

TEST dla kandydatów na specjalistów – 14 listopada 2022 roku

1.	Do konopi indyjskich i ich pochodnych <b>nie zaliczamy:</b>
	A. haszyszu
	B. marihuany
	<b>C. opium i kolchicyny</b>
	D. żadne z wymienionych
2.	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
	<b>D. zachodzą wszystkie wymienione możliwości</b>
3.	Używanie środków halucynogennych powoduje:
	A. zwolnienie czynności serca i obniżenie ciśnienia krwi
	B. wyciszenie, uspokojenie reakcji psychicznych
	<b>C. nastrój ekstatyczny, zaburzenia percepcji</b>
	D. zwolnienie czynności serca i obniżenie ciśnienia krwi oraz wyciszenie, uspokojenie reakcji psychicznych
4.	Jednym z głównych elementów centralnego układu nerwowego biorących udział w powstawaniu uzależnienia od alkoholu jest tzw.:
	<b>A. szlak dopaminowy</b>
	B. szlak serotoninowy
	C. szlak acetylocholinowy
	D. szlak serotoninowy oraz szlak acetylocholinowy
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:
	<b>A. pijących wg wzorca o niskim ryzyku szkód</b>
	B. uzależnionych od alkoholu
	C. pijących ryzykownie
	D. pijących szkodliwie
6.	Przy nasilonych objawach alkoholowego zespołu abstynencyjnego w trakcie detoksykacji wskazane jest:
	A. podawanie witaminy C, D, K i kwasu foliowego
	B. podawanie jedynie benzodiazepin
	<b>C. podawanie płynów wieloelektrolitowych i benzodiazepin</b>
	D. podawanie disulfiramu, diuretyków i prometazyny

7.	Do farmakologicznego wspomaganie leczenia zespołu uzależnienia spowodowanego paleniem tytoniu stosuje się:
	A. <b>Champix, Tabex, Zyban</b>
	B. Clonazepam, Amizepin, Campral
	C. Niquitin, Diazepam, Sydenafil
	D. Niquitin, Amizepin, Campral
8.	Leki (środki) o uznanej klinicznie roli we wspomaganie utrzymywania abstynencji w psychoterapii uzależnienia od alkoholu lub zmniejszające ilość wypijanego alkoholu i intensywność jego picia to:
	A. klometiazol (Hemineuryna), disulfiram (Anticol)
	B. <b>akamprozat (Campral), naltrekson (Adepend), nalmefen (Selincro)</b>
	C. klonazepam (Clonazepam), karbamazepina (Amizepin)
	D. tianeptyna (Coaxil), diazepam (Relanium)
9.	Clonazepam to:
	A. lek przeciwdrgawkowy
	B. lek od którego łatwo się uzależnić
	C. <b>lek przeciwdrgawkowy oraz lek od którego łatwo się uzależnić</b>
	D. lek rutynowo stosowany w przypadku zespołu abstynencyjnego
10.	W teście AUDIT mamy trzy grupy pytań. Druga grupa pytań dotyczy:
	A. picia ryzykownego
	B. picia szkodliwego
	C. <b>uzależnienia</b>
	D. picia o niskim ryzyku szkód
11.	Mesa Grande Project to jedna z najbardziej znanych analiz badań dotyczących skuteczności terapii uzależnienia od alkoholu. Wykazano, że metodami o największej skuteczności są:
	A. <b>krótkie interwencje, wzmacnianie motywacji, trening umiejętności społecznych</b>
	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
12.	Proces samoregulacji wiąże się z wysiłkiem człowieka podjętym w kierunku zmiany własnych reakcji. Do podstawowych składników samoregulacji należą:
	A. <b>standardy, monitorowanie, siła woli</b>
	B. samoobserwacja, samokontrola, samodyscyplina
	C. formułowanie celów, planowanie, działanie
	D. uporczywość, rozpraszalność, próg reagowania na bodźce
13.	Jak nazywa P. Monti następujące umiejętności: przyjmowanie i mówienie komplementów, komunikowanie się niewerbalne, wyrażanie uczuć i uważne słuchanie, asertywność, przyjmowanie i wyrażanie krytyki, odmawianie picia:

	A. umiejętności interpersonalne
	B. umiejętności poznawcze
	C. umiejętności socjalne
	D. żadne z wymienionych
14.	W opisanej przez Prochaska i DiClemente koncepcji różnych etapów gotowości do zmiany zachowania <b>nie występuje</b> :
	A. etap przygotowania
	B. etap działania
	C. etap weryfikacji
	D. etap utrwalania
15.	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
16.	Która z cech <b>nie predysponuje</b> do patologicznego używania substancji:
	A. słaba motywacja do kontroli zachowania
	B. obniżona tolerancja frustracji
	C. poszukiwanie pobudzenia i impulsywność
	D. dojrzałość emocjonalna
17.	Najważniejsze dla funkcjonowania osoby uzależnionej skutki działania mechanizmu rozpraszania i rozdławiania 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
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.	Zaburzenia pracy umysłu, które obejmują selektywne spostrzeganie faktów związanych z destrukcją alkoholową, fałszywe i irracjonalne przekonania, występowanie złudzeń dotyczących własnego życia charakteryzuje:
	A. formalne zaburzenia myślenia
	<b>B. mechanizm iluzji i zaprzeczania</b>
	C. niedojrzałe mechanizmy obronne
	D. zaburzenia percepcji i uwagi
20.	W opracowanym przez Custera modelu rozwoju patologicznego hazardu występują charakterystyczne fazy:
	A. eksperymentowania, szkodliwego grania, uzależnienia
	B. ekscytacji, defraudacji, pogrążenia
	C. grania regularnego, marzeniowego planowania wygranej, rozczarowania
	<b>D. zwycięstw, strat, desperacji, utraty nadziei</b>
21.	Wypowiedź pacjenta uzależnionego: „W porównaniu z leczeniem uzależnienia od alkoholu w USA, leczenie w Polsce jest niewystarczające, nie wiem zatem jaka forma terapii i kiedy podjęta będzie dla mnie najbardziej adekwatna i efektywna” jest:
	A. racjonalizowaniem
	B. odwracaniem uwagi
	<b>C. intelektualizowaniem</b>
	D. obwinianiem innych
22.	Destrukcyjna orientacja życiowa jaka występuje u osób uzależnionych obejmuje następujące zjawiska:
	A. tendencje autodestrukcyjne, myśli i próby samobójcze, mechanizm rozpraszania i rozdawiania Ja
	<b>B. destrukcyjne schematy relacji międzyludzkich, tendencje autodestrukcyjne, destrukcja systemu wartości</b>
	C. destrukcję systemu wartości, mechanizm nałogowego regulowania uczuć, objawy depresyjne
	D. osobowość społeczną, mechanizm iluzji i zaprzeczania, zachowania autodestrukcyjne
23.	Nieumiejętność komunikowania się to przykład:
	A. problemów emocjonalnych
	B. działania mechanizmu iluzji i zaprzeczania
	<b>C. deficytu umiejętności interpersonalnych</b>
	D. deficytu umiejętności zadaniowych
24.	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, nauczenie zachowań asertywnych, psychoterapia DDA

	D. zwiększenie zdolności do utrzymywania abstynencji, zwiększenie zdolności do rozwiązywania problemów osobistych, zwiększenie zdolności do prowadzenia zdrowego życia
25.	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 wymienione
26.	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 wymienionych
27.	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, wielogodzinnego grania w gry, wchodzenia na strony pornograficzne
28.	Kto przyczynił się do uznania alkoholików za osoby chore ?
	A. Bob Smith i Bill Wilson 1933
	B. E.M. Jellinek 1942
	C. T. Gorski 1952
	D. R. Cloninger 1954
29.	Ucieczka, jako sposób radzenia sobie z poczuciem winy przez osoby uzależnione obejmuje:
	A. rozpamiętywanie win, aż do poczucia bezsilności, karanie samego siebie, wyolbrzymianie konsekwencji
	B. rozpamiętywanie swojego „żałowania za”, pozwalanie na karanie przez innych, żądanie wybaczenia
	C. zadośćuczynienie
	D. zapominanie, minimalizowanie, zniekształcanie oceny tego co się stało, szybkie naprawianie sytuacji
30.	Program, który opiera się na podejściu uznającym uzależnienie za śmiertelną, postępującą chorobę, której rozwój można zatrzymać dożywotnią abstynencją, a skuteczna terapia odbywa się w małych grupach, gdzie chorzy identyfikują się z objawami choroby, poznają Tradycje i Kroki AA oraz wspierają się poprzez uczestniczenie w mitingach:
	A. strategiczno-strukturalny model J. Mellibrudy
	B. model Minnesota
	C. model salutogenezy

	D. model poznawczy
31.	W leczeniu zespołu uzależnienia spowodowanego paleniem tytoniu mają zastosowanie skale:
	A. skala Tyrer'a i Prochasky
	B. test Caplana i skala Hamiltona
	<b>C. test Schneider i Fagerströma</b>
	D. test Fagerströma i skala Münchausena
32.	Jaka interwencja terapeuty jest bardzo ważna w przypadku pracy z osobą uzależnioną, u której stwierdzono zaburzenia rezydualne (organiczne uszkodzenie mózgu):
	A. szczegółowa analiza i odreagowanie urazów z dzieciństwa
	B. badanie wzorca objawu – agresji
	C. trening kontrolowania złości w ramach Treningu Zachowań Konstruktywnych
	<b>D. konsultacja medyczna i badanie neuropsychologiczne</b>
33.	W modelu dynamicznych uwarunkowań angażowania się w używanie alkoholu oraz ryzyka zaburzeń z tym związanych (wg Windle i Davisa czy Cierpiałkowskiej i Sęk czy Poprawy) uwzględnia się zasadniczo:
	A. Czynniki ryzyka związane z patogenezą
	B. Czynniki ochrony związane z salutogenezą
	C. Zasady psychopatologii rozwojowej
	<b>D. Wszystkie wymienione</b>
34.	Eksternalizacja problemów i zaburzeń związanych z używaniem alkoholu łączy się z:
	A. Wczesną inicjacją picia, występowaniem trudności z samoregulacją, ze sprawowaniem samokontroli zachowania oraz ze wzmożoną popędlivością
	B. Późniejszą inicjacją alkoholową, występowaniem nadmiernej samokontroli, emocjonalnej nadwrażliwości, behawioralnego zahamowania, depresyjności i lęku
	C. Impulsywnością (behawioralne rozhamowanie), silną tendencją do poszukiwania doznań, współwystępowaniem innych zaburzeń
	<b>D. Wczesną inicjacją picia, występowaniem trudności z samoregulacją, ze sprawowaniem samokontroli zachowania oraz ze wzmożoną popędlivością oraz impulsywnością (behawioralne rozhamowanie), silną tendencją do poszukiwania doznań, współwystępowaniem innych zaburzeń</b>
35.	Skala Bilansu Decyzyjnego Velicera, DiClemente, Prochasky i Brandenbura w polskiej adaptacji J. Chodkiewicza jest narzędziem służącym do:
	A. pomiaru poznawczych i motywacyjnych aspektów podejmowania decyzji
	B. systematycznego ewaluowania argumentów „za” i „przeciw” związanych z motywowaniem w terapii uzależnień
	C. oceny etapów procesu zmiany w zachowaniach problemowych
	<b>D. wszystkich wymienionych</b>
36.	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 <b>wyjątkiem</b> :
	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
37.	Przeciwwskazaniem do Krótkoterminowej Terapii Par jest:
	A. występowanie poważnych problemów finansowych
	B. słaba motywacja do zmiany
	C. funkcjonowanie partnera w podwójnym związku
	D. wszystkie wymienione
38.	Wielu terapeutów ostrożnie podchodzi do strategii interwencji wobec osoby uzależnionej opracowanej przez Instytut Johnsona (w Polsce znanej pod nazwą „Interwencja wobec osoby uzależnionej”). Swoje zastrzeżenia odnoszą przede wszystkim do:
	A. prawdopodobnie małej skuteczności tej metody (mała ilość rzetelnych badań w tym zakresie)
	B. zbudza ona zastrzeżenia natury etycznej (np. ujawnianie osobom spoza rodziny bez wiedzy uzależnionego natury jego problemów), przygotowywana jest bez wiedzy osoby uzależnionej i realizowana „z zaskoczenia”
	C. może budzić konflikt interesów, ponieważ najczęściej interwencję przygotowuje terapeuta z ośrodka, do którego kierowana jest osoba uzależniona
	D. wszystkie wymienione są prawdziwe
39.	Twórcą syndromu presuicydalnego jest:
	A. A. Beck
	B. E. Ringel
	C. M. Seligman
	D. K. Dąbrowski
40.	Wybierz zdanie prawdziwe:
	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 spożyciem jest większe dla kobiet.
41.	W badaniach klinicznych, jak wskazuje L. Cierpiałkowska, najczęściej pozytywnie korelujące ze współzależnieniem zaburzenia osobowości to:

	A. osobowość zależna i borderline
	B. osobowość narcystyczna i histrioniczna
	C. osobowość antyspołeczna (dysocjalna)
	D. osobowość schizoidalna i schizotypowa
42.	PTSD czyli zespół stresu pourazowego jest zaburzeniem występującym często wśród pacjentów placówek leczenia uzależnień:
	A. uzależnionych
	B. współuzależnionych
	C. DDA
	D. uzależnionych, współuzależnionych i DDA
43.	Trzy zaburzenia osobowości najczęściej współwystępujące z alkoholizmem to:
	A. chwiejna emocjonalnie, dysocjalna i narcystyczna
	B. chwiejna emocjonalnie, schizoidalna i zależna
	C. anankastyczna, zależna i narcystyczna
	D. masochistyczna, dysocjalna i histrioniczna
44.	Zaburzenia dystymiczne to:
	A. uporczywe zaburzenia nastroju
	B. zaburzenia psychotyczne
	C. zaburzenia lękowe
	D. zaburzenia pamięci
45.	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
46.	Zaburzenia schizofreniczne cechują się m.in.:
	A. zaburzeniami myślenia
	B. zaburzeniami spostrzegania
	C. niedostosowanym i spłyconym afektem
	D. wszystkimi wymienionymi symptomami
47.	Wzmożenie nastroju nieadekwatnie do sytuacji, podniesienie napędu psychoruchowego, wielomówność, ekspansywność w kontaktach, nastawienie wielkościowe, zmniejszona potrzeba snu, trudności w koncentracji uwagi charakteryzuje osoby doświadczające:
	A. zaburzeń osobowości dysocjalnej
	B. epizodu maniakalnego
	C. zaburzeń lękowych
	D. trudności w relacjach interpersonalnych
48.	Zaburzenia osobowości dysocjalnej charakteryzują się m.in.:
	A. wszystkimi z poniższych
	B. niestabilnością emocjonalną, zaburzonym obrazem samego siebie, pustką wewnętrzną, zaburzeniami tożsamości



	C. bezwzględny 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
49.	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
50.	Wg Anny Freud <i>zapobieganie świadomej ekspresji nieakceptowanych pragnień poprzez nadmierne przejawy pozornie przeciwnych zachowań</i> to mechanizm obronny typu:
	A. anulowanie
	B. przemieszczenie
	C. reakcja upozorowana
	D. sublimacja
51.	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
52.	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 wymienione
53.	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

54.	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
	<b>C. funkcję poczucia krzywdy w uaktywnianiu mechanizmów uzależnienia</b>
	D. pracę nad duchowością w związku z dużym deficytem w tym obszarze z okresu dzieciństwa
55.	W rozumieniu współuzależnienia jako adaptacji do patologicznej sytuacji w związku, istotą współuzależnienia jest:
	A. nadmierowe przeżywanie przykrych uczuć: złości, lęku, poczucia winy, poczucia niższej wartości
	B. posiadanie określonych cech osobowości, takich jak: nadodpowiedzialność, nadopiekuńczość, skłonność do nadkontroli
	<b>C. utrwalony sposób przystosowania do długotrwałego stresującego związku</b>
	D. odtworzenie patologicznych wzorów relacji z rodziny pierwotnej
56.	W trzecim etapie integracyjnej psychoterapii współuzależnienia zasadniczym kierunkiem pracy jest:
	A. praca nad uzyskaniem lepszego kontaktu z dziećmi
	<b>B. praca nad zmianą przekonań utrwalaających współuzależnienie</b>
	C. przepracowanie traum z dzieciństwa
	D. przepracowanie relacji z pijącym rodzicem
57.	Przekonanie „Tak naprawdę to mąż mnie kocha i w końcu opamięta się i przestanie pić” pełni funkcję:
	<b>A. podtrzymywania irracjonalnej nadziei na cudowną zmianę sytuacji</b>
	B. uspokajania i pocieszania siebie
	C. utrudniania szukania pomocy poza rodziną
	D. wzmacniania poczucia własnej wartości
58.	Praca nad zmianą destrukcyjnych przekonań w integracyjnej psychoterapii współuzależnienia odbywa się przy pomocy:
	A. pracy nad wglądem
	B. perswazji i uczenia afirmacji w celu przyjęcia pozytywnego przekonania
	<b>C. sprawdzania racjonalności i funkcji destrukcyjnych zachowań oraz procedury szukania dowodów</b>
	D. swobodnej rozmowy i podążania za pacjentem, aż sam odkryje, że jego przekonanie jest błędne
59.	Najważniejsze kierunki w pracy z osobami współuzależnionymi nad zmianą sztywnej wizji „życia z partnerem za wszelką cenę” to:
	A. zrozumienie utrwalonych schematów powstałych w relacji z matką w rodzinie alkoholowej
	<b>B. rozpoznanie niezaspokojonych potrzeb, zmiana destrukcyjnych przekonań dotyczących siebie i swojego życia oraz poszukiwanie nowych celów życiowych</b>
	C. praca nad poczuciem winy, krzywdy, niższej wartości i rozwojem osobistym
	D. edukacja na temat funkcjonowania rodziny, zaspokajania swoich potrzeb i komunikacji w związku

60.	W rozumieniu adaptacyjnym współzależnienia problem ten może dotknąć:
	A. każdą osobę, niezależnie od wieku, która żyje w rodzinie alkoholowej
	B. osobę, która weszła w związek o charakterze symbiotycznym, w którym istnieje bardzo duża zależność emocjonalna
	C. osobę, która pochodzi z rodziny, gdzie matka była współzależniona i obowiązywał model patriarchalny
	D. osobę, która jest dorosła i jest w związku z kimś, kto wprowadza destrukcję w związek
61.	Diagnoza kliniczna osób współzależnionych pomaga przede wszystkim rozpoznać:
	A. problemy w patologicznym związku
	B. objawy zaburzenia, jego źródła i mechanizmy funkcjonowania osoby
	C. przemoc w rodzinie
	D. uzależnienie od substancji psychoaktywnych
62.	Czynnikami zwiększającymi prawdopodobieństwo wystąpienia reakcji autodestrukcyjnych (samobójczych) u kobiet współzależnionych są:
	A. małe oparcie społeczne
	B. zaniechanie poszukiwania pomocy
	C. zaniechanie praktyk religijnych
	D. wszystkie wymienione
63.	W trójkącie dramatycznym Stephana Karpmana osoba współzależniona wchodzi w rolę:
	A. ratownika
	B. prześladowcy
	C. nie wchodzi w żadną z tych ról
	D. przechodzi przez wszystkie trzy pozycje
64.	Które z poniższych twierdzeń jest prawdziwe:
	A. jeżeli osoba doświadczająca przemocy sama nie naprawi sytuacji w rodzinie, to nikt nie będzie w stanie jej skutecznie pomóc
	B. jeżeli osoba doświadczająca przemocy w rodzinie nie otrzyma pomocy z zewnątrz, jej szanse na zatrzymanie działań sprawcy przemocy 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
65.	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
66.	W psychoanalizie (ujęciu psychodynamicznym) <b>przepracowanie</b> 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 wymienione stwierdzenia są prawdziwe
67.	Przeciwprzeniesienie to między innymi:
	A. inkorporacja pacjenta przez terapeutę
	B. całość nieświadomych reakcji terapeuty w stosunku do pacjenta, zwłaszcza na przeniesienie tego ostatniego
	C. mechanizm obronny id wg teorii psychodynamicznych
	D. projekcja
68.	Procedura Niebieskie Karty jest realizowana przez przedstawicieli:
	A. jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, policji, oświaty i ochrony zdrowia
	B. jedynie policji i jednostek organizacyjnych pomocy społecznej
	C. przez każdą służbę lub instytucję, która zgłosi chęć udziału w zespole interdyscyplinarnym
	D. żadne z wymienionych
69.	Do zadań realizowanych w 4 fazie (podtrzymanie) terapii uzależnienia wg W.R. Millera i współpracowników <b>nie należy</b> zadanie:
	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
70.	Zgodnie z obowiązującymi przepisami dostęp do leczenia uzależnienia od alkoholu przysługuje:
	A. jedynie ubezpieczonym
	B. jedynie ubezpieczonym i członkom ich rodzin
	C. osobom skierowanym przez lekarzy ubezpieczenia społecznego
	D. wszystkim na zasadach nieodpłatności

**TEST dla kandydatów na specjalistów – 15 listopada 2022 roku**

1.	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. szlak serotoninowy oraz szlak acetylocholinowy
2.	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 możliwości
3.	Używanie środków halucynogennych powoduje:
	A. zwolnienie czynności serca i obniżenie ciśnienia krwi
	B. wyciszenie, uspokojenie reakcji psychicznych
	C. nastrój ekstatyczny, zaburzenia percepcji
	D. zwolnienie czynności serca i obniżenie ciśnienia krwi oraz wyciszenie, uspokojenie reakcji psychicznych
4.	Clonazepam to:
	A. lek przeciwdrgawkowy
	B. lek od którego łatwo się uzależnić
	C. lek przeciwdrgawkowy oraz lek od którego łatwo się uzależnić
	D. lek rutynowo stosowany w przypadku zespołu abstynencyjnego
5.	Lekiem redukującym euforyzujące działania alkoholu jest:
	A. anticol
	B. naltrekson
	C. disulfiram
	D. akamprozat
6.	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

7.	Do farmakologicznego wspomaganie leczenia zespołu uzależnienia spowodowanego paleniem tytoniu stosuje się:
	A. <b>Champix, Tabex, Zyban</b>
	B. Clonazepam, Amizepin, Campral
	C. Niquitin, Diazepam, Sydenafil
	D. Niquitin, Amizepin, Campral
8.	Leki (środki) o uznanej klinicznie roli we wspomaganie utrzymywania abstynencji w psychoterapii uzależnienia od alkoholu lub zmniejszające ilość wypijanego alkoholu i intensywność jego picia to:
	A. klometiazol (Hemineuryna), disulfiram (Anticol)
	B. <b>akamprozat (Campral), naltrekson (Adepend), nalmefen (Selincro)</b>
	C. klonazepam (Clonazepam), karbamazepina (Amizepin)
	D. tianeptyna (Coaxil), diazepam (Relanium)
9.	Znane typologie alkoholizmu to między innymi:
	A. Horney, Johansona, Jellinka
	B. Mellibrudy, Baltimorska, Woronowicza
	C. <b>Lescha, Babora, Zuckera, Cloningera</b>
	D. Horney, Johansona, Jellinka oraz Mellibrudy, Baltimorska, Woronowicza
10.	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 Prochasky i DiClemente
	D. <b>wszystkie wymienione modele i podejścia</b>
11.	U osób uzależnionych od alkoholu obserwuje się znacznie obniżoną zdolność do adekwatnej samooceny, porównania swojego zachowania z przyjętymi normami oraz przewidywania konsekwencji. Opiswane deficyty wiążą się w procesach samoregulacji z:
	A. niewłaściwą samoobserwacją
	B. <b>zaburzeniami monitorowania działań</b>
	C. zaburzeniami pamięci i uwagi
	D. z żadnym z wymienionych
12.	Jak nazywa P. Monti następujące umiejętności: przyjmowanie i mówienie komplementów, komunikowanie się niewerbalne, wyrażanie uczuć i uważne słuchanie, asertywność, przyjmowanie i wyrażanie krytyki, odmawianie picia:
	A. <b>umiejętności interpersonalne</b>
	B. umiejętności poznawcze
	C. umiejętności socjalne
	D. żadne z wymienionych
13.	W opisanej przez Prochaska i DiClemente koncepcji różnych etapów gotowości do zmiany zachowania <b>nie występuje</b> :
	A. etap przygotowania

	B. etap działania
	<b>C. etap weryfikacji</b>
	D. etap utrwalania
14.	Zwiększenie zdolności do: trwałego utrzymywania abstynencji, rozwiązywania problemów osobistych, prowadzenia zdrowego i konstruktywnego stylu życia oraz leczenie zaburzeń somatycznych i psychicznych to cele:
	<b>A. kompleksowej pomocy pacjentowi uzależnionemu w systemie ochrony zdrowia</b>
	B. systemowej pomocy w obszarze społecznym
	C. integracyjnej psychoterapii
	D. psychoterapii poznawczo-behawioralnej
15.	W pierwszej fazie terapii pacjenta uzależnionego zobowiązanego do leczenia szczególną uwagę zwracamy na:
	A. wzmacnianie motywacji do leczenia
	B. problemy emocjonalne związane z sytuacją zobowiązania do leczenia
	C. zmianę destrukcyjnych zachowań i postaw, które utrudniają terapię
	<b>D. wszystkie wymienione aspekty</b>
16.	Polaryzacja JA powstała w wyniku działania mechanizmu rozpraszania i rozdawiania 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
	<b>C. JA złego i JA dobrego, JA słabego i JA onnipotentnego, JA bezwartościowego i JA atrakcyjnego</b>
	D. JA złego i JA dobrego, JA idealnego i JA realnego, Okrutnego Krytyka Wewnętrznego
17.	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
	<b>C. tworzenie przekonań umożliwiających dalsze picie, usuwanie ze świadomości niewygodnych informacji, doraźne chronienie poczucia własnej wartości</b>
	D. tworzenie destrukcyjnych schematów osobowościowych, łagodzenie złości i innych przykrych stanów emocjonalnych, zapominanie przykrych zdarzeń z dzieciństwa
18.	Pojawienie się tzw. „pragnień alkoholowych” oraz subiektywnego przymusu zaspakajania tych pragnień jest wyjaśniane przez:
	A. zmniejszenie ilości alkoholu w organizmie
	B. mechanizm rozpraszania i rozdawiania „ja”
	C. mechanizm iluzji i zaprzeczania
	<b>D. mechanizm nałogowego regulowania uczuć</b>
19.	W opracowanym przez Custera modelu rozwoju patologicznego hazardu występują charakterystyczne fazy:

	A. eksperymentowania, szkodliwego grania, uzależnienia
	B. ekscytacji, defraudacji, pogrążenia
	C. grania regularnego, marzeniowego planowania wygranej, rozczarowania
	<b>D. zwycięstw, strat, desperacji, utraty nadziei</b>
<b>20.</b>	Wypowiedź pacjenta uzależnionego: „Może mam problem z piciem alkoholu, ale spójrz na Pawła, który nie pracuje od lat, zaniedbuje swoją rodzinę, a ostatnio zrobił poważną awanturę w sąsiedztwie” jest:
	A. obwinianiem innych
	<b>B. odwracaniem uwagi</b>
	C. intelektualizowaniem
	D. racjonalizowaniem
<b>21.</b>	Wrogość, agresywne nastawienia interpersonalne, wycofywanie, izolowanie się, to przykłady:
	A. działania mechanizmu nałogowego regulowania uczuć
	<b>B. destrukcyjnych schematów relacji interpersonalnych</b>
	C. deficytów umiejętności interpersonalnych
	D. cechy osobowości zależnej
<b>22.</b>	Nieumiejętność samoobserwacji i rozumienia swoich uczuć to przykład:
	A. deficytu umiejętności asertywnych
	<b>B. deficytu umiejętności intrapersonalnych</b>
	C. tendencji autodestrukcyjnej
	D. utraty kontroli nad swoim życiem
<b>23.</b>	Według Lindenmeyer’a terapia stacjonarna powinna być zalecana osobom:
	A. głęboko uzależnionym, które miały nieudane próby psychoterapii w trybie ambulatoryjnym
	B. cierpiącym na poważne schorzenia somatyczne i/lub psychiczne
	C. podejmowały w przeszłości próby samobójcze i istnieje ryzyko samobójstwa
	<b>D. wszystkim wymienionym</b>
<b>24.</b>	W pracy nad przymusem picia koncentrujemy się przede wszystkim na:
	A. zaprzestaniu zaprzeczania negatywnym skutkom picia i budowie tożsamości alkoholika
	<b>B. powstrzymaniu automatycznej przemianie przykrych uczuć w pragnienie alkoholu</b>
	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
<b>25.</b>	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
	<b>C. podejścia poznawczego</b>
	D. żadnego z wymienionych



26.	Kto przyczynił się do uznania alkoholików za osoby chore ?
	A. Bob Smith i Bill Wilson 1933
	<b>B. E.M. Jellinek 1942</b>
	C. T. Gorski 1952
	D. R. Cloninger 1954
27.	Ucieczka, jako sposób radzenia sobie z poczuciem winy przez osoby uzależnione obejmuje:
	A. rozpamiętywanie win, aż do poczucia bezsilności, karanie samego siebie, wyolbrzymianie konsekwencji
	B. rozpamiętywanie swojego „żałowania za”, pozwalanie na karanie przez innych, żądanie wybaczenia
	C. zadośćuczynienie
	<b>D. zapominanie, minimalizowanie, zniekształcanie oceny tego co się stało, szybkie naprawianie sytuacji</b>
28.	Program, który opiera się na podejściu uznającym uzależnienie za śmiertelną, postępującą chorobę, której rozwój można zatrzymać dożywotnią abstynencją, a skuteczna terapia odbywa się w małych grupach, gdzie chorzy identyfikują się z objawami choroby, poznają Tradycje i Kroki AA oraz wspierają się poprzez uczestniczenie w mitingach:
	A. strategiczno-strukturalny model J. Mellibrudy
	<b>B. model Minnesota</b>
	C. model salutogenezy
	D. model poznawczy
29.	Podstawowym celem diagnozy nozologicznej jest:
	A. sprawdzenie i ocena efektywności leczenia
	<b>B. rozpoznanie jednostki chorobowej wg międzynarodowego systemu klasyfikacji ICD-10</b>
	C. rozpoznanie mechanizmów i dynamiki choroby zgodnego z fazami jej rozwoju wg Jellinka
	D. uzgodnienie diagnozy z uczestnikiem badania wg kwestionariusza autorstwa Z. Sobolewskiej
30.	W leczeniu zespołu uzależnienia spowodowanego paleniem tytoniu mają zastosowanie skale:
	A. skala Tyrer’a i Prochasky
	B. test Caplana i skala Hamiltona
	<b>C. test Schneider i Fagerströma</b>
	D. test Fagerströma i skala Münchausena
31.	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>B. psychobiologicznych</b>
	C. warunkowania
	D. motywacyjnych

32.	W modelu dynamicznych uwarunkowań angażowania się w używanie alkoholu oraz ryzyka zaburzeń z tym związanych (wg Windle i Davisa czy Cierpiątkowskiej i Sęk czy Poprawy) uwzględnia się zasadniczo:
	A. Czynniki ryzyka związane z patogenezą
	B. Czynniki ochrony związane z salutogenezą
	C. Zasady psychopatologii rozwojowej
	<b>D. Wszystkie wymienione</b>
33.	Eksternalizacja problemów i zaburzeń związanych z używaniem alkoholu łączy się z:
	A. Wczesną inicjacją picia, występowaniem trudności z samoregulacją, ze sprawowaniem samokontroli zachowania oraz ze wzmożoną popędlivością
	B. Późniejszą inicjacją alkoholową, występowaniem nadmiernej samokontroli, emocjonalnej nadwrażliwości, behawioralnego zahamowania, depresyjności i lęku
	C. Impulsywnością (behawioralne rozhamowanie), silną tendencją do poszukiwania doznań, współwystępowaniem innych zaburzeń
	<b>D. Wczesną inicjacją picia, występowaniem trudności z samoregulacją, ze sprawowaniem samokontroli zachowania oraz ze wzmożoną popędlivością oraz impulsywnością (behawioralne rozhamowanie), silną tendencją do poszukiwania doznań, współwystępowaniem innych zaburzeń</b>
34.	Skala Bilansu Decyzyjnego Velicera, DiClemente, Prochasky i Brandenbura w polskiej adaptacji J. Chodkiewicza jest narzędziem służącym do:
	A. pomiaru poznawczych i motywacyjnych aspektów podejmowania decyzji
	B. systematycznego ewaluowania argumentów „za” i „przeciw” związanych z motywowaniem w terapii uzależnień
	C. oceny etapów procesu zmiany w zachowaniach problemowych
	<b>D. wszystkich wymienionych</b>
35.	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 <b>z wyjątkiem</b> :
	<b>A. Osiągnięcie „dna”</b>
	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
36.	Według modelu zmian Prochasky i DiClemente nawrót u osoby uzależnionej prowadzi najczęściej ponownie do etapu:
	A. Prekontemplacji
	<b>B. Kontemplacji lub przygotowania</b>
	C. Działania
	D. Podtrzymania
37.	Przeciwskazaniem do Krótkoterminowej Terapii Par jest:
	A. występowanie poważnych problemów finansowych

	B. słaba motywacja do zmiany
	C. funkcjonowanie partnera w podwójnym związku
	<b>D. wszystkie wymienione</b>
<b>38.</b>	Wielu terapeutów ostrożnie podchodzi do strategii interwencji wobec osoby uzależnionej opracowanej przez Instytut Johnsona (w Polsce znanej pod nazwą „Interwencja wobec osoby uzależnionej”). Swoje zastrzeżenia odnoszą przede wszystkim do:
	A. prawdopodobnie małej skuteczności tej metody (mała ilość rzetelnych badań w tym zakresie)
	B. zbudza ona zastrzeżenia natury etycznej (np. ujawnianie osobom spoza rodziny bez wiedzy uzależnionego natury jego problemów), przygotowywana jest bez wiedzy osoby uzależnionej i realizowana „z zaskoczenia”
	C. może budzić konflikt interesów, ponieważ najczęściej interwencję przygotowuje terapeuta z ośrodka, do którego kierowana jest osoba uzależniona
	<b>D. wszystkie wymienione są prawdziwe</b>
<b>39.</b>	Wybierz zdanie prawdziwe:
	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 pićm alkoholu jest znacząco więcej wśród kobiet niż wśród mężczyzn.
	<b>D. Jeśli porównujemy podobne ilości spożywanego alkoholu przez mężczyzn i kobiety, ryzyko powikłań zdrowotnych związanych z jego spożyciem jest większe dla kobiet.</b>
<b>40.</b>	U pacjenta ze zdiagnozowaną schizofrenią stwierdzono również występowanie uzależnienia od alkoholu. Jeżeli znajduje się on pod opieką psychiatryczną i jest w pełnej remisji schizofrenii to może korzystać z terapii uzależnienia w warunkach:
	A. Wyłącznie stacjonarnych
	B. Ambulatoryjnych – oddział dzienny
	C. Ambulatoryjnych – przychodnia lub poradnia
	<b>D. We wszystkich wymienionych</b>
<b>41.</b>	Do zaburzeń lękowych (nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną) wg ICD-10 zaliczamy:
	A. agorafobię, dyspareunię, parafrenię, zespół stresu pourazowego
	<b>B. akrofobię, fugę, amnezję dysocjacyjną, neurastenię</b>
	C. bulimie, myzofobię, nerwicę natręctw, hipochondrię
	D. stupor dysocjacyjny, kleptomanię, ksenofobię, napady paniki
<b>42.</b>	Trzy zaburzenia osobowości najczęściej współwystępujące z alkoholizmem to:
	<b>A. chwiejna emocjonalnie, dysocjalna i narcystyczna</b>
	B. chwiejna emocjonalnie, schizoidalna i zależna
	C. anankastyczna, zależna i narcystyczna
	D. masochistyczna, dysocjalna i histrioniczna

43.	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>B. zaburzeń osobowości o typie zależnym</b>
	C. dysocjacji
	D. zaburzeń konwersyjnych
44.	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>B. niestabilnością emocjonalną, zaburzonym obrazem samego siebie, pustką wewnętrzną, skłonnością do wchodzenia w intensywne i niestabilne związki oraz do gróźb samobójstwem i samouszkodzeń</b>
	C. bezwzględny 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
45.	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>B. urojenia są to fałszywe sądy, wypowiedane z głębokim przekonaniem o ich słuszności, które po udowodnieniu ich fałszywości nadal nie podlegają korekcji</b>
	C. urojenia są równoznaczne z natręctwami myślowymi
	D. urojenia są to zaburzenia pamięci
46.	Zaburzenia charakteryzujące się nadmierną dokładnością, pedanterią, sztywnością i uporem, trudnościami w podejmowaniu decyzji, pojawieniem się natarczywych niechcianych myśli lub impulsów jest związana z:
	<b>A. osobowością anankastyczną</b>
	B. osobowością zależną
	C. osobowością chwiejną emocjonalnie
	D. osobowością schizoidalną
47.	Zaburzenia osobowości dyssocjalnej charakteryzują się m.in.:
	A. wszystkimi z poniższych
	B. niestabilnością emocjonalną, zaburzonym obrazem samego siebie, pustką wewnętrzną, zaburzeniami tożsamości
	<b>C. bezwzględny nieliczeniem się z uczuciami innych, niemożnością przeżywania poczucia winy i korzystania z doświadczeń, skłonnością do obwiniania innych</b>
	D. podporządkowywaniem się potrzebom innych osób, trudnościami z podejmowaniem decyzji, podejrzliwością względem innych

48.	Brak zainteresowań i mała zdolność do odczuwania radości, smutek, niska samoocena, obwinianie siebie samego, pesymizm wobec przyszłości, brak inicjatywy, zaburzenia snu, zmniejszony apetyt najczęściej ujawniają się u pacjentów cierpiących na:
	A. zaburzenia dysocjacyjne
	<b>B. zaburzenia afektywne</b>
	C. zaburzenia psychosomatyczne
	D. żadne z wymienionych
49.	Odrzucenie nieprzyjemnych faktów należących do świata zewnętrznego, uniemożliwiające uświadomienie sobie jego bolesnych aspektów nazywa się mechanizmem obronnym typu:
	A. reakcja pozorowana
	B. regresja
	C. konwersja
	<b>D. zaprzeczanie</b>
50.	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
	<b>C. przepracowanie śladów traumatycznych doświadczeń i transformacja schematów osobistych</b>
	D. nauka komunikacji, asertywności i innych konstruktywnych umiejętności intra i interpersonalnych
51.	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
	<b>C. w grupie odtwarzają się role rodzinne i schematy interpersonalne</b>
	D. grupa powinna stanowić oparcie nawet po ukończeniu terapii
52.	W rozbijaniu 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
	<b>C. funkcję poczucia krzywdy w uaktywnianiu mechanizmów uzależnienia</b>
	D. pracę nad duchowością w związku z dużym deficytem w tym obszarze z okresu dzieciństwa
53.	Najczęściej występujące problemy u osób, którym udało się zatrzymać przemoc domową to:
	A. PTSD, współuzależnienie, poczucie winy wobec dzieci, osobowość narcystyczna
	<b>B. PTSD, obronne nasilenie kontroli, trudności w tworzeniu intymnej więzi, deprecjonowanie siebie</b>
	C. PTSD, syndrom DDA, współuzależnienie, uzależnienie od leków lub alkoholu
	D. zaburzenia osobowości, obronne nasilenie kontroli, niezdolność do podjęcia pracy zawodowej, trudności w nawiązywaniu kontaktów towarzyskich

54.	W rozumieniu współzależnienia jako adaptacji do patologicznej sytuacji w związku, istotą współzależnienia jest:
	A. nadmiarowe przeżywanie przykrych uczuć: złości, lęku, poczucia winy, poczucia niższej wartości
	B. posiadanie określonych cech osobowości, takich jak: nadodpowiedzialność, nadopiekuńczość, skłonność do nadkontroli
	<b>C. utrwalony sposób przystosowania do długotrwałego stresującego związku</b>
	D. odtworzenie patologicznych wzorów relacji z rodziny pierwotnej
55.	W trzecim etapie integracyjnej psychoterapii współzależnienia zasadniczym kierunkiem pracy jest:
	A. praca nad uzyskaniem lepszego kontaktu z dziećmi
	<b>B. praca nad zmianą przekonań utrwalających współzależnienie</b>
	C. przepracowanie traum z dzieciństwa
	D. przepracowanie relacji z pijącym rodzicem
56.	W integracyjnej psychoterapii współzależnienia w pracy nad zmianą destrukcyjnych przekonań <b>korzysta się głównie</b> z procedur i technik:
	A. psychoterapii Gestalt
	B. psychoterapii behawioralnej
	<b>C. psychoterapii poznawczej</b>
	D. psychoterapii systemowej
57.	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
	<b>C. sprawdzania racjonalności i funkcji destrukcyjnych zachowań oraz procedury szukania dowodów</b>
	D. swobodnej rozmowy i podążania za pacjentem, aż sam odkryje, że jego przekonanie jest błędne
58.	To, czy żony pijących alkoholików współzależnią się zależy od:
	A. czasu - „każda żona alkoholika po pewnym czasie staje się współzależniona”
	B. typu ich osobowości i wzorów relacji małżeńskich w rodzinie pierwotnej
	<b>C. czynników sytuacyjnych w rodzinie, czynników osobowościowych tych osób oraz zmian jakie zaszły w ich psychice pod wpływem długotrwałego stresu</b>
	D. od tego czy potrafią zatrzymać przemoc ze strony pijącego męża
59.	W rozumieniu adaptacyjnym współzależnienia problem ten może dotknąć:
	A. każdą osobę, niezależnie od wieku, która żyje w rodzinie alkoholowej
	B. osobę, która weszła w związek o charakterze symbiotycznym, w którym istnieje bardzo duża zależność emocjonalna
	C. osobę, która pochodzi z rodziny, gdzie matka była współzależniona i obowiązywał model patriarchalny
	<b>D. osobę, która jest dorosła i jest w związku z kimś, kto wprowadza destrukcję w związek</b>
60.	Diagnoza kliniczna osób współzależnionych pomaga przede wszystkim rozpoznać:

	A. problemy w patologicznym związku
	<b>B. objawy zaburzenia, jego źródła i mechanizmy funkcjonowania osoby</b>
	C. przemoc w rodzinie
	D. uzależnienie od substancji psychoaktywnych
<b>61.</b>	Jakie najczęstsze problemy zdrowotne rozpoznawane są u kobiet współzależnionych:
	A. depresja dystymia
	B. zaburzenia lękowe
	C. zaburzenia nerwicowe i pod postacią somatyczną
	<b>D. wszystkie wymienione</b>
<b>62.</b>	W trójkącie dramatycznym Stephana Karpmana osoba współzależniona wchodzi w rolę:
	A. ratownika
	B. prześladowcy
	C. nie wchodzi w żadną z tych ról
	<b>D. przechodzi przez wszystkie trzy pozycje</b>
<b>63.</b>	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
	<b>D. odkrywanie przekonań i sprawdzanie funkcji jakie pełnią oraz kwestionowanie przekonań utrudniających zmianę i szukanie dla nich alternatywy</b>
<b>64.</b>	W wyniku procesu wiktyimizacji 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
	<b>C. poczucie bezpieczeństwa, godności i zdolność do obrony</b>
	D. jej hierarchia wartości, empatia, zdolność do bycia dobrą żoną
<b>65.</b>	Relacja terapeutyczna w psychoterapii indywidualnej ma swój odpowiednik w psychoterapii grupowej. Jest to:
	A. przyjmowanie ról przez uczestników grupy
	B. modelowanie w grupie
	<b>C. spójność grupy</b>
	D. odtworzenie sytuacji rodzinnej
<b>66.</b>	Pojęcia i nazwiska związane bezpośrednio z nurtem psychodynamicznym w psychoterapii to:
	A. modelowanie, reatrybucja, Ellis, Beck
	<b>B. nerwica przeniesieniowa, wyparcie, Ferenczi, Horney</b>
	C. kontaminacja, wolne skojarzenia, Frankl, Rogers

	D. dialog egzystencjalny, kontakt i wycofanie, Perls, Lewin
67.	Procedura Niebieskie Karty jest realizowana przez przedstawicieli:
	A. jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, policji, oświaty i ochrony zdrowia
	B. jedynie policji i jednostek organizacyjnych pomocy społecznej
	C. przez każdą służbę lub instytucję, która zgłosi chęć udziału w zespole interdyscyplinarnym
	D. żadne z wymienionych
68.	Empatia, bezwarunkowa akceptacja, autentyczność – to podstawowe umiejętności pomocowe sformułowane przez:
	A. Z. Freuda
	B. V. Frankla
	C. C. Rogersa
	D. A. Masłowa
69.	Gmina może w drodze uchwały wprowadzić na swoim terenie:
	A. czasowy zakaz sprzedaży napojów alkoholowych
	B. zakaz nocnej sprzedaży napojów alkoholowych
	C. zakaz sprzedaży napojów alkoholowych o zawartości powyżej 18%
	D. zakaz sprzedaży napojów alkoholowych przez określone punkty sprzedaży (np. stacje benzynowe)
70.	Do konopi indyjskich i ich pochodnych <b>nie zaliczamy</b> :
	A. haszyszu
	B. marihuany
	C. opium i kolchicyny
	D. żadne z wymienionych



TEST dla kandydatów na specjalistów – 16 listopada 2022 roku

1.	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
2.	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 możliwości
3.	Używanie środków halucynogennych powoduje:
	A. zwolnienie czynności serca i obniżenie ciśnienia krwi
	B. wyciszenie, uspokojenie reakcji psychicznych
	C. nastrój ekstatyczny, zaburzenia percepcji
	D. zwolnienie czynności serca i obniżenie ciśnienia krwi oraz wyciszenie, uspokojenie reakcji psychicznych
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. szlak serotoninowy oraz szlak acetylocholinowy
5.	Lekiem redukującym euforyzujące działania alkoholu jest:
	A. anticol
	B. naltrekson
	C. disulfiram
	D. akamprozat
6.	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

7.	Do farmakologicznego wspomaganie leczenia zespołu uzależnienia spowodowanego paleniem tytoniu stosuje się:
	A. <b>Champix, Tabex, Zyban</b>
	B. Clonazepam, Amizepin, Campral
	C. Niquitin, Diazepam, Sydenafil
	D. Niquitin, Amizepin, Campral
8.	Leki (środki) o uznanej klinicznie roli we wspomaganie utrzymywania abstynencji w psychoterapii uzależnienia od alkoholu lub zmniejszające ilość wypijanego alkoholu i intensywność jego picia to:
	A. klometiazol (Hemineuryna), disulfiram (Anticol)
	B. <b>akamprozat (Campral), naltrekson (Adepend), nalmefen (Selincro)</b>
	C. klonazepam (Clonazepam), karbamazepina (Amizepin)
	D. tianeptyna (Coaxil), diazepam (Relanium)
9.	Clonazepam to:
	A. lek przeciwdrgawkowy
	B. lek od którego łatwo się uzależnić
	C. <b>lek przeciwdrgawkowy oraz lek od którego łatwo się uzależnić</b>
	D. lek rutynowo stosowany w przypadku zespołu abstynencyjnego
10.	Znane typologie alkoholizmu to między innymi:
	A. Horney, Johansona, Jellinka
	B. Mellibrudy, Baltimorska, Woronowicza
	C. <b>Lescha, Babora, Zuckera, Cloningera</b>
	D. Horney, Johansona, Jellinka oraz Mellibrudy, Baltimorska, Woronowicza
11.	Jakość życia ma znaczący wpływ na przebieg i efekty terapii osób uzależnionych od alkoholu. Zdaniem J. Chodkiewicza najistotniejszymi uwarunkowaniami jakości życia są:
	A. <b>uwarunkowania zdrowotne, zadowolenie z życia oraz pozytywne i negatywne stany afektywne</b>
	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. <b>wszystkie wymienione</b>

13.	Jak nazywa P. Monti następujące umiejętności: przyjmowanie i mówienie komplementów, komunikowanie się niewerbalne, wyrażanie uczuć i uważne słuchanie, asertywność, przyjmowanie i wyrażanie krytyki, odmawianie picia:
	A. <b>umiejętności interpersonalne</b>
	B. umiejętności poznawcze
	C. umiejętności socjalne
	D. żadne z wymienionych
14.	Pracując nad mechanizmem nałogowego regulowania uczuć we wczesnej fazie psychoterapii uzależnień dążymy z pacjentem do:
	A. odreagowania przykrych emocji
	B. głębokiej pracy nad sferą emocjonalną
	C. <b>zwiększenia rozpoznawania i kontrolowania własnych uczuć przez pacjenta</b>
	D. potęgowania przeżywanych emocji i bezpośredniego, ekspresyjnego ich wyrażania aby pacjent doświadczył poczucia winy
15.	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:
	A. napadu drgawkowego
	B. psychozy Korsakowa
	C. alkoholowego zespołu abstynencyjnego
	D. <b>głodu alkoholu</b>
16.	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. <b>wysoki poziom tolerancji na alkohol, mała intensywność reakcji awersyjnej na alkohol, duża intensywność euforyzującego działania alkoholu</b>
17.	Najważniejsze procesy funkcjonowania mechanizmu rozpraszania i rozdawiania JA to:
	A. polaryzacja obrazu JA, tendencje autodestrukcyjne, utrata kontroli nad emocjami
	B. <b>polaryzacja JA, zacieranie granic JA i poczucie pustki wewnętrznej</b>
	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

18.	Proces, który tworzy u osoby uzależnionej głód alkoholu i emocjonalną izolację pacjenta od zewnętrznego świata to:
	A. mechanizm iluzji i zaprzeczania
	<b>B. mechanizm nałogowego regulowania uczuć</b>
	C. głód alkoholowy
	D. deficyt umiejętności radzenia sobie z napięciem emocjonalnym
19.	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
	<b>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</b>
20.	W opracowanym przez Custera modelu rozwoju patologicznego hazardu występują charakterystyczne fazy:
	A. eksperymentowania, szkodliwego grania, uzależnienia
	B. ekscytacji, defraudacji, pograżenia
	C. grania regularnego, marzeniowego planowania wygranej, rozczarowania
	<b>D. zwycięstw, strat, desperacji, utraty nadziei</b>
21.	Wypowiedź pacjenta uzależnionego: „W mojej sytuacji wypicie alkoholu jest jedynym możliwym sposobem poradzenia sobie ze stresem i napięciem” jest:
	A. odwracaniem uwagi
	B. intelektualizowaniem
	<b>C. racjonalizowaniem</b>
	D. obwinianiem innych
22.	Które z następujących twierdzeń jest prawdziwe:
	A. objawy depresyjne mogą być spowodowane tylko taką chorobą afektywną jaką jest depresja
	B. objawy depresji są podstawową przyczyną uzależnienia
	C. depresja u osób uzależnionych jest skutkiem działania mechanizmu iluzji i zaprzeczeń
	<b>D. picie alkoholu może wywołać objawy depresyjne</b>

23.	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
	<b>C. nadmiarowa złość, poczucie winy i wstydu, lęk i smutek</b>
	D. inne uzależnienia chemiczne, agresywne zachowania, poczucie winy i wstydu
24.	Różnice między psychologicznymi mechanizmami uzależnienia a mechanizmami zaburzeń nerwicowych obejmują:
	A. genezę, rodzaje czynności poznawczych zniekształcających rozumienie, zaburzenia osobowości,
	<b>B. genezę, cel działania, sposób regulacji emocji, treść zniekształceń poznawczych</b>
	C. sposób regulacji emocji, cel działania, poziom umiejętności intra- i interpersonalnych
	D. treść zniekształceń poznawczych, genezę, poziom integracji struktury Ja
25.	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
	<b>D. wszystkie wymienione</b>
26.	Pragnienie alkoholu w koncepcji psychologicznych mechanizmów uzależnienia jest:
	A. napięciem doświadczanym w sytuacji trudnej
	<b>B. wypadkową pozytywnych oczekiwań wobec efektu picia oraz doświadczanych przykrych stanów emocjonalnych</b>
	C. pragnieniem natychmiastowego doznania ulgi
	D. obniżoną odpornością na cierpienie
27.	Fazy rozwoju nałogowego używania komputera bądź Internetu wg Kimberly S. Young, to :
	<b>A. fazy - zaangażowania, zastępowania, ucieczki</b>
	B. fazy - eksperymentowania, pogrążania się, pochłonięcia
	C. fazy - zaznajamiania się, wycofywania, destrukcji
	D. fazy - przeglądania informacji, wielogodzinne grania w gry, wchodzenia na strony pornograficzne
28.	Kto przyczynił się do uznania alkoholików za osoby chore ?
	A. Bob Smith i Bill Wilson 1933
	<b>B. E.M. Jellinek 1942</b>
	C. T. Gorski 1952
	D. R. Cloninger 1954

29.	Ucieczka, jako sposób radzenia sobie z poczuciem winy przez osoby uzależnione obejmuje:
	A. rozpamiętywanie win, aż do poczucia bezsilności, karanie samego siebie, wyolbrzymianie konsekwencji
	B. rozpamiętywanie swojego „żałowania za”, pozwalanie na karanie przez innych, żądanie wybaczenia
	C. zadośćuczynienie
	<b>D. zapominanie, minimalizowanie, zniekształcanie oceny tego co się stało, szybkie naprawianie sytuacji</b>
30.	Program, który opiera się na podejściu uznającym uzależnienie za śmiertelną, postępującą chorobę, której rozwój można zatrzymać dożywotnią abstynencją, a skuteczna terapia odbywa się w małych grupach, gdzie chorzy identyfikują się z objawami choroby, poznają Tradycje i Kroki AA oraz wspierają się poprzez uczestniczenie w mitingach:
	A. strategiczno-strukturalny model J. Mellibrudy
	<b>B. model Minnesota</b>
	C. model salutogenezy
	D. model poznawczy
31.	W jakim celu terapeuta, oprócz diagnozy nozologicznej, sporządza diagnozę problemową:
	A. żeby potwierdzić lub wykluczyć uzależnienie
	B. żeby określić poziom zaawansowania uzależnienia
	C. żeby wykluczyć głębokie zaburzenia psychiczne
	<b>D. żeby dostosować przebieg procesu terapeutycznego do indywidualnych potrzeb pacjenta</b>
32.	W leczeniu zespołu uzależnienia spowodowanego paleniem tytoniu mają zastosowanie skale:
	A. skala Tyrer'a i Prochasky
	B. test Caplana i skala Hamiltona
	<b>C. test Schneider i Fagerströma</b>
	D. test Fagerströma i skala Münchausena
33.	Jaka interwencja terapeuty jest bardzo ważna w przypadku pracy z osobą uzależnioną, u której stwierdzono zaburzenia rezydualne (organiczne uszkodzenie mózgu):
	A. szczegółowa analiza i odreagowanie urazów z dzieciństwa
	B. badanie wzorca objawu – agresji
	C. trening kontrolowania złości w ramach Treningu Zachowań Konstruktywnych
	<b>D. konsultacja medyczna i badanie neuropsychologiczne</b>

34.	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>B. psychobiologicznych</b>
	C. warunkowania
	D. motywacyjnych
35.	W modelu dynamicznych uwarunkowań angażowania się w używanie alkoholu oraz ryzyka zaburzeń z tym związanych (wg Windle i Davisa czy Cierpiałkowskiej i Sęk czy Poprawy) uwzględnia się zasadniczo:
	A. Czynniki ryzyka związane z patogenezą
	B. Czynniki ochrony związane z salutogenezą
	C. Zasady psychopatologii rozwojowej
	<b>D. Wszystkie wymienione</b>
36.	Eksternalizacja problemów i zaburzeń związanych z używaniem alkoholu łączy się z:
	A. Wczesną inicjacją picia, występowaniem trudności z samoregulacją, ze sprawowaniem samokontroli zachowania oraz ze wzmożoną popędlivością
	B. Późniejszą inicjacją alkoholową, występowaniem nadmiernej samokontroli, emocjonalnej nadwrażliwości, behawioralnego zahamowania, depresyjności i lęku
	C. Impulsywnością (behawioralne rozhamowanie), silną tendencją do poszukiwania doznań, współwystępowaniem innych zaburzeń
	<b>D. Wczesną inicjacją picia, występowaniem trudności z samoregulacją, ze sprawowaniem samokontroli zachowania oraz ze wzmożoną popędlivością oraz impulsywnością (behawioralne rozhamowanie), silną tendencją do poszukiwania doznań, współwystępowaniem innych zaburzeń</b>
37.	Skala Bilansu Decyzyjnego Velicera, DiClemente, Prochasky i Brandenbura w polskiej adaptacji J. Chodkiewicza jest narzędziem służącym do:
	A. pomiaru poznawczych i motywacyjnych aspektów podejmowania decyzji
	B. systematycznego ewaluowania argumentów „za” i „przeciw” związanych z motywowaniem w terapii uzależnień
	C. oceny etapów procesu zmiany w zachowaniach problemowych
	<b>D. wszystkich wymienionych</b>
38.	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 <b>z wyjątkiem</b> :
	<b>A. Osiągnięcie „dna”</b>
	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
39.	Według modelu zmian Prochasky i DiClemente nawrót u osoby uzależnionej prowadzi najczęściej ponownie do etapu:
	A. Prekontemplacji
	<b>B. Kontemplacji lub przygotowania</b>
	C. Działania
	D. Podtrzymania
40.	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
	<b>C. o silnej motywacji do zmiany i zdolności do ustalenia wspólnych celów</b>
	D. o wysokim poziomie konfliktu oraz po rocznej abstynencji osoby uzależnionej
41.	Zaburzenie to cechuje doznawanie przez przynajmniej kilka tygodni nieuzasadnionego uczucia lęku i napięcia. Lęk nie osiąga bardzo wysokiego poziomu ale jest niezwykle dokuczliwy dla pacjenta. Jego nasilenie może zmieniać się w ciągu dnia ale nie znika. Każda nawet drobna sytuacja stresująca zazwyczaj nasila lęk. Długotrwałość trwania lęku prowadzi do narastania męczliwości i zaburzeń w koncentracji uwagi. Jeżeli jest to zaburzenie z kręgu zaburzeń lękowych i nerwicowych, to prawdopodobnie chodzi tu o:
	<b>A. Zespół lęku uogólnionego</b>
	B. Zespół napadów paniki
	C. Zespół stresu pourazowego
	D. Fobię społeczną
42.	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>B. schizoidalnej</b>
	C. narcystycznej
	D. dysocjalnej
43.	Trzy zaburzenia osobowości najczęściej współwystępujące z alkoholizmem to:
	<b>A. chwiejna emocjonalnie, dysocjalna i narcystyczna</b>
	B. chwiejna emocjonalnie, schizoidalna i zależna
	C. anankastyczna, zależna i narcystyczna
	D. masochistyczna, dysocjalna i histrioniczna



44.	Zaburzenia dystymiczne to:
	A. uporczywe zaburzenia nastroju
	B. zaburzenia psychotyczne
	C. zaburzenia lękowe
	D. zaburzenia pamięci
45.	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 wymienionych
46.	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
47.	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
48.	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
49.	Kompulsje są to:
	A. ruchy mimowolne
	B. stereotypie ruchowe
	C. czynności natrętne
	D. automatyzmy ruchowe

<b>50.</b>	Ogólny zespół adaptacyjny (GAS) wg H. Seyle'go jest to:
	A. wzorzec reakcji na stres, który stanowi linię obrony organizmu przed potencjalnie szkodliwymi czynnikami; występuje, gdy organizm styka się z każdym stresorem
	B. jest to styl radzenia sobie z trudną sytuacją (unikanie, poszukiwanie nowych rozwiązań, nastawienie na przetrwanie)
	C. dotyczy skutecznego wyeliminowania stresorów lub ograniczenia ich oddziaływania oraz zmniejszanie nieprzyjemnych reakcji na stres za pomocą technik relaksacyjnych
	D. jest to krótkotrwała odpowiedź człowieka na wymagania stresora w zależności od jego siły (kataklizm, stresor osobisty, stresor drugoplanowy)
<b>51.</b>	Wpływ na stworzenie przez DDA udanego związku i rodziny ma głównie:
	A. osobowość obojga partnerów, sposób funkcjonowania w relacji, przekazy rodzinne obojga partnerów i środowisko społeczne
	B. przekazy rodzinne partnera, zachowania partnera, posiadanie dzieci, opinia środowiska społecznego
	C. osobowość i zachowanie partnera, przekazy rodzinne partnera, umiejętność tworzenia relacji przez partnera
	D. wzorce postępowania jakie DDA wyniosło z rodziny pierwotnej, osobowość i zaburzenia DDA, status materialny rodziny
<b>52.</b>	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
<b>53.</b>	Wymień najczęstsze przejawy syndromu DDA, opisywanego przez psychoterapeutów:
	A. nadużywanie substancji psychoaktywnych, zachowania impulsywne
	B. lęk przed bliskością, nieufność i wzmożona kontrola, trudności w relacjach, problemy w kontakcie ze swoimi uczuciami i potrzebami
	C. obsesyjne myśli wokół tematu alkoholizmu rodzica, silna koncentracja na planowaniu własnej przyszłości
	D. nadmierny popęd seksualny, mania bez objawów psychotycznych

54.	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
	<b>C. funkcję poczucia krzywdy w uaktywnianiu mechanizmów uzależnienia</b>
	D. pracę nad duchowością w związku z dużym deficytem w tym obszarze z okresu dzieciństwa
55.	W rozumieniu współzależnienia jako adaptacji do patologicznej sytuacji w związku, istotą współzależnienia jest:
	A. nadmiarowe przeżywanie przykrych uczuć: złości, lęku, poczucia winy, poczucia niższej wartości
	B. posiadanie określonych cech osobowości, takich jak: nadodpowiedzialność, nadopiekuńczość, skłonność do nadkontroli
	<b>C. utrwalony sposób przystosowania do długotrwałego stresującego związku</b>
	D. odtworzenie patologicznych wzorów relacji z rodziny pierwotnej
56.	W drugim etapie podstawowej fazy integracyjnej psychoterapii współzależnienia zasadniczym kierunkiem pracy jest:
	A. praca nad zmianą autodestrukcyjnych schematów osobowościowych
	<b>B. zmiana destrukcyjnych zachowań</b>
	C. przygotowanie pacjentki do rozstania się z partnerem, który nie chce się leczyć
	D. praca nad poczuciem krzywdy i niższej wartości
57.	W czwartym etapie integracyjnej psychoterapii współzależnienia zasadniczym kierunkiem pracy jest:
	A. nauka zachowań asertywnych
	B. praca nad zdobywaniem orientacji w sytuacji życiowej pacjentki
	<b>C. praca nad destrukcyjnymi schematami osobowościowymi pacjentki</b>
	D. praca nad podjęciem przez pacjentkę decyzji o pozostaniu w związku lub odejściu
58.	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
	<b>C. sprawdzania racjonalności i funkcji destrukcyjnych zachowań oraz procedury szukania dowodów</b>
	D. swobodnej rozmowy i podążania za pacjentem, aż sam odkryje, że jego przekonanie jest błędne
59.	Uczenie nowych zachowań w integracyjnej psychoterapii współzależnienia, to:
	A. trening interpersonalny
	B. wymiana doświadczeń między pacjentami współzależnionymi na temat radzenia sobie w związku z pijącym partnerem

	C. udzielanie wskazówek przez terapeutę jakie zachowanie pacjentki jest najbardziej konstruktywne w konkretnej sytuacji
	D. trenowanie nowych umiejętności takich jak, np. zachowania asertywne
60.	W rozumieniu adaptacyjnym współzależnienia problem ten może dotknąć:
	A. każdą osobę, niezależnie od wieku, która żyje w rodzinie alkoholowej
	B. osobę, która weszła w związek o charakterze symbiotycznym, w którym istnieje bardzo duża zależność emocjonalna
	C. osobę, która pochodzi z rodziny, gdzie matka była współzależniona i obowiązywał model patriarchalny
	D. osobę, która jest dorosła i jest w związku z kimś, kto wprowadza destrukcję w związek
61.	Diagnoza kliniczna osób współzależnionych pomaga przede wszystkim rozpoznać:
	A. problemy w patologicznym związku
	B. objawy zaburzenia, jego źródła i mechanizmy funkcjonowania osoby
	C. przemoc w rodzinie
	D. uzależnienie od substancji psychoaktywnych
62.	Jakie najczęstsze problemy zdrowotne rozpoznawane są u kobiet współzależnionych:
	A. depresja dystymia
	B. zaburzenia lękowe
	C. zaburzenia nerwicowe i pod postacią somatyczną
	D. wszystkie wymienione
63.	W trójce dramatycznej Stephana Karpmana osoba współzależniona wchodzi w rolę:
	A. ratownika
	B. prześladowcy
	C. nie wchodzi w żadną z tych ról
	D. przechodzi przez wszystkie trzy pozycje
64.	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
65.	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
66.	Tworząc grupę terapeutyczną (szczególnie w programie pogłębionym) terapeuta prowadzący musi ustalić pewne warunki jej funkcjonowania. Powinien on:
	A. ocenić ograniczenia kliniczne i ustalić podstawową strukturę grupy
	B. sformułować cele specyficzne dla grupy
	C. unikać konfliktu grupowego
	D. ocenić ograniczenia kliniczne i ustalić podstawową strukturę grupy oraz sformułować cele specyficzne dla grupy
67.	Procedura Niebieskie Karty jest realizowana przez przedstawicieli:
	A. jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, policji, oświaty i ochrony zdrowia
	B. jedynie policji i jednostek organizacyjnych pomocy społecznej
	C. przez każdą służbę lub instytucję, która zgłosi chęć udziału w zespole interdyscyplinarnym
	D. żadne z wymienionych
68.	Do zadań realizowanych w 3 fazie (rehabilitacja) terapii uzależnienia wg W.R. Millera i współpracowników <b>nie należy</b> zadanie:
	A. ustanowienie relacji terapeutycznej opartej na empatii
	B. zidentyfikowanie potrzeb członków rodziny i wspieranie ich stosownie do tychże potrzeb
	C. ocena mocnych stron i zasobów klienta
	D. odniesienie się do najpilniejszych problemów i zaburzeń współwystępujących
69.	Klaryfikacja to technika terapeutyczna, która polega na:
	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 wymienionych nie jest prawdziwe
70.	Zgodnie z art. 12a Ustawy z dnia 19.07.2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2021 r. poz. 1249) 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



TEST dla kandydatów na instruktorów – 16 listopada 2022 roku

1.	Zespół abstynencyjny jest kryterium diagnostycznym wg ICD-10:
	A. uzależnienia spowodowanego używaniem alkoholu
	B. uzależnienia spowodowanego paleniem tytoniu
	C. uzależnienia spowodowanego używaniem alkoholu i uzależnienia spowodowanego paleniem tytoniu
	D. zaburzenia nawyków i popędów (impulsów) w tym patologicznego hazardu
2.	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 możliwości
3.	Używanie środków halucynogennych powoduje:
	A. zwolnienie czynności serca i obniżenie ciśnienia krwi
	B. wyciszenie, uspokojenie reakcji psychicznych
	C. nastrój ekstatyczny, zaburzenia percepcji
	D. zwolnienie czynności serca i obniżenie ciśnienia krwi oraz wyciszenie, uspokojenie reakcji psychicznych
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. szlak serotoninowy oraz szlak acetylocholinowy
5.	Lekiem redukującym euforyzujące działania alkoholu jest:
	A. anticol
	B. naltrekson
	C. disulfiram
	D. akamprozat
6.	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
7.	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
8.	Leki (środki) o uznanej klinicznie roli we wspomaganiu utrzymywania abstynencji w psychoterapii uzależnienia od alkoholu lub zmniejszające ilość wypijanego alkoholu i intensywność jego picia to:
	A. klometiazol (Hemineuryna), disulfiram (Anticol)
	B. akamprozat (Campral), naltrekson (Adepend), nalmefen (Selincro)
	C. klonazepam (Clonazepam), karbamazepina (Amizepin)
	D. tianeptyna (Coaxil), diazepam (Relanium)
9.	Clonazepam to:
	A. lek przeciwdrgawkowy
	B. lek od którego łatwo się uzależnić
	C. lek przeciwdrgawkowy oraz lek od którego łatwo się uzależnić
	D. lek rutynowo stosowany w przypadku zespołu abstynencyjnego
10.	Znane typologie alkoholizmu to między innymi:
	A. Horney, Johansona, Jellinka
	B. Mellibrudy, Baltimorska, Woronowicza
	C. Lescha, Babora, Zuckera, Cloningera
	D. Horney, Johansona, Jellinka oraz Mellibrudy, Baltimorska, Woronowicza
11.	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
12.	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
13.	Do konopi indyjskich i ich pochodnych <b>nie zaliczamy</b> :
	A. haszyszu
	B. marihuany
	C. opium i kolchicyny
	D. żadne z wymienionych



14.	W substytucyjnej terapii uzależnienia opiatowego stosuje się:
	A. naltrekson i clonazepam
	B. akamprozat
	C. diazepam i bupropion
	D. metadon i buprenorfinę
15.	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
16.	Mechanizmami charakterystycznymi dla uzależnień behawioralnych są:
	A. impulsywność – odpowiadająca za zainicjowanie nałogowego zachowania (szybka, nieplanowana reakcja na bodziec)
	B. kompulsywność wspierająca powtarzanie i utrwalanie zachowania
	C. wytrwałość w dążeniu do celu
	D. impulsywność – odpowiadająca za zainicjowanie nałogowego zachowania (szybka, nieplanowana reakcja na bodziec) oraz kompulsywność wspierająca powtarzanie i utrwalanie zachowania
17.	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
18.	Sposób wytłumienia niepożądanych zachowań przez kojarzenie ich z bolesnym lub nieprzyjemnym doświadczeniem, to:
	A. terapia awersyjna
	B. sensytyzacja maskowana
	C. terapia uczulająca
	D. wszystkie wymienione
19.	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
<b>20.</b>	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
	<b>C. odmawiania picia, kontaktu z alkoholem i osobami pijącymi, informowania o leczeniu, uzależnieniu i abstynencji</b>
	D. akceptacji własnego uzależnienia, przestrzegania zaleceń zdrowiejącego alkoholika, odmawiania picia
<b>21.</b>	Podstawowymi celami i zadaniami etapu <b>rozpoczynania procesu zmiany</b> w integracyjnej psychoterapii uzależnień są:
	A. rozbrojenie psychologicznych mechanizmów uzależnienia
	B. podążanie za pacjentem, rozpoznanie jego potrzeb i wewnętrznej motywacji do zmiany
	<b>C. nawiązanie kontaktu, rozpoznanie problemów życiowych i powiązanie ich z piciem, wzbudzenie motywacji do zmiany</b>
	D. diagnoza nozologiczna i problemowa pacjenta
<b>22.</b>	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 jakichś 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
	<b>C. osoba uzależniona powraca całkowicie do wcześniejszego sposobu picia. Pojedyncze zapicie rozumiane jest jako „wpadka” i może mieć wartość pozytywną dla pracy terapeutycznej</b>
	D. osoba uzależniona jest w nawrocie nawet wtedy, kiedy jest jeszcze na podstawowym etapie terapii, ale nie wykonuje zaleceń dla zdrowiejących alkoholików
<b>23.</b>	W integracyjnej psychoterapii uzależnienia od alkoholu najważniejsze czynniki leczące to:
	A. ćwiczenie kontroli na bodźcami zewnętrznymi i wewnętrznymi, odmawianie picia, utrzymywanie abstynencji
	<b>B. doświadczenie uczestnictwa w grupie, realizacja zmiany, poczucie więzi z wybranymi osobami, zmiana schematu reagowania emocjonalnego, nabywanie nowej wiedzy i umiejętności</b>
	C. uczestniczenie w ruchu samopomocowym, ćwiczenie podmiotowości i sprawczości swych działań, utrzymywanie abstynencji
	D. poczucie więzi z wybranymi osobami, nabywanie nowej wiedzy i umiejętności, podporządkowanie się regulaminowi, utrzymywanie abstynencji

24.	System intensywnych, ustrukturalizowanych, instrumentalnych oddziaływań poznawczych mający na celu dostarczenie wiedzy o sprawach ważnych dla procesu psychoterapii to:
	A. trening zmiany zachowań
	B. praca na grupie OPT
	<b>C. mikroedukacja</b>
	D. TAZA
25.	Do podstawowych oddziaływań terapeutycznych w intensywnym etapie psychoterapii uzależnienia od alkoholu <b>nie należy</b> :
	A. TAZA (trening asertywnych zachowań abstynenckich)
	B. TUSZ (treningi umiejętności służących zdrowieniu)
	<b>C. GRO (grupa rozwoju osobistego)</b>
	D. OPT (osobisty plan terapii)
26.	Podstawowymi celami i zadaniami etapu <b>uznania własnego uzależnienia i powstrzymania się od picia</b> są:
	A. nawiązanie kontaktu, diagnoza uzależnienia, rozpoznanie problemów życiowych i powiązanie ich z piciem, podążanie za pacjentem
	B. podjęcie abstynencji i rozbicie psychologicznych mechanizmów uzależnień, porządkowanie i uzdrawianie tych obszarów gdzie tworzyły się mechanizmy
	<b>C. zdobycie wiedzy na temat uzależnienia i zasad terapii, rozpoznanie i zrozumienie własnego uzależnienia, uznanie bezsilności wobec alkoholu, radzenie sobie z głodem alkoholowym</b>
	D. podążanie za pacjentem, rozpoznanie jego potrzeb i wewnętrznej motywacji do zmiany, rozpoznawanie jego autodestrukcyjnych schematów działania
27.	Które z wymienionych celów terapii <b>nie należą</b> do podstawowych celów w terapii osoby uzależnionej:
	A. zwiększenie zdolności do utrzymywania abstynencji oraz leczenie zaburzeń
	<b>B. odkrycie i przepracowanie źródeł zaburzeń osobowości</b>
	C. rozwiązywanie problemów osobistych i zwiększanie kompetencji życiowych
	D. poprawa stanu zdrowia psychicznego poprzez rozwiązywanie problemów emocjonalnych i rodzinnych ujawniających się po zaprzestaniu picia
28.	Do pracy na etapie rozpoczynania procesu zmiany <b>nie należy</b> praca nad problemem:
	A. jak pobudzić zaangażowanie pacjenta w pracę terapeutyczną
	B. jak motywować pacjenta do systematycznego uczęszczania na terapię
	<b>C. jak pacjent ma uznać własną bezsilność wobec alkoholu</b>
	D. jak uniknąć załamania się wczesnej abstynencji pod wpływem wstępnej konfrontacji z sygnałami o destrukcji alkoholowej i perspektywą utraty alkoholu
29.	Praca terapeutyczna obejmująca m.in. strategie związane ze zrozumieniem uzależnienia i zasad terapii, zmianą tożsamości alkoholowej pacjenta, wycofywaniem się z sytuacji wysokiego ryzyka, budową konstruktywnego środowiska osobistego, uruchamianiem zmian osobistych jest charakterystyczny dla etapu:
	<b>A. uznawania własnego uzależnienia i powstrzymywania się od picia</b>
	B. rozwijania umiejętności życiowych

	C. rozpoczynania procesu zmiany
	D. rozbrajania mechanizmów uzależnienia i zapobieganie nawrotom
30.	Do którego z etapów w procesie zmiany tożsamości alkoholika pasuje poniższy opis: <i>...w zasadzie to nie piję tak jak Kowalski i Kwiatkowski, oni to piją wręcz jak smoki wawelskie, hm... no ale jak posłuchałem Kiepskiego, to jakbym sam siebie widział ...! No tak, ale jak sobie pomyślę, że miałbym do końca życia nie wypić ani jednego piwa ... no nie wiem?! Z drugiej strony tak można, Piekutowski nie pije już prawie 10 lat...</i>
	A. zaprzeczanie
	B. potwierdzanie
	C. wahanie
	D. rozważanie
31.	Do którego z etapów w procesie zmiany tożsamości alkoholika pasuje poniższy opis: <i>O mój Boże! Boję się, że jednak jestem alkoholikiem. Zniszczyłem swoje życie... No, ale jak to się stało, że nie zauważyłem? Przecież zawsze sobie mówiłem że nie chcę być jak mój ojciec! No, ale z drugiej strony, to przez te ostatnie dwa lata tak narozrabiałem, że mam więcej problemów niż miał mój tata... A tu jeszcze ten mój terapeuta rozlicza mnie z mitingów AA. Jak się czułem jak się przedstawiałem ... Krzysiek Alkoholik ... no jak? Pod ziemię chciałem się zapaść!</i>
	A. zaprzeczanie
	B. potwierdzanie
	C. wahanie
	D. rozważanie
32.	Które z wymienionych stwierdzeń odnośnie głodu alkoholowego jest <b>nieprawdziwe</b> w świetle poznawczej koncepcji powstania i rozwoju uzależnienia:
	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
33.	Program Dwunastu Kroków Anonimowych Alkoholików i udział we wspólnocie samopomocowej może być pomocą w psychoterapii osoby uzależnionej. Treścią kroku czwartego jest m. in.:
	A. zachęta do krytycznej analizy własnego życia z perspektywy moralnej i zobaczenia własnych wad, błędów i złych uczynków, ale także zalet i pozytywnych dokonań
	B. wezwanie do naprawiania szkód wyrządzonych bliskim oraz nauki współżycia z ludźmi, uznając, że konieczne jest do tego dokonanie przeglądu własnych kontaktów z innymi
	C. odwołanie się do budowania prawdziwego braterstwa z ludźmi i Bogiem (Siłą Wyższą) poprzez wyznanie istoty błędów i znalezienie w ten sposób drogi do wsparcia, akceptacji i zmniejszenia izolacji
	D. podkreślenie konieczności systematycznej pracy wewnętrznej nad przemianą duchową, dalsza modlitwa i medytacja są zalecane jako główne formy kontaktu z Bogiem (Siłą Wyższą) co stać się może jednym z fundamentów dalszego życia w trzeźwości, a także zrozumienie i pogodzenia się z drogą życia

34.	Według T. Gorskiego nawrót jest procesem przejawiającym się progresywnym wzorcem zachowania, który reaktywowany jest przez:
	A. patologiczny wzorzec emocjonalny
	B. patologiczny wzorzec myślenia
	C. niezdolność do samoograniczania się
	<b>D. objawy choroby</b>
35.	Psychoterapia analityczna oparta na psychologii JA proponuje utworzenie głębokiego związku z terapeutą, w którym uruchomiony zostanie proces przeniesienia umożliwiający terapeutyczną regresję do wcześniejszych faz rozwojowych. Przepracowanie problemów emocjonalnych, stworzenie warunków do powstania dojrzałej formy JA, pozwala na skuteczne i samodzielne radzenie sobie z problemami życiowymi bez alkoholu. Z praktyki klinicznej wynika, że ten model psychoterapii jest wobec osoby uzależnionej mającej trudności z utrzymywaniem abstynencji:
	A. bardzo skuteczny, ale mało znany
	B. bardzo skuteczny, ale bardzo trudny do praktycznego zastosowania
	<b>C. mało skuteczny</b>
	D. w pełni nieskuteczny
36.	Za występowanie takich zjawisk jak: brak skutecznej samokontroli powstrzymującej picie, występowanie tzw. głodu alkoholowego, postępujące samozniszczenie osoby uzależnionej, koncentracja życia wokół picia alkoholu, picie pomimo pojawiających się szkód odpowiedzialne są:
	A. mechanizm nałogowego regulowania emocji
	B. mechanizm iluzji i zaprzeczania
	C. mechanizm dezintegracji Ja
	<b>D. wszystkie wymienione mechanizmy</b>
37.	Praca nad rozbrajaniem psychologicznych mechanizmów uzależnień <b>nie obejmuje</b> :
	A. wykrywania nałogowych schematów umysłowych i emocjonalnych
	<b>B. omawiania konfliktów wewnątrzpsychicznych</b>
	C. porządkowania i przywracania zdrowego funkcjonowania w obszarze emocji
	D. zwiększania kontroli poznawczej w obszarach funkcjonowania mechanizmów
38.	Wzmacnianie konstruktywnych aspektów poczucia tożsamości, zwiększanie poczucia sprawczości i kompetencji w osiąganiu celów życiowych, rozwijanie pozytywnego stosunku do siebie jest związane z pracą nad:
	A. odkrywaniem swojej tożsamości
	B. osobowościowymi mechanizmami obronnymi
	C. mechanizmem nałogowego regulowania uczuć
	<b>D. zdrowieniem i integracją „ja”</b>
39.	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
40.	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
41.	Wypowiedź pacjenta uzależnionego: „Nie piłabym alkoholu, gdybym nie problemy w dzieciństwie z rodzicami, a teraz z partnerem” jest:
	A. obwinianiem innych
	B. odwracaniem uwagi
	C. intelektualizowaniem
	D. racjonalizowaniem
42.	„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
43.	Szczególnie istotne zjawiska związane z piciem alkoholu przez osobę uzależnioną, wywierające wpływ na funkcjonowanie struktury JA, to:
	A. przeżywanie stanów euforii i złości pod wpływem alkoholu
	B. palimpsesty i zaburzenia pamięci
	C. doświadczanie zmian stanu świadomości i doświadczania siebie pod wpływem alkoholu
	D. traumy przeżyte w dzieciństwie w rodzinie z problemem alkoholowym
44.	Rozmywanie się poczucia JA w stanach zmienionej świadomości powoduje:
	A. powstawanie palimpsestów i urojeń
	B. rozpraszanie granic struktury JA
	C. doświadczenia mistyczne i przyczynia się do rozwoju osobistego
	D. zespół abstynencyjny po zaprzestaniu picia
45.	Funkcjonowanie mechanizmu rozpraszania i rozdławiania JA polega na:
	A. tworzeniu biegunowych wersji siebie, obniżaniu tolerancji na monotonię, rozpraszaniu granic JA

	B. tworzeniu złudnych wyobrażeń dotyczących przeszłości, przyszłości i teraźniejszości, polaryzacji obrazu JA, trudności w realizacji decyzji
	C. ograniczeniu zdolności do rozpoznawania specyfiki własnych stanów emocjonalnych, tworzeniu podwójnego obrazu JA, dezintegracji struktury JA
	<b>D. uszkodzeniu zdolności do kierowania własnym postępowaniem, tworzeniu biegunowych wersji JA, zacieraniu granic JA</b>
<b>46.</b>	Tendencje autodestrukcyjne występujące u osób uzależnionych od alkoholu są:
	A. skutkiem działania psychologicznych mechanizmów uzależnienia
	B. czynnikiem nie mającym wpływu na psychologiczne mechanizmy uzależnienia
	<b>C. czynnikiem aktywizującym psychologiczne mechanizmy uzależnienia</b>
	D. elementem mechanizmu nałogowego regulowania uczuć
<b>47.</b>	Najważniejsze czynniki środowiskowe aktywizujące psychologiczne mechanizmy uzależnienia to:
	A. sytuacje podwyższonego ryzyka, problemy emocjonalne, środowisko osób pijących
	<b>B. sytuacje podwyższonego ryzyka, trwałe uszkodzenia ważnych relacji społecznych, negatywne konsekwencje społeczne picia</b>
	C. destrukcyjne schematy relacji międzyludzkich, osobowość aspołeczna, negatywne konsekwencje zdrowotne picia
	D. destrukcyjne schematy osobowościowe, destrukcja systemu wartości, problemy związane ze zdrowiem
<b>48.</b>	Niezdolność sprawowania skutecznej kontroli nad piciem przez osobę uzależnioną jest spowodowana przede wszystkim:
	A. działaniem mechanizmu iluzji i zaprzeczeń
	<b>B. działaniem psychologicznych mechanizmów uzależnienia</b>
	C. uszkodzeniami organicznymi centralnego układu nerwowego
	D. deficytami umiejętności odmawiania picia
<b>49.</b>	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
	<b>D. program 12 kroków AA uwzględnia się przede wszystkim w pracy nad uznaniem bezsilności wobec alkoholu</b>
<b>50.</b>	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
	<b>C. uczenia wczesnego rozpoznawania sygnałów nawrotu i trenowania umiejętności skutecznego radzenia sobie z czynnikami ryzyka</b>

	D. ustalenia dla pacjenta planu udziału w mityngach AA i bieżącej analizy dzienniczka uczuć
51.	Kiedy pacjent zobowiązany przez sąd do leczenia odwykowego w trybie stacjonarnym oddali się samowolnie z placówki to:
	A. zawiadomić sąd i odmówić ponownego przyjęcia pacjenta
	B. powiadomić policję i podjąć czynności poszukiwawcze, ponieważ placówka odpowiada za jego bezpieczeństwo i zdrowie przez wyznaczony prawnie okres pobytu
	C. uzupełnić dokumentację medyczną pacjenta o wypis na własne życzenie
	D. <b>przyjąć ponownie tyle razy ile jest niezbędne do ukończenia programu, zmiany postanowienia, czy ustania obowiązku oraz zawiadomić sąd, który nałożył obowiązek</b>
52.	Z wnioskiem do sądu o zobowiązanie do poddania się leczeniu odwykowemu może wystąpić:
	A. <b>gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych lub prokurator</b>
	B. prokurator na wniosek gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych
	C. pracownik socjalny
	D. osoba najbliższa lub prokurator
53.	Zjawisko przeciwwprzeniesienia w psychoterapii:
	A. jest efektem znaczących zaniedbań w terapii własnej u terapeuty
	B. <b>pomaga terapeutce interpretować nierozwiązane konflikty pacjenta</b>
	C. oznacza, że pacjent nie powinien pracować z tym właśnie terapeutą
	D. pochodzi z braku doświadczenia terapeuty i oznacza, że pacjent zdominował relację
54.	Wobec osoby zobowiązanej do poddaniu się leczeniu na podstawie przepisów ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1119):
	A. stosuje się te same zasady leczenia jak do pacjentów dobrowolnych poza zwolnieniem ich z wymogu podpisania zgody na podjęcie leczenia w dokumentacji medycznej
	B. nie dopuszcza się możliwości wypisania się na własne życzenie
	C. dopuszcza się stosowanie środków przymusu bezpośredniego, ale tylko w asyście funkcjonariusza policji
	D. <b>stosuje się te same zasady leczenia jak do pacjentów dobrowolnych poza zwolnieniem ich z wymogu podpisania zgody na podjęcie leczenia w dokumentacji medycznej oraz nie dopuszcza się możliwości wypisania się na własne życzenie</b>
55.	Zgodnie z § 115 ust. 16 Kodeksu Karnego stan nietrzeźwości zachodzi gdy:
	A. zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,2‰ albo prowadzi do stężenia przekraczającego te wartości
	B. <b>zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5‰ albo prowadzi do stężenia przekraczającego te wartości</b>
	C. zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,7‰ albo prowadzi do stężenia przekraczającego te wartości
	D. zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,9‰ albo prowadzi do stężenia przekraczającego te wartości



56.	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
	<b>D. osobom, które w destrukcyjny sposób przystosowały się do patologicznej sytuacji w związku z osobą uzależnioną</b>
57.	Prawidłowa kolejność korzystania z psychoterapii w przypadku partnerki osoby uzależnionej, która sama jest uzależniona od leków oraz ma cechy syndromu DDA to:
	A. 1. psychoterapia uzależnienia, 2. psychoterapia DDA, 3. psychoterapia współzależnienia
	B. kolejność nie ma znaczenia, byle trafiła do dobrego psychoterapeuty
	<b>C. 1. psychoterapia uzależnienia, 2. psychoterapia współzależnienia, 3. psychoterapia DDA</b>
	D. 1. psychoterapia DDA, 2. psychoterapia współzależnienia, 3. psychoterapia uzależnienia
58.	Którą z przedstawionych niżej żon alkoholików można zakwalifikować do podstawowego programu psychoterapii współzależnienia:
	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>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</b>
	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
59.	W pierwszym etapie podstawowej fazy integracyjnej psychoterapii współzależnienia zasadniczym kierunkiem pracy jest:
	<b>A. praca nad zdobywaniem orientacji w aktualnej sytuacji życiowej pacjentki</b>
	B. zatrzymanie przemocy
	C. praca nad odreagowaniem przykrych emocji
	D. wgląd dotyczący relacji z ojcem i matką
60.	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
	<b>C. wiedza o szkodliwych sposobach adaptacji w relacjach z uzależnionym partnerem</b>
	D. wiedza na temat przeniesienia i przeciwprzeniesienia
61.	Praca nad emocjami w pierwszym etapie integracyjnej psychoterapii współzależnienia polega na:
	A. stwarzaniu okazji do odreagowania silnych negatywnych emocji
	<b>B. uznaniu prawa do przeżywania emocji oraz udzielaniu wsparcia</b>
	C. przepracowywaniu traum z dzieciństwa

	D. poznawczej analizie stanów emocjonalnych
62.	W pracy nad zmianą zachowań w interakcyjnej terapii współzależnienia 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
	<b>D. rozpoznawaniem destrukcyjnych zachowań pijącego partnera oraz własnych</b>
63.	Rozumienie współzależnienia jako „pułapki psychologicznej” wg J. Mellibrudy oznacza:
	A. takie funkcjonowanie osoby współzależnionej, że koncentruje się na sobie i nie potrafi obiektywnie ocenić sytuacji w związku
	B. takie funkcjonowanie osoby współzależnionej, że nie potrafi rozwieść się z pijącym mężem ani w inny sposób się od niego zdystansować
	<b>C. takie funkcjonowanie osoby współzależnionej, że większość jej działań utrudnia wprowadzanie korzystnych zmian w związku i pogarsza własny stan psychofizyczny</b>
	D. zaburzenia emocjonalne i osobowość zależną
64.	W adaptacyjnym rozumieniu współzależnienia jego powstawaniu sprzyjają następujące zmiany w funkcjonowaniu psychologicznym:
	A. mechanizm iluzji i zaprzeczeń, mechanizm nałogowego regulowania uczuć, mechanizm rozpraszania i rozdawiania ja
	B. osobowość narcystyczna, niekontrolowane wybuchy złości, oczekiwanie opieki i uznania
	<b>C. myślenie magiczne, zmiany nastroju, uzależnianie poczucia własnej wartości i sensu życia od wpływu na partnera</b>
	D. urojenia, zespół paranoidalny, ataki lęku, podejrzenia zdrady przez partnera
65.	Rozumienie współzależnienia jako nowego rodzaju zaburzenia osobowości jest autorstwa:
	A. Z. Sobolewskiej-Mellibrudy
	B. P. Mellody
	<b>C. T. L. Cermaka</b>
	D. S. Wegscheider-Cruse
66.	Istnieją czynniki mające wpływ na wystąpienie współzależnienia rozumianego jako reakcja na stres. Są to:
	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
	<b>D. wszystkie wymienione stwierdzenia są prawdziwe</b>
67.	Podstawowe źródła przemocy to:
	A. alkohol i inne substancje psychoaktywne, schizofrenia lub zespół Otella u sprawcy
	<b>B. bezkarność i agresywność sprawców, czynniki środowiskowe i sytuacyjne, używanie substancji psychoaktywnej</b>

	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
68.	Styl zachowania osoby doświadczającej przemocy polegający na podporządkowywaniu się sprawcy lub biernym oporze przyczynia się do:
	A. ułatwia wyzwolenie ofiary
	B. początkowo zniewala ale ostatecznie umożliwia wyzwolenie ofiary
	<b>C. większego zniewolenia ofiary</b>
	D. jest szkodliwy ale jedynie możliwy w sytuacji przemocy
69.	Prawidłowa kolejność programu pomocy psychologicznej dla żony osoby uzależnionej, 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 współzależnienia, 3. interwencja kryzysowa dla ofiar przemocy
	C. 1. psychoterapia współzależnienia, 2. interwencja kryzysowa dla ofiar przemocy, 3. psychoterapia DDA
	<b>D. 1. interwencja kryzysowa dla ofiar przemocy, 2. psychoterapia współzależnienia, 3. psychoterapia DDA</b>
70.	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
	<b>D. Z 81.1</b>

