

TEST dla kandydatów na specjalistów – 18 listopada 2019 r.

1. Sytuacje kliniczne występujące w przebiegu alkoholowego zespołu abstynencyjnego, które bezwzględnie wymagają hospitalizacji:
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
2. Kryterium diagnostycznym zespołu uzależnienia spowodowanego używaniem alkoholu nie jest (wg ICD -10):
A. silne pragnienie przyjmowania substancji
B. palimpsest
C. fizjologiczne objawy stanu odstawienia alkoholu
D. narastające zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności
3. W diagnozie nozologicznej wg ICD-10 u osób współuzależnionych najczęściej rozpoznaje się:
A. F 45.0
B. Z81.1
C. F 43.2
D. F 10.2
4. Pobudzanie układu nagrody jest uważane za jeden z najważniejszych patomechanizmów napędzających proces uzależniania się. Układ nagrody (wzmocnień pozytywnych) związany jest głównie z:
A. mezolimbicznym układem dopaminergicznym
B. układem serotonergicznym i noradrenergicznym
C. układem dehydrogenaz aldehydowej i alkoholowej (ALDH i ALD)
D. b i c
5. 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
6. Leki (środki) o uznanej klinicznie roli we wspomaganiu utrzymywania abstynencji w psychoterapii uzależnienia od alkoholu lub zmniejszające ilość wypijanego alkoholu i intensywność jego picia:
A. kłometiazol (Hemineuryna), disulfiram (Anticol)
B. akamprozat (Campral), naltrekson (Adepend), nalmeffen (Selincro)
C. klonazepam (Clonazepam), karbamazepina (Amizepin)
D. tianeptyna (Coaxil), diazepam (Relanium)

7. Clonazepam to:
 - A. lek przeciwdrgawkowy
 - B. lek od którego łatwo się uzależnić
 - C. a i b są prawdziwe
 - D. lek rutynowo stosowany w przypadku zespołu abstynencyjnego
8. Znane typologie alkoholizmu to między innymi:
 - A. Horney, Johansona, Jellinka
 - B. Mellibrudy, Baltimorska, Woronowicza
 - C. Lescha, Babora, Zuckera, Cloningera
 - D. a i b
9. Głównymi cechami charakteryzującymi opiatowy zespół abstynencyjny są :
 - 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
10. Alkoholowy zespół abstynencyjny powikłany napadami drgawkowymi może wymagać leczenia szpitalnego w sytuacji gdy:
 - 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
11. 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 piciem 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
12. W terapii osób uzależnionych od alkoholu poczuciu własnej skuteczności przypisuje niezwykle istotną rolę:
 - A. strategia poznawczo-behawioralna w modelu nawrotów G.A.Marlatta i J.R.Gordon
 - B. podejście motywacyjne
 - C. transteoretyczny model zmiany Prochaski i DiClemente
 - D. wszystkie powyższe są prawdziwe

13. Podstawowymi celami i zadaniami etapu **rozpoczynania procesu zmiany** w integracyjnej psychoterapii uzależnień są:
- A. rozbrojenie 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 piciem, wzbudzenie motywacji do zmiany**
 - D. diagnoza nozologiczna i problemowa pacjenta
14. 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
15. 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
16. Integracyjny model psychoterapii uzależnień J. Mellibrudy i Z. Sobolewskiej-Mellibrudy korzysta z podejść:
- A. systemowego
 - B. humanistycznego
 - C. behawioralno-poznawczego
 - D. ze wszystkich wymienionych podejść**
17. Występowanie u osoby pijącej tzw. „mocnej głowy” może (jako jeden z czynników biologicznych) powodować:
- 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**

18. Działanie mechanizmu nałogowego regulowania uczuć polega na następujących procesach:
- 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
19. „Nałogowa logika” to:
- 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
20. Polaryzacja JA powstała w wyniku działania mechanizmu rozpraszania i rozdławiania JA dotyczy:
- 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
21. 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
22. Nieumiejętność samoobserwacji i rozumienia swoich uczuć to przykład:
- A. deficytu umiejętności asertywnych
 - B. deficytu umiejętności intrapersonalnych
 - C. tendencji autodestrukcyjnej
 - D. utraty kontroli nad swoim życiem

23. Najważniejsze czynniki środowiskowe aktywizujące psychologiczne mechanizmy uzależnienia to:
- 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
24. Niezdolność sprawowania skutecznej kontroli nad piciem przez osobę uzależnioną jest spowodowana przede wszystkim:
- A. działaniem mechanizmu iluzji i zaprzeczeń
 - B. działaniem psychologicznych mechanizmów uzależnienia
 - C. uszkodzeniami organicznymi centralnego układu nerwowego
 - D. deficytami umiejętności odmawiania picia
25. 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
26. W integracyjnej psychoterapii uzależnień:
- 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 rozbijaniem mechanizmu iluzji i zaprzeczania
 - D. program 12 kroków AA uwzględnia się przede wszystkim w pracy nad uznaniem bezsilności wobec alkoholu
27. Przy przyjmowaniu pacjentów do terapii grupowej terapeuta powinien:
- 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

28. Najważniejsze kierunki pracy nad uznaniem bezsilności wobec alkoholu to:
- 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
29. Cele prowadzenia programów terapeutycznych na oddziałach dziennych i stacjonarnych muszą uwzględniać :
- 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
30. Podstawowe zadania w pracy terapeutycznej nad mechanizmem nałogowego regulowania uczuć to:
- 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
31. W pracy nad przymusem picia koncentrujemy się przede wszystkim na:
- 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
32. 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

33. "Uzależnienia mają swoje źródła w nieświadomionych tendencjach autodestrukcyjnych związanych z fiksacją rozwoju psychoseksualnego jednostki w fazie oralnej bądź analnej i stanowią przejaw stłumionego konfliktu między libido a agresją" – to jedno założeń przyjętych w koncepcji:
A. egzystencjalnej
B. behawioralno poznawczej
C. psychoanalitycznej/ psychodynamicznej
D. strategiczno-strukturalnej
34. 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
35. Określenie stopnia nasilenia objawów zespołu uzależnienia od alkoholu dla terapeuty uzależnień ma znaczenie w trakcie:
A. ustalania poprawnej diagnozy uzależnienia
B. zbudowania indywidualnego planu terapii
C. uświadomienia pacjentowi stopnia zaawansowania choroby
D. wszystkie powyższe są prawdziwe
36. 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
37. Fazy rozwoju nałogowego używania komputera bądź Internetu wg Kimberly S. Young, to:
A. fazy - zaangażowania, zastępowania, ucieczki
B. fazy - eksperymentowania, pogrążania się, pochłonięcia
C. fazy - zaznajamiania się, wycofywania, destrukcji
D. fazy - przeglądania informacji, wielogodzinne grania w gry, wchodzenia na strony pornograficzne
38. Według J. Mellibrudy strategie pracy nad radzeniem sobie z nawrotami dotyczą:
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 renegeacji
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

39. 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:
A. racjonalizowaniem
B. odwracaniem uwagi
C. intelektualizowaniem
D. obwinianiem innych
40. Wg T. L. Cermaka współzależnienie 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
41. W pierwszym etapie podstawowej fazy integracyjnej psychoterapii współzależnienia zasadniczym kierunkiem pracy jest:
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
42. 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
43. 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
44. W adaptacyjnym rozumieniu współzależnienia, zależy ono od następujących grup czynników:
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

45. Diagnoza kliniczna osób współzależniowych 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
46. W trójkącie dramatycznym Stephana Karpmana osoba współzależniowa wchodzi w rolę:
A. ratownika
B. prześladowcy
C. nie wchodzi w żadną z tych ról
D. przechodzi przez wszystkie trzy pozycje
47. 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
48. Psychologiczne określenie przemocy to:
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
49. 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
50. Siły wyzwalające i zniewalające w sytuacji przemocy domowej, to:
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

51. 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
52. 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
53. 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
54. 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
55. 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

56. 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
57. 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
58. 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 dyssocjalnej
 - B. epizodu maniakalnego
 - C. zaburzeń lękowych
 - D. trudności w relacjach interpersonalnych
59. Zaburzenia schizofreniczne cechują się m.in.:
- A. zaburzeniami myślenia
 - B. zaburzeniami spostrzegania
 - C. niedostosowanym i spłyconym afektem
 - D. wszystkimi powyższymi
60. 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
61. 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

62. 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. dyssocjalnej
63. Pacjentka zgłasza ciągle obniżenie nastroju, które występuje u niej od 2 lat. Odczuwa ona ciągle zmęczenie i trudności ze snem. Prawidłowe rozpoznanie to:
- A. dysforia
 - B. dystymia
 - C. dysleksja
 - D. ogólna niedyspozycja
64. 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. dyssocjalnej
 - B. narcystycznej
 - C. chwiejnej emocjonalnie
 - D. histrionicznej
65. Kiedy pacjent zobowiązany przez Sąd do leczenia odwykowego w trybie stacjonarnym oddali się samowolnie z placówki to:
- 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
66. Odpowiedzialność karna za przestępstwa popełnione pod wpływem alkoholu wg Kodeksu Karnego:
- 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

67. Czy w polskim prawodawstwie zapewniona jest ochrona ofiarom przemocy w rodzinie, np. czy sąd może wydać zakaz zbliżania się sprawcy do swoich ofiar?
- 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
68. 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
69. 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
70. 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

TEST dla kandydatów na specjalistów – 19 listopada 2019 r.

1. Alkoholowy zespół amnestyczny to m. in.:
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
2. Patologiczny hazard zgodnie z ICD-10 należy do:
A. zaburzeń nerwicowych
B. zaburzeń nastroju
C. zaburzeń osobowości i zachowania dorosłych
D. uzależnień
3. W teście AUDIT mamy trzy grupy pytań. Druga grupa pytań dotyczy:
A. picia ryzykownego
B. picia szkodliwego
C. uzależnienia
D. picia o niskim ryzyku szkód
4. Jednym z głównych elementów centralnego układu nerwowego biorących udział w powstawaniu uzależnienia od alkoholu jest tzw.:
A. szlak dopaminowy
B. szlak serotoninowy
C. szlak acetylocholinowy
D. B i C
5. 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
6. W substytucyjnej terapii uzależnienia opiatowego stosuje się:
A. naltrekson i klonazepam
B. akamprozat
C. diazepam i bupropion
D. metadon i buprenorfinę

7. W diagnozie nozologicznej wg ICD-10 rozpoznanie „obciążenie rodzinne nadużywaniem alkoholu” ma symbol:
A. F 10.2
B. F 43.1
C. F 43.2
D. Z 81.1
8. Bezwzględny wskazaniem do hospitalizacji pacjenta z zespołem uzależnienia od alkoholu jest wystąpienie:
A. zespołu abstynencyjnego
B. majaczenia alkoholowego
C. stłuszczenia wątroby
D. żadne z powyższych
9. Lekiem redukującym euforyzujące działania alkoholu jest:
A. anticol
B. naltrekson
C. disulfiram
D. akamprozat
10. Podstawowym celem diagnozy różnicowej jest:
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.
11. 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
12. 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

13. Nawrót w ujęciu poznawczym reprezentowanym przez A.T. Becka, G.A. Marlatta, J.R. Gordon czy K.T. Brownell charakteryzuje się tym, że:
- 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
14. 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
15. 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:
- A. podstawowe zasady rozmowy wspierającej
 - B. zaangażowanie i życzliwość
 - C. przekazanie pozytywnej wizji siebie
 - D. pięć zasad rozmowy motywującej
16. Integracyjny model psychoterapii uzależnień J. Mellibrudy i Z. Sobolewskiej-Mellibrudy korzysta z podejść:
- A. systemowego
 - B. humanistycznego
 - C. behawioralno-poznawczego
 - D. ze wszystkich wymienionych podejść
17. Warunkiem koniecznym do powstania uzależnienia od alkoholu jest:
- 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

18. Działanie mechanizmu nałogowego regulowania uczuć polega na następujących procesach:
- 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
19. Podstawowe funkcje mechanizmu iluzji i zaprzeczeń to:
- 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
20. Najważniejsze procesy funkcjonowania mechanizmu rozpraszania i rozdawiania JA to:
- 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
21. Destrukcyjna orientacja życiowa jaka występuje u osób uzależnionych obejmuje następujące zjawiska:
- A. tendencje autodestrukcyjne, myśli i próby samobójcze, mechanizm rozpraszania i rozdawiania JA
 - B. destrukcyjne schematy relacji międzyludzkich, tendencje autodestrukcyjne, destrukcja systemu wartości
 - C. destrukcję systemu wartości, mechanizm nałogowego regulowania uczuć, objawy depresyjne
 - D. osobowość społeczną, mechanizm iluzji i zaprzeczania, zachowania autodestrukcyjne
22. Najczęściej występujące u osób uzależnionych problemy emocjonalne to:
- 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

23. 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 związany 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
24. Najważniejsze czynniki środowiskowe aktywizujące psychologiczne mechanizmy uzależnienia to:
- 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
25. W integracyjnej psychoterapii uzależnień:
- 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 rozbijaniem mechanizmu iluzji i zaprzeczania
 - D. program 12 kroków AA uwzględnia się przede wszystkim w pracy nad uznaniem bezsilności wobec alkoholu
26. Najważniejsze kierunki pracy nad uznaniem bezsilności wobec alkoholu to:
- A. przekonanie o utracie kontroli nad piciem, nauka radzenia sobie z głodem alkoholowym, zmiana stereotypów i mitów na temat alkoholu
 - B. przekonanie się o utracie kontroli nad piciem, 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 piciem, rozpoznawanie szkód
 - D. przeżycie poczucia bezsilności, uznanie braku kontroli nad swoim życiem, zaprzestanie snucia nierealnych marzeń na temat swojego dalszego życia
27. Cele prowadzenia programów terapeutycznych na oddziałach dziennych i stacjonarnych muszą uwzględniać :
- 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

28. 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
29. Podstawowe zadania w pracy terapeutycznej nad mechanizmem nałogowego regulowania uczuć to:
- 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**
30. 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:
- A. poznawczych
 - B. psychobiologicznych**
 - C. warunkowania
 - D. motywacyjnych
31. Według J. Mellibrudy strategie pracy nad radzeniem sobie z nawrotami dotyczą:
- 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 renegowacji
 - 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
32. Określenie stopnia nasilenia objawów zespołu uzależnienia od alkoholu dla terapeuty uzależnień ma znaczenie w trakcie:
- A. ustalania poprawnej diagnozy uzależnienia
 - B. zbudowania indywidualnego planu terapii
 - C. uświadomienia pacjentowi stopnia zaawansowania choroby
 - D. wszystkie powyższe są prawdziwe**

33. 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
34. 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
35. Fazy rozwoju nałogowego używania komputera bądź Internetu wg Kimberly S. Young, to:
A. fazy - zaangażowania, zastępowania, ucieczki
B. fazy - eksperymentowania, pogrążania się, pochłonięcia
C. fazy - zaznajamiania się, wycofywania, destrukcji
D. fazy - przeglądania informacji, wielogodzinne grania w gry, wchodzenia na strony pornograficzne
36. 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
37. "Uzależnienia mają swoje źródła w nieświadomionych tendencjach autodestrukcyjnych związanych z fiksacją rozwoju psychoseksualnego jednostki w fazie oralnej bądź analnej i stanowią przejaw stłumionego konfliktu między libido a agresją" – to jedno z założeń przyjętych w koncepcji:
A. egzystencjalnej
B. behawioralno poznawczej
C. psychoanalitycznej/ psychodynamicznej
D. strategiczno-strukturalnej
38. Mówiąc o specyfice uzależnienia od alkoholu u kobiet wymienia się m.in.:
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

39. 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
40. Psychoterapia współzależnienia jest potrzebna:
- 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
41. W programie edukacyjnym dla osób współzależnionych przede wszystkim powinna się znaleźć:
- 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
42. 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
43. W trzecim etapie integracyjnej psychoterapii współzależnienia zasadniczym kierunkiem pracy jest:
- 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
44. 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

45. W rozumieniu współzależnienia jako formy adaptacji do destrukcyjnej relacji, czynnikami sprzyjającymi powstawaniu współzależnienia **nie będą**:
- 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
46. 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
47. 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
48. 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
49. 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

50. Pomoc dla dorosłych ofiar przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym powinna zaczynać się od:
- A. pomocy w zainicjowaniu zastosowania wobec sprawcy procedury zobowiązania do leczenia
 - B. zgłoszenia przestępstwa u prokuratora
 - C. psychoterapii współzależnienia
 - D. pomocy w zatrzymaniu przemocy
51. Istotą przemocy jest:
- 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
52. Podstawowe źródła przemocy to:
- 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
53. Najczęściej występujące problemy u osób, którym udało się zatrzymać przemoc domową to:
- 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
54. Proces wiktylizacji 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
55. Które z poniższych twierdzeń jest prawdziwe:
- 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

56. 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
57. 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 korekcy**
 - C. urojenia są równoznaczne z natrętami myślowymi
 - D. urojenia są to zaburzenia pamięci
58. Zaburzenia osobowości dyssocjalnej 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
59. Jeżeli pacjent przypisuje innym ludziom własne poglądy, motyw, cechy, interpretacje oraz nieakceptowane u siebie uczucia i przeżycia stosuje mechanizm obronny typu:
- A. reakcja uporowana
 - B. przemieszczenie
 - C. zaprzeczanie
 - D. projekcja**
60. Kompulsje są to:
- A. ruchy mimowolne
 - B. stereotypie ruchowe
 - C. czynności natrętne**
 - D. automatyzmy ruchowe
61. 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

62. Zaburzenia somatyzacyjne, hipochondryczne, uporczywe bóle psychogenne wg ICD – 10 wchodzą w skład:
- A. zaburzeń występujących pod postacią somatyczną
 - B. zaburzeń cielesnych
 - C. zaburzeń somatoanatomicznych
 - D. zaburzeń psychosomatycznych
63. 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
64. Do Poradni Leczenia Uzależnień zgłosiła się żona osoby uzależnionej, ujawnia że od wielu lat doświadcza 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 doświadczenie 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
65. 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. dyssocjalnej
 - B. typu borderline
 - C. histrionicznej
 - D. narcystycznej

66. Kodeks Karny w § 16 art. 115 stwierdza, że stan nietrzeźwości w rozumieniu Kodeksu zachodzi wtedy gdy:
- 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
67. 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
68. Czy w polskim prawodawstwie zapewniona jest ochrona ofiarom przemocy w rodzinie, np. czy sąd może wydać zakaz zbliżania się sprawcy do swoich ofiar?
- 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
69. 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
70. 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 przeciwnych, konfrontację z obawami, powtarzanie niepożądanych reakcji, minimalizowanie sygnałów paniki

TEST dla kandydatów na specjalistów – 20 listopada 2019 r.

1. Do farmakologicznego wspomaganie leczenia zespołu uzależnienia spowodowanego paleniem tytoniu stosuje się:
A. Champix, Tabex, Zyban
B. Clonazepam, Amizepin, Campral
C. Niquitin, Diazepam, Sydenafil
D. Niquitin, Amizepin, Campral
2. FAS to:
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
3. 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
4. Do konopi indyjskich i ich pochodnych nie zaliczamy:
A. haszysz
B. marihuany
C. opium i kolchicyny
D. żadne z powyższych
5. 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:
A. pijących wg wzorca o niskim ryzyku szkód
B. uzależnionych od alkoholu
C. pijących ryzykownie
D. pijących szkodliwie

6. Zespół abstynencyjny jest kryterium diagnostycznym wg ICD-10:
 - A. uzależnienia spowodowanego używaniem alkoholu
 - B. uzależnienia spowodowanego paleniem tytoniu
 - C. A i B**
 - D. zaburzenia nawyków i popędów (impulsów) w tym patologicznego hazardu
7. Używanie środków halucynogennych powoduje:
 - A. zwolnienie czynności serca i obniżenie ciśnienia krwi
 - B. wyciszenie, uspokojenie reakcji psychicznych
 - C. nastrój ekstatyczny, zaburzenia percepcji**
 - D. A i B
8. Palimpsest to:
 - 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
9. 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**
10. Przy nasilonych objawach alkoholowego zespołu abstynencyjnego w trakcie detoksykacji wskazane jest:
 - 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
11. Strategię terapeutyczną łączącą w sobie wczesne wykrywanie ryzykownego lub szkodliwego używania substancji psychoaktywnych i motywowanie do leczenia nazywamy:
 - A. wczesną interwencją**
 - B. pomocą przed terapeutyczną
 - C. profilaktyką krótkoterminową
 - D. redukcją szkód
12. 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

13. Jakich umiejętności dotyczy Trening Asertywnych Zachowań Abstynenckich:
- 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
14. 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
15. 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 pogodzenie się z drogą życia
16. Integracyjny model psychoterapii uzależnień J. Mellibrudy i Z. Sobolewskiej-Mellibrudy korzysta z podejść:
- A. systemowego
 - B. humanistycznego
 - C. behawioralno-poznawczego
 - D. ze wszystkich wymienionych podejść
17. Biologicznymi czynnikami ryzyka uzależnienia od alkoholu są:
- 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

18. Najważniejsze dla funkcjonowania osoby uzależnionej skutki działania mechanizmu rozpraszania i rozdawiania Ja to:
- 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
19. Proces, który tworzy u osoby uzależnionej głód alkoholu i emocjonalną izolację pacjenta od zewnętrznego świata to:
- A. mechanizm iluzji i zaprzeczania
 - B. mechanizm nałogowego regulowania uczuć
 - C. głód alkoholowy
 - D. deficyt umiejętności radzenia sobie z napięciem emocjonalnym
20. Funkcjonowanie mechanizmu iluzji i zaprzeczania polega na:
- 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
21. Tendencje autodestrukcyjne występujące u osób uzależnionych od alkoholu są:
- 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
22. W pracy nad rozbrajaniem mechanizmu iluzji i zaprzeczania koncentrujemy się przede wszystkim na:
- 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

23. Najważniejsze czynniki środowiskowe aktywizujące psychologiczne mechanizmy uzależnienia to:
 - A. sytuacje podwyższonego ryzyka, problemy emocjonalne, środowisko osób pijących
 - B. sytuacje podwyższonego ryzyka, trwale 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
24. Niezdolność sprawowania skutecznej kontroli nad piciem przez osobę uzależnioną jest spowodowana przede wszystkim:
 - A. działaniem mechanizmu iluzji i zaprzeczeń
 - B. działaniem psychologicznych mechanizmów uzależnienia**
 - C. uszkodzeniami organicznymi centralnego układu nerwowego
 - D. deficytami umiejętności odmawiania picia
25. 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. dysfunkcyjne standardy osobiste dotyczące picia, osłabioną siłę ego, poczucie niższej wartości, brak umiejętności asertywnych
 - C. wadliwe monitorowanie zachowania, wyczerpanie siły osobistej, nieprawidłowo ukierunkowaną regulację, dysfunkcyjne standardy osobiste dotyczące picia**
 - D. system dumy i kontroli, wyczerpanie siły osobistej, stereotypy i mity dotyczące picia alkoholu, efekt „śnieżnej kuli”
26. 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
27. Najważniejsze kierunki pracy nad uznaniem bezsilności wobec alkoholu to:
 - A. przekonanie o utracie kontroli nad piciem, nauka radzenia sobie z głodem alkoholowym, zmiana stereotypów i mitów na temat alkoholu
 - B. przekonanie się o utracie kontroli nad piciem, 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 piciem, rozpoznawanie szkód
 - D. przeżycie poczucia bezsilności, uznanie braku kontroli nad swoim życiem, zaprzestanie snucia nierealnych marzeń na temat swojego dalszego życia
28. Przy przyjmowaniu pacjentów do terapii grupowej terapeuta powinien:
 - 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**

29. Podstawowe i optymalne cele terapii osób uzależnionych w psychoterapii uzależnienia (skoncentrowanej na abstynencji) to:
- 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, nauczanie zachowań asertywnych, psychoterapia DDA
 - D. zwiększenie zdolności do utrzymywania abstynencji, zwiększenie zdolności do rozwiązywania problemów osobistych, zwiększenie zdolności do prowadzenia zdrowego życia
30. W integracyjnej psychoterapii uzależnień:
- 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
31. "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 założeń przyjętych w koncepcji:
- A. egzystencjalnej
 - B. behawioralno poznawczej
 - C. psychoanalitycznej/ psychodynamicznej
 - D. strategiczno-strukturalnej
32. Fazy rozwoju nałogowego używania komputera bądź Internetu wg Kimberly S. Young, to:
- A. fazy - zaangażowania, zastępowania, ucieczki
 - B. fazy - eksperymentowania, pogrążania się, pochłonięcia
 - C. fazy - zaznajamiania się, wycofywania, destrukcji
 - D. fazy - przeglądania informacji, wielogodzinne grania w gry, wchodzenia na strony pornograficzne
33. Cele prowadzenia programów terapeutycznych na oddziałach dziennych i stacjonarnych muszą uwzględniać:
- 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

34. 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
35. 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**
36. W pracy nad przymusem picia koncentrujemy się przede wszystkim na:
- 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
37. 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**
38. Określenie stopnia nasilenia objawów zespołu uzależnienia od alkoholu dla terapeuty uzależnień ma znaczenie w trakcie:
- A. ustalania poprawnej diagnozy uzależnienia
 - B. zbudowania indywidualnego planu terapii
 - C. uświadomienia pacjentowi stopnia zaawansowania choroby
 - D. wszystkie powyższe są prawdziwe**
39. 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

40. Jedną z koncepcji współzależności opisuje się jako reakcję na stres. Współzależnością w tym ujęciu jest:
- 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 powyższe wymienione są prawdziwe
41. Istnieją czynniki mające wpływ na wystąpienie współzależności rozumianej jako reakcja na stres:
- 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
42. Rezygnacja z własnych potrzeb na rzecz potrzeb męża (rodziny) jest przejawem:
- A. nieudanej próby zmiany
 - B. nieudanej próby wycofania
 - C. racjonalizacji i tłumienia uczuć
 - D. negatywnego sposobu przystosowania
43. Praca nad emocjami w pierwszym etapie integracyjnej psychoterapii współzależności polega na:
- 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
44. W pracy nad zmianą zachowań w interakcyjnej terapii współzależności pacjenci pracują nad:
- 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
45. Którą z przedstawionych niżej żon alkoholików można zakwalifikować do podstawowego programu psychoterapii współzależności:
- 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

46. Jakie najczęstsze problemy zdrowotne rozpoznawane są u kobiet współuzależnionych:
A. depresję, dystymię
B. zaburzenia lękowe
C. zaburzenia nerwicowe i pod postacią somatyczną
D. wszystkie wymienione powyżej
47. Czynniki zwiększającymi prawdopodobieństwo wystąpienia reakcji autodestrukcyjnych (samobójczych) u kobiet współuzależnionych są:
A. małe oparcie społeczne
B. zaniechanie poszukiwania pomocy
C. zaniechanie praktyk religijnych
D. wszystkie powyżej wymienione
48. Powrót do zdrowia osoby doświadczającej przemocy wg J. Herman odbywa się w 3 etapach. Jakie 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
49. Styl zachowania ofiary polegający na podporządkowywaniu się sprawcy lub biernym oporze przyczynia się do:
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
50. Prawidłowa kolejność programu pomocy psychologicznej dla żony alkoholika, która jest DDA oraz ofiarą aktualnej przemocy w rodzinie, to:
A. kolejność nie ma znaczenia byle trafiła do dobrego terapeuty
B. 1. psychoterapia DDA, 2. terapia współuzależnienia, 3. interwencja kryzysowa dla ofiar przemocy
C. 1. psychoterapia współuzależnienia, 2. interwencja kryzysowa dla ofiar przemocy, 3. psychoterapia DDA
D. 1. interwencja kryzysowa dla ofiar przemocy, 2. psychoterapia współuzależnienia, 3. psychoterapia DDA
51. 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

52. 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
53. 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
54. 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
55. 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**
56. Zaburzenia dystymiczne to:
- A. uporczywe zaburzenia nastroju**
 - B. zaburzenia psychotyczne
 - C. zaburzenia lękowe
 - D. zaburzenia pamięci
57. 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
58. 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

59. 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
60. 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
61. 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
62. Trzy zaburzenia osobowości najczęściej współwystępujące z alkoholizmem to:
A. chwiejna emocjonalnie, dyssocjalna i narcystyczna
B. chwiejna emocjonalnie, schizoidalna i zależna
C. anankastyczna, zależna i narcystyczna
D. masochistyczna, dyssocjalna i histrioniczna
63. 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
64. Liczne doniesienia naukowe (np. L. Cierpiałkowskiej 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 rozhamowanie
C. zachowania agresywne i impulsywne
D. wszystkie odpowiedzi są prawidłowe

65. 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 zdążała 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
66. Kodeks Karny w § 16 art. 115 stwierdza, że stan nietrzeźwości w rozumieniu Kodeksu zachodzi wtedy gdy:
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
67. O czym mówi art. 72 Kodeksu Karnego w sprawie osób uzależnionych?
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
68. W ramach przeciwdziałania przemocy w rodzinie stosowane są procedury tzw. Niebieskich Kart. Zaznacz odpowiedź, która odnosi się do nieistniejącej procedury:
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

69. 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
70. 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

TEST dla kandydatów na instruktorów – 20 listopada 2019 r.

1. 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
2. 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
3. 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
4. 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
5. Metabolizm alkoholu zachodzi przede wszystkim (I):
A. w jamie ustnej,
B. w żołądku,
C. w wątrobie,
D. w jelitach.
6. Picie alkoholu zwiększa ryzyko rozwoju raka (I):
A. piersi,
B. jelita grubego,
C. krtani,
D. wszystkich wymienionych.
7. Do farmakologicznego wspomagania 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

8. 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.
9. 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.
10. 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 intrapsychicznym – psychologicznymi mechanizmami uzależnienia – ze szczególnym uwzględnieniem heurystycznych zniekształceń poznawczych
D. prawidłowe odpowiedzi b i c
11. Działanie disulfiramu polega w uproszczeniu na (I):
A. zmniejszaniu 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
12. 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

13. 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
14. 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. Z81.1
15. 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)
16. 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
17. 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
18. 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

19. 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
20. Według J. Mellibruda 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 mityngach AA i bieżącej analizy dzienniczka uczuć
21. 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
22. 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”
23. 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

24. Wypowiedź pacjenta uzależnionego: „Gdybym nie miał ojca alkoholika, to bym nie pił” jest (I):
A. obwinianiem innych
B. odwracaniem uwagi
C. intelektualizowaniem
D. racjonalizowaniem
25. 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.
26. 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
27. 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
28. 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
29. 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

30. Dwanaście tradycji Anonimowych Alkoholików Bill W. nazywał (I):
A. dwunastoma prawami którymi rządzi się mityng
B. dwunastoma kamieniami milowym w historii AA
C. dwunastoma punktami zabezpieczającymi naszą przyszłość
D. żadnymi z powyższych
31. 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
32. 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
33. Najważniejsze kierunki pracy nad uznaniem bezsilności wobec alkoholu to (I):
A. przekonanie o utracie kontroli nad piciem, nauka radzenia sobie z głodem alkoholowym, zmiana stereotypów i mitów na temat alkoholu
B. przekonanie się o utracie kontroli nad piciem, 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 piciem, rozpoznawanie szkód
D. przeżycie poczucia bezsilności, uznanie braku kontroli nad swoim życiem, zaprzestanie snucia nierealnych marzeń na temat swojego dalszego życia
34. Podstawowe funkcje mechanizmu iluzji i zaprzeczeń to (I):
A. ułatwianie zapomniania 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, zapomnianie przykrych zdarzeń z dzieciństwa
35. 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

36. 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
37. Praca terapeutyczna nad złością w intensywniej 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
38. Zjawisko przeciwprzeniesienia w psychoterapii (I):
A. jest efektem znaczących zaniedbań w terapii własnej u terapeuty
B. pomaga terapeutce 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
39. 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
40. 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
41. 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
42. Nieumiejętność komunikowania się to przykład (I):
A. problemów emocjonalnych
B. działania mechanizmu iluzji i zaprzeczania
C. deficytu umiejętności interpersonalnych
D. deficytu umiejętności zadaniowych

43. 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 społeczną, mechanizm iluzji i zaprzeczania, zachowania autodestrukcyjne
44. 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 społeczna, negatywne konsekwencje zdrowotne picia
 - D. destrukcyjne schematy osobowościowe, destrukcja systemu wartości, problemy związane ze zdrowiem
45. 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
46. 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
47. 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

48. 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
49. 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
50. 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
51. W rozumieniu współuzależnienia jako adaptacji do patologicznej sytuacji w związku, istotą współuzależnienia 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
52. W rozumieniu adaptacyjnym współuzależnienia 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 współuzależniona i obowiązywał model patriarchalny
D. osobę, która jest dorosła i jest w związku z kimś, kto wprowadza destrukcję w związek

53. 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
54. 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
55. 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
56. 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
57. 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
58. 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

59. 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, deprecjowanie 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
60. 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
61. 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
62. 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
63. 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
64. Istnieją czynniki mające wpływ na wystąpienie współzależnienia rozumianego 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

65. 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)
66. 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
67. 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
68. 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
69. 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

70. 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

