy funkcjonowania osoby
C. przemoc w rodzinie
D. uzależnienie od substancji psychoaktywnych

163. Rozumienie współzależnienia jako zmagania członków rodziny z alkoholikiem w celu zapanowania nad jego piciem, gdzie żona nazywana jest „koalkoholiczką”, jest autorstwa (I):
A. S. Brown
B. Z. Sobolewskiej -Mellibruda
C. J. Woititz
D. S. Wegscheider-Cruse
164. Rozumienie współzależnienia jako nowego rodzaju zaburzenia osobowości jest autorstwa (I):
A. Z. Sobolewskiej-Mellibruda
B. P. Mellody
C. T. L. Cermaka
D. S. Wegscheider-Cruse
165. Rozumienie współzależnienia jako utrwalonej formy uczestnictwa w destrukcyjnej sytuacji życiowej, która ogranicza swobodę wyboru, prowadzi do pogorszenia własnego stanu i utrudnia zmianę położenia na lepsze jest autorstwa (I):
A. J. Mellibruda i Z. Sobolewskiej-Mellibruda
B. J. Bradshaw
C. P. Mellody
D. T. L. Cermak
166. W rozumieniu współzależnienia jako formy adaptacji do destrukcyjnej relacji, czynnikami sprzyjającymi powstawaniu współzależnienia **nie będą** (I):
A. silna zależność emocjonalna, materialna, słaba pozycja zawodowa, utrwalone schematy inter- i intrapersonalne
B. izolacja od rodziny, nacisk ze strony środowiska (normy społeczne i kulturowe), przekonania wyniesione z domu na temat roli żony i matki w rodzinie
C. atrakcyjność fizyczna kobiety, wyższe od męża wykształcenie, silne normy religijne, cechy narcystyczne osobowości
D. agresja alkoholika wobec dzieci i żony, wyuczona bezradność w sytuacji zagrożenia
167. Jak nazywa się poniżej opisana rola, którą przyjmują niektóre dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym: *to dziecko przyjmuje postawę opiekuńczą wobec osoby pijącej. Jego głównym zadaniem jest chronić alkoholika przed przykrymi skutkami picia.* (I)
A. dziecko aniołek (we mgle, zagubione, niewidoczne)
B. dziecko bohater
C. dziecko kozioł ofiarny
D. dziecko wspomagacz (ratownik)
168. Jak nazywa się poniżej opisana rola, którą przyjmują niektóre dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym: *Tego dziecka właściwie nie ma. Dziecko jest wycofane w świat swoich fantazji, w świat lektur, marzeń, w swój kącik, w którym go w ogóle nie widać.* (I).
A. dziecko bohater
B. dziecko kozioł ofiarny
C. dziecko aniołek (we mgle, zagubione, niewidoczne)
D. dziecko wspomagacz (ratownik)

169. Jak nazywa się poniżej opisana rola, którą przyjmują niektóre dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym: *To najczęściej najstarsze dziecko. Rezygnuje z ważnych, osobistych celów życiowych, nakłada na siebie rozliczne obciążenia, by inni mieli łatwiej (I).*
- A. dziecko wspomagacz (ratownik)
 - B. dziecko bohater**
 - C. dziecko kozioł ofiarny
 - D. dziecko aniołek (we mgle, zagubione, niewidoczne)
170. Jakie najczęstsze problemy zdrowotne rozpoznawane są u kobiet współzależniowych:
- A. depresję, dystymię
 - B. zaburzenia lękowe
 - C. zaburzenia nerwicowe i pod postacią somatyczną
 - D. wszystkie wymienione powyżej**
171. Czynniki zwiększającymi prawdopodobieństwo wystąpienia reakcji autodestrukcyjnych (samobójczych) u kobiet współzależniowych są:
- A. małe oparcie społeczne
 - B. zaniechanie poszukiwania pomocy
 - C. zaniechanie praktyk religijnych
 - D. wszystkie powyżej wymienione**
172. Jedną z koncepcji współzależności opisuje ją jako reakcję na stres. Współzależnością w tym ujęciu jest (I):
- A. uczestniczenie w długotrwałej, trudnej lub niszczącej sytuacji życiowej
 - B. doświadczanie patologicznych zachowań partnera
 - C. ograniczenie w sposób istotny swobody wyboru postępowania prowadzące do pogorszenia własnego stanu oraz utrudnienie zmiany własnego położenia na lepsze
 - D. wszystkie powyżej wymienione są prawdziwe**
173. Istnieją czynniki mające wpływ na wystąpienie współzależności rozumianej jako reakcja na stres (I):
- A. sytuacja stresowa, czyli to, co się dzieje w związku
 - B. minione doświadczenie życiowe i właściwości psychiczne, z którymi dana osoba wchodzi w związek
 - C. zmiany, które zachodzą w jej psychologicznym funkcjonowaniu, będące skutkiem tamtych dwóch uwarunkowań
 - D. wszystkie powyższe są prawdziwe**
174. Rezygnacja z własnych potrzeb na rzecz potrzeb męża (rodziny) jest przejawem (I):
- A. nieudanej próby zmiany
 - B. nieudanej próby wycofania
 - C. racjonalizacji i tłumienia uczuć
 - D. negatywnego sposobu przystosowania**
175. W trójce dramatycznej Stephana Karpmana osoba współzależna wchodzi w rolę:
- A. ratownika
 - B. prześladowcy
 - C. nie wchodzi w żadną z tych ról
 - D. przechodzi przez wszystkie trzy pozycje**

176. W koncepcji rozumienia współzależnienia jako reakcji adaptacyjnej na stres Z. Sobolewskiej-Mellibrudy i J. Mellibrudy osoby współzależnione to (I):
A. partnerki/partnerzy aktualnie żyjące/y w związku z osobą uzależnioną (jeśli spełniają pozostałe kryteria współzależnienia)
B. jedynie żony alkoholików
C. matki, ojcowie, żony, siostry, bracia o ile razem mieszkają
D. wszyscy partnerzy (w aktualnym i przeszłym związku), którzy chociaż przez dwa lata pozostawali w związku z alkoholem
177. Przekonania utrwalające współzależnienie często związane są z doświadczeniami pacjenta wyniesionymi z rodziny pierwotnej. Zgodnie z integracyjnym podejściem psychoterapii współzależnienia strategia terapeutyczna trzeciego etapu psychoterapii obejmuje:
A. uzyskanie orientacji we własnej sytuacji życiowej i zmianę zachowań destrukcyjnych
B. odkrywanie przekonań i sprawdzanie funkcji jakie pełnią
C. kwestionowanie przekonań utrudniających zmianę i szukanie dla nich alternatywy
D. b i c jest prawdziwe
178. Psychologiczne określenie przemocy to (I):
A. skutek intencjonalnego działania, naruszenie praw lub dóbr osobistych, złamanie prawa przez sprawcę niezależnie od tego czy osoba poszkodowana potrafiła się obronić czy nie
B. każde spowodowanie szkód osobistych, naruszenie praw lub dóbr osobistych przez drugą osobę
C. spowodowanie szkód osobistych, naruszenie praw i osłabienie zdolności do samoobrony u osoby poszkodowanej wskutek intencjonalnego działania innej osoby
D. intencjonalne działanie sprawcy o osobowości aspołecznej w celu uzyskania perwersyjnej przyjemności
179. Które z poniższych twierdzeń jest prawdziwe (I):
A. przemoc chłodna jest zawsze tylko psychiczna
B. przemoc gorąca to inna nazwa przemocy fizycznej
C. przemocy fizycznej zawsze towarzyszy przemoc psychiczna
D. przemoc chłodna jest konieczna do wychowania szczególnie trudnych dzieci
180. Proces wiktyimizacji ofiary przemocy to:
A. proces powodujący powstawanie osobowości masochistycznej
B. proces zmieniający funkcjonowanie emocjonalne maltretowanej osoby w kierunku utraty kontroli nad emocjami i pragnieniami
C. proces zmieniający poczucie tożsamości osoby maltretowanej w kierunku deprecjonowania siebie, przystosowania się do roli ofiary i zaprzestania samoobrony
D. proces zmieniający poczucie tożsamości ofiary przemocy w kierunku tożsamości osoby, która nie wie czego chce ani co jest dla niej dobre

181. Które z poniższych twierdzeń jest prawdziwe (I):
- A. jeżeli ofiara przemocy sama nie naprawi sytuacji w rodzinie, to nikt nie będzie w stanie jej skutecznie pomóc
 - B. jeżeli ofiara przemocy w rodzinie nie otrzyma pomocy z zewnątrz jej szanse na uratowanie są niewielkie
 - C. jeżeli ofiara przemocy w małżeństwie, była też ofiarą przemocy w rodzinie pierwotnej, to nie można jej pomóc w zatrzymaniu aktualnej przemocy
 - D. jeżeli ofiara przemocy nie wierzy w skuteczną pomoc z zewnątrz, to nie można jej pomóc
182. W wyniku procesu wiktymizacji zmienia się u ofiary przemocy przede wszystkim:
- A. jej silna wola, inteligencja i zatrzymuje rozwój duchowy
 - B. zdolność do wykonywania pracy zawodowej, bycia dobrą matką i wykonywania obowiązków domowych
 - C. poczucie bezpieczeństwa, godności i zdolność do obrony
 - D. jej hierarchia wartości, empatia, zdolność do bycia dobrą żoną
183. Pomoc dla dorosłych ofiar przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym powinna zaczynać się od (I):
- A. pomocy w zainicjowaniu zastosowania wobec sprawcy procedury zobowiązania do leczenia
 - B. zgłoszenia przestępstwa u prokuratora
 - C. psychoterapii współzależnienia
 - D. pomocy w zatrzymaniu przemocy
184. Istotą przemocy jest (I):
- A. złość i nienawiść do ofiary
 - B. zaspokojenie sadystycznych potrzeb seksualnych
 - C. sprawowanie silnej kontroli nad ofiarą
 - D. poczucie krzywdy z dzieciństwa i chęć odwetu
185. Podstawowe źródła przemocy to (I):
- A. alkohol i inne substancje psychoaktywne, schizofrenia lub zespół Otella u sprawcy
 - B. bezkarność i agresywność sprawców, czynniki środowiskowe i sytuacyjne, nietrzeźwość
 - C. współzależnienie ofiary, odizolowanie ofiary od jej rodziny i przyjaciół, alkohol i inne substancje psychoaktywne
 - D. osobowość zależna lub masochistyczna u ofiary, bycie przez ofiarę świadkiem lub ofiarą przemocy w dzieciństwie
186. Najczęściej występujące problemy u osób, którym udało się zatrzymać przemoc domową to (I):
- A. PTSD, współzależnienie, poczucie winy wobec dzieci, osobowość narcystyczna
 - B. PTSD, obronne nasilenie kontroli, trudności w tworzeniu intymnej więzi, deprecjonowanie siebie
 - C. PTSD, syndrom DDA, współzależnienie, uzależnienie od leków lub alkoholu
 - D. zaburzenia osobowości, obronne nasilenie kontroli, niezdolność do podjęcia pracy zawodowej, trudności w nawiązywaniu kontaktów towarzyskich

187. Siły wyzwalające i zniewalające w sytuacji przemocy domowej, to (I):
A. prawo dotyczące przemocy i dominacja sprawcy
B. pomoc środowiskowa i leczenie zaburzeń emocjonalnych ofiar
C. czynniki religijne i rozwój duchowy
D. czynniki psychospołeczne, które ułatwiają bądź utrudniają sytuację ofiary
188. Styl zachowania ofiary polegający na podporządkowywaniu się sprawcy lub biernym oporze przyczynia się do (I):
A. ułatwia wyzwolenie ofiary
B. początkowo zniewala ale ostatecznie umożliwia wyzwolenie ofiary
C. większego zniewolenia ofiary
D. jest szkodliwy ale jedynie możliwy w sytuacji przemocy
189. Prawidłowa kolejność programu pomocy psychologicznej dla żony alkoholika, która jest DDA oraz ofiarą aktualnej przemocy w rodzinie, to (I):
A. kolejność nie ma znaczenia byle trafiła do dobrego terapeuty
B. 1. psychoterapia DDA, 2. terapia współzależnienia, 3. interwencja kryzysowa dla ofiar przemocy
C. 1. psychoterapia współzależnienia, 2. interwencja kryzysowa dla ofiar przemocy, 3. psychoterapia DDA
D. 1. interwencja kryzysowa dla ofiar przemocy, 2. psychoterapia współzależnienia, 3. psychoterapia DDA
190. Na czym wg Sharon Wegscheider-Cruse polega różnica między rodziną w stresie a rodziną z problemem alkoholowym:
A. iluzja i zaprzeczanie to zjawiska charakterystyczne dla rodziny alkoholowej
B. w rodzinie z problemem alkoholowym są problemy z komunikacją między członkami rodziny
C. nie ma znaczenia co jest źródłem stresu w rodzinie, terapia rodzin przebiega na podobnym poziomie wglądu
D. stres nie jest właściwą charakterystyką dla rodziny z problemem uzależnień, istotą opisu może być etap uzależnienia osoby pijącej w rodzinie
191. Powrót do zdrowia osoby doświadczającej przemocy wg J. Herman odbywa się w 3 etapach. Jakże to etapy?
A. stabilizacja, leczenie zorientowane na objawy, badanie traumatycznych wspomnień, ponowna integracja osobowości i rehabilitacja
B. stabilizacja, integracja wspomnień, rozwój „ja” i integracja popędów
C. bezpieczeństwo, wsparcie i żałoba, odbudowanie związków społecznych
D. uczenie się zaufania i radzenia sobie ze stresem, ponowne przeżycie traumatycznego wydarzenia, integracja traumatycznego wydarzenia
192. U osób doświadczających przemocy w rodzinie często rozpoznaje się PTSD, jego główne przejawy to:
A. adaptacja, bezradność, rezygnacja
B. kompulsje, perfekcjonizm, obsesyjne myśli
C. nadmierne pobudzenie, doświadczanie na nowo traumy (np. wtargnięcia), unikanie bodźców związanych z urazem (zawężenie)
D. somatyzacje, lęk, poczucie winy

193. Obszary, które narusza doznana krzywda, to wg J. Mellibrudy:
A. uczucia, poczucie osobistej mocy, porządek świata
B. zaufanie, otwartość, zdolność planowania życiowych celów
C. aktywność, zdolność budowania rodziny, chęć rozwoju
D. kontakty interpersonalne, procesy poznawcze, uwagę
194. Diagnoza dziecka z rodziny z problemem alkoholowym powinna zawierać następujące obszary:
A. poziom sprawności intelektualnej i zakres osiągnięć szkolnych w powiązaniu z uzdolnieniami dziecka
B. sytuacja rodzinna, rozwój dziecka i jego funkcjonowanie
C. rozpoznanie stopnia zaawansowania uzależnienia rodzica i podejmowanych w tej sprawie działań partnera
D. wartości rodzinne, planowane i realizowane cele, aktualny etap funkcjonowania rodziny
195. Najczęstsze przeszkody i/lub błędy w kontakcie diagnostycznym z dzieckiem z rodziny z problemem alkoholowym:
A. rozmawianie z dzieckiem w obecności jego rodziców lub nauczycieli
B. nie diagnozuje się sytuacji dziecka, należy się skupić wyłącznie na budowaniu relacji z nim i jego opiekunem
C. lęk przed rozmawianiem z dzieckiem na temat przemocy, wykorzystania seksualnego, brak współpracy z opiekunem wspierającym dziecko, rezygnowanie z rozwiązań prawnych „dla dobra dziecka”
D. nie protokolowanie jego wypowiedzi, chaos w zapisie wywiadu, nagrywanie rozmowy
196. Jakie znaczące doświadczenia dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym mają wpływ na problemy w ich dorosłym życiu zwane przez terapeutów syndromem DDA?
A. problemy w komunikacji w rodzinie i brak czasu na zajmowanie się dziećmi ze strony rodziców
B. historia życia w rodzinie pochodzenia ma w niewielkim stopniu wpływa na problemy w dorosłym życiu
C. niepodejmowanie leczenia przez osobę uzależnioną czy współuzależnioną, mimo prób wpływu i kontroli z zewnątrz
D. ostre i chroniczne traumy, szczególnie związane z przemocą i zaniedbaniem dziecka, brak opieki i kontroli wynikające z niewłaściwych praktyk rodzicielskich, brak możliwości uzyskania wsparcia pozarodzinnego
197. Specyfika zaburzeń mogących występować u DDA dotyczy przede wszystkim:
A. specyfiki niekorzystnych i traumatycznych doświadczeń w rodzinie z problemem alkoholowym i możliwości uporania się z nimi w dzieciństwie i kolejnych fazach życia jednostki
B. zaburzeń osobowości, które najczęściej występują u osób pochodzących z rodzin z problemem alkoholowym
C. wchodzenia przez DDA w związki z osobami uzależnionymi i stosującymi przemoc
D. występowania depresji, prób samobójczych i uzależnienia

198. Kategorie doświadczeń, które są najczęstszym źródłem traumatycznych doświadczeń DDA to:
- A. przemoc w rodzinie, nadmiernie rygorystyczny sposób wychowywania dzieci, aleksytymia u niepijącego rodzica, alkoholizm w rodzinie od wielu pokoleń
 - B. bieda i izolacja społeczna, niskie wyniki w nauce, atmosfera zagrożenia i przemoc w rodzinie, nadużycia seksualne
 - C. niekorzystne doświadczenia dzieciństwa związane z przemocą i alkoholizmem rodzica, odrzucenie przez rodziców, niefunkcjonalne praktyki rodzicielskie, brak wsparcia pozarodzinnego i brak czynników chroniących albo poważne ich ograniczenie, chwiejność zasad i nieprzewidywalność zachowań rodziców
 - D. chwiejność zasad i nieprzewidywalność zachowań rodziców, bieda i izolacja społeczna, atmosfera zagrożenia i przemoc w rodzinie, ortodoksyjne przestrzeganie praktyk religijnych
199. Wpływ na stworzenie przez DDA udanego związku i rodziny ma głównie:
- A. osobowość obojga partnerów, sposób funkcjonowania w relacji, przekazy rodzinne obojga partnerów i środowisko społeczne
 - B. przekazy rodzinne partnera, zachowania partnera, posiadanie dzieci, opinia środowiska społecznego
 - C. osobowość i zachowanie partnera, przekazy rodzinne partnera, umiejętność tworzenia relacji przez partnera
 - D. wzorce postępowania jakie DDA wyniosło z rodziny pierwotnej, osobowość i zaburzenia DDA, status materialny rodziny
200. Destrukcyjne schematy osobiste (zgodnie z koncepcją terapii schematów) to:
- A. system negatywnych przekonań wyniesiony z rodziny pierwotnej
 - B. wyuczone wzorce destrukcyjnych zachowań i zasad, obowiązujące w rodzinie pierwotnej i stosowane w rodzinie obecnej
 - C. cechy charakteru u osób z zaburzeniami osobowości
 - D. utrwalona forma organizacji negatywnych tendencji psychicznych (emocjonalnych, umysłowych i behawioralnych) powstałych w oparciu o niekorzystne i /lub traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa
201. W integracyjnej psychoterapii DDA wg Z. Sobolewskiej-Mellibrudy i J.Mellibrudy szczególną rolę odgrywa:
- A. praca nad wglądem, stosowanie interpretacji i praca nad przeniesieniem
 - B. praca nad zmianą destrukcyjnych przekonań wyniesionych z dzieciństwa
 - C. przepracowanie śladów traumatycznych doświadczeń i transformacja schematów osobistych
 - D. nauka komunikacji, asertywności i innych konstruktywnych umiejętności intra i interpersonalnych
202. Na psychoterapię grupową DDA nie powinny być kwalifikowane:
- A. osoby z aktywnym uzależnieniem od alkoholu lub narkotyków
 - B. osoby z głębokimi zaburzeniami osobowości
 - C. osoby współuzależnione, będące ofiarami aktualnej przemocy
 - D. wszystkie powyższe są prawdziwe

203. Najważniejsze cele integracyjnej psychoterapii grupowej dla DDA wg Z.Sobolewskiej-Mellibrudy, to:
- A. przebaczenie i pogodzenie się z rodzicami, zaprzestanie kłótni w rodzinie, polepszenie obrazu siebie
 - B. osłabienie śladów doświadczeń dziecięcych, zmiana stosunku do samego siebie, uporządkowanie obecnego życia**
 - C. zmiana historii życia, przepracowanie traum dziecięcych, zmiana obrazu siebie
 - D. uporządkowanie obecnego życia, zapomnienie o krzywdach z dzieciństwa, zaopiekowanie się rodzicami
204. Psychoterapia grupowa dla DDA ma szczególne znaczenie, ponieważ:
- A. w grupie łatwiej jest dzielić się emocjami
 - B. pacjent DDA powinien zdobyć tożsamość DDA, a o to łatwiej w grupie
 - C. w grupie odtwarzają się role rodzinne i schematy interpersonalne**
 - D. grupa powinna stanowić oparcie nawet po ukończeniu terapii
205. Czym jest syndrom DDA?
- A. jednostką nozologiczną opisaną w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD 10
 - B. zaburzeniem psychicznym i zaburzeniem zachowania, nie określonym inaczej, wg ICD-10
 - C. rodzajem zaburzeń osobowości rozwijających się u każdej osoby, która wzrastała w rodzinie z problemem alkoholowym,
 - D. koncepcją opisaną przez psychoterapeutów, związaną z zapisem traumatycznych doświadczeń przejawiającym się w obrazie siebie i funkcjonowaniu osoby, najczęściej współwystępującym z zaburzeniami i zakłóceniami w funkcjonowaniu osobowości u niektórych osób dorosłych pochodzących z rodzin z problemem uzależnień**
206. Wymień najczęstsze przejawy syndromu DDA, opisywanego przez psychoterapeutów:
- A. nadużywanie substancji psychoaktywnych, zachowania impulsive
 - B. lęk przed bliskością, nieufność i wzmożona kontrola, trudności w relacjach, problemy w kontakcie ze swoimi uczuciami i potrzebami**
 - C. obsesyjne myśli wokół tematu alkoholizmu rodzica, silna koncentracja na planowaniu własnej przyszłości
 - D. nadmierny popęd seksualny, mania bez objawów psychotycznych
207. W rozbrajaniu mechanizmów uzależnienia w terapii osób uzależnionych z przewlekłą traumą interpersonalną doznaną w dzieciństwie (lub z tzw. syndromem DDA) należy zwrócić uwagę na:
- A. napady lęku uogólnionego
 - B. problemy w indywidualnej relacji terapeutycznej
 - C. funkcję poczucia krzywdy w uaktywnianiu mechanizmów uzależnienia**
 - D. pracę nad duchowością w związku z dużym deficytem w tym obszarze z okresu dzieciństwa

208. Terapia ta ukierunkowana jest na redukcję dysfunkcyjnych schematów poznawczych pacjenta i rozwijanie jego naturalnych reakcji adaptacyjnych. Zmiany te osiąga się przez analizę założeń, twierdzeń i wyznawanych przez pacjenta norm zachowań.
Opis podejścia terapeutycznego odnosi się do:
A. psychoterapii Gestalt F. Perlsa
B. psychoterapii skoncentrowanej na kliencie C. Rogersa
C. terapii racjonalno-emotywniej A. Ellisa
D. podejścia poznawczego A. Becka
209. Terapia ta ukierunkowana jest na pomoc człowiekowi w odnalezieniu czy wzmocnieniu sensu życia. Realizowana jest poprzez prowadzoną wspólnie z pacjentem analizę egzystencji. Analizowane są osobiste wybory, ponoszenie odpowiedzialności za decyzje i wolność wyboru. W rozmowach tych nawiązuje się również do Nadsensu (Boga). Proces zmian w tej terapii w toku pogłębiania świadomości pacjenta, prowadzi do samookreślenia, pogłębienia poczucia sensu życia, zmian w systemie wartości.
Opis podejścia terapeutycznego odnosi się do:
A. podejścia poznawczego A. Becka
B. psychoterapii Gestalt F. Perlsa
C. psychoterapii skoncentrowanej na kliencie C. Rogersa
D. logoterapii V. Frankla
210. Terapia ta ukierunkowana jest na reintegrację osobowości, tj. na wytworzenie spójności JA z doświadczeniem. W podejściu tym zmierza się do przesunięcia źródła oceny własnej osoby z zewnętrznego na wewnętrzny oraz do samourzeczywistnienia. Do tego celu używa się takich metod jak empatyczne rozumienie, skupianie się na terażniejszości, bezwarunkowa akceptacja, życzliwość i kongruencja (spójność).
Opis podejścia terapeutycznego odnosi się do:
A. podejścia poznawczego A. Becka
B. psychoterapii Gestalt Perlsa
C. psychoterapii skoncentrowanej na kliencie C. Rogersa
D. logoterapii V. Frankla
211. Terapeutą, który zaproponował używanie nazwy „grupy spotkaniowe” do terapii grupowej, która podkreślała niezwykłą wartość autentycznego spotkania pomiędzy uczestnikami, pomiędzy uczestnikami a prowadzącym oraz pomiędzy różnymi sferami JA każdego uczestnika, był:
A. A. Bandura
B. F. Perls
C. C. Rogers
D. I. Yalom
212. Zmiana terapeutyczna jest złożonym procesem dokonującym się w wyniku wzajemnego, zawilego oddziaływania ludzkich doświadczeń zwanych przez I. Yaloma, czynnikami terapeutycznymi. Należą do nich wszystkie wymienione w punkcie:
A. czynniki egzystencjalne, naśladowanie, opór, indywidualizacja celów terapii, udzielanie informacji
B. czynniki egzystencjalne, uczenie się interpersonalne, altruizm, zrzucanie maski, słuchanie
C. wzbudzanie nadziei, uniwersalność, altruizm, korektywna rekapitulacja pierwotnej grupy rodzinnej, katharsis
D. spójność grupy, normy, role w grupie, uczenie społeczne, zrozumienie siebie

213. Według I. Yalom następujące cechy czynników terapeutycznych: solidarne siły, które sprawiają, że członkowie pozostają w grupie, poczucie przynależności do grupy i bycia przez nią akceptowanym, ciągły bliski kontakt z innymi, ujawnianie krępujących spraw przy ciągłej akceptacji grupy odnoszą się do:
- A. odtworzenia rodziny
 - B. spójności grupy**
 - C. identyfikacji
 - D. modyfikowania relacji interpersonalnych
214. Wszelkie działania (tłumienie zagrożeń, niechęć do odsłaniania się, pragnienie dominacji w relacji, brak akceptacji dla relacji) podejmowane świadomie i nieświadomie, które mają zapobiec, unieważnić lub w inny sposób zminimalizować efekty terapii to:
- A. timing
 - B. acting out
 - C. opór**
 - D. pairing
215. Bez względu na podstawy teoretyczne różnych szkół psychoterapeutycznych istnieją wspólne czynniki, wpływające na zmiany zachodzące w pacjentach. Należy do nich:
- A. analiza komunikacji między członkami rodziny pacjenta
 - B. analiza zachowań i przekonań
 - C. uświadomienie przeniesienia
 - D. związek terapeutyczny**
216. W czasie sesji terapeuta stara się utrzymać uwagę pacjenta na przykrych wspomnieniach i określonych uczuciach przez niego przeżywanych, pomimo jego wyraźnego oporu. Zachowanie terapeuty świadczy o:
- A. wrażliwości na reakcje pacjenta
 - B. dyrektywności terapeuty**
 - C. zastosowaniu desensytyzacji
 - D. przejmowaniu perspektywy pacjenta
217. Jednym z elementów procesu diagnostycznego jest plan terapii. Do planu terapii **nie należy** określenie:
- A. jakiego rodzaju zmiany oczekujemy
 - B. co będzie przedmiotem oddziaływań (zachowania, uczucia, patologia systemu, patologia osobowości)
 - C. przyczyn zaburzeń pacjenta**
 - D. sposobu prowadzenia psychoterapii

218. Przejawy oporu są bardzo zróżnicowane. Poznajemy je czasami dopiero po pewnym czasie, kiedy jesteśmy zaangażowani już w relację. Wydatkujemy energię, aby przekonać klienta do czegoś, czego on naprawdę nie chce. John Enright proponuje, aby terapeuta niezależnie od zaawansowania relacji przeszedł kilka podstawowych kroków, które pomogą mu pokonać opór klienta. Który z opisanych kroków **należy** do pracy nad pokonywaniem oporu klienta według J. Enrighta:
- A. przyznać się pacjentowi do popełnionego błędu i umówić się na rozważenie tej kwestii na kolejnym spotkaniu, przepracować własne trudności z superwizorem i podjąć na nowo kontakt już na innym poziomie świadomości
 - B. rozpoznanie przejawów oporu, wskazać przejawy klientowi, pomóc zrozumieć mu jego manipulacje i domknąć sprawy z przeszłości
 - C. rozpoznanie gotowości do przyjęcia roli przyjmującego pomoc, określenie realistycznego celu klienta, określenie możliwości osiągnięcia celu, zbadanie czy terapeuta jest odpowiednią osobą do pomagania, zbadanie konkurencyjności innych motywów**
 - D. usłyszeć wołanie o pomoc, przeanalizować sytuacje budzącą opór, przeanalizować efekty dotychczasowych prób rozwiązania tego problemu, określić realne cele do osiągnięcia, zmodyfikować strategię dalszego działania
219. Swobodne skojarzenia to podstawowa technika ujawniania potrzeb i pragnień instynktownych. Technika ta jest charakterystyczna dla podejścia:
- A. systemowego
 - B. humanistycznego
 - C. psychoanalitycznego**
 - D. poznawczo-behawioralnego
220. Opór uważany jest czasami za naturalną konsekwencję błędów popełnionych przez terapeutę. Nieprecyzyjność w nazywaniu, definiowaniu pojęć, poleceń sprawia, że pacjent nieadekwatnie reaguje lub nie wykonuje poleceń. To rozumienie oporu charakterystyczne jest dla podejścia:
- A. podejścia humanistycznego
 - B. podejścia Gestalt
 - C. podejścia psychoanalitycznego
 - D. podejścia poznawczo-behawioralnego**
221. Opór uważany jest czasami za naturalną tendencję pacjenta, która jest nieświadomym sposobem zapobiegania powrotowi do nieprzyjemnych doznań z przeszłości. To rozumienie oporu charakterystyczne jest dla podejścia:
- A. podejścia humanistycznego
 - B. podejścia Gestalt
 - C. podejścia psychodynamicznego**
 - D. podejścia poznawczo-behawioralnego

222. Ważne zjawiska w psychoterapii dotyczą także sfery poznawczego funkcjonowania pacjentów. W omawianym nurcie psychoterapii wyodrębniany jest wgląd intelektualny (zrozumienie własnych motywów, impulsów, zachowań) oraz wgląd emocjonalny (odkrycie nowych treści z współwystępującym doznaniem cielesnym jest poszerzeniem doświadczenia). *Nieraz w stosunku do alkoholików używamy także określenia, że akceptację powinien mieć na poziomie intelektualnym i emocjonalnym.* Według jakiego podejścia opisane zostało rozumienie opisanego zjawiska:
A. gestalt
B. poznawczego
C. psychoanalitycznego
D. systemowego
223. Schemat jest względnie trwałą i kształtowaną przez minione doświadczenia osobistą formą organizacji psychicznej łączącej różnorodne, ale specyficzne treści i zjawiska psychologiczne. Jego główną rolą jest:
A. odreagowanie emocjonalne
B. adaptacja jednostki do otoczenia
C. rozwój umiejętności zapamiętywania i przechowywania informacji
D. uczenie się nowych sposobów zachowania
224. Praca nad lękiem na poziomie jego wymiaru/ aspektu emocjonalnego obejmuje:
A. ćwiczenia oddechowe, relaksację, gorące kąpiele, masaże, ćwiczenia fizyczne, medytację, prawidłowe odżywianie
B. dystrakcję, uruchomienie myślenia uspakajającego, myślenia kompensacyjnego i myślenia obronnego
C. rozpoznawanie i nazywanie uczuć, uczenie się odreagowywania i okazywania uczuć, uczenie się komunikowania uczuć innym ludziom
D. terapię implozywną „zanurzającą”, warunkowanie reakcji przeciwstawnych, konfrontację z obawami, powtarzanie niepożądanych reakcji, minimalizowanie sygnałów paniki
225. W praktyce klinicznej i psychoterapeutycznej za najważniejsze schematy, jakimi posługuje się człowiek uznaje się schematy, które dotyczą:
A. obrazu własnego ciała
B. relacji interpersonalne
C. własnej osoby, świata i życia, innych ludzi, przyszłości
D. wszystkich powyżej opisanych
226. Schemat dezadaptacyjny oznacza w szczególności:
A. metodę terapeutyczną w podejściu behawioralnym
B. sztywny i nieadekwatny do sytuacji sposób reagowania
C. trudności w akceptacji nowej, zmieniającej się sytuacji życiowej
D. zaburzenia zachowania u dzieci z rodziny z problemem alkoholowym

227. Ucieczka, jako sposób radzenia sobie z poczuciem winy przez osoby uzależnione obejmuje:
- A. rozpamiętywanie win, aż do poczucia bezsilności, karanie samego siebie, wyolbrzymianie konsekwencji
 - B. rozpamiętywanie swojego „żałowania za”, pozwalanie na karanie przez innych, żądanie wybaczenia
 - C. zadośćuczynienie
 - D. zapominanie, minimalizowanie, zniekształcanie oceny tego co się stało, szybkie naprawianie sytuacji
228. Etapy pracy nad poczuciem winy obejmują:
- A. etap lęku, etap pracy nad gniewem, etap pracy nad smutkiem, etap akceptacji
 - B. etap dezorientacji i szoku, etap złości i buntu, etap zadośćuczynienia
 - C. edukację, autodiagnozę, rozpoznanie sposobów radzenia sobie, urealnienie obszaru winy i wzięcie odpowiedzialności, utrwalanie zmian
 - D. zaprzeczanie, wahanie, rozważanie, potwierdzanie
229. Do podstawowych zniekształceń poznawczych, które wiążą się z przykrymi przeżyciami, pojawianiem się negatywnych uczuć i depresyjnego zachowania oraz są przedmiotem pracy psychoterapeutycznej należą:
- A. depersonalizacja, identyfikacja projekcyjna, introjeksja i inkorporacja
 - B. mechanizm dumy i kontroli, iluzja i zaprzeczanie, nałogowe przeżywanie uczuć i rozdwarzanie i rozpraszanie Ja
 - C. selektywne abstrahowanie, generalizowanie, absolutystyczne dychotomiczne myślenie
 - D. zapominanie, wyparcie, acting out
230. Program Aggression Replacment Training (ART – trening zastępowania agresji) skierowany jest do młodzieży agresywnej z myślą zmiany ich zachowań. Program ten ukierunkowany jest na trzy komponenty agresji. Który z wymienionych elementów **nie należy** do celowanych w programie:
- A. deficyty umiejętności społecznych
 - B. trudności kontroli złości
 - C. specyficzne wzory myślenia
 - D. wnioskowanie moralne
231. Smutek jest obecny w życiu i w psychoterapii. Kiedy nie robimy czegoś, co sprawia nam radość i satysfakcję może pojawić się smutek. Są różne smutki, ponieważ ich korzenie są odmienne. Zaznacz element, który **nie należy** do podstawowych źródeł smutku:
- A. strata i antycypacja straty
 - B. stres
 - C. zaburzenie psychiczne
 - D. brak, frustracja potrzeb
232. Które z wymienionych zagadnień **nie należy** do superwizji klinicznej prowadzonej w programie certyfikowania specjalisty i instruktora terapii uzależnień:
- A. porównanie swoich kompetencji zawodowych z superwizorem i/lub innymi uczestnikami
 - B. poszukiwanie źródeł problemów i trudności zgłaszanych przez pacjenta i terapeutę
 - C. omówienie zasad i organizacji pracy, relacji w zespole oraz zasad etyki zawodowej
 - D. dzielenie się sposobami rozwiązywania trudnych sytuacji w terapii przez doświadczonego superwizora

233. Tworząc grupę terapeutyczną (szczególnie w programie pogłębionym) terapeuta prowadzący musi ustalić pewne warunki jej funkcjonowania. Czy powinien:
- A. ocenić ograniczenia kliniczne i ustalić podstawową strukturę grupy?
 - B. sformułować cele specyficzne dla grupy?
 - C. unikać konfliktu grupowego?
 - D. a i b są poprawne
234. Model transgeneracyjny w systemowym ujęciu rodziny charakteryzuje się :
- A. przepływem informacji pomiędzy poszczególnymi członkami rodziny na poziomie jednego pokolenia
 - B. zawieraniem koalicji między pokoleniami
 - C. zatrzymaniem wzorców skryptowych w jednej linii rodziny
 - D. międypokoleniową transmisją wzorców relacji oraz określonych rytuałów rodzinnych, które stają się np. częścią tożsamości rodziny
235. Racjonalno-emotywna terapia behawioralna (REBT) Ellisa ujmuje zachowania jako łańcuch zdarzeń A-B-C gdzie A to :
- A. doznawane uczucia
 - B. zdarzenie, zachowanie albo postawa osoby
 - C. myśli i przekonania na temat zachowań
 - D. reakcja
236. Zasada ekwipotencjalności (w rozumieniu systemowym) wskazuje na to, że:
- A. nie istnieje ścisły związek pomiędzy rodzajem zaburzenia, a konfiguracją czynników psychicznych, biologicznych i społecznych charakterystycznych dla danej jednostki
 - B. te same zaburzenia mogą być spowodowane inną konfiguracją związków pomiędzy występującymi u jednostki zasobami i zagrożeniami biologicznymi, psychicznymi i społecznymi
 - C. podobny splot związków pomiędzy zasobami jednostki a czynnikami zagrażającymi biologicznymi, psychicznymi i społecznymi może prowadzić do mechanizmów zdrowia lub zaburzeń psychicznych
 - D. posiadane zasoby w linearny sposób prowadzą do mechanizmów zdrowia
237. W psychoanalizie (ujęciu psychodynamicznym) **przepracowanie** jest:
- A. zespołem procedur, które są stosowane przez psychoterapeutę po przyjęciu przez pacjenta interpretacji
 - B. pracą psychoterapeutyczną, która prowadzi do zmiany postawy i zachowania pacjenta oraz ustąpienia symptomów chorobowych
 - C. werbalną interwencją terapeuty i długotrwałym oczekiwaniem na wystąpienie u pacjenta zrozumienia znaczenia interpretacji
 - D. wszystkie powyższe odpowiedzi są poprawne
238. Relacja terapeutyczna w psychoterapii indywidualnej ma swój odpowiednik w psychoterapii grupowej. Jest to:
- A. przyjmowanie ról przez uczestników grupy
 - B. modelowanie w grupie
 - C. spójność grupy
 - D. odtworzenie sytuacji rodzinnej

239. Zjawisko przeciwprzeniesienia w psychoterapii (I):
A. jest efektem znaczących zaniedbań w terapii własnej u terapeuty
B. pomaga terapeutę interpretować nierozwiązane konflikty pacjenta
C. oznacza, że pacjent nie powinien pracować z tym właśnie terapeutą
D. pochodzi z braku doświadczenia terapeuty i oznacza, że pacjent zdominował relację
240. Kobieta wiele lat była bita, lżona i gwałcona przez własnego męża. Nie pozwalał jej z nikim się kontaktować i chodzić do pracy. Od blisko roku nie jest już z mężem, mieszka sama z dziećmi. Pomimo tego czuje się odrętwiała i otępiła uczuciowo. Boi się ludzi i nic ją nie cieszy. Jak jest sama w domu nasłuchuje czy mąż nie wraca. Widok pijanego mężczyzny wzbudza w niej paniczny strach. Często miewa koszmarne sny, a na jawie mimowolnie przypominają się jej sceny przemocy.
Prawidłowe rozpoznanie występujących zaburzeń to:
A. reakcja histeryczna żony po odejściu męża
B. zaburzenia stresowe pourazowe (PTSD)
C. zaburzenia depresyjne nawracające
D. ostra reakcja na stres
241. Mężczyzna - 40 lat, jest wysoki i silnie zbudowany. Po ostatniej wizycie u lekarza okazało się, że wyniki podstawowych badań laboratoryjnych są w normie. Zaczął pić w wieku około 15 lat. Z wywiadu wynika, że miał ojca alkoholika. Nawet bez picia alkoholu miał wiele konfliktów z prawem. Dwukrotnie siedział w więzieniu za rozboje pod wpływem alkoholu. Żył w kilku nieformalnych związkach. Nie czuje się jednak odpowiedzialny za ich rozpad. W ciągu ostatnich dwóch lat pił jednym wielkim ciągiem.
Opis osoby uzależnionej jest charakterystyczny dla:
A. II-go typu alkoholizmu według Lescha
B. II-go typu alkoholizmu według Cloningera
C. I-go typu alkoholizmu wg Cloningera
D. typu osobowości atletyczno-epileptoidalnego według Kretschmera
242. Pacjent oddziału ortopedycznego zgłosił w godzinach popołudniowych złe samopoczucie. Przypadkowo złamał nogę kiedy przeskakiwał przez barierkę na ulicy. Nie przyznał się lekarzom, że długo pił. Okazało się w trakcie konsultacji specjalisty, że przestał pić nagle po dwuletnim okresie codziennego spożywania alkoholu. W godzinach popołudniowych zaczęły dokuczać mu nudności, bolała go głowa, towarzyszyły mu zlewne poty. Zaczął cały się trząść. Do rana miał dwa napady drgawkowe.
Prawidłowym rozpoznaniem, które umożliwi dalsze zajęcie się pacjentem przez lekarzy jest:
A. atak padaczki, na którą chorował pacjent
B. zespół abstynencyjny powikłany drgawkami (drgawkowe napady abstynencyjne)
C. drgawki po wstrząsie jakiego doznał podczas złamania nogi
D. symulacja, aby wymusić dłuższą hospitalizację w dobrych warunkach

243. U 40 letniego mężczyzny psycholog i psychiatra stwierdzili występowanie kilku charakterystycznych objawów: nieliczenie się z uczuciami innych, nieliczenie się z normami społecznymi, nieodpowiedzialność za swoje postępowanie, niemożność utrzymania trwałych związków z innymi, niski próg odporności na frustrację i niski poziom pobudzenia do zachowań agresywnych, tendencję do obwiniania innych, dużą drażliwość, utrzymujące się od młodzieńczego wieku tendencje do wchodzenia w konflikt z prawem. Badania EEG i tomografia mózgu są w normie.
Poprawna diagnoza to:
A. zespół psychoorganiczny - charakteropatyczny
B. zaburzenia zachowania i emocji
C. osobowość dyssocjalna
D. osobowość histrioniczna
244. Program, który opiera się na podejściu uznającym uzależnienie za śmiertelną, postępującą chorobę, której rozwój można zatrzymać dożywotnią abstynencją, a skuteczna terapia odbywa się w małych grupach, gdzie chorzy identyfikują się z objawami choroby, poznają Tradycje i Kroki AA oraz wspierają się poprzez uczestniczenie w mitingach:
A. strategiczno-strukturalny model J. Mellibrudy
B. model Minnesota
C. model salutogenezy
D. model poznawczy
245. Pacjent miał około 62 lat. Był kilkanaście razy hospitalizowany z powodu intoksykacji. Teraz zdarzyło mu się pić kilka dni. Przekonywał on lekarza, że to wszystko przez żonę, która na stare lata zwariowała i „puszcza się” z kim popadnie. Ostatnio właśnie przyłapał ją na próbie zdrady z listonoszem, który przyniósł jej rentę. Twierdził on, że nie był to jedyny przejaw jej niemoralnego prowadzenia się. Pacjent ten wielokrotnie śledził żonę poza domem. Poprawne, najbardziej prawdopodobne rozpoznanie to:
A. zespół Otella
B. alkoholowy obłęd zazdrości (paranoja alkoholowa)
C. zespół Korsakowa
D. odpowiedź a i b jest prawdziwa
246. Pacjent kilkakrotnie dokonywał implantacji disulfiramu (esperalu). Zazwyczaj po sześciu, ośmiu miesiącach łamał abstynencję i wypijał alkohol. Po ostatniej „wszywcę” zdarzyło się jednak coś niepokojącego. Początkowo, kiedy wypił pierwszą porcję alkoholu, nie miał żadnych niepokojących objawów. Po kolejnej, teraz już większej dawce alkoholu (łącznie około 500 g wódki), znacznie podniosło mu się ciśnienie krwi, wystąpiło zaczerwienienie twarzy, zaburzenie pracy serca, duszność. Wezwał pogotowie i został zabrany do szpitala, gdzie kilka dni spędził na oddziale internistycznym. To, co przydarzyło się pacjentowi, to:
A. nagromadziło się zbyt dużo aldehydu octowego w organizmie w wyniku zablokowania dehydrogenazy aldehydowej ALDH przez disulfiram
B. alkohol był metylowy i wystąpiły objawy silnego zatrucia alkoholem technicznym
C. bardzo wysokie napięcie z powodu poczucia winy po kolejnym złamaniu abstynencji
D. zbyt duże stężenie alkoholu we krwi przekraczające 3 promile

247. Zespół stresu pourazowego (PTSD) różni się tym od lękowych zaburzeń adaptacyjnych, że:
- A. towarzyszyć może mu depresja
 - B. utrzymuje się długo po ustąpieniu sytuacji traumatyzującej**
 - C. występuje u weteranów wojennych
 - D. występuje w nim upośledzenie funkcjonowania społecznego
248. Następujące objawy u dziecka, którego matka była alkoholizką i piła bardzo intensywnie nawet w ciąży: niewielki wzrost, mały obwód głowy, małe szpary oczne, płaska twarz, brak rynienki nosowej, wąska górna warga, zniekształcone uszy, niskie IQ (poniżej 70 punktów) i nadpobudliwość ruchowa świadczą o:
- A. obniżonej aktywności tyreoliberyny TRH
 - B. postępującej chorobie Picka
 - C. alkoholowym zespole płodowym FAS**
 - D. zespole Aspergera
249. Dla zdiagnozowania zespołu uzależnienia spowodowanego używaniem alkoholu (wg ICD-10) u danej osoby należy stwierdzić występowanie:
- A. wszystkich objawów wymienionych w ICD-10, które występowały w historii picia dłużej niż jeden miesiąc
 - B. co najmniej trzech spośród sześciu wymienionych w ICD-10 objawów, które występowały przez co najmniej jeden miesiąc w ciągu ostatniego roku**
 - C. co najmniej pięciu spośród ośmiu wymienionych w ICD-10 objawów, które występowały jedynie epizodycznie w ciągu ostatniego roku
 - D. co najmniej trzech spośród sześciu z wymienionych w ICD-10 objawów, które występowały przez co najmniej jeden miesiąc w ciągu ostatniego roku, przy czym jeden z rozpoznanych objawów musi być fizjologiczny (zmieniona tolerancja, objawy abstynencyjne, picie w celu złagodzenia albo zapobieżenia alkoholowemu zespołowi abstynencyjnemu)
250. Osoba z rozpoznaną halucynozą alkoholową ma zachowaną:
- A. orientację autopsychiczną
 - B. orientację allopsychiczną
 - C. orientację autopsychiczną i allopsychiczną**
 - D. orientację przestrzenną
251. Palimpsest w przebiegu uzależnienia od alkoholu to:
- A. poranna reintoksykacja, tzw. „klin”
 - B. objaw diagnostyczny zespołu uzależnienia spowodowany używaniem alkoholu wg ICD-10
 - C. okres niepamięci następczej związanej z użyciem alkoholu**
 - D. objaw zatrucia alkoholem nazywany także upojeniem patologicznym
252. Syndrom Sztokholmski jest to:
- A. patologiczny wzorzec wielodniowego picia występujący w Szwecji
 - B. brak objawów upojenia pomimo spożycia śmiertelnej dawki alkoholu (powyżej 5 promili)
 - C. objaw tzw. powtórnego zranienia (wtórna wiktyimizacja) ofiary przemocy przez nieuważnego terapeutę, lekarza, urzędnika
 - D. destrukcyjny, patologiczny związek pomiędzy katem i ofiarą przemocy**

253. Objawy pozytywne schizofrenii wg skali PANSS (skala oceny zaburzeń psychicznych w schizofrenii) to:
- A. omamy, urojenia, postawa wielkościowa, wrogość, podniecenie, podejrzliwość
 - B. stępienie afektywne, apatia, wycofanie emocjonalne, zubożenie kontaktu, brak spontaniczności i płynności konwersacji
 - C. zaburzenia myślenia, podwójna osobowość, dziwaczne ruchy i sałatka słowna, mówienie do siebie
 - D. zaburzenia aktywności motorycznej przeważnie w postaci postawy katatonicznej, echopraksji, manieryzmów i zachowań stereotypowych
254. Kryterium rozpoznania epizodu depresyjnego zakłada stwierdzenie takich objawów jak: nastrój depresyjny, lęk, bezsenność, zahamowanie psychoruchowe, utrata wagi. W jakim okresie powinny wystąpić opisane objawy:
- A. 2 tygodni
 - B. 1 miesiąca
 - C. 3 miesiące
 - D. 6 miesięcy
255. Pobudzanie układu nagrody uważane jest za jeden z najważniejszych patomechanizmów pobudzających proces uzależniania się. Układ nagrody związany jest przede wszystkim z:
- A. mezolimbicznym układem dopaminergicznym
 - B. układem serotonergicznym i noradrenergicznym
 - C. układem dehydrogenazy aldehydowej ALDH i alkoholowej ALD
 - D. układem acetylocholinergicznym
256. Do farmakologicznego zmniejszenia odczuwania przez pacjenta silnego pragnienia picia (głodu) alkoholu stosuje się:
- A. naltrekson (Re-Via)
 - B. akamprozat (Campral)
 - C. disulfiram (Anticol)
 - D. clonazepam
257. Alkohol spożywany jest przez te osoby w celach samoleczenia występujących zaburzeń psychicznych (np. zaburzenia nastroju, zaburzenia snu, psychozy). Po ustąpieniu zaostrzonych objawów występują okresy abstynencji bądź picia niewielkiej ilości alkoholu. W rodzinach zauważa się częste występowanie chorób psychicznych (depresji, samobójstw, psychoz schizofrenicznych, alkoholizmu). Występują tendencje samobójcze nie tylko w związku z piciem alkoholu. Opis ten charakterystyczny jest dla opisanego typu alkoholizmu przez:
- A. Babora typ A
 - B. Cloningera typ I
 - C. Lescha typ III
 - D. Lescha typ IV

258. Pani Ania jest 35-letnią nauczycielką. Swoje obowiązki traktuje bardzo poważnie wykonując je sumiennie, wręcz pedantycznie. Do lekcji przygotowywała się zawsze dokładnie, nie zapominając o najdrobniejszych szczegółach. Miała przygotowane pomoce do lekcji, robiła konspekty i notatki w dzienniku. Starła się być zawsze bardzo sprawiedliwą. Pomimo notatek z wypowiedzi uczniów wystawienie semestralnych ocen stawało się dla niej koszmarem. Wielokroć nie zdążyła z wystawieniem ich na czas. Nawet po ich wystawieniu miała wiele skrupułów i rozmyślała o nich bezustannie. W kontaktach z uczniami, rodzicami i kolegami z pracy była bardzo oszczędna w wyrażaniu uczuć.
- Opis tego typu zaburzenia jest charakterystyczny dla:
- A. depresji
 - B. osobowości zależnej
 - C. osobowości anankastycznej**
 - D. osobowości unikającej
259. Źródłem zaburzeń osobowości tego typu jest deficyt rozwojowy, polegający na braku prawidłowego odzwierciedlenia. Obraz dziecka był kształtowany zgodnie z idealnym wyobrażeniem rodziców, z ich wizją na jego temat. Opis źródeł powstania zaburzeń charakterystyczny jest dla osobowości:
- A. dysocjalnej
 - B. narcystycznej**
 - C. chwiejnej emocjonalnie
 - D. histrionicznej
260. Według M.M. Linehan etiologia tego zaburzenia osobowości ma swoje źródła w dysfunkcji układu nerwowego w zakresie regulacji emocjonalnej. W ich efekcie pojawiają się dezadaptacyjne formy radzenia sobie z intensywnymi bolesnymi emocjami. Konsekwencją tego jest podatność na zranienia, która ujawnia się jako obniżenie progu wrażliwości na pewnego rodzaju stymulacje. Skutkiem tego może być silna reakcja emocjonalna na bodźce czy sytuacje, które dla innych osób są emocjonalnie neutralne. Powyższy opis źródeł powstania zaburzeń charakterystyczny jest dla osobowości:
- A. dysocjalnej
 - B. typu borderline**
 - C. histrionicznej
 - D. narcystycznej
261. Liczne doniesienia naukowe (np. L. Cierpiątkowskiej czy R. Poprawy) wskazują, że pewne zachowania mocno korelują ze zwiększonym ryzykiem rozwoju uzależnienia. Najczęściej są to zachowania:
- A. zaburzonej eksternalizacji
 - B. zachowania nadaktywne i rozdhamowanie
 - C. zachowania agresywne i impulsywne
 - D. wszystkie odpowiedzi są prawidłowe**

262. Sytuacja psychologiczna zakładników jest odzwierciedleniem sytuacji osób doświadczających przemocy w rodzinie, ofiar gwałtu i zmuszania do prostytucji, więźniów politycznych i obozów zagłady. Wg Strentza można wyróżnić następujące fazy rozwijania się sytuacji zakładnika/ ofiary:
- A. szok-bunt, targowanie się, depresja, akceptacja
 - B. szok, poddanie się, negocjowanie warunków, utrwalanie dobrej pozycji, rozwiązanie kryzysu
 - C. alarm, kryzys, przystosowanie, rozwiązanie**
 - D. zaprzeczanie, wahanie, rozważanie, potwierdzanie
263. W rozwoju patologicznego hazardu określoną rolę mogą odgrywać podane niżej zaburzenia występujące u rodziców. Na rozwój hazardu **nie mają** wpływu następujące z zaburzeń:
- A. nadużywanie alkoholu lub leków
 - B. ekshibicjonizm**
 - C. uprawianie hazardu przez rodziców
 - D. zachowania dysocjalne, antyspołeczne
264. Ogólny zespół adaptacyjny (GAS) wg H. Seyle'go jest to :
- A. wzorzec reakcji na stres, który stanowi linię obrony organizmu przed potencjalnie szkodliwymi czynnikami; występuje, gdy organizm styka się z każdym stresorem**
 - B. jest to styl radzenia sobie z trudną sytuacją (unikanie, poszukiwanie nowych rozwiązań, nastawienie na przetrwanie)
 - C. dotyczy skutecznego wyeliminowania stresorów lub ograniczenia ich oddziaływania oraz zmniejszanie nieprzyjemnych reakcji na stres za pomocą technik relaksacyjnych
 - D. jest to krótkotrwała odpowiedź człowieka na wymagania stresora w zależności od jego siły (kataklizm, stresor osobisty, stresor drugoplanowy)
265. Uszkodzenie tej części mózgu jest bezpośrednio związane z zaburzeniami odczuwania emocji, słabą ekspresją emocjonalną, co może prowadzić do podejmowania złych decyzji spowodowanych niemożnością przewidywania nieprzyjemnych konsekwencji:
- A. kora ciemieniowa
 - B. kora potyliczna
 - C. kora przedczołowa**
 - D. kora skroniowa
266. Do Poradni Leczenia Uzależnień zgłosiła się żona osoby uzależnionej, ujawnia że od wielu lat doświadczają dużego napięcia wewnętrznego oraz przeżywa ciągle zagrożenie i lęk. Próbuje ten stan opanować, ale jej się to nie udaje. Martwi się co będzie w przyszłości i cały czas jest gotowa na doświadczanie przykrych zdarzeń. Ma trudności z koncentracją uwagi, trudno jej podejmować decyzję, gdyż boi się że będzie ona błędna. Pacjentka obserwuje kłopoty z zasypianiem, często ma odczucie przyspieszonego bicia serca, kołatania połączone z poczuciem obcego ciała w gardle. Wstępne rozpoznanie kliniczne wg ICD-10 to:
- A. współuzależnienie
 - B. depresja
 - C. zaburzenie lękowe uogólnione**
 - D. zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne

267. Jeżeli pacjent zgłasza niechciane obsesyjne myśli, powracające obrazy, które wzbudzają w nim niepokój lub/i powtarza czynności redukujące napięcie np. ciągle sprawdza, często myje ręce, liczy, modli się - najprawdopodobniej cierpi on na:
A. dystymię
B. zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne
C. fobię społeczną
D. zespół lęku uogólnionego
268. Pacjentka zgłasza ciągłe obniżenie nastroju, które występuje u niej od 2 lat. Odczuwa ona ciągłe zmęczenie i trudności ze snem. Prawidłowe rozpoznanie to:
A. dysforia
B. dystymia
C. dysleksja
D. ogólna niedyspozycja
269. U pacjenta od wielu tygodni utrzymuje się stan silnie obniżonego nastroju. Zrezygnował z różnych aktywności życiowych, które sprawiały mu kiedyś dużą przyjemność. Czuje, że utracił energię, jest nadmiernie senny, schudł, ma duże poczucie winy i coraz częściej myśli o śmierci. Powyższe objawy wskazują na:
A. osobowość unikającą
B. schizofrenię
C. depresję
D. zaburzenia przystosowania
270. Pacjent który jest przekonany, że jego myśli, uczucia, działania są kontrolowane przez zewnętrzną siłę oraz, że jego myśli są wtłaczane mu do głowy przez obce siły i przekazywane innym cierpi na:
A. zaburzenia percepcji
B. zaburzenia formy myślenia
C. zaburzenia treści myślenia
D. zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne
271. Zaburzenia somatyzacyjne, hipochondryczne, uporczywe bóle psychogenne wg ICD – 10 wchodzi w skład:
A. zaburzeń występujących pod postacią somatyczną
B. zaburzeń cielesnych
C. zaburzeń somatoanatomicznych
D. zaburzeń psychosomatycznych
272. Wg Anny Freud *zapobieganie świadomej ekspresji nieakceptowanych pragnień poprzez nadmierne przejawy pozornie przeciwnych zachowań* to mechanizm obronny typu:
A. anulowanie
B. przemieszczenie
C. reakcja upozorowana
D. sublimacja
273. Jeżeli pacjent przypisuje innym ludziom własne poglądy, motywy, cechy, interpretacje oraz nieakceptowane u siebie uczucia i przeżycia stosuje mechanizm obronny typu:
A. reakcja upozorowana
B. przemieszczenie
C. zaprzeczanie
D. projekcja

274. Postępowanie terapeutyczne w przypadku pacjentów z podwójną diagnozą wymaga:
A. podejścia interdyscyplinarnego, uwzględniającego leczenie równoległe obu jednostek chorobowych
B. wyłącznie skierowania pacjenta do placówki leczenia zaburzeń psychiatrycznych
C. wprowadzenia pacjenta jak najszybciej w podstawowy program leczenia uzależnienia
D. żadne z powyższych
275. Patologiczny hazard zgodnie z ICD-10 należy do:
A. zaburzeń nerwicowych
B. zaburzeń nastroju
C. zaburzeń osobowości i zachowania dorosłych
D. uzależnień
276. Odrzucenie nieprzyjemnych faktów należących do świata zewnętrznego, uniemożliwiająca uświadomienie sobie jego bolesnych aspektów nazywa się mechanizmem obronnym typu:
A. reakcja pozorowana
B. regresja
C. konwersja
D. zaprzeczanie
277. Brak zainteresowań i mała zdolność do odczuwania radości, smutek, niska samoocena, obwinianie siebie samego, pesymizm wobec przyszłości, brak inicjatywy, zaburzenia snu, zmniejszony apetyt najczęściej ujawniają się u pacjentów cierpiących na:
A. zaburzenia dysocjacyjne
B. zaburzenia afektywne
C. zaburzenia psychosomatyczne
D. żadne z powyższych
278. Rodzaj zachowań, w których poprzez działanie wyrażane są bezpośrednio nieuświadomione impulsy. Dzięki nim można uniknąć uświadomienia sobie towarzyszących zwykle tym impulsom emocji. Taki rodzaj mechanizmu obronnego to:
A. antycypacji
B. dysocjacji
C. acting-out
D. identyfikacji projekcyjnej
279. Kompulsje są to:
A. ruchy mimowolne
B. stereotypie ruchowe
C. czynności natrętne
D. automatyzmy ruchowe
280. Zaburzenia osobowości dysocjalnej charakteryzują się m.in.:
A. wszystkimi z poniższych
B. niestabilnością emocjonalną, zaburzonym obrazem samego siebie, pustką wewnętrzną, zaburzeniami tożsamości
C. bezwzględnym nieliczeniem się z uczuciami innych, niemożnością przeżywania poczucia winy i korzystania z doświadczeń, skłonnością do obwiniania innych
D. podporządkowywaniem się potrzebom innych osób, trudnościami z podejmowaniem decyzji, podejrzliwością względem innych

281. Wzmożenie nastroju nieadekwatnie do sytuacji, podniesienie napędu psychoruchowego, wielomówność, ekspansywność w kontaktach, nastawienie wielkościowe, zmniejszona potrzeba snu, trudności w koncentracji uwagi charakteryzuje osoby doświadczające:
A. zaburzeń osobowości dysocjalnej
B. epizodu maniakalnego
C. zaburzeń lękowych
D. trudności w relacjach interpersonalnych
282. Zaburzenia charakteryzujące się nadmierną dokładnością, pedanterią, sztywnością i uporem, trudnościami w podejmowaniu decyzji, pojawieniem się natarczywych niechcianych myśli lub impulsów jest związana z:
A. osobowością anankastyczną
B. osobowością zależną
C. osobowością chwiejną emocjonalnie
D. osobowością schizoidalną
283. Które z poniższych twierdzeń jest prawidłowe:
A. urojenia są to fałszywe sądy, wypowiedane z głębokim przekonaniem o ich słuszności, które po udowodnieniu ich fałszywości przemijają
B. urojenia są to fałszywe sądy, wypowiedane z głębokim przekonaniem o ich słuszności, które po udowodnieniu ich fałszywości nadal nie podlegają korekcji
C. urojenia są równoznaczne z natręctwami myślowymi
D. urojenia są to zaburzenia pamięci
284. Zaburzenia schizofreniczne cechują się m.in.:
A. zaburzeniami myślenia
B. zaburzeniami spostrzegania
C. niedostosowanym i spłyconym afektem
D. wszystkimi powyższymi
285. Przypisywanie innym ludziom własnych poglądów, interpretacji oraz nieakceptowanych u siebie uczuć i przeżyć jest charakterystyczne dla mechanizmu obronnego typu:
A. przemieszczenia
B. projekcji
C. reakcji upozorowanej
D. zaprzeczania
286. Lęk występujący przede wszystkim w sytuacjach społecznych, koncentrujący się wokół obawy przed oceną przez innych, prowadzący do unikania sytuacji społecznych jest typowy dla:
A. zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych
B. osobowości paranoicznej
C. osobowości zależnej
D. fobii społecznych

287. Tendencja do nadmiernego przeceniania własnego znaczenia, nadmierna wrażliwość na niepowodzenia i odrzucenie, tendencja do długotrwałego przeżywania przykrości, podejrzliwość i stała tendencja do zniekształcania codziennych doświadczeń cechuje osoby cierpiące na:
- A. zaburzenie osobowości o typie chwiejnym emocjonalnie
 - B. zaburzenie osobowości o typie histrionicznym
 - C. zaburzenie osobowości o typie paranoicznym**
 - D. zaburzenie osobowości o typie narcystycznym
288. Zaburzenia osobowości to:
- A. ujawniające się w stresie schematy reakcji, charakteryzujące się wybuchowością
 - B. głęboko zakorzenione i utrwalone wzorce zachowań, przejawiające się mało elastycznymi reakcjami, znacznie odbiegające od norm kulturowych**
 - C. charakterystyczne formy zachowań dla danej osoby
 - D. żadne z powyższych
289. Zaburzenia osobowości chwiejnej emocjonalnie typ borderline charakteryzują się m.in:
- A. agresywnymi zachowaniami względem otoczenia, opuszczaniem dni w pracy, częstymi rozstaniem z osobami bliskimi, silną integracją wewnętrzną, tendencjami przywódczymi
 - B. niestabilnością emocjonalną, zaburzonym obrazem samego siebie, pustką wewnętrzną, skłonnością do wchodzenia w intensywne i niestabilne związki oraz do gróźb samobójstwem i samouszkodzeń**
 - C. bezwzględnym nieliczeniem się z uczuciami innych, niemożnością przeżywania poczucia winy i korzystania z doświadczeń, skłonnością do obwiniania innych
 - D. chłodem emocjonalnym, wycofaniem się lub spłyceniem uczuciowości, stałą preferencją do samotnictwa, niezainteresowaniem zarówno pochwałami, jak i krytyką
290. Zaburzenia dystymiczne to:
- A. uporczywe zaburzenia nastroju**
 - B. zaburzenia psychotyczne
 - C. zaburzenia lękowe
 - D. zaburzenia pamięci
291. Podporządkowywanie swoich potrzeb potrzebom innych osób, trudności w podejmowaniu decyzji, obawa przed niezdolnością zatroszczenia się o siebie, niechęć do stawiania wymagań osobom, od których jest się zależnym są przejawem:
- A. zaburzeń lękowych
 - B. zaburzeń osobowości o typie zależnym**
 - C. dysocjacji
 - D. zaburzeń konwersyjnych
292. Trzy zaburzenia osobowości najczęściej współwystępujące z alkoholizmem to:
- A. chwiejna emocjonalnie, dysocjalna i narcystyczna**
 - B. chwiejna emocjonalnie, schizoidalna i zależna
 - C. anankastyczna, zależna i narcystyczna
 - D. masochistyczna, dysocjalna i histrioniczna

293. PTSD czyli zespół stresu pourazowego jest zaburzeniem występującym często wśród pacjentów placówek leczenia uzależnień:
A. uzależnionych
B. współuzależnionych
C. DDA
D. odpowiedzi A, B i C są prawidłowe
294. Anna jest samotniczką, nie ma przyjaciół, luźne kontakty utrzymuje tylko z najbliższą rodziną. Uchodzi w środowisku za chłodną i nieprzystępną. Najchętniej spędza czas sama, obojętnie podchodzi do różnych wydarzeń i spraw, które na ogół przez innych traktowane są jako przyjemne i interesujące. Anna przejawia cechy osobowości:
A. borderline
B. schizoidalnej
C. narcystycznej
D. dys socjalnej
295. Dla hazardu patologicznego prawdziwe są stwierdzenia (I):
A. wg ICD-10 należy do zaburzeń nawyków i popędów, polega na często powtarzającym się uprawianiu hazardu, który przeważa w życiu człowieka ze szkodą dla wartości i zobowiązań społecznych, zawodowych, materialnych i rodzinnych, jest wynikiem ukształtowania się u uzależnionego zaburzenia osobowości o typie kompulsyjnym lub cyklotymicznym
B. należy wg ICD-10 do zaburzeń osobowości i zachowania, a badacze i praktycy wyróżniają cztery fazy – zwycięstw, start, desperacji, utraty nadziei
C. jednym z kierunków w pracy z pacjentem hazardzistą jest praca nad jego nałogowym funkcjonowaniem intrapsychoicznym – psychologicznymi mechanizmami uzależnienia – ze szczególnym uwzględnieniem heurystycznych zniekształceń poznawczych
D. prawidłowe odpowiedzi b i c
296. Po użyciu amfetaminy zwykle występuje (I):
A. zmniejszenie czucia głodu i bólu, spowolnienie psychoruchowe, zwężenie źrenic, euforia i błogostan
B. wzmożona samoocena, ustąpienie zmęczenia i wzrost aktywności, euforia, rozszerzenie źrenic, zmniejszenie potrzeby snu
C. odhamowanie psychoruchowe, bełkotliwa mowa, zaburzenia koordynacji i orientacji, przekrwienie skóry i białkówek, euforia
D. zaburzenia percepcji czasu, iluzje i omamy, zwłaszcza wzrokowe, rozszerzenie źrenic, euforia i ekstaza
297. Alkoholowy zespół amnestyczny to m. in. (I):
A. zespół zaburzeń zapamiętywania z wypełnianiem luk pamięciowych konfabulacjami
B. inaczej palimpsest o przewlekłym charakterze
C. zespół otępienny obejmujący większość funkcji poznawczych (tzw. otępienie alkoholowe)
D. inaczej zespół Otella

298. Praca terapeutyczna nad złością w intensywnej fazie psychoterapii uzależnienia polega na (I):
- A. mikroedukacji, autodiagnozie złości, stosowaniu technik konstruktywnego odreagowania złości
 - B. autodiagnozie złości, przepracowaniu problemów emocjonalnych (lęku, wstydu, poczucia krzywdy, poczucia winy) sygnalizowanych przez złość i związanych z doświadczeniami z dorosłego życia w przeszłości
 - C. mikroedukacji, autodiagnozie złości, uczeniu sposobów zmniejszania napięcia, nauce korzystania ze złości w sposób społecznie akceptowalny
 - D. mikroedukacji, uczeniu sposobów zmniejszania napięcia, stworzeniu okazji do wyrażania złości dotyczącej poczucia krzywdy z okresu dzieciństwa w sposób asertywny
299. FAS to (I):
- A. płodowy zespół alkoholowy, synonim zespołu Downa
 - B. płodowy zespół alkoholowy, którym jest zagrożone dziecko matek pijących alkohol w ciąży
 - C. płodowy zespół alkoholowy, którym są zagrożone tylko dzieci matek uzależnionych od alkoholu
 - D. płodowy zespół alkoholowy, którym są zagrożone przede wszystkim dzieci, których rodzice są alkoholikami
300. W jakim celu terapeuta, oprócz diagnozy nozologicznej, sporządza diagnozę problemową (I):
- A. żeby potwierdzić lub wykluczyć uzależnienie
 - B. żeby określić poziom zaawansowania uzależnienia
 - C. żeby wykluczyć głębokie zaburzenia psychiczne
 - D. żeby dostosować przebieg procesu terapeutycznego do indywidualnych potrzeb pacjenta
301. Podstawowym celem diagnozy nozologicznej jest (I):
- A. sprawdzenie i ocena efektywności leczenia
 - B. rozpoznanie jednostki chorobowej wg międzynarodowego systemu klasyfikacji ICD-10
 - C. rozpoznanie mechanizmów i dynamiki choroby zgodnego z fazami jej rozwoju wg Jellinka
 - D. uzgodnienie diagnozy z uczestnikiem badania wg kwestionariusza autorstwa Z. Sobolewskiej
302. Z tak zwanym piciem o niskim ryzyku szkód mamy do czynienia, gdy alkohol wypijany jest w ilościach (I):
- A. do trzech standardowych porcji dla kobiet dziennie przez pięć dni w tygodniu, dwa dni w tygodniu bez alkoholu
 - B. do jednej porcji standardowej dziennie dla kobiet przez pięć dni w tygodniu, nie przekraczając 0,5 ‰ alkoholu we krwi, dwa dni w tygodniu bez alkoholu
 - C. gdy alkohol wypijany jest w ilościach do dwóch standardowych porcji dla mężczyzn dziennie przez pięć dni w tygodniu, dwa dni w tygodniu bez alkoholu
 - D. odpowiedzi b i c prawdziwe

303. Pojęcia i nazwiska związane bezpośrednio z nurtem psychodynamicznym w psychoterapii to:
A. modelowanie, reatrybucja, Ellis, Beck
B. nerwica przeniesieniowa, wyparcie, Ferenczi, Horney
C. kontaminacja, wolne skojarzenia, Frankl, Rogers
D. dialog egzystencjalny, kontakt i wycofanie, Perls, Lewin
304. Do zaburzeń lękowych (nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną) wg ICD-10 zaliczamy:
A. agorafobię, dyspareunię, parafrenię, zespół stresu pourazowego
B. akrofobię, fugę, amnezję dysocjacyjną, neurastenię
C. bulimie, myzofobię, nerwicę natręctw, hipochondrię
D. stupor dysocjacyjny, kleptomanię, ksenofobię, napady paniki
305. Działanie disulfiramu polega w uproszczeniu na (**I**):
A. zmniejszeniu siły „głodu alkoholowego” poprzez aktywację glutaminianu
B. zwiększeniu ilości silnej toksyny w organizmie tzw. salsinolu który powstaje w reakcji disulfiram - alkohol
C. zwiększeniu ilości silnej toksyny w organizmie (aldehydu octowego) poprzez hamowanie aktywności dehydrogenazy aldehydowej
D. zmniejszenie efektu euforyzującego alkoholu poprzez blokadę receptorów opioidowych
306. W leczeniu zespołu uzależnienia spowodowanego paleniem tytoniu mają zastosowanie skale (**I**):
A. skala Tyrer’a i Prochasky
B. test Caplana i skala Hamiltona
C. test Schneider i Fagerströma
D. test Fagerströma i skala Münchausena
307. Praca nad zmianą destrukcyjnych przekonań w integracyjnej psychoterapii współzależnienia odbywa się przy pomocy:
A. swobodnej rozmowy i podążania za pacjentem aż sam odkryje, że jego przekonanie jest błędne
B. pracy nad wglądem, z wykorzystaniem elementów pracy z ciałem
C. perswazji i uczenia afirmacji w celu przyjęcia pozytywnego przekonania
D. sprawdzania racjonalności i funkcji destrukcyjnych zachowań oraz procedury szukania dowodów
308. Jaka interwencja terapeuty jest bardzo ważna w przypadku pracy z osobą uzależnioną, u której stwierdzono zaburzenia rezydualne (organiczne uszkodzenie mózgu):
A. szczegółowa analiza i odreagowanie urazów z dzieciństwa
B. badanie wzorca objawu – agresji
C. trening kontrolowania złości w ramach Treningu Zachowań Konstruktywnych
D. konsultacja medyczna i badanie neuropsychologiczne
309. Przeciwprzeniesienie to między innymi:
A. inkorporacja pacjenta przez terapeutę
B. całość nieświadomych reakcji terapeuty w stosunku do pacjenta, zwłaszcza na przeniesienie tego ostatniego
C. mechanizm obronny *id* wg teorii psychodynamicznych
D. projekcja

310. Polineuropatia jest jednym z najczęstszych powikłań somatycznych przewlekłego nadużywania/ uzależnienia od alkoholu. Polineuropatia to najogólniej (I):
A. choroba związana z zaburzeniami czucia, głównie w kończynach, dotknięte chorobą są wszystkie rodzaje czucia, objawy dotyczą zazwyczaj części ciała przykrytych rękawiczkami i skarpetkami
B. przewlekła choroba związana z zaburzeniem metabolizmu kwasu moczowego do czego prowadzi nadmierne spożywanie alkoholu, potocznie artretyzm
C. zapalenie nerwów obwodowych
D. a i c prawdziwe
311. W czasie końcowych sesji w terapii mogą być użyteczne różne działania:
A. dokonanie przeglądu postępów w terapii, eksploracja tego jak pacjent doświadcza zakończenia terapii,
B. pokonywanie oporu pacjenta przed zakończeniem terapii, „rozrzedzenie” sesji (z 1 tygodniowo do 1 na 2 tygodnie)
C. rozważenie, co „zostało jeszcze do zrobienia”, dzielenie się przez terapeutę własnymi doświadczeniami związanymi z przebiegiem terapii i jej zakończeniem
D. odpowiedzi a i c
312. Który lek zmniejszający ilość wypijanego alkoholu i intensywność jego picia podawany może być nie w sposób regularny, lecz w modelu „w razie potrzeby”:
A. Akamprozat
B. Neltrekson
C. Nalmefen
D. wszystkie wyżej wymienione
313. Skala pomiaru ciężkości alkoholowego zespołu abstynencyjnego CIWA-Ar ocenia następującą liczbę objawów alkoholowego zespołu abstynencyjnego (I):
A. 8 objawów
B. 10 objawów
C. 12 objawów
D. 14 objawów
314. Czy gmina może wprowadzić na swoim terenie prohibicję (zerowa liczba punktów sprzedaży alkoholu):
A. tak
B. tak, ale tylko w sytuacji gdy na terenie gminy stwierdza się wyjątkowo duże szkody społeczne i zdrowotne spowodowane używaniem alkoholu,
C. tak, ale tylko w określonym i ograniczonym czasie
D. nie
315. Który z poniższych objawów uzależnienia od alkoholu (wg DSM-5) pozostaje aktywny pomimo utrzymywania nawet wieloletniej abstynencji (I):
A. nawracające spożywanie alkoholu powodujące zaniedbanie głównych obowiązków w pracy, w szkole lub w domu,
B. głód alkoholu lub silne pragnienie lub potrzeba picia,
C. powracanie do spożywania alkoholu w sytuacjach zagrożenia lub fizycznego niebezpieczeństwa,
D. ujawnienie się tolerancji na alkohol

316. Model głodu Verheula, który sugeruje istnienie 3 ścieżek do pojawienia się głodu alkoholowego (związanych z potrzebą nagrody, pragnieniem ulgi oraz obsesyjnym myśleniem o alkoholu) należy do grupy modeli (I):
A. poznawczych
B. psychobiologicznych
C. warunkowania
D. motywacyjnych
317. Do najważniejszych zmian w klasyfikacji DSM-5 dotyczących uzależnień należy (wybierz najlepszą odpowiedź) (I):
A. Połączenie w jedną wspólną kategorię zaburzeń używania substancji (w tym alkoholu) i zaburzeń związanych z uzależnieniem od czynności
B. Usunięcie ostrej granicy między nadużywaniem substancji a uzależnieniem od substancji
C. Wprowadzenie różnych stopni ciężkości zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych
D. Wszystkie powyższe są prawdziwe
318. W modelu dynamicznych uwarunkowań angażowania się w używanie alkoholu oraz ryzyka zaburzeń z tym związanych (wg Windle i Davisa czy Cierpiałkowskiej i Sęk czy Poprawy) uwzględnia się zasadniczo:
A. Czynniki ryzyka związane z patogenezą
B. Czynniki ochrony związane z salutogenezą
C. Zasady psychopatologii rozwojowej
D. Wszystkie powyższe
319. Eksternalizacja problemów i zaburzeń związanych z używaniem alkoholu łączy się z (I):
A. Wczesną inicjacją picia, występowaniem trudności z samoregulacją, ze sprawowaniem samokontroli zachowania oraz ze wzmożoną popędlivością,
B. Późniejszą inicjacją alkoholową, występowaniem nadmiernej samokontroli, emocjonalnej nadwrażliwości, behawioralnego zahamowania, depresyjności i lęku
C. Impulsywnością (behawioralne rozhamowanie), silną tendencją do poszukiwania doznań, współwystępowaniem innych zaburzeń
D. a i c są prawdziwe
320. Badanie EZOP było pierwszym w Polsce badaniem epidemiologicznym zaburzeń psychicznych przeprowadzonym zgodnie z metodologią Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Wyniki tego badania wskazały, że w Polsce do najczęściej występujących zaburzeń psychicznych należą zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych, które obejmują nadużywanie i uzależnienie od alkoholu oraz nadużywanie i uzależnienie od narkotyków i wynoszą odpowiednio (I):
A. 9,9% dla alkoholu oraz 2,7% dla narkotyków
B. 11,9% oraz 1,4%
C. 12,9% oraz 4,5%
D. 17,4% oraz 5,6%

321. Skala Bilansu Decyzyjnego Velicera, DiClemente, Prochaski i Brandenbura w polskiej adaptacji J. Chodkiewicza jest narzędziem służącym do (I):
A. pomiaru poznawczych i motywacyjnych aspektów podejmowania decyzji
B. systematycznego ewaluowania argumentów „za” i „przeciw” związanych z motywowaniem w terapii uzależnień
C. oceny etapów procesu zmiany w zachowaniach problemowych
D. Wszystkie powyższe są prawdziwe
322. Do zadań realizowanych w 3 fazie (rehabilitacja) terapii uzależnienia wg W.R. Millera i współpracowników **nie należy** zadanie (I):
A. Ustanowienie relacji terapeutycznej opartej na empatii
B. zidentyfikowanie potrzeb członków rodziny i wspieranie ich stosownie do tychże potrzeb
C. ocena mocnych stron i zasobów klienta
D. odniesienie się do najpilniejszych problemów i zaburzeń współwystępujących
323. Do zadań realizowanych w 4 fazie (podtrzymanie) terapii uzależnienia wg W.R. Millera i współpracowników **nie należy** zadanie (I):
A. Wynegocjowanie i wyznaczenie celów oraz planu utrwalenia zmian
B. Koordynowanie pomocy, ułatwienie dostępu do stosownych usług
C. ocena mocnych stron i zasobów klienta
D. wspieranie motywacji do utrzymania zmian
324. Dobry cel do zmiany, akceptowalny przez klienta (wg transteoretycznego modelu zmian) spełnia poniższe warunki określone przez R.W. Millera i D. Mee-Lee **z wyjątkiem** (I):
A. Jest osiągalny
B. Daje zadowolenie
C. Jest konkretny
D. Nie musi być mierzalny
325. U pacjenta ze zdiagnozowaną schizofrenią stwierdzono również występowanie uzależnienia od alkoholu. Jeżeli znajduje się on pod opieką psychiatryczną i jest w pełnej remisji schizofrenii to może korzystać z terapii uzależnienia w warunkach:
A. Wyłącznie stacjonarnych
B. Ambulatoryjnych – oddział dzienny
C. Ambulatoryjnych – przychodnia lub poradnia
D. We wszystkich wyżej wymienionych
326. Samowyleczenie (remisja samoistna) odnosi się do poprawy stanu zdrowia pacjenta uzależnionego bez zastosowania efektywnego leczenia. Jest to zjawisko stosunkowo mało zbadane, a jego stopień rozpowszechnienia jeszcze mało poznany. Klingemann wyróżnił trzy stadia utrwalania decyzji o ograniczeniu lub zaprzestaniu picia. Należą do nich niżej wymienione **z wyjątkiem**:
A. Osiągnięcie „dna”
B. Wzrost zdolności do samokontroli związanej ze zwiększającym się zaufaniem do siebie (testowanie strategii radzenia sobie),
C. Utrwalanie decyzji poprzez zwiększenie się liczby wzmocnień związanych z nowym sposobem życia
D. Internalizacja nowych ról społecznych i odnalezienie sensu w życiu

327. Według modelu zmian Prochasky i DiClemente nawrót u osoby uzależnionej prowadzi najczęściej ponownie do etapu (I):
A. Prekontemplacji
B. Kontemplacji lub przygotowania
C. Działania
D. Podtrzymania
328. Krótkoterminowa Terapia Par z osobą dorosłą uzależnioną od alkoholu zalecana jest dla par (wybierz najlepszą odpowiedź):
A. o wysokim poziomie konfliktu
B. po rocznej abstynencji osoby uzależnionej
C. o silnej motywacji do zmiany i zdolności do ustalenia wspólnych celów
D. gdy spełnione są łącznie a i b
329. Przeciwwskazaniem do Krótkoterminowej Terapii Par jest:
A. występowanie poważnych problemów finansowych
B. słaba motywacja do zmiany
C. funkcjonowanie partnera w podwójnym związku
D. wszystkie powyższe są prawdziwe
330. Zjawisko współzależnienia i przyzwalania na picie alkoholu (wg modelu zmiany Prochasky i DiClemente) wśród dorosłych członków rodziny osoby uzależnionej najczęściej obserwowane jest w następujących etapach ich gotowości do zmiany:
A. prekontemplacji i/lub kontemplacji
B. przygotowania
C. działania
D. podtrzymania
331. W badaniach klinicznych, jak wskazuje L. Cierpiąłkowska, najczęściej pozytywnie korelujące ze współzależnieniem zaburzenia osobowości to:
A. osobowość zależna i borderline
B. osobowość narcystyczna i histrioniczna
C. osobowość antyspołeczna (dysocjalna)
D. osobowość schizoidalna i schizotypowa
332. Wielu terapeutów ostrożnie podchodzi do strategii interwencji wobec osoby uzależnionej opracowanej przez Instytut Johnsona (w Polsce znanej pod nazwą „Interwencja wobec osoby uzależnionej”). Swoje zastrzeżenia odnoszą przede wszystkim do:
A. Prawdopodobnie małej skuteczności tej metody (mała ilość rzetelnych badań w tym zakresie)
B. Wzbudza zastrzeżenia natury etycznej (np. ujawnianie osobom spoza rodziny bez wiedzy uzależnionego natury jego problemów), przygotowywana jest bez wiedzy osoby uzależnionej i realizowana „z zaskoczenia”
C. Obawa, że może budzić konflikt interesów, ponieważ najczęściej interwencję przygotowuje terapeuta z ośrodka, do którego kierowana jest osoba uzależniona,
D. Wszystkie powyższe są prawdziwe

333. Syndrom Dorosłego Dziecka Alkoholika (wybierz najlepszą odpowiedź):
A. został potwierdzony w badaniach klinicznych
B. został potwierdzony w badaniach klinicznych ale nie został potwierdzony w badaniach empirycznych i naukowych
C. nie został w ogóle potwierdzony ani w badaniach klinicznych ani naukowych
D. został potwierdzony w badaniach empirycznych i naukowych ale nie w klinicznych
334. Podstawową przyczyną możliwych problemów przystosowawczych i zdrowotnych u osób dorosłych, które wzrastały w rodzinach z problemem alkoholowym jest (wybierz najlepszą odpowiedź):
A. ukształtowanie się syndromu Dorosłego Dziecka Alkoholika
B. współzależnienie występujące w rodzinie pochodzenia
C. intensywność problemów związanych z piciem alkoholu przez uzależnionego rodzica
D. doświadczenie interpersonalnej traumy w okresie dzieciństwa
335. Bonnie Banard wśród kompetencji społecznych budujących odporność dziecka na przeciwności losu (również tego, które wzrasta w rodzinie z problemem alkoholowym) wymieniła responsywność. Oznacza ona:
A. Umiejętność pozyskiwania pozytywnej reakcji na własną osobę ze strony innych ludzi
B. Umiejętność adekwatnego reagowania w sytuacjach społecznych
C. Wrażliwość i elastyczność w kontaktach z drugą osobą
D. Wszystkie wymienione są prawdziwe
336. Foma Walsh wyodrębniła trzy obszary prężności, odporności rodziny (również tej z problemem alkoholowym) na przeciwności losu Należą do nich wymienione poniżej z wyjątkiem:
A. System przekonań rodzinnych
B. Organizacja rodziny i jej zasoby
C. Responsywność
D. Sposoby komunikowania się w rodzinie
337. Do podstawowych modeli terapii osób dorosłych, dzieci alkoholików opisywanych w literaturze należy model integracyjnej terapii DDA Z.Sobolewskiej-Mellibrydy. Jest to model, który opiera się przede wszystkim na (wybierz najlepszą odpowiedź):
A. Koncepcji psychodynamicznej
B. Koncepcji syndromu DDA jako efektu współzależnienia całej rodziny z problemem alkoholowym wg T.Cermaka
C. Modelu rozwoju rodziny alkoholowej wg Steinglassa
D. Koncepcji schematów osobistych Jeffrey'a E. Younga
338. Do podstawowych modeli terapii osób dorosłych, dzieci alkoholików opisywanych w literaturze należy model oparty na koncepcji chronicznego stresu pourazowego. Chroniczny stres pourazowy najczęściej powstaje w wyniku:
A. Interpersonalnej traumy, która zawsze występuje w rodzinach z problemem alkoholowym
B. Interpersonalnej traumy, która jest skutkiem uczestnictwa w jakiejś katastrofie lub jednym niezwykle traumatycznym zdarzeniu
C. Interpersonalnej traumy, która powstaje w wyniku długotrwałych doświadczeń urazowych związanych przede wszystkim z przemocą w jej różnorodnych formach
D. Interpersonalnej traumy, która jest skutkiem współzależnienia

339. Najistotniejszym czynnikiem leczącym w psychoterapii jest (wybierz najlepszą odpowiedź):
A. jakość relacji terapeutycznej
B. motywacja pacjenta, jaką miał przed podjęciem terapii
C. adekwatność i różnorodność stosowanych metod terapeutycznych
D. długość trwania psychoterapii
340. Skuteczność psychoterapii wg badań M. Lamberta zależy przede wszystkim (uszeregowano wg siły znaczenia) od:
A. Przede wszystkim od stosowanych technik, a następnie relacji terapeutycznej oraz cech pacjenta
B. Przede wszystkim od relacji terapeutycznej, a następnie stosowanych technik oraz cech pacjenta
C. Przede wszystkim od cech pacjenta, a następnie relacji terapeutycznej oraz stosowanych technik
D. Przede wszystkim od cech pacjenta, a następnie stosowanych technik oraz relacji terapeutycznej
341. Klaryfikacja to technika terapeutyczna, która polega na (I):
A. Ujaśnieniu i wprowadzeniu porządku poznawczego do wypowiedzi klienta
B. Osiąganiu wglądu i zrozumienia przyczyn oraz rzeczywistego charakteru problemów
C. Zderzeniu, zwróceniu uwagi na przeciwieństwa i wyjaśnienie ich
D. Żadne z powyższych nie jest prawdziwe
342. Niemożność osiągnięcia przez dłuższy czas ważnego celu przez człowieka to stan (I):
A. Zwykłego sytuacyjnego kryzysu
B. Konfliktu wewnętrznego
C. Frustracji
D. Przewlekłego kryzysu
343. Empatia, bezwarunkowa akceptacja, autentyczność – to podstawowe umiejętności pomocowe sformułowane przez (I):
A. Z. Freuda
B. V. Frankla
C. C. Rogersa
D. A. Masłowa
344. Twórcą syndromu presuicydalnego jest (I):
A. A. Beck,
B. E. Ringel,
C. M. Seligman
D. K. Dąbrowski
345. W przebiegu uzależnienia może wzrosnąć ryzyko samobójstwa. Syndrom presuicydalny wg E. Ringela obejmuje (I):
A. zawężenie: sytuacyjne, dynamiczne, kontaktów międzyludzkich, świata wartości,
B. zahamowaną i skierowaną przeciw sobie agresję: sytuacja kryzysowa wywołuje napięcie i agresję, skierowanie tej agresji przeciw sobie zwiększa zagrożenie aktem samobójczym,
C. rojenia o samobójstwie: fantazjowanie o własnej śmierci i reakcji na nią osób bliskich i ważnych.
D. Wszystkie powyższe

346. Zaburzenie to cechuje doznawanie przez przynajmniej kilka tygodni nieuzasadnionego uczucia lęku i napięcia. Lęk nie osiąga bardzo wysokiego poziomu ale jest niezwykle dokuczliwy dla pacjenta. Jego nasilenie może zmieniać się w ciągu dnia ale nie znika. Każda nawet drobna sytuacja stresująca zazwyczaj nasila lęk. Długotrwałość trwania lęku prowadzi do narastania męczliwości i zaburzeń w koncentracji uwagi. Jeżeli jest to zaburzenie z kręgu zaburzeń lękowych i nerwicowych, to prawdopodobnie chodzi tu o:
A. Zespół lęku uogólnionego
B. Zespół napadów paniki
C. Zespół stresu pourazowego
D. Fobię społeczną
347. Zaburzenie to związane jest z doznawaniem nagłych, krótkotrwałych, obezwładniających napadów bardzo silnego lęku. Trwają one kilka minut i towarzyszą im wyraźne objawy somatyczne: kołatanie serca, pocenie się, uczucia duszności itp. Pacjent boi się, że za chwilę utraci przytomność lub stanie się z nim coś złego. Napad lęku nie jest związany z jakimś konkretnym bodźcem, ale niektóre sytuacje mogą sprzyjać jego pojawieniu się. Jeżeli jest to zaburzenie z kręgu zaburzeń lękowych i nerwicowych, to prawdopodobnie chodzi tu o:
A. Zespół lęku uogólnionego
B. Zespół napadów paniki
C. Zespół stresu pourazowego
D. Fobię społeczną
348. Zaburzenia depresyjne często współwystępują z uzależnieniem od alkoholu. Według poznawczej teorii Becka ważnym mechanizmem rozwoju depresji jest triada poznawcza, na którą składają się wszystkie wymienione zjawiska z **wyjątkiem**:
A. negatywne myśli o sobie, o własnej niedoskonałości i bezradności,
B. negatywne myśli i sposoby interpretacji przeszłych i obecnych doświadczeń,
C. negatywne myśli o przyszłości,
D. negatywne myśli dotyczące akceptacji własnego uzależnienia
349. Depersonalizacja to objaw, który może pojawiać się w zaburzeniach dysocjacyjnych. Oznacza on:
A. Poczucie oddzielenia od siebie samego
B. Poczucie odrealnienia świata
C. Poczucie bycia kimś wyjątkowym
D. Rozszczepienie osobowości
350. Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) uzależnienie od alkoholu jest przewlekłym zaburzeniem charakteryzującym się występowaniem co najmniej (I):
A. 3 z 6 typowych objawów w okresie ostatniego roku,
B. 3 z 6 typowych objawów w okresie ostatnich 6 miesięcy,
C. 2 z 6 typowych objawów w okresie ostatniego roku,
D. 2 z 6 typowych objawów w okresie ostatnich 6 miesięcy.
351. W klasyfikacji DSM-5 umiarkowany stopień nasilenia objawów zaburzenia związanego z używaniem alkoholu oznacza:
A. występowanie 2-3 objawów w okresie ostatniego roku,
B. występowanie 1-2 objawów w okresie ostatniego roku,
C. występowanie 4-5 objawów w okresie ostatniego roku,
D. występowanie dwóch lub większej liczby objawów w okresie ostatniego roku.

352. Do typu I według Cloningera należą (wybierz odpowiedź błędną):
A. osoby charakteryzujące się późniejszym początkiem picia (po 25. r.ż.),
B. osoby, u których w profilu osobowości dominują unikanie ryzyka oraz niskie zapotrzebowanie na stymulację,
C. osoby zdolne do przynajmniej okresowego zachowania abstynencji,
D. częściej mężczyźni, obciążeni uzależnieniem w rodzinie i dziedziczący uzależnienie ze strony ojca.
353. Pacjenci przechodzący przez kolejne fazy: od picia ryzykownego, przez picie szkodliwe, do pełnoobjawowego uzależnienia zaliczani są do typu:
A. typu I Lescha,
B. typu II Lescha,
C. typu III Lescha,
D. typu IV Lescha.
354. Wybierz zdanie prawdziwe (I):
A. Odsetek osób utrzymujących abstynencję jest wyższy wśród mężczyzn niż wśród kobiet.
B. Kobiety w porównaniu do mężczyzn znacząco częściej intensywnie używają alkoholu.
C. Zgonów związanych z piciem alkoholu jest znacząco więcej wśród kobiet niż wśród mężczyzn.
D. Jeśli porównujemy podobne ilości spożywanego alkoholu przez mężczyzn i kobiety, ryzyko powikłań zdrowotnych związanych z jego spożywaniem jest większe dla kobiet.
355. Według danych WHO wśród przyczyn śmierci związanych z alkoholem na pierwszy plan wysuwają się:
A. choroby sercowo-naczyniowe,
B. niezamierzone urazy i wypadki,
C. choroby przewodu pokarmowego, w tym głównie marskość wątroby,
D. nowotwory.
356. Według danych polskiego badania epidemiologicznego EZOP rozpowszechnienie uzależnienia od alkoholu w Polsce w populacji ogólnej wynosi (I):
A. 0,2 -0,5%,
B. 2,3%,
C. 10-20%,
D. 0,5-1%.
357. Etanol w małych dawkach:
A. Wpływa pobudzająco na aktywność OUN.
B. Hamuje ośrodki korowe powodując behawioralne objawy wzbudzenia.
C. Może powodować zahamowanie ważnych dla życia ośrodków pod- korowych.
D. Odpowiedzi b i c prawidłowe.
358. Wspólnym punktem działania etanolu i leków z grupy benzodiazepin jest układ:
A. dopaminergiczny,
B. serotonergiczny,
C. GABA-ergiczny,
D. cholinergiczny.

359. Wybierz prawidłowe stwierdzenie:
- A. U większości osób uzależnionych od alkoholu nie obserwujemy zaburzeń funkcji poznawczych.
 - B. Jeśli już obserwujemy zaburzenia poznawcze u osób uzależnionych od alkoholu, to zwykle są one nieodwracalne.
 - C. U osób uzależnionych od alkoholu często obserwujemy upośledzenie funkcji wykonawczych (np. planowania, rozwiązywania problemów).**
 - D. Niezwykle często u osób uzależnionych spotykamy upośledzenie pamięci długotrwałej.
360. Tzw. układ nagrody w ośrodkowym układzie nerwowym związany jest przede wszystkim z aktywnością następującego układu neuroprzekaźnikowego:
- A. cholinergicznego,
 - B. dopaminergicznego,**
 - C. noradrenergicznego,
 - D. GABA-ergicznego.
361. Zjawisko tolerancji, które odgrywa istotną rolę w procesie rozwoju uzależnienia, najlepiej można opisać poniższym stwierdzeniem:
- A. Pozytywnie wzmacniający wpływ alkoholu zmniejsza się z czasem w miarę regularnego jego przyjmowania.**
 - B. W miarę picia alkoholu narasta jego działanie wzmacniające.
 - C. W miarę regularnego przyjmowania alkoholu osoba pijąca coraz mniej przejawia się negatywnymi konsekwencjami picia.
 - D. Regularne picie alkoholu prowadzi do niemożności powstrzymania się od wypicia kolejnego kieliszka.
362. Najbardziej charakterystycznym objawem alkoholowego zespołu abstynencyjnego jest (I):
- A. wzrost ciśnienia tętniczego,
 - B. potliwość,**
 - C. rozszerzenie źrenic,
 - D. nudności i wymioty.
363. Wskazaniem do stosowania metody szybkiego nasycania benzodiazepinami jest:
- A. majaczenie alkoholowe,
 - B. bardzo nasilone objawy wegetatywne alkoholowego zespołu abstynencyjnego,
 - C. wystąpienie napadu drgawkowego abstynencyjnego w czasie badania pacjenta,
 - D. wszystkie powyższe.**
364. W majaczeniu alkoholowym typowo:
- A. Zachowana jest orientacja autopsychiczna, a zaburzona - allopsychiczna.**
 - B. Występują wyłącznie halucynacje słuchowe.
 - C. Objawy wegetatywne alkoholowego zespołu abstynencyjnego są miernie nasilone.
 - D. Równocześnie występują napady drgawkowe o typie grand mal.
365. Objawy alkoholowego zespołu abstynencyjnego (I):
- A. Najczęściej pojawiają się w ciągu 6 do 24 godzin po zaprzestaniu picia.**
 - B. Pojawiają się wyłącznie, jeżeli stężenie alkoholu we krwi obniży się do zera.
 - C. Są zawsze wskazaniem do leczenia farmakologicznego.
 - D. Odpowiedzi a i b są prawidłowe.

366. Objawem niewystępującym typowo w przebiegu alkoholowego zespołu abstynencyjnego jest (I):
A. pobudzenie psychoruchowe,
B. lęk,
C. senność,
D. napięcie, drażliwość.
367. Paranoja alkoholowa bywa nazywana (I):
A. zespołem Otella,
B. halucynozą alkoholową,
C. majaczeniem alkoholowym,
D. zespołem Korsakowa.
368. Zespół objawów spowodowanych niedoborem witaminy B, prowadzący między innymi do pojawienia się ciężkich zaburzeń pamięci z lukami pamięciowymi wypełnianymi konfabulacjami to:
A. majaczenie alkoholowe,
B. otępienie naczyniowe,
C. zespół Korsakowa,
D. halucynozą alkoholową.
369. Zespół objawów spowodowanych chorobą mózgu i upośledzających funkcjonowanie intelektualne pamięć, uwagę, myślenie, planowanie - określany jest pojęciem:
A. psychozy,
B. majaczenia,
C. halucynozy,
D. otępienia.
370. Picie alkoholu zwiększa ryzyko rozwoju raka (I):
A. piersi,
B. jelita grubego,
C. krtani,
D. wszystkich wymienionych.
371. Powikłaniem nadmiernego picia alkoholu ze strony układu krążenia może być:
A. udar mózgu,
B. zawał serca,
C. rak krtani,
D. prawidłowe są odpowiedzi a i b.
372. Metabolizm alkoholu zachodzi przede wszystkim (I):
A. w jamie ustnej,
B. w żołądku,
C. w wątrobie,
D. w jelitach.
373. Uzależnienie od alkoholu zwiększa ryzyko pojawienia się:
A. depresji,
B. zaburzeń lękowych,
C. zaburzenia stresowego pourazowego,
D. wszystkich wymienionych zaburzeń.

374. Badania dowodzą istotnej roli w patogenezie współwystępowania zaburzeń depresyjnych i uzależnienia od alkoholu nieprawidłowej funkcji hormonów:
- A. tarczycy,
 - B. wzrostu,
 - C. stresu,**
 - D. żadnego z wymienionych.
375. Lekiem o najlepiej udokumentowanym wpływie na ograniczenie ilości spożywanego alkoholu jest:
- A. Akamprozat,
 - B. Naltrekson,**
 - C. Baklofen,
 - D. Prometazyna.
376. Leczenie przed depresyjne u osób uzależnionych od alkoholu:
- A. jest uzasadnione jedynie w przypadku współistnienia uzależnienia od alkoholu i zaburzeń depresyjnych,
 - B. nigdy nie jest uzasadnione,
 - C. należy włączać ostrożnie, po uprzednim wykluczeniu występowania objawów alkoholowego zespołu abstynencyjnego,
 - D. odpowiedzi a i c prawidłowe.**
377. Do substancji psychoaktywnych o działaniu halucynogennym nie należy:
- A. LSD,
 - B. kokaina,**
 - C. meskalina,
 - D. MDMA (ecstasy).
378. Spożycie alkoholu powoduje:
- A. zwiększenie libido,
 - B. opóźnienie wytrysku,**
 - C. priapizm,
 - D. nie wpływa na seksualność.
379. Wskaż zdanie prawidłowo opisujące zależności pomiędzy spożywaniem alkoholu a zaburzeniami seksualnymi:
- A. Nie ma związku między używaniem alkoholu a występowaniem zaburzeń seksualnych.
 - B. Alkohol korzystnie wpływa na seksualność i wykazuje działanie profilaktyczne, zwłaszcza w przypadku mężczyzn z zaburzeniami erekcji i zaburzeniami wytrysku.
 - C. Spożycie alkoholu przez mężczyznę z wytryskiem opóźnionym może spowodować jego przyspieszenie i zwiększenie satysfakcji ze stosunku.
 - D. Przewlekłe używanie alkoholu może prowadzić do hipogonadyzmu i w efekcie do obniżenia potrzeb seksualnych.**
-