|  |  |
| --- | --- |
|  | Zespół abstynencyjny jest kryterium diagnostycznym wg ICD-10 **(I):**A. uzależnienia spowodowanego używaniem alkoholu B. uzależnienia spowodowanego paleniem tytoniu C. A i BD. zaburzenia nawyków i popędów (impulsów) w tym patologicznego hazardu |
|  | Sytuacje kliniczne występujące w przebiegu alkoholowego zespołu abstynencyjnego, które **bezwzględnie** wymagają hospitalizacji **(I):**A. drżenie rąk, wymioty, nadmierna potliwość B. napad drgawkowy, majaczenie C. wzrost ciśnienia, przyspieszenie akcji serca D. nieznaczne pobudzenie psychoruchowe, niepokój oraz trudności ze snem |
|  | **Bezwzględnym** wskazaniem do hospitalizacji pacjenta z zespołem uzależnienia od alkoholu jest wystąpienie **(I):**A. zespołu abstynencyjnego B. majaczenia alkoholowego C. stłuszczenia wątroby D. żadne z powyższych |
|  | Alkoholowy zespół abstynencyjny powikłany napadami drgawkowymi może wymagać leczenia szpitalnego w sytuacji gdy (**I**):A. po napadzie utrzymują się zaburzenia świadomościB. pacjent doznał urazu czaszkiC. z wywiadu wynika, że w przeszłości po napadach występowała ostra psychoza alkoholowaD. zachodzą wszystkie wymienione powyżej możliwości |
|  | Używanie środków halucynogennych powoduje (**I**) :A. zwolnienie czynności serca i obniżenie ciśnienia krwi B. wyciszenie, uspokojenie reakcji psychicznychC. nastrój ekstatyczny, zaburzenia percepcjiD. A i B |
|  | Palimpsest to **(I):**A. fizjologiczna reakcja na obecność alkoholu we krwiB. wypełnianie luk pamięciowych konfabulacjamiC. całkowita niepamięć następcza okresu upojenia u osoby przytomnej i reagującej na zmiany otoczeniaD. jeden z kryteriów diagnostycznych uzależnienia spowodowanego używaniem alkoholu wg ICD-10 |
|  | Jednym z głównych elementów centralnego układu nerwowego biorących udział w powstawaniu uzależnienia od alkoholu jest tzw. **(I):**A. szlak dopaminowyB. szlak serotoninowyC. szlak acetylocholinowyD. B i C  |
|  | Lekiem redukującym euforyzujące działania alkoholu jest **(I):**A. anticolB. naltreksonC. disulfiramD. akamprozat  |
|  | Jak powstaje wysoka tolerancja na alkohol u osoby uzależnionej?A. częstemu piciu alkoholu towarzyszą coraz silniejsze nieprzyjemne uczucia (niedobór neurotransmiterów w układzie nagrody w mózgu). Ustępują one, gdy alkoholik wypija jeszcze większą porcję alkoholu B. organizm uzależnionego uczy się szybkiego wydalania alkoholu, ponieważ wątroba uaktywnia enzym MEOS. Mechanizm ten prowadzi do tolerowania coraz większych ilości wypijanego alkoholu C. odpowiedź a i b jest poprawna D. enzymy odpowiadające za metabolizm alkoholu w organizmie ulegają pod jego wpły­wem aberracji mitochondrialnej i przyczyniają się do powstania zjawiska „przelewa­nia”, tzn. alkoholik wypija duże ilości alkoholu, które nie docierają do mózgu, gdyż są „spalane” – rozkładane w wątrobie |
|  | Sposób w jaki leki nowej generacji (naltrekson i acamprozat) wpływają na dwufazowy mechanizm działania alkoholu to:A. acamprozat blokuje receptory opioidowe w mózgu, zmniejszając przyjemne działanie wypitego alkoholu; naltrekson łagodzi nieprzyjemne skutki pojawiające się w począt­kowej abstynencji i zmniejsza głód alkoholuB. naltrekson blokuje receptory opioidowe w mózgu, zmniejszając przyjemne działanie wypitego alkoholu; acamprozat łagodzi nieprzyjemne skutki pojawiające się w początkowej abstynencji i zmniejsza głód alkoholu C. acamprozat ze względu na słabe wchłanianie z żołądka i krótki czas działania bezpośrednio wpływa na metabolizm alkoholu pod warunkiem jednoczesnego zażywania leku i picia alkoholu; naltrekson łagodzi nieprzyjemne skutki pojawiające się w trakcie metabolizmu alkoholu, redukuje działanie aldehydu octowegoD. wszystkie powyższe odpowiedzi są poprawne |
|  | Powikłania bezpośrednio związane z marskością wątroby to:A. encefalopatia i postępujące zatrucie organizmu B. żylaki przełyku i hemoroidyC. zaburzona produkcja czynników krzepnięcia, podatność na krwawieniaD. wszystkie wymienione |
|  | Zalecanymi do stosowania przez WHO testami pomocniczymi (przesiewowymi) i ankietami do rozpoznawania uzależnienia od alkoholu są:A. kwestionariusz Mellibrudy, test BaltimorskiB. AUDIT, MASTC. Kwestionariusz „Moje doświadczenia z alkoholem i innymi środkami zmieniającymi świadomość (*Cornerstone Ins.)* D. Skala alkoholizmu (MacAndrew Alcoholism Scale – MAC-R) z Minesockiego Wielowymiarowego Kwestionariusza Osobowości MMPI-2 |
|  | Przy nasilonych objawach alkoholowego zespołu abstynencyjnego w trakcie detoksykacji wskazane jest **(I)** :A. podawanie witaminy C, D, K i kwasu foliowegoB. podawanie jedynie benzodiazepin C. podawanie płynów wieloelektrolitowych i benzodiazepinD. podawanie disulfiramu, diuretyków i prometazyny |
|  | Do farmakologicznego wspomagania leczenia zespołu uzależnienia spowodowanego paleniem tytoniu stosuje się **(I):**A. Champix, Tabex, ZybanB. Clonazepam, Amizepin, CampralC. Niquitin, Diazepam, SydenafilD. Niquitin, Amizepin, Campral |
|  | Pobudzanie układu nagrody jest uważane za jeden z najważniejszych patomechanizmów napędzających proces uzależniania się. Układ nagrody (wzmocnień pozytywnych) związany jest głównie z **(I):**A. mezolimbicznym układem dopaminergicznymB. układem serotoninergicznym i noradrenergicznymC. układem dehydrogenaz aldehydowej i alkoholowej (ALDH i ALD)D. b i c  |
|  | Leki (środki) o uznanej klinicznie roli we wspomaganiu utrzymywania abstynencji w psychoterapii uzależnienia od alkoholu lub zmniejszające ilość wypijanego alkoholu i intensywność jego picia **(I):**A. klometiazol (Hemineuryna), disulfiram (Anticol)B. akamprozat (Campral), naltrekson (Adepend), nalmefen (Selincro)C. klonazepam (Clonazepam), karbamazepina (Amizepin)D. tianeptyna (Coaxil), diazepam (Relanium) |
|  | Kryterium diagnostycznym zespołu uzależnienia spowodowanego używaniem alkoholu **nie jest** (wg ICD -10) **(I):** A. silne pragnienie przyjmowania substancji B. palimpsest C. fizjologiczne objawy stanu odstawienia alkoholu D. narastające zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności  |
|  | Clonazepam to **(I):** A. lek przeciwdrgawkowy B. lek od którego łatwo się uzależnićC. a i b są prawdziweD. lek rutynowo stosowany w przypadku zespołu abstynencyjnego  |
|  | Do farmakologicznego zmniejszenia odczuwania przez pacjenta silnego pragnienia picia alkoholu stosuje się **(I):**A. naltrekson (Re-Via, Adepend)B. disulfiram (anticol)C. klonazepam (Clonazepam)D. akamprozat (Campral) |
|  | Znane typologie alkoholizmu to między innymi **(I):** A. Horney, Johansona, JellinkaB. Mellibrudy, Baltimorska, WoronowiczaC. Lescha, Babora, Zuckera, CloningeraD. a i b  |
|  | Głównymi cechami charakteryzującymi opiatowy zespół abstynencyjny są **(I**):A. senność, obniżenie tętna i ciśnienia, urojenia, drgawkiB. zwężenie źrenic, głód substancji, zaparcia, suchość śluzówek nosa i jamy ustnejC. dreszcze, bóle brzucha i stawowo-mięśniowe, piloerekcja (tzw. „gęsia skórka”), głód substancjiD. suchość śluzówek nosa i jamy ustnej, obniżenie tętna i ciśnienia |
|  | Do konopi indyjskich i ich pochodnych **nie zaliczamy (I**)**:**A. haszyszu B. marihuanyC. opium i kolchicynyD. żadne z powyższych |
|  | W substytucyjnej terapii uzależnienia opiatowego stosuje się **(I):** A. naltrekson i klonazepamB. akamprozat C. diazepam i buproprionD. metadon i buprenorfinę  |
|  | Wyjaśnij w oparciu o kryteria WHO następujące zagadnienie - Mężczyzna lat 34, 180 cm wzrostu i 75 kg wagi, spożywający alkohol przeciętnie dwie porcie standardowe piwa przez 5 dni w tygodniu, w sobotę i niedzielę nie pije, kwalifikuje się do grupy osób **(I):**A. pijących wg wzorca o niskim ryzyku szkódB. uzależnionych od alkoholuC. pijących ryzykownie D. pijących szkodliwie |
|  | W teście AUDIT mamy trzy grupy pytań. Druga grupa pytań dotyczy **(I):** A. picia ryzykownego B. picia szkodliwegoC. uzależnieniaD. picia o niskim ryzyku szkód |
|  | Czynniki ryzyka wystąpienia problemu alkoholowego wg W.R. Millera można określić na podstawie:A. poziomu tolerancji, ryzyka rodzinnego, wieku rozpoczęcia picia, wyniku punktowego w skali alkoholizmu MacAndrew MAC-RB. poziomu upojenia alkoholowego w ciągu typowego tygodniaC. wyniku badań markerów alkoholowychD. a i c  |
|  | Strategię terapeutyczną łączącą w sobie wczesne wykrywanie ryzykownego lub szkodli­wego używania substancji psychoaktywnych i motywowanie do leczenia nazywamy **(I):**A. wczesną interwencjąB. pomocą przed terapeutycznąC. profilaktyką krótkoterminowąD. redukcją szkód  |
|  | Najlepiej radzą sobie z nauczeniem się picia w sposób ograniczony (i takie ograniczenia potrafią utrzymywać) osoby, które:A. próbowały już różnych metod poradzenia sobie ze swoim piciem i nie przynosiło to oczekiwanego rezultatu i teraz są bardziej zmotywowane do udziału w programieB. osoby młode i posiadające dobre zaplecze rodzinne C. osoby, które nie mają chorej wątroby, które pracują i posiadają rodzinęD. osoby, które w momencie podejmowania realizacji programu picia kontrolowanego miały mniej ostre problemy alkoholowe  |
|  | Jeśli ktoś rozpoczął realizację programu picia kontrolowanego i nie udaje mu się ograni­czyć picia do założonego wstępnie poziomu oraz nie skończyły się jego problemy związa­ne z piciem alkoholu, to po jakim okresie (wg W.R.Millera i R.F Muñoza) należałoby ponownie rozważyć podjęcie terapii ukierunkowanej na pełną abstynencję:A. po 6 tygodniach od chwili rozpoczęcia realizacji programu B. po 3 miesiącach od chwili rozpoczęcia realizacji programu C. po 3 miesiącach od zakończenia programuD. po 6 miesiącach od chwili rozpoczęcia uczestnictwa w programie |
|  | Jakość życia ma znaczący wpływ na przebieg i efekty terapii osób uzależnionych od alkoholu. Zdaniem J. Chodkiewicza najistotniejszymi uwarunkowaniami jakości życia są:A. uwarunkowania zdrowotne, zadowolenie z życia oraz pozytywne i negatywne stany afektywne B. psychologiczne aspekty jakości życiaC. wszystkie dziedziny dobrostanu człowieka, jakie są dla niego ważne D. subiektywne odbieranie poczucia satysfakcji z sytuacji życiowej w kontekście potrzeb i możliwości  |
|  | Mesa Grande Project to jedna z najbardziej znanych analiz badań dotyczących skuteczności terapii uzależnienia od alkoholu. Wykazano, że metodami o największej skuteczności są:A. krótkie interwencje, wzmacnianie motywacji, trening umiejętności społecznychB. edukacja, poradnictwo, AAC. terapia poznawczo-behawioralnaD. równie skuteczna jest terapia oparta na 12 krokach, co terapia ucząca umiejętności społecznych, jak i oparta na dialogu motywującym  |
|  | W terapii osób uzależnionych od alkoholu poczuciu własnej skuteczności przypisuje niezwykle istotną rolę:A. strategia poznawczo-behawioralna w modelu nawrotów G.A.Marlatta i J.R.Gordon B. podejście motywacyjne C. transteoretyczny model zmiany Prochaski i DiClemente D. wszystkie powyższe są prawdziwe  |
|  | Psychobiologiczny model nawrotu w uzależnieniach to :A. model przeciwstawnych procesów Solomona oraz model pragnienia i głoduB. model przewlekłego zespołu abstynencyjnego C. model rozniecania (kindling), w świetle którego do powstania nawrotu przyczyniają się neuroadaptacyjne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym, wywołane przez powtarzające się epizody picia i odstawiania alkoholu D. wszystkie powyższe są prawdziwe  |
|  | Sposób wytłumienia niepożądanych zachowań przez kojarzenie ich z bolesnym lub nie­przyjemnym doświadczeniem, to **(I):**A. terapia awersyjnaB. sensytyzacja maskowanaC. terapia uczulająca D. wszystkie powyższe są prawdziwe |
|  | Podstawowym celem diagnozy różnicowej jest (**I):**A. rozpoznanie czy osoba przejawia objawy konkretnego zaburzenia psychicznego, a tak­że dokonanie oceny czy liczba symptomów, ich czas występowania i dynamika prze­biegu odpowiadają konkretnej jednostce klinicznej wyodrębnionej w klasyfikacji ICD-10 lub DSM-5B. 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 środowiskaD. ustalenie genezy i dynamiki zaburzenia |
|  | Jakich umiejętności dotyczy Trening Asertywnych Zachowań Abstynenckich (**I**): A. wyrażania swoich uczuć, radzenia sobie z krytyką piciaB. wyrażania odmiennej opinii w sprawie leczenia i abstynencji, proszenia o pomoc, budowania sieci wsparciaC. odmawiania picia, kontaktu z alkoholem i osobami pijącymi, informowania o leczeniu, uzależnieniu i abstynencji D. akceptacji własnego uzależnienia, przestrzegania zaleceń zdrowiejącego alkoholika, odmawiania picia |
|  | Podstawowymi celami i zadaniami etapu **rozpoczynania procesu zmiany** w integracyjnej psychoterapii uzależnień są **(I**):A. rozbrojenie psychologicznych mechanizmów uzależnieniaB. podążanie za pacjentem, rozpoznanie jego potrzeb i wewnętrznej motywacji do zmianyC. nawiązanie kontaktu, rozpoznanie problemów życiowych i powiązanie ich z piciem, wzbudzenie motywacji do zmianyD. diagnoza nozologiczna i problemowa pacjenta |
|  | Nawrót w ujęciu poznawczym reprezentowanym przez A.T. Becka, G.A. Marlatta, J.R. Gordon czy K.T. Brownell charakteryzuje się tym, że (**I**):A. osoba uzależniona od alkoholu, po terapii i jakimś okresie abstynencji w sposób świadomy napije się alkoholu. Jest to jego świadoma decyzja, ponieważ nieświadome napicie się alkoholu nie powoduje z reguły jakiś szkodliwych następstwB. 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 zaradczeC. osoba uzależniona powraca całkowicie do wcześniejszego sposobu picia. Pojedyncze zapicie rozumiane jest jako „wpadka” i może mieć wartość pozytywną dla pracy terapeutycznejD. osoba uzależniona jest w nawrocie nawet wtedy, kiedy jest jeszcze na podstawowym etapie terapii, ale nie wykonuje zaleceń dla zdrowiejących alkoholików |
|  | Proces samoregulacji wiąże się z wysiłkiem człowieka podjętym w kierunku zmiany własnych reakcji. Do podstawowych składników samoregulacji należą:A. standardy, monitorowanie, siła woliB. samoobserwacja, samokontrola, samodyscyplinaC. formułowanie celów, planowanie, działanieD. uporczywość, rozpraszalność, próg reagowania na bodźce |
|  | U osób uzależnionych od alkoholu obserwuje się znacznie obniżoną zdolność do adekwat­nej samooceny, porównania swojego zachowania z przyjętymi normami oraz przewidy­wania konsekwencji. Opisywane deficyty wiążą się w procesach samoregulacji z:A. niewłaściwą samoobserwacjąB. zaburzeniami monitorowania działańC. zaburzeniami pamięci i uwagiD. z żadnym z powyższych |
|  | W integracyjnej psychoterapii uzależnienia od alkoholu najważniejsze czynniki leczące to **(I**):A. ćwiczenie kontroli na bodźcami zewnętrznymi i wewnętrznymi, odmawianie picia, utrzymywanie abstynencjiB. doświadczenie uczestnictwa w grupie, realizacja zmiany, poczucie więzi z wybranymi osobami, zmiana schematu reagowania emocjonalnego, nabywanie nowej wiedzy i umiejętnościC. uczestniczenie w ruchu samopomocowym, ćwiczenie podmiotowości i sprawczości swych działań, utrzymywanie abstynencjiD. poczucie więzi z wybranymi osobami, nabywanie nowej wiedzy i umiejętności, podporządkowanie się regulaminowi, utrzymywanie abstynencji |
|  | System intensywnych, ustrukturalizowanych, instrumentalnych oddziaływań pozna-wczych mający na celu dostarczenie wiedzy o sprawach ważnych dla procesu psychoterapii to **(I):**A. trening zmiany zachowańB. praca na grupie OPTC. mikroedukacjaD. TAZA |
|  | Do podstawowych oddziaływań terapeutycznych w intensywnym etapie psychoterapii uzależnienia (IPTU) od alkoholu **nie należy (I):** A. TAZA (trening asertywnych zachowań abstynenckich)B. TUSZ (treningi umiejętności służących zdrowieniu)C. GRO (grupa rozwoju osobistego)D. OPT (osobisty plan terapii) |
|  | Podstawowymi celami i zadaniami etapu **uznania własnego uzależnienia i powstrzymania się od picia** są (**I)**:A. nawiązanie kontaktu, diagnoza uzależnienia, rozpoznanie problemów życiowych i powiązanie ich z piciem, podążanie za pacjentemB. podjęcie abstynencji i rozbrojenie psychologicznych mechanizmów uzależnień, porządkowanie i uzdrawianie tych obszarów gdzie tworzyły się mechanizmyC. zdobycie wiedzy na temat uzależnienia i zasad terapii, rozpoznanie i zrozumienie włas­nego uzależnienia, uznanie bezsilności wobec alkoholu, radzenie sobie z głodem alkoholowymD. podążanie za pacjentem, rozpoznanie jego potrzeb i wewnętrznej motywacji do zmiany, rozpoznawanie jego autodestrukcyjnych schematów działania |
|  | Które z wymienionych celów terapii **nie należą** do podstawowych celów w terapii osoby uzależnionej (**I**):A. zwiększenie zdolności do utrzymywania abstynencji oraz leczenie zaburzeńB. odkrycie i przepracowanie źródeł zaburzeń osobowościC. rozwiązywanie problemów osobistych i zwiększanie kompetencji życiowychD. poprawa stanu zdrowia psychicznego poprzez rozwiązywanie problemów emocjonalnych i rodzinnych ujawniających się po zaprzestaniu picia |
|  | Do pracy na etapie rozpoczynania procesu zmiany **nie należy** praca nad problemem **(I**):A. jak pobudzić zaangażowanie pacjenta w pracę terapeutyczną B. jak motywować pacjenta do systematycznego uczęszczania na terapięC. jak pacjent ma uznać własną bezsilność wobec alkoholuD. jak uniknąć załamania się wczesnej abstynencji pod wpływem wstępnej konfrontacji z sygnałami o destrukcji alkoholowej i perspektywą utraty alkoholu |
|  | Praca terapeutyczna obejmująca m.in. strategie związane ze zrozumieniem uzależnienia i zasad terapii, zmianą tożsamości alkoholowej pacjenta, wycofywaniem się z sytuacji wysokiego ryzyka, budową konstruktywnego środowiska osobistego, uruchamianiem zmian osobistych jest charakterystyczny dla etapu (**I**):A. uznawania własnego uzależnienia i powstrzymywania się od picia B. rozwijania umiejętności życiowychC. rozpoczynania procesu zmianyD. rozbrajania mechanizmów uzależnienia i zapobieganie nawrotom |
|  | Do którego z etapów w procesie zmiany tożsamości alkoholika pasuje poniższy opis:*...w zasadzie to nie piję tak jak Kowalski i Kwiatkowski, oni to piją wręcz jak smoki wawelskie, hm... no ale jak posłuchałem Kiepskiego, to jakbym sam siebie widział ...! No tak, ale jak sobie pomyślę, że miałbym do końca życia nie wypić ani jednego piwa ... no nie wiem?! Z drugiej strony tak można, Piekutowski nie pije już prawie 10 lat ...* (**I**):A. zaprzeczanieB. potwierdzanieC. wahanieD. rozważanie |
|  | 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. zaprzeczanieB. potwierdzanieC. wahanieD. rozważanie |
|  | Które z wymienionych stwierdzeń odnośnie głodu alkoholowego jest **nieprawdziwe** w świetle poznawczej koncepcji powstania i rozwoju uzależnienia (**I):**A. głód jest instrumentalną konsekwencją pragnieniaB. głód jest konsekwencją wypierania konfliktowych treści ze świadomościC. na siłę głodu wpływa antycypacja konsekwencji, np. doznanej przyjemnościD. pragnienie i głód mogą ulec zautomatyzowaniu i trwać niezależnie pomimo próby tłumienia ich |
|  | 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 dokonańB. wezwanie do naprawiania szkód wyrządzonych bliskim oraz nauki współżycia z ludź­mi, uznając, że konieczne jest do tego dokonanie przeglądu własnych kontaktów z innymiC. 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 |
|  | Według T. Gorskiego nawrót jest procesem przejawiającym się progresywnym wzorcem zachowania, który reaktywowany jest przez **(I**): A. patologiczny wzorzec emocjonalnyB. patologiczny wzorzec myśleniaC. niezdolność do samoograniczania sięD. objawy choroby |
|  | 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 znanyB. bardzo skuteczny, ale bardzo trudny do praktycznego zastosowania C. mało skutecznyD. w pełni nieskuteczny |
|  | Jak nazywa P. Monti następujące umiejętności: przyjmowanie i mówienie komplementów, komunikowanie się niewerbalne, wyrażanie uczuć i uważne słuchanie, asertywność, przyjmowanie i wyrażanie krytyki, odmawianie picia (**I)**:A. umiejętności interpersonalneB. umiejętności poznawczeC. umiejętności socjalneD. żadne z powyższych nie jest prawdziwe |
|  | Za występowanie takich zjawisk jak: brak skutecznej samokontroli powstrzymującej picie, występowanie tzw. głodu alkoholowego, postępujące samozniszczenie osoby uzależnionej, koncentracja życia wokół picia alkoholu, picie pomimo pojawiających się szkód odpowiedzialne są (**I**): A. mechanizm nałogowego regulowania emocjiB. mechanizm iluzji i zaprzeczania C. mechanizm dezintegracji JaD. wszystkie powyższe są prawdziwe |
|  | Pojawienie się tzw. „pragnień alkoholowych” oraz subiektywnego przymusu zaspakajania tych pragnień jest wyjaśniane przez (**I)**: A. zmniejszenie ilości alkoholu w organizmieB. mechanizm rozpraszania i rozdwajania „ja”C. mechanizm iluzji i zaprzeczaniaD. mechanizm nałogowego regulowania uczuć |
|  | Zaburzenia pracy umysłu, które obejmują selektywne spostrzeganie faktów związanych z destrukcją alkoholową, fałszywe i irracjonalne przekonania, występowanie złudzeń dotyczących własnego życia charakteryzuje (**I**):A. formalne zaburzenia myśleniaB. mechanizm iluzji i zaprzeczaniaC. niedojrzałe mechanizmy obronneD. zaburzenia percepcji i uwagi |
|  | Jakie zaburzenia psychiczne mogące aktywizować psychologiczne mechanizmy uzależnienia obserwujemy najczęściej u osób uzależnionych? A. formalne zaburzenia myśleniaB. zaburzenia dysocjacyjneC. zaburzenia depresyjne i lękoweD. zniekształcenia widzenia |
|  | Praca nad rozbrajaniem psychologicznych mechanizmów uzależnień **nie obejmuje** (**I**):A. wykrywania nałogowych schematów umysłowych i emocjonalnychB. omawiania konfliktów wewnątrzpsychicznych C. porządkowania i przywracania zdrowego funkcjonowania w obszarze emocjiD. zwiększania kontroli poznawczej w obszarach funkcjonowania mechanizmów |
|  | Pracując nad mechanizmem nałogowego regulowania uczuć we wczesnej fazie psychoterapii uzależnień dążymy z pacjentem do (**I**): A. odreagowania przykrych emocjiB. głębokiej pracy nad sferą emocjonalnąC. zwiększenia rozpoznawania i kontrolowania własnych uczuć przez pacjentaD. potęgowania przeżywanych emocji i bezpośredniego, ekspresyjnego ich wyrażania aby pacjent doświadczył poczucia winy |
|  | Mechanizm iluzji i zaprzeczania występujący w uzależnieniu ochrania pacjenta przed (**I**): A. skonfrontowaniem się z bezsensownością życia osobistegoB. nasileniem lęku i smutku związanego ze stratami życiowymiC. rozpoczęciem leczenia i zajęciem się swoim zdrowiem oraz poprawą kondycji fizycznejD. świadomością faktów wskazujących na konieczność rezygnacji ze środka psychoaktywnego uśmierzającego cierpienie |
|  | Wzmacnianie konstruktywnych aspektów poczucia tożsamości, zwiększanie poczucia sprawczości i kompetencji w osiąganiu celów życiowych, rozwijanie pozytywnego stosunku do siebie jest związane z pracą nad (**I**):A. odkrywaniem swojej tożsamościB. osobowościowymi mechanizmami obronnymiC. mechanizmem nałogowego regulowania uczuć D. zdrowieniem i integracją „ja” |
|  | W opisanej przez Prochaskę i DiClemente koncepcji różnych etapów gotowości do zmiany zachowania **nie występuje** (**I**):A. etap przygotowaniaB. etap działaniaC. etap weryfikacjiD. etap utrwalania |
|  | Dla jakiego typu terapii typowe są sesje strukturalizowane i stosowanie metody dialogu sokratejskiego: A. terapii strategiczno-strukturalnejB. terapii skoncentrowanej na rozwiązaniuC. terapii poznawczej D. systemowej terapii par  |
|  | Jeżeli terapeuta uważnie słucha pacjenta i jest empatyczny, podkreśla dysonans między celami klienta, jego wartościami a zachowaniem, unika sporów i konfrontacji oraz nie przeciwstawia się oporowi pacjenta, wspiera jego optymistyczne widzenie sytuacji i wiarę w siebie, stosuje w swojej interwencji (**I)**: A. podstawowe zasady rozmowy wspierającejB. zaangażowanie i życzliwośćC. przekazanie pozytywnej wizji siebie D. pięć zasad rozmowy motywującej |
|  | Pojawiająca się sytuacja stresowa może powodować nasilenie napięcia u osoby uzależnio­nej, to prowadzi do uaktywnienia się mechanizmu nałogowego regulowania emocji, osoba dąży wtedy do zlikwidowania stanu napięcia i uzyskania ulgi. Zjawisko to leży u podłoża pojawienia się u osoby uzależnionej od alkoholu **(I**):A. napadu drgawkowegoB. psychozy KorsakowaC. alkoholowego zespołu abstynencyjnegoD. głodu alkoholu |
|  | Integracyjny model psychoterapii uzależnień J. Mellibrudy i Z. Sobolewskiej- Mellibrudy korzysta z podejść (**I**): A. systemowego B. humanistycznegoC. behawioralno-poznawczegoD. ze wszystkich wymienionych podejść |
|  | Zwiększenie zdolności do: trwałego utrzymywania abstynencji, rozwiązywania proble­mów osobistych, prowadzenia zdrowego i konstruktywnego stylu życia oraz leczenie zaburzeń somatycznych i psychicznych to cele (**I**):A. kompleksowej pomocy pacjentowi uzależnionemu w systemie ochrony zdrowiaB. systemowej pomocy w obszarze społecznym C. integracyjnej psychoterapii D. psychoterapii poznawczo-behawioralnej |
|  | W pierwszej fazie terapii pacjenta uzależnionego zobowiązanego do leczenia szczególną uwagę zwracamy na:A. wzmacnianie motywacji do leczeniaB. problemy emocjonalne związane z sytuacją zobowiązania do leczeniaC. zmianę destrukcyjnych zachowań i postaw, które utrudniają terapię D. wszystkie powyższe  |
|  | Która z cech **nie predysponuje** do patologicznego używania substancji (**I**):A. słaba motywacja do kontroli zachowaniaB. obniżona tolerancja frustracjiC. poszukiwanie pobudzenia i impulsywność D. dojrzałość emocjonalna  |
|  | W diagnozie problemowej nałogowego używania komputerów i Internetu można wyróżnić 3 fazy rozwoju nałogu **(I**): A. koncentracji na komputerze, odstawienia komputera, powrotu do graniaB. izolacji, rezygnacji z grona przyjaciół, uzależnienia C. eksperymentowania, szkodliwego używania, uzależnieniaD. zaangażowania, zastępowania, ucieczki |
|  | W strategii pracy nad uznaniem bezsilności wobec alkoholu spotykamy się z tzw. „paradoksem kontroli”. Polega on na tym, że **(I**):A. paradoks kontroli to zjawisko, które występuje u alkoholików, którym udało się kilkakrotnie powstrzymać dalsze picie i nie upili sięB. pacjent uświadamiając sobie utratę kontroli nad piciem, uczy się kontrolowania swojej abstynencji C. próby ratowania kontroli dają alkoholikowi impuls do przeżywania samowystarczal­ności i niezależności, często pychy i fałszywego poczucia mocyD. alkoholicy, którzy nieadekwatnie reagują na swoje poczucie winy po nadużyciu alkoholu, wzmacniają swoją kontrolę, aby nie dopuścić do kolejnej sytuacji utraty kontroli nad piciem |
|  | W zapobieganiu nawrotom picia (Marlatt, Gordon) są wyznaczone dwa podstawowe cele: skuteczne przewidywanie i zapobieganie wystąpieniu krótkiego zapicia oraz zapobieganie przekształcenia się „wpadki” w pełnoobjawowy i długotrwały nawrót. W przypadku pacjentów z podwójną diagnozą jest jeszcze jeden ważny cel, jaki stawia się w zapobie­ganiu nawrotom:A. zabezpieczenie miejsca do odizolowania od zagrożenia w przypadku wpadki (krótkie hospitalizacje w celu zahamowania wydłużeniu się nawrotu)B. nauczenie się przez pacjenta zachowań związanych z radzeniem sobie z współwystę­pującym zaburzeniem i oceny ich skuteczności C. szybkie skorzystanie z innego zestawu leków psychotropowychD. nauczenie otoczenia społecznego szybkiego reagowania na możliwość wystąpienia wpadki |
|  | W opracowanym przez Custera modelu rozwoju patologicznego hazardu występują charakterystyczne fazy **(I**):A. eksperymentowania, szkodliwego grania, uzależnieniaB. ekscytacji, defraudacji, pogrążeniaC. grania regularnego, marzeniowego planowania wygranej, rozczarowaniaD. zwycięstw, strat, desperacji, utraty nadziei |
|  | Warunkiem koniecznym do powstania uzależnienia od alkoholu jest **(I**):A. picie alkoholu w ilości większej niż normy ustalone dla picia ryzykownegoB. 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 ilościD. współwystępowanie czynników społecznych i psychologicznych oraz spożywanie alkoholu w ilości przekraczającej normy dla picia ryzykownego |
|  | Biologicznymi czynnikami ryzyka uzależnienia od alkoholu są (**I**):A. grupa krwi, wysoki poziom tolerancji na alkohol, duża intensywność reakcji awersyjnejB. niski poziom tolerancji na alkohol, mała intensywność reakcji awersyjnej na alkohol, duża intensywność euforyzującego działania alkoholuC. grupa krwi, temperament, duża intensywność reakcji awersyjnej D. wysoki poziom tolerancji na alkohol, mała intensywność reakcji awersyjnej na alkohol, duża intensywność euforyzującego działania alkoholu  |
|  | Występowanie u osoby pijącej tzw. „mocnej głowy” może (jako jeden z czynników biologicznych) powodować (**I**):A. zmniejszenie ryzyka uzależnienia niezależnie od tego, czy osoba pije w towarzystwie, czy w samotności B. zmniejszenie ryzyka uzależnienia, pod warunkiem, że osoba nie zacznie pić w samotnościC. zwiększenie ryzyka uzależnienia tylko wtedy, gdy osoba zacznie pić w samotnościD. zwiększenie ryzyka uzależnienia niezależnie od tego, czy osoba pije w towarzystwie czy w samotności |
|  | Działanie mechanizmu nałogowego regulowania uczuć polega na następujących procesach (**I**):A. wzroście napięcia i pragnienia ulgi, uśmierzaniu przez alkohol przykrych stanów emocjonalnych, zwiększaniu odporności na cierpienie, zwiększaniu odporności na monotonię B. wzroście napięcia i pragnienia ulgi, zwiększaniu przez alkohol przykrych stanów emocjonalnych, zwiększaniu odporności na cierpienie, zmniejszaniu odporności na monotonięC. wzroście napięcia i pragnienia ulgi, uśmierzaniu przez alkohol przykrych stanów emo­cjonalnych, obniżaniu się odporności na cierpienie, zmniejszaniu tolerancji na monotonięD. wzroście napięcia i pragnienia ulgi, zwiększaniu przez alkohol przykrych stanów emocjonalnych, zmniejszaniu odporności na cierpienie, zwiększaniu odporności na monotonię |
|  | Podstawowe funkcje mechanizmu iluzji i zaprzeczeń to **(I**):A. ułatwianie zapominania przykrych wspomnień z dzieciństwa, koloryzowanie ich, podnoszenie poczucia własnej wartościB. zaprzeczanie niewygodnym faktom, tworzenie urojeń i halucynacji po wypiciu alkoholu, tworzenie przekonań umożliwiających dalsze picieC. tworzenie przekonań umożliwiających dalsze picie, usuwanie ze świadomości niewy­godnych informacji, doraźne chronienie poczucia własnej wartości D. tworzenie destrukcyjnych schematów osobowościowych, łagodzenie złości i innych przykrych stanów emocjonalnych, zapominanie przykrych zdarzeń z dzieciństwa |
|  | Wypowiedź pacjenta uzależnionego: „W mojej sytuacji wypicie jest jedynym możliwym wyjściem” jest **(I**):A. odwracaniem uwagiB. intelektualizowaniemC. racjonalizowaniem D. obwinianiem innych |
|  | Wypowiedź pacjenta uzależnionego: „W porównaniu z problemem alkoholizmu w USA problem ten w Polsce nie znajduje adekwatnego rozwiązania, nie wiem więc jaka terapia i kiedy będzie dla mnie najbardziej adekwatna” jest **(I**):A. racjonalizowaniemB. odwracaniem uwagiC. intelektualizowaniemD. obwinianiem innych |
|  | Wypowiedź pacjenta uzależnionego: „Może nie zrobiłem tego zadania, ale spójrzcie na Jana, który patrzy przez okno, jakby wszystko lekceważył” jest (**I**):A. obwinianiem innychB. odwracaniem uwagiC. intelektualizowaniemD. racjonalizowaniem |
|  | Wypowiedź pacjenta uzależnionego: „Gdybym nie miał ojca alkoholika, to bym nie pił” jest (**I)**:A. obwinianiem innychB. odwracaniem uwagiC. intelektualizowaniemD. racjonalizowaniem |
|  | „Nałogowa logika” to **(I**): A. system obsesyjnych przekonań o zdradzie i szukanie jej dowodów występujące u alkoholików z zespołem OtellaB. urojenia paranoidalne dotyczące przekonań o wrogim nastawieniu innych ludziC. system autodestrukcyjnych schematów tworzący negatywny obraz siebie D. system przekonań zwalniających z odpowiedzialności i działania w sprawie własnych problemów |
|  | Szczególnie istotne zjawiska związane z piciem alkoholu przez osobę uzależnioną, wywierające wpływ na funkcjonowanie struktury JA, to (**I**):A. przeżywanie stanów euforii i złości pod wpływem alkoholuB. palimpsesty i zaburzenia pamięciC. doświadczanie zmian stanu świadomości i tożsamości pod wpływem alkoholuD. traumy przeżyte w dzieciństwie w rodzinie z problemem alkoholowym  |
|  | Najważniejsze procesy funkcjonowania mechanizmu rozpraszania i rozdwajania JA to **(I**):A. polaryzacja obrazu JA, tendencje autodestrukcyjne, utrata kontroli nad emocjamiB. polaryzacja JA, zacieranie granic JA i poczucie pustki wewnętrznej C. tendencje autodestrukcyjne, konflikt między JA idealnym a realnym, zacieranie granic JAD. poczucie pustki wewnętrznej, regulowanie emocji przy pomocy alkoholu, dysonans poznawczy dotyczący obrazu JA |
|  | Najważniejsze dla funkcjonowania osoby uzależnionej skutki działania mechanizmu rozpraszania i rozdwajania Ja to (**I**):A. picie alkoholu, powstanie alkoholowej wizji świata, nałogowe regulowanie emocjiB. biegunowy sprzeczny obraz Ja, nałogowa logika, osłabienie zdolności do podejmo­wania i realizacji decyzjiC. 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 |
|  | Polaryzacja JA powstała w wyniku działania mechanizmu rozpraszania i rozdwajania JA dotyczy **(I**):A. Ja idealnego i Ja realnego, Ja silnego i Ja omnipotentnego, systemu dumy i kontroliB. systemu dumy i kontroli, Ja wartościowego i Ja atrakcyjnego, wewnętrznego dziecka i rodzicaC. Ja złego i Ja dobrego, Ja słabego i Ja omnipotentnego, Ja bezwartościowego i Ja atrak­cyjnegoD. Ja złego i Ja dobrego, Ja idealnego i Ja realnego, Okrutnego Krytyka Wewnętrznego |
|  | Rozmywanie się poczucia JA w stanach zmienionej świadomości powoduje **(I**):A. powstawanie palimpsestów i urojeńB. rozpraszanie granic struktury JaC. doświadczenia mistyczne i przyczynia się do rozwoju osobistegoD. zespół abstynencyjny po zaprzestaniu picia |
|  | Proces, który tworzy u osoby uzależnionej głód alkoholu i emocjonalną izolację pacjenta od zewnętrznego świata to (**I)**:A. mechanizm iluzji i zaprzeczaniaB. mechanizm nałogowego regulowania uczućC. głód alkoholowyD. deficyt umiejętności radzenia sobie z napięciem emocjonalnym |
|  | Proces, który podporządkowuje pracę umysłu pacjenta jego pragnieniom alkoholowym i powoduje dezorientację uniemożliwiająca poszukiwanie konstruktywnych rozwiązań to **(I):**A. deficyt umiejętności rozwiązywania problemówB. mechanizm nałogowego regulowania uczućC. mechanizm iluzji i zaprzeczaniaD. system destrukcyjnych schematów poznawczych |
|  | Funkcjonowanie mechanizmu iluzji i zaprzeczania polega na (**I**):A. tworzeniu fałszywych i irracjonalnych przekonań, tworzeniu „nałogowej logiki”, powstawaniu osobowości zależnej, tworzeniu złudnych pozytywnych wizji życia z alkoholem B. selektywnej percepcji faktów związanych z destrukcją alkoholową, tworzeniu złudnych wyobrażeń dotyczących przeszłości i przyszłości, polaryzacji obrazu siebie i braku zrozumienia siebie, utraty kontroli nad piciemC. utrudnianiu rozpoznawania destrukcji alkoholowej, tworzeniu urojeń dotyczących zdrady małżeńskiej, tworzeniu fałszywych i irracjonalnych przekonań, tworzeniu przymusu piciaD. 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 |
|  | Funkcjonowanie mechanizmu rozpraszania i rozdwajania JA polega na **(I):**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 decyzjiC. ograniczeniu zdolności do rozpoznawania specyfiki własnych stanów emocjonalnych, tworzeniu podwójnego obrazu Ja, dezintegracji struktury JaD. uszkodzeniu zdolności do kierowania własnym postępowaniem, tworzeniu biegunowych wersji Ja, zacieraniu granic Ja |
|  | Które z następujących twierdzeń jest prawdziwe **(I):**A. objawy depresyjne mogą być spowodowane tylko taką chorobą afektywną jaką jest depresja B. objawy depresji są podstawową przyczyną uzależnieniaC. depresja u osób uzależnionych jest skutkiem działania mechanizmu iluzji i zaprzeczeńD. picie alkoholu może wywołać objawy depresyjne  |
|  | Destrukcyjna orientacja życiowa jaka występuje u osób uzależnionych obejmuje następujące zjawiska (**I)**:A. tendencje autodestrukcyjne, myśli i próby samobójcze, mechanizm rozpraszania i roz­dwajania Ja B. destrukcyjne schematy relacji międzyludzkich, tendencje autodestrukcyjne, destrukcja systemu wartości C. destrukcję systemu wartości, mechanizm nałogowego regulowania uczuć, objawy depresyjneD. osobowość aspołeczną, mechanizm iluzji i zaprzeczania, zachowania autodestrukcyjne |
|  | Tendencje autodestrukcyjne występujące u osób uzależnionych od alkoholu są **(I**):A. skutkiem działania psychologicznych mechanizmów uzależnienia B. czynnikiem nie mającym wpływu na psychologiczne mechanizmy uzależnieniaC. czynnikiem aktywizującym psychologiczne mechanizmy uzależnieniaD. elementem mechanizmu nałogowego regulowania uczuć |
|  | Wrogość, agresywne nastawienia interpersonalne, wycofywanie, izolowanie się, to przykłady:A. działania mechanizmu nałogowego regulowania uczuć B. destrukcyjnych schematów relacji interpersonalnych C. deficytów umiejętności interpersonalnych D. cechy osobowości zależnej |
|  | Najczęściej występujące u osób uzależnionych problemy emocjonalne to (**I**):A. dwubiegunowy obraz Ja, traumy z dzieciństwa, osobowość chwiejna emocjonalnie B. choroby psychiczne, kłopoty wynikające z naruszenia prawa, poczucie winy i wstydu C. nadmiarowa złość, poczucie winy i wstydu, lęk i smutek D. inne uzależnienia chemiczne, agresywne zachowania, poczucie winy i wstydu |
|  | Nieumiejętność komunikowania się to przykład (**I)**:A. problemów emocjonalnych B. działania mechanizmu iluzji i zaprzeczania C. deficytu umiejętności interpersonalnych D. deficytu umiejętności zadaniowych |
|  | Nieumiejętność samoobserwacji i rozumienia swoich uczuć to przykład **(I):**A. deficytu umiejętności asertywnychB. deficytu umiejętności intrapersonalnychC. tendencji autodestrukcyjnejD. utraty kontroli nad swoim życiem |
|  | Najważniejsze czynniki środowiskowe aktywizujące psychologiczne mechanizmy uzależnienia to (**I)**:A. sytuacje podwyższonego ryzyka, problemy emocjonalne, środowisko osób pijącychB. sytuacje podwyższonego ryzyka, trwałe uszkodzenia ważnych relacji społecznych, negatywne konsekwencje społeczne piciaC. destrukcyjne schematy relacji międzyludzkich, osobowość aspołeczna, negatywne konsekwencje zdrowotne piciaD. destrukcyjne schematy osobowościowe, destrukcja systemu wartości, problemy związane ze zdrowiem |
|  | Wg R. Baumeistera proces załamywania się zdolności do samokontroli u osób uzależnionych obejmuje:A. mechanizm iluzji i zaprzeczeń, nieprawidłowo ukierunkowaną regulację zachowań, efekt „śnieżnej kuli”, głód alkoholowyB. dysfunkcjonalne standardy osobiste dotyczące picia, osłabioną siłę ego, poczucie niższej wartości, brak umiejętności asertywnychC. wadliwe monitorowanie zachowania, wyczerpanie siły osobistej, nieprawidłowo ukierunkowaną regulację, dysfunkcjonalne standardy osobiste dotyczące piciaD. system dumy i kontroli, wyczerpanie siły osobistej, stereotypy i mity dotyczące picia alkoholu, efekt „śnieżnej kuli” |
|  | Niezdolność sprawowania skutecznej kontroli nad piciem przez osobę uzależnioną jest spowodowana przede wszystkim (**I**): A. działaniem mechanizmu iluzji i zaprzeczeńB. działaniem psychologicznych mechanizmów uzależnienia C. uszkodzeniami organicznymi centralnego układu nerwowegoD. deficytami umiejętności odmawiania picia |
|  | Mechanizm iluzji i zaprzeczania i mechanizmy obronne w nerwicy:A. są zupełnie różnymi zjawiskami i nie można ich ze sobą porównywać pod żadnym względemB. są takie same, różnią się tylko metodami terapeutycznymi, którymi można na nie oddziaływaćC. bronią osobę przed uświadomieniem sobie wewnętrznych konfliktów a pod wszystkimi innymi aspektami bardzo się różniąD. wywodzą się z mechanizmów zaradczych i obejmują podobne czynności psychiczne, chociaż też znacząco się różnią |
|  | Różnice między psychologicznymi mechanizmami uzależnienia a mechanizmami zabu­rzeń nerwicowych obejmują:A. genezę, rodzaje czynności poznawczych zniekształcających rozumienie, zaburzenia osobowości,B. genezę, cel działania, sposób regulacji emocji, treść zniekształceń poznawczychC. sposób regulacji emocji, cel działania, poziom umiejętności intra- i interpersonalnychD. treść zniekształceń poznawczych, genezę, poziom integracji struktury Ja |
|  | Podstawowe i optymalne cele terapii osób uzależnionych w psychoterapii uzależnienia (skoncentrowanej na abstynencji) to **(I**):A. zwiększenie zdolności do utrzymywania abstynencji, leczenie chorób somatycznych będących skutkiem nadużywania alkoholu, psychoterapia DDAB. zwiększenie zdolności do utrzymywania abstynencji, współpraca z ruchem abstynenckim i AA, zwiększenie zdolności do prowadzenia zdrowego życiaC. 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 |
|  | W integracyjnej psychoterapii uzależnień **(I**): A. nie ma żadnych odniesień do programu 12 Kroków AA, ponieważ jest to ruch samopomocowyB. uwzględnia się filozofię i model samopomocowy w całej pracy terapeutycznej nad wszystkimi tematami i problemami osób uzależnionychC. program 12 kroków AA uwzględnia się zasadniczo w pracy nad rozbrajaniem mechanizmu iluzji i zaprzeczaniaD. program 12 kroków AA uwzględnia się przede wszystkim w pracy nad uznaniem bezsilności wobec alkoholu  |
|  | Najważniejsze kierunki pracy nad uznaniem bezsilności wobec alkoholu to (**I**):A. przekonanie o utracie kontroli nad piciem, nauka radzenia sobie z głodem alkoholo­wym, zmiana stereotypów i mitów na temat alkoholu B. przekonanie się o utracie kontroli nad piciem, paradoksalna zmiana w poczuciu mocy osobistej, zwiększanie zdolności do korzystania z pomocyC. zwiększenie motywacji do udziału w ruchu AA, przekonanie o utracie kontroli nad piciem, rozpoznawanie szkódD. przeżycie poczucia bezsilności, uznanie braku kontroli nad swoim życiem, zaprzestanie snucia nierealnych marzeń na temat swojego dalszego życia |
|  | Przy przyjmowaniu pacjentów do terapii grupowej terapeuta powinien **(I):**A. wyjaśnić zasady terapii grupowej oraz normy panujące w grupieB. ustalić kontrakt dotyczący m.in. regularnych obecnościC. wzbudzić oczekiwania w jaki sposób grupa może być pomocnaD. wszystkie powyższe  |
|  | Cele prowadzenia programów terapeutycznych na oddziałach dziennych i stacjonarnych muszą uwzględniać **(I):**A. przywrócenie właściwego poziomu funkcjonowania psychologicznegoB. korektę nie przystosowawczych strategii interpersonalnychC. wsparcie dążenia pacjentów do opanowania nowych umiejętności zadaniowych i mechanizmów radzenia sobie w sytuacjach społecznychD. wszystkie powyższe |
|  | W procesie zmiany poprzez psychoterapię Prochaska i DiClemente wyodrębnili kilka skutecznych katalizatorów zmian. Wskaż właściwe dla stadium zmiany „kontemplacja”:A. podniesienie świadomości, ponowna ocena środowiska, wzbudzanie emocji, radykalna zmianaB. poszerzenie świadomości, wzbudzanie emocji, ponowna ocena, wspierające relacjeC. samowyzwolenie, przeciwwarunkowanie, pomocne relacjeD. pomocne relacje, ponowna ocena, samowyzwolenie, zarządzanie pozytywnymi wzmocnieniami |
|  | Podstawowe zadania w pracy terapeutycznej nad mechanizmem nałogowego regulowania uczuć to **(I)**: A. rozpoznawanie i kontaktowanie się z emocjami, przepracowanie traum z dzieciństwa, zwiększenie odporności na cierpienie i stresB. uczenie się zdrowych sposobów poszukiwania pozytywnych uczuć, nauka zachowań asertywnych, praca nad nałogowym kontaktowaniem się ze złościąC. rozpoznawanie dwubiegunowego obrazu Ja, rozwijanie zdolności do radzenia sobie ze stresem, praca nad nałogowym kontaktowaniem się ze złościąD. rozpoznawanie i kontaktowanie się z emocjami, zwiększanie odporności na cierpienie, uczenie się zdrowych sposobów poszukiwania pozytywnych uczuć i radzenia sobie ze stresem |
|  | W pracy nad przymusem picia koncentrujemy się przede wszystkim na (**I)**:A. zaprzestaniu zaprzeczania negatywnym skutkom picia i budowie tożsamości alkoholikaB. powstrzymaniu automatycznej przemianie przykrych uczuć w pragnienie alkoholuC. powstrzymaniupostępującej 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  |
|  | Praca nad uznaniem własnego uzależnienia jest (**I)**:A. początkowym etapem pracy nad mechanizmem iluzji i zaprzeczaniaB. częścią diagnozy psychologicznych mechanizmów uzależnieniaC. jedynym kierunkiem pracy w intensywnej fazie psychoterapii uzależnieńD. wszystkie odpowiedzi są prawdziwe |
|  | Mechanizm iluzji i zaprzeczeń różni się od mechanizmów obronnych w nerwicy głównie tym, że: A. chroni przed lękiem związanym z obecnością w psychice pacjenta zagrażających treściB. chroni przed świadomością wewnętrznych konfliktów pacjenta dotyczących absty­nencji C. chroni przed świadomością faktów mówiących o konieczności rezygnacji z piciaD. chroni przed uświadomieniem sobie nieodpartego pragnienia picia |
|  | Praca nad mechanizmem iluzji i zaprzeczania powinna być prowadzona (**I)**:A. w sposób jednoznacznie dyrektywny i konfrontacyjny, by nie wzmacniać tego mechanizmuB. w sposób niedyrektywny, umożliwiający pacjentowi samodzielną zmianę myślenia C. w sposób dyrektywny i konfrontujący, ale w atmosferze wsparcia i bezpieczeństwaD. żadna z odpowiedzi nie jest prawidłowa |
|  | W pracy nad rozbrajaniem mechanizmu iluzji i zaprzeczania koncentrujemy się przede wszystkim na (**I)**:A. zwiększaniu zdolności pacjenta do rozpoznawania i kontrolowania sygnałów ostrze­gawczych nawrotu i uczeniu radzenia sobie ze stresemB. zwiększaniu zdolności pacjenta do rozpoznawania destrukcyjnych przekonań wynie­sionych z rodziny alkoholowej i zmienianiu ichC. zwiększaniu zdolności pacjenta do lepszego rozumienia siebie i uczeniu dbania w konstruktywny sposób o swoje potrzebyD. zwiększaniu zdolności pacjenta do rozpoznawania i kontrolowania działania tego mechanizmu i zmianie jego poznawczych zniekształceń |
|  | Dwanaście tradycji Anonimowych Alkoholików Bill W. nazywał (**I**):A. dwunastoma prawami którymi rządzi się mitingB. dwunastoma kamieniami milowym w historii AAC. dwunastoma punktami zabezpieczającymi naszą przyszłość D. żadnymi z powyższych |
|  | W kontrakcie grupy terapeutycznej pacjenci umawiają się na to że:A. będą spontanicznie wyrażać swoje emocje, nawet w sposób agresywnyB. nie będą wypowiadać się wtedy, gdy będą zdenerwowani C. będą obecni nawet wtedy, gdy będą chorzy D. nie będą przerywać innym w trakcie ich wypowiedzi  |
|  | ”Uzależnienia mają swoje źródła w nieuświadomionych tendencjach autodestrukcyjnych związanych z fiksacją rozwoju psychoseksualnego jednostki w fazie oralnej bądź analnej i stanowią przejaw stłumionego konfliktu miedzy libido a agresją” – to jedno założeń przyjętych w koncepcji:A. egzystencjalnej B. behawioralno poznawczej C. psychoanalitycznej/ psychodynamicznej D. strategiczno-strukturalnej |
|  | Mówiąc o specyfice uzależnienia od alkoholu u kobiet wymienia się m.in. (**I**):A. częstsze niż u mężczyzn występowanie objawów depresji lub stanów lękowych B. szybsze niż u mężczyzn występowanie objawów marskości wątroby i „teleskopowy” rozwój uzależnienia C. częściej późniejszy wiek początku nadużywania alkoholu D. wszystkie powyższe |
|  | Z osobami uzależnionymi będącymi sprawcami przemocy należy rozpocząć pracę terapeutyczną dotyczącą stosowania przemocy **(I**):A. pod koniec intensywnego programu terapii lub w programie pogłębionej terapiiB. w programie after careC. w trakcie intensywnego programu terapii, aby podjąć próbę jak najszybszego zatrzymania przemocyD. w programie rozwoju osobistego |
|  | Które z niżej wymienionych technik psychoterapii poznawczej depresji Becka mają zastosowanie w psychoterapii osób uzależnionych o ograniczonych możliwościach poznawczych: A. stopniowe wyznaczanie zadań („terapia sukcesu”)B. tworzenie rozkładu aktywności (dzienny plan działań)C. polemika z automatycznymi myślami („technika podwójnej kolumny”)D. a i b są poprawne |
|  | Określenie stopnia nasilenia objawów zespołu uzależnienia od alkoholu dla terapeuty uzależnień ma znaczenie w trakcie **(I):**A. ustalania poprawnej diagnozy uzależnieniaB. zbudowania indywidualnego planu terapiiC. uświadomienia pacjentowi stopnia zaawansowania chorobyD. wszystkie powyższe są prawdziwe |
|  | Pragnienie alkoholu w koncepcji psychologicznych mechanizmów uzależnienia jest (**I**):A. napięciem doświadczanym w sytuacji trudnej B. wypadkową pozytywnych oczekiwań wobec efektu picia oraz doświadczanych przykrych stanów emocjonalnych C. pragnieniem natychmiastowego doznania ulgiD. obniżoną odpornością na cierpienie |
|  | Identyfikacja i modyfikacja przekonań, które wzmacniają pragnienie picia oraz zmiana negatywnych stanów emocjonalnych prowadzących do używania alkoholu są charakte-rystyczne w szczególności dla:A. modelu strategiczno-strukturalnej terapii uzależnienia od alkoholu B. modelu MinnesotaC. podejścia poznawczegoD. żadnego z wyżej wymienionych |
|  | Fazy rozwoju nałogowego używania komputera bądź Internetu wg Kimberly S. Young, to (**I)**:A. fazy - zaangażowania, zastępowania, ucieczkiB. fazy - eksperymentowania, pogrążania się, pochłonięciaC. fazy - zaznajamiania się, wycofywania, destrukcjiD. fazy - przeglądania informacji, wielogodzinnego grania w gry, wchodzenia na strony pornograficzne |
|  | Według J. Mellibrudy strategie pracy nad radzeniem sobie z nawrotami dotyczą (**I**):A. diagnozowania dotychczasowego przebiegu nawrotu i uczenia budowania optymalnej więzi z grupąB. prowadzenia z pacjentem sesji wsparcia psychospołecznego i monitorowania realizacji kontraktu po jego renegocjacjiC. uczenia wczesnego rozpoznawania sygnałów nawrotu i trenowania umiejętności skutecznego radzenia sobie z czynnikami ryzykaD. ustalenia dla pacjenta planu udziału w mitingach AA i bieżącej analizy dzienniczka uczuć |
|  | Zgodnie z art. 50 Ustawy z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535) tajemnica zawodowa dotyczy terapeutów uzależnień jak i wszystkich osób mających do czynienia z leczeniem odwykowym (pozostały personel także). Komu można przekazać informacje o pacjencie oraz treść jego wypowiedzi (**I**)?A. nikomuB. lekarzowi sprawującemu opiekę nad pacjentem oraz pracownikowi opieki społecznej (w zakresie jej niezbędnym)C. służbom ochrony państwa (w zakresie jej niezbędnym)D. wymienionym w punkcie b i c |
|  | Zgodnie z art. 50 Ustawy z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535) tajemnica zawodowa dotyczy terapeutów uzależnień jak i wszystkich mających do czynienia z leczeniem odwykowym (pozostały personel także). W związku z tym nie mogą te osoby być przesłuchiwane w charakterze świadka na okoliczność popełnienia przez pacjenta czynu zabronionego pod groźbą kary (art. 52) (**I**):A. terapeuta nie ma prawa mówić, chyba, że Sąd lub Prokurator zwolni go z tajemnicy zawodowejB. terapeuta nigdy i w żadnych okolicznościach nie ma prawa ujawnić przestępstwa, o którym dowiedział się w trakcie terapiiC. może ujawnić fakty z popełnionego przez pacjenta czynu, jeśli zapewni mu to zwolnienie z kary (w interesie pacjenta)D. żadne z powyższych |
|  | Wobec osoby zobowiązanej do podjęcia leczenia odwykowego i skierowanej do placówki odwykowej oraz przyjętej do niej na podstawie postanowienia sądu *(art. 26 „Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi”)*:A. możemy stosować przymus pośredni i bezpośredni (podanie leków, unieruchomienie, przytrzymanie itp.) ale tylko w obecności policjiB. stosują się te same zasady leczenia jak do pacjentów dobrowolnych poza zwolnieniem ich z wymogu podpisania zgody na hospitalizację w dokumentacji medycznejC. musimy przyjmować i leczyć niezależnie od jej stanu trzeźwościD. stosują się te same zasady leczenia jak do pacjentów dobrowolnych, jednak o wypisie, przepustkach itp. decyduje sąd |
|  | Kiedy pacjent zobowiązany przez Sąd do leczenia odwykowego w trybie stacjonarnym oddali się samowolnie z placówki to (**I**):A. należy wpisać go na czarną listę i więcej już nie przyjmować, ponieważ koszty jego leczenia są zbyt wysokieB. odmówić kolejnego przyjęcia do placówkiC. przyjąć ponownie tyle razy ile jest niezbędne do ukończenia programu, zmiany postanowienia, czy ustania obowiązku oraz zawiadomić sąd, który nałożył obowiązekD. powiadomić Policję i podjąć czynności poszukiwawcze, ponieważ placówka odpowiada za jego bezpieczeństwo i zdrowie przez wyznaczony prawnie okres pobytu |
|  | O czym mówi **art. 72** Kodeksu Karnego w sprawie osób uzależnionych **(I**)?A. dotyczy tzw. detencji, czyli leczenia odwykowego w warunkach stacjonarnych osób które mają wyrok za przestępstwo popełnione pod wpływem alkoholuB. zawieszając wykonanie kary Sąd nakłada obowiązek na skazanego do poddania się leczeniu, w szczególności odwykowemu lub rehabilitacyjnemuC. dotyczy dobrowolnego poddania się karze przez osobę uzależnioną od alkoholu za naruszenie prawa pod wpływem alkoholuD. dotyczy ustanowienia dozoru nad osobą uzależnioną od alkoholu, która została skazana za naruszenie prawa pod wpływem alkoholu |
|  | Kodeks Karny w § 16 art. 115 stwierdza, że stan nietrzeźwości w rozumieniu Kodeksu zachodzi wtedy gdy (**I)**:A. zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,2‰ albo prowadzi do stężenia przekra-czającego te wartościB. zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5‰ albo prowadzi do stężenia przekra-czającego te wartościC. zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,9‰ albo prowadzi do stężenia przekra-czającego te wartościD. zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,8‰ albo prowadzi do stężenia przekra-czającego te wartości |
|  | Odpowiedzialność karna za przestępstwa popełnione pod wpływem alkoholu wg Kodeksu Karnego (**I)**:A. jest całkowicie zniesiona zgodnie z art. 31 § 3B. jest częściowo zniesiona zgodnie z art. 31 § 3C. nie ma żadnego zniesienia i złagodzenia kary dla sprawców, którzy wprawią się w stan nietrzeźwości zgodnie z art. 31 § 3D. jest zniesiona warunkowo, o ile sprawca podda się leczeniu odwykowemu zgodnie z art. 31 § 3 |
|  | Zgodnie z art. 12a Ustawy z dnia 19.07.2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. Nr 180, poz. 1493 z późn. zm.) prawo do odebrania dziecka z rodziny w razie bezpośredniego zagrożenia jego życia lub zdrowia przysługuje:A. terapeucie uzależnień wspólnie z funkcjonariuszem policji B. pracownikowi socjalnemu wspólnie z funkcjonariuszem policji, lekarzem lub ratowni­kiem medycznym lub pielęgniarkąC. pedagogowi szkolnemu wspólnie z funkcjonariuszem policjiD. pracownikowi socjalnemu wspólnie z terapeutą uzależnień |
|  | Czy w polskim prawodawstwie zapewniona jest ochrona ofiarom przemocy w rodzinie, np. czy sąd może wydać zakaz zbliżania się sprawcy do swoich ofiar (**I**)?A. nie ma takiej możliwości, jest to działanie z filmów amerykańskichB. jest możliwe jedynie aresztowanie sprawcy na czas postępowaniaC. jest taka możliwość, aby zastosować taki zakaz jako środek zapobiegawczy lub probacyjnyD. jest to możliwe, nawet do 5 lat, jedynie po skazaniu sprawcy jako środek probacyjny |
|  | W ramach przeciwdziałania przemocy w rodzinie stosowane są procedury tzw. Niebieskich Kart. Zaznacz odpowiedź, która odnosi się do **nieistniejącej** procedury (**I**):A. Niebieska Karta dla PolicjiB. Niebieska Karta dla lekarzy C. Niebieska Karta dla Pracodawców i Urzędników PaństwowychD. Niebieska Karta dla GKRPA i OPS |
|  | Zgodnie z zapisami Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, osoby które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od pracy albo systematycznie zakłócają spokój i porządek publiczny (**I**):A. kieruje się na przymusowe leczenie odwykoweB. kieruje się na badanie biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczegoC. kieruje się do Ośrodka Pomocy Społecznej celem uzyskania pomocy terapeutycznej potrzebnej do zatrzymania nadużywania alkoholuD. żadne z powyższych  |
|  | Kto przyczynił się do uznania alkoholików za osoby chore (**I)**?A. Bob Smith i Bill Wilson 1933B. E.M. Jellinek 1942C. T. Gorski 1952D. R. Cloninger 1954 |
|  | Psychoterapia współuzależnienia jest potrzebna (**I)**:A. każdemu dorosłemu członkowi rodziny alkoholowejB. tylko osobom, które mieszkają z osobą uzależnioną, która jest też sprawcą przemocyC. tylko tym partnerom osób uzależnionych, którzy pochodzą z rodzin alkoholowych i mają z tego powodu problemy emocjonalneD. osobom, które w destrukcyjny sposób przystosowały się do patologicznej sytuacji w związku z osobą uzależnioną |
|  | Wg T. L. Cermaka współuzależnienie jest:A. przejawem osobowości zależnejB. chorobą powstającą w wyniku życia z alkoholikiem i powodującą podobne objawy jak u osób uzależnionychC. specyficznym zaburzeniem osobowościD. zaburzeniem emocjonalnym podobnym do nerwicy lękowej |
|  | Prawidłowa kolejność korzystania z psychoterapii w przypadku żony alkoholika, która sama jest uzależniona od leków oraz ma cechy syndromu DDA to **(I):**A. 1. psychoterapia uzależnienia, 2. psychoterapia DDA, 3. psychoterapia współuzależ-nieniaB. kolejność nie ma znaczenia, byle trafiła do dobrego psychoterapeutyC. 1. psychoterapia uzależnienia, 2. psychoterapia współuzależnienia, 3. psychoterapia DDAD. 1. psychoterapia DDA, 2. psychoterapia współuzależnienia, 3. psychoterapia uzależnienia |
|  | W rozumieniu współuzależnienia jako adaptacji do patologicznej sytuacji w związku, istotą współuzależnienia jest (**I**):A. nadmiarowe przeżywanie przykrych uczuć: złości, lęku, poczucia winy, poczucia niższej wartościB. posiadanie określonych cech osobowości, takich jak: nadodpowiedzialność, nadopie­kuńczość, skłonność do nadkontroliC. utrwalony sposób przystosowania do długotrwałego stresującego związkuD. odtworzenie patologicznych wzorów relacji z rodziny pierwotnej |
|  | Którą z przedstawionych niżej żon alkoholików można zakwalifikować do podstawowego programu psychoterapii współuzależnienia **(I)** :A. W. jest aktualnie ofiarą przemocy fizycznej ze strony pijącego męża, ale wierzy, że mąż ją kocha i jak przestanie pić, to się zmieniB. X. była przed laty ofiarą przemocy ze strony męża, udało jej się zatrzymać przemoc ze strony męża, ale mąż nie podjął leczenia i nadal pijeC. Y. rozwiodła się 5 lat temu z mężem alkoholikiem, ale nie może uwolnić się od ustawicznego wspominania męża i przeżywa stany lękoweD. Z. jest uzależniona od leków, ale twierdzi, że używa je wyłącznie po to, by wytrzymać w małżeństwie z pijącym mężem  |
|  | W rozumieniu współuzależnienia jako adaptacji do patologicznej sytuacji w związku rozpoznajemy współuzależnienie (**I)**:A. tylko u osoby, która jest obecnie w związku z osobą uzależnioną, która jest też sprawcą przemocyB. tylko u osoby, która jest obecnie w związku z osobą uzależnioną i ma destrukcyjny sposób przystosowania się do tego układuC. u każdej osoby, która jest w aktualnym małżeństwie z alkoholikiem dłużej niż 2 lataD. także u osoby, która od lat nie żyje w związku z alkoholikiem ale nadal cierpi na zaburzenia emocjonalne |
|  | W pierwszym etapie podstawowej fazy integracyjnej psychoterapii współuzależnienia zasadniczym kierunkiem pracy jest (**I)**:A. praca nad zdobywaniem orientacji w aktualnej sytuacji życiowej pacjentkiB. zatrzymanie przemocyC. praca nad odreagowaniem przykrych emocjiD. wgląd dotyczący relacji z ojcem i matką |
|  | W drugim etapie podstawowej fazy integracyjnej psychoterapii współuzależnienia zasadniczym kierunkiem pracy jest:A. praca nad zmianą autodestrukcyjnych schematów osobowościowychB. zmiana destrukcyjnych zachowańC. przygotowanie pacjentki do rozstania się z partnerem, który nie chce się leczyćD. praca nad poczuciem krzywdy i niższej wartości |
|  | W trzecim etapie integracyjnej psychoterapii współuzależnienia zasadniczym kierunkiem pracy jest (**I)**:A. praca nad uzyskaniem lepszego kontaktu z dziećmiB. praca nad zmianą przekonań utrwalających współuzależnienieC. przepracowanie traum z dzieciństwaprzepracowanie relacji z pijącym rodzicem |
|  | W czwartym etapie integracyjnej psychoterapii współuzależnienia zasadniczym kierunkiem pracy jest:A. nauka zachowań asertywnychB. praca nad zdobywaniem orientacji w sytuacji życiowej pacjentkiC. praca nad destrukcyjnymi schematami osobowościowymi pacjentkiD. praca nad podjęciem przez pacjentkę decyzji o pozostaniu w związku lub odejściu |
|  | W integracyjnej psychoterapii współuzależnienia w pracy nad zmianą destrukcyjnych przekonań **korzysta się głównie** z procedur i technik:A. psychoterapii GestaltB. psychoterapii behawioralnejC. psychoterapii poznawczejD. psychoterapii systemowej |
|  | W programie edukacyjnym dla osób współuzależnionych przede wszystkim powinna się znaleźć (**I**):A. szeroka wiedza na temat objawów i mechanizmów uzależnienia od alkoholuB. porady jak wychowywać dzieci w rodzinie z problemem alkoholowymC. wiedza o szkodliwych sposobach adaptacji w relacjach z uzależnionym partneremD. wiedza na temat przeniesienia i przeciwprzeniesienia |
|  | Przekonanie „Tak naprawdę to mąż mnie kocha i w końcu opamięta się i przestanie pić” pełni funkcję (**I**):A. podtrzymywania irracjonalnej nadziei na cudowną zmianę sytuacjiB. uspokajania i pocieszania siebieC. utrudniania szukania pomocy poza rodzinąD. wzmacniania poczucia własnej wartości |
|  | Praca nad zmianą destrukcyjnych przekonań w integracyjnej psychoterapii współuzależnienia odbywa się przy pomocy:A. pracy nad wglądemB. perswazji i uczenia afirmacji w celu przyjęcia pozytywnego przekonaniaC. sprawdzania racjonalności i funkcji destrukcyjnych zachowań oraz procedury szukania dowodówD. swobodnej rozmowy i podążania za pacjentem, aż sam odkryje, że jego przekonanie jest błędne  |
|  | Praca nad emocjami w pierwszym etapie integracyjnej psychoterapii współuzależnienia polega na (**I**):A. stwarzaniu okazji do odreagowania silnych negatywnych emocjiB. uznaniu prawa do przeżywania emocji oraz udzielaniu wsparciaC. przepracowywaniu traum z dzieciństwaD. poznawczej analizie stanów emocjonalnych |
|  | W pracy nad zmianą zachowań w interakcyjnej terapii współuzależnienia pacjenci pracują nad (**I**):A. tylko nad rozpoznaniem destrukcyjnych zachowań pijącego partneraB. tylko nad rozpoznaniem własnych destrukcyjnych zachowańC. rozpoznawaniem szkodliwych zachowań wyniesionych z własnej pierwotnej rodziny dysfunkcjonalnejD. rozpoznawaniem destrukcyjnych zachowań pijącego partnera oraz własnych |
|  | Uczenie nowych zachowań w integracyjnej psychoterapii współuzależnienia, to (**I**):A. trening interpersonalnyB. wymiana doświadczeń między pacjentami współuzależnionymi na temat radzenia sobie w związku z pijącym partneremC. udzielanie wskazówek przez terapeutę jakie zachowanie pacjentki jest najbardziej konstruktywne w konkretnej sytuacjiD. trenowanie nowych umiejętności takich jak, np. zachowania asertywne |
|  | Najważniejsze kierunki w pracy z osobami współuzależnionymi nad zmianą sztywnej wizji „życia z partnerem za wszelką cenę” to (**I**):A. zrozumienie utrwalonych schematów powstałych w relacji z matką w rodzinie alkoholowejB. rozpoznanie niezaspokojonych potrzeb, zmiana destrukcyjnych przekonań dotyczących siebie i swojego życia oraz poszukiwanie nowych celów życiowychC. praca nad poczuciem winy, krzywdy, niższej wartości i rozwojem osobistymD. edukacja na temat funkcjonowania rodziny, zaspokajania swoich potrzeb i komunikacji w związku |
|  | To, czy żony pijących alkoholików współuzależnią się zależy od (**I**):A. czasu - „każda żona alkoholika po pewnym czasie staje się współuzależniona” B. typu ich osobowości i wzorów relacji małżeńskich w rodzinie pierwotnejC. czynników sytuacyjnych w rodzinie, czynników osobowościowych tych osób oraz zmian jakie zaszły w ich psychice pod wpływem długotrwałego stresuD. od tego czy potrafią zatrzymać przemoc ze strony pijącego męża |
|  | Rozumienie współuzależnienia jako „pułapki psychologicznej” wg J. Mellibrudy oznacza (**I)**:A. takie funkcjonowanie osoby współuzależnionej, że koncentruje się na sobie i nie potrafi obiektywnie ocenić sytuacji w związkuB. takie funkcjonowanie osoby współuzależnionej, że nie potrafi rozwieść się z pijącym mężem ani w inny sposób się od niego zdystansowaćC. takie funkcjonowanie osoby współuzależnionej, że większość jej działań utrudnia wprowadzanie korzystnych zmian w związku i pogarsza własny stan psychofizycznyD. zaburzenia emocjonalne i osobowość zależną  |
|  | W rozumieniu adaptacyjnym współuzależnienia problem ten może dotknąć (**I**):A. każdą osobę, niezależnie od wieku, która żyje w rodzinie alkoholowejB. osobę, która weszła w związek o charakterze symbiotycznym, w którym istnieje bardzo duża zależność emocjonalnaC. osobę, która pochodzi z rodziny, gdzie matka była współuzależniona i obowiązywał model patriarchalnyD. osobę, która jest dorosła i jest w związku z kimś, kto wprowadza destrukcję w związek |
|  | W adaptacyjnym rozumieniu współuzależnienia, zależy ono od następujących grup czynników (**I**):A. 1. materialnych, 2. zdrowotnych, 3. duchowych B. 1. sytuacyjnych, 2. wyposażenia osobistego, 3. rodzaju zmian w psychologicznym funkcjonowaniu w czasie trwania związkuC. 1. wzorów z rodziny pierwotnej, 2. własnych uzależnień, 3. typu osobowościD. 1. przemocy w rodzinie, 2. możliwości uzyskania pomocy z zewnątrz, 3. bytowych |
|  | W adaptacyjnym rozumieniu współuzależnienia jego powstawaniu sprzyjają następujące zmiany w funkcjonowaniu psychologicznym (**I**):A. mechanizm iluzji i zaprzeczeń, mechanizm nałogowego regulowania uczuć, mecha­nizm rozpraszania i rozdwajania jaB. osobowość narcystyczna, niekontrolowane wybuchy złości, oczekiwanie opieki i uzna­niaC. myślenie magiczne, zmiany nastroju, uzależnianie poczucia własnej wartości i sensu życia od wpływu na partneraD. urojenia, zespół paranoidalny, ataki lęku, podejrzenia zdrady przez partnera |
|  | U wszystkich osób współuzależnionych występuje (**I**):A. pochodzenie z rodziny dysfunkcyjnejB. doświadczenia przemocy w związku lub w dzieciństwieC. destrukcyjne sposoby adaptacji do sytuacji w związkuD. osobowość zależna |
|  | W diagnozie nozologicznej wg ICD-10 rozpoznanie „obciążenie rodzinne nadużywaniem alkoholu” ma symbol **(I):**A. F 10.2B. F 43.1C. F 43.2D. Z 81.1 |
|  | W diagnozie nozologicznej wg ICD-10 u osób współuzależnionych najczęściej rozpoznaje się (**I**):A. F 45.0B. Z81.1C. F 43.2D. F 10.2 |
|  | Diagnoza kliniczna osób współuzależnionych pomaga przede wszystkim rozpoznać:A. problemy w patologicznym związkuB. objawy zaburzenia, jego źródła i mechanizmy funkcjonowania osoby C. przemoc w rodzinie D. uzależnienie od substancji psychoaktywnych |
|  | Rozumienie współuzależnienia jako zmagań członków rodziny z alkoholikiem w celu zapanowania nad jego piciem, gdzie żona nazywana jest „koalkoholiczką”, jest autorstwa (**I**):A. S. BrownB. Z. Sobolewskiej -MellibrudaC. J. WoititzD. S. Wegscheider-Cruse  |
|  | Rozumienie współuzależnienia jako rozpoznawalnego, sztywnego wzoru cech osobowości zakorzenionego w zinternalizowanym wstydzie, będącego rezultatem zaniedbania jest autorstwa (**I**):A. J. BradshawB. J. WoititzC. S. Wegscheider-CruseD. Z. Sobolewskiej-Mellibruda |
|  | Rozumienie współuzależnienia jako nowego rodzaju zaburzenia osobowości jest autorstwa (**I**):A. Z. Sobolewskej-MellibrudaB. P. MellodyC. T. L. CermakaD. S. Wegscheider-Cruse |
|  | Rozumienie współuzależnienia jako utrwalonej formy uczestnictwa w destrukcyjnej sytuacji życiowej, która ogranicza swobodę wyboru, prowadzi do pogorszenia własnego stanu i utrudnia zmianę położenia na lepsze jest autorstwa (**I**):A. J. Mellibruda i Z. Sobolewskiej-MellibrudaB. J. BradshawC. P. MellodyD. T. L. Cermak |
|  | W rozumieniu współuzależnienia jako formy adaptacji do destrukcyjnej relacji, czynnikami sprzyjającymi powstawaniu współuzależnienia **nie będą** (**I**):A. silna zależność emocjonalna, materialna, słaba pozycja zawodowa, utrwalone schematy inter- i intrapersonalneB. izolacja od rodziny, nacisk ze strony środowiska (normy społeczne i kulturowe), przekonania wyniesione z domu na temat roli żony i matki w rodzinieC. atrakcyjność fizyczna kobiety, wyższe od męża wykształcenie, silne normy religijne, cechy narcystyczne osobowościD. agresja alkoholika wobec dzieci i żony, wyuczona bezradność w sytuacji zagrożenia |
|  | Jak nazywa się poniżej opisana rola, którą przyjmują niektóre dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym: *to dziecko przyjmuje postawę opiekuńczą wobec osoby pijącej. Jego głównym zadaniem jest chronić alkoholika przed przykrymi skutkami picia*. (**I**)A. dziecko aniołek (we mgle, zagubione, niewidoczne)B. dziecko bohaterC. dziecko kozioł ofiarnyD. dziecko wspomagacz (ratownik) |
|  | Jak nazywa się poniżej opisana rola, którą przyjmują niektóre dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym: *Tego dziecka właściwie nie ma. Dziecko jest wycofane w świat swoich fantazji, w świat lektur, marzeń, w swój kącik, w którym go w ogóle nie widać (****I****).* A. dziecko bohaterB. dziecko kozioł ofiarnyC. dziecko aniołek (we mgle, zagubione, niewidoczne)D. dziecko wspomagacz (ratownik) |
|  | Jak nazywa się poniżej opisana rola, którą przyjmują niektóre dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym: *To najczęściej najstarsze dziecko. Rezygnuje z ważnych, osobistych celów życiowych, nakłada na siebie rozliczne obciążenia, by inni mieli lżej* (**I**).A. dziecko wspomagacz (ratownik)B. dziecko bohaterC. dziecko kozioł ofiarnyD. dziecko aniołek (we mgle, zagubione, niewidoczne) |
|  | Jakie najczęstsze problemy zdrowotne rozpoznawane są u kobiet współuzależnionych:A. depresję, dystymięB. zaburzenia lękoweC. zaburzenia nerwicowe i pod postacią somatyczną D. wszystkie wymienione powyżej  |
|  | Czynnikami zwiększającymi prawdopodobieństwo wystąpienia reakcji autodestruk-cyjnych (samobójczych) u kobiet współuzależnionych są:A. małe oparcie społeczneB. zaniechanie poszukiwania pomocyC. zaniechanie praktyk religijnychD. wszystkie powyżej wymienione |
|  | Jedna z koncepcji współuzależnienia opisuje je jako reakcję na stres. Współuzależ-nieniem w tym ujęciu jest (**I**):A. uczestniczenie w długotrwałej, trudnej lub niszczącej sytuacji życiowejB. doświadczanie patologicznych zachowań partneraC. ograniczenie w sposób istotny swobody wyboru postępowania prowadzące do pogorszenia własnego stanu oraz utrudnienie zmiany własnego położenia na lepszeD. wszystkie powyżej wymienione są prawdziwe |
|  | Istnieją czynniki mające wpływ na wystąpienie współuzależnienia rozumianego jako reakcja na stres (**I**):A. sytuacja stresowa, czyli to, co się dzieje w związkuB. minione doświadczenie życiowe i właściwości psychiczne, z którymi dana osoba wchodzi w związekC. zmiany, które zachodzą w jej psychologicznym funkcjonowaniu, będące skutkiem tamtych dwóch uwarunkowańD. wszystkie powyższe są prawdziwe |
|  | Rezygnacja z własnych potrzeb na rzecz potrzeb męża (rodziny) jest przejawem (**I**):A. nieudanej próby zmianyB. nieudanej próby wycofaniaC. racjonalizacji i tłumienia uczućD. negatywnego sposobu przystosowania |
|  | W trójkącie dramatycznym Stephana Karpmana osoba współuzależniona wchodzi w rolę:A. ratownika B. prześladowcyC. nie wchodzi w żadną z tych ról D. przechodzi przez wszystkie trzy pozycje  |
|  | W przypadku zdiagnozowania u pacjentki współuzależnionej problemu doświadczania przemocy właściwy sposób postępowania to (**I**):A. należy niezwłocznie podjąć psychoterapię indywidualnąB. przede wszystkim rozpoznać czy nie ma zagrożenia dla jej życia i zdrowiaC. skierować ją na grupę dla ofiar przemocy domowejD. odpowiedzi B i C są prawidłowe |
|  | W koncepcji rozumienia współuzależnienia jako reakcji adaptacyjnej na stres Z. Sobolewskiej-Mellibrudy i J. Mellibrudy osoby współuzależnione to (**I**):A. partnerki/partnerzy aktualnie żyjące/y w związku z osobą uzależnioną (jeśli spełniają pozostałe kryteria wspłóuzaleznienia)B. jedynie żony alkoholikówC. matki, ojcowie, żony, siostry, bracia o ile razem mieszkająD. wszyscy partnerzy (w aktualnym i przeszłym związku), którzy chociaż przez dwa lata pozostawali w związku z alkoholikiem |
|  | Przekonania utrwalające współuzależnienie często związane są z doświadczeniami pacjenta wyniesionymi z rodziny pierwotnej. Zgodnie z integracyjnym podejściem psychoterapii współuzależnienia strategia terapeutyczna trzeciego etapu psychoterapii obejmuje:A. uzyskanie orientacji we własnej sytuacji życiowej i zmianę zachowań destrukcyjnychB. odkrywanie przekonań i sprawdzanie funkcji jakie pełniąC. kwestionowanie przekonań utrudniających zmianę i szukanie dla nich alternatywyD. b i c jest prawdziwe |
|  | Psychologiczne określenie przemocy to (**I**):A. skutek intencjonalnego działania, naruszenie praw lub dóbr osobistych, złamanie prawa przez sprawcę niezależnie od tego czy osoba poszkodowana potrafiła się obronić czy nieB. każde spowodowanie szkód osobistych, naruszenie praw lub dóbr osobistych przez drugą osobęC. spowodowanie szkód osobistych, naruszenie praw i osłabienie zdolności do samoobrony u osoby poszkodowanej wskutek intencjonalnego działania innej osobyD. intencjonalne działanie sprawcy o osobowości aspołecznej w celu uzyskania perwersyjnej przyjemności |
|  | Które z poniższych twierdzeń jest prawdziwe (**I**):A. przemoc chłodna jest zawsze tylko psychicznaB. przemoc gorąca to inna nazwa przemocy fizycznejC. przemocy fizycznej zawsze towarzyszy przemoc psychicznaD. przemoc chłodna jest konieczna do wychowania szczególnie trudnych dzieci |
|  | Stadia cyklu przemocy wg Leonore Walker to :A. 1. gwałtowna przemoc, 2. przepraszanie, 3. przemoc psychiczna B. 1. przemoc psychiczna, 2. przemoc chłodna, 3. przemoc fizyczna C. 1. narastanie napięcia 2. maltretowanie i znęcanie się, 3. wyrzuty sumienia i tymczasowy powrót miłościD. 1. narastanie agresywności, 2. gwałtowna przemoc, 3. faza miodowego miesiąca  |
|  | Proces wiktymizacji ofiary przemocy to:A. proces powodujący powstawanie osobowości masochistycznejB. proces zmieniający funkcjonowanie emocjonalne maltretowanej osoby w kierunku utraty kontroli nad emocjami i pragnieniamiC. proces zmieniający poczucie tożsamości osoby maltretowanej w kierunku deprecjonowania siebie, przystosowania się do roli ofiary i zaprzestania samoobronyD. proces zmieniający poczucie tożsamości ofiary przemocy w kierunku tożsamości osoby, która nie wie czego chce ani co jest dla niej dobre  |
|  | Które z poniższych twierdzeń jest prawdziwe (**I**):A. jeżeli ofiara przemocy sama nie naprawi sytuacji w rodzinie, to nikt nie będzie w stanie jej skutecznie pomócB. jeżeli ofiara przemocy w rodzinie nie otrzyma pomocy z zewnątrz jej szanse na uratowanie są niewielkieC. jeżeli ofiara przemocy w małżeństwie, była też ofiarą przemocy w rodzinie pierwotnej, to nie można jej pomóc w zatrzymaniu aktualnej przemocyD. jeżeli ofiara przemocy nie wierzy w skuteczną pomoc z zewnątrz, to nie można jej pomóc |
|  | W wyniku procesu wiktymizacji zmienia się u ofiary przemocy przede wszystkim:A. jej silna wola, inteligencja i zatrzymuje rozwój duchowyB. zdolność do wykonywania pracy zawodowej, bycia dobrą matką i wykonywania obowiązków domowychC. poczucie bezpieczeństwa, godności i zdolność do obronyD. jej hierarchia wartości, empatia, zdolność do bycia dobrą żoną  |
|  | Pomoc dla dorosłych ofiar przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym powinna zaczynać się od (**I**):A. pomocy w zainicjowaniu zastosowania wobec sprawcy procedury zobowiązania do leczenia B. zgłoszenia przestępstwa u prokuratoraC. psychoterapii współuzależnieniaD. pomocy w zatrzymaniu przemocy |
|  | Istotą przemocy jest (**I**):A. złość i nienawiść do ofiaryB. zaspokojenie sadystycznych potrzeb seksualnychC. sprawowanie silnej kontroli nad ofiarąD. poczucie krzywdy z dzieciństwa i chęć odwetu |
|  | Podstawowe źródła przemocy to (**I**):A. alkohol i inne substancje psychoaktywne, schizofrenia lub zespół Otella u sprawcyB. bezkarność i agresywność sprawców, czynniki środowiskowe i sytuacyjne, nietrzeź­wośćC. współuzależnienie ofiary, odizolowanie ofiary od jej rodziny i przyjaciół, alkohol i inne substancje psychoaktywneD. osobowość zależna lub masochistyczna u ofiary, bycie przez ofiarę świadkiem lub ofiarą przemocy w dzieciństwie |
|  | Najczęściej występujące problemy u osób, którym udało się zatrzymać przemoc domową to (**I**):A. PTSD, współuzależnienie, poczucie winy wobec dzieci, osobowość narcystycznaB. PTSD, obronne nasilenie kontroli, trudności w tworzeniu intymnej więzi, deprecjono­wanie siebieC. PTSD, syndrom DDA, współuzależnienie, uzależnienie od leków lub alkoholuD. zaburzenia osobowości, obronne nasilenie kontroli, niezdolność do podjęcia pracy zawodowej, trudności w nawiązywaniu kontaktów towarzyskich |
|  | Siły wyzwalające i zniewalające w sytuacji przemocy domowej, to (**I**):A. prawo dotyczące przemocy i dominacja sprawcyB. pomoc środowiskowa i leczenie zaburzeń emocjonalnych ofiarC. czynniki religijne i rozwój duchowyD. czynniki psychospołeczne, które ułatwiają bądź utrudniają sytuację ofiary  |
|  | Styl zachowania ofiary polegający na podporządkowywaniu się sprawcy lub biernym oporze przyczynia się do (**I**):A. ułatwia wyzwolenie ofiaryB. początkowo zniewala ale ostatecznie umożliwia wyzwolenie ofiaryC. większego zniewolenia ofiaryD. jest szkodliwy ale jedynie możliwy w sytuacji przemocy |
|  | Prawidłowa kolejność programu pomocy psychologicznej dla żony alkoholika, która jest DDA oraz ofiarą aktualnej przemocy w rodzinie, to (**I**):A. kolejność nie ma znaczenia byle trafiła do dobrego terapeutyB. 1. psychoterapia DDA, 2. terapia współuzależnienia, 3. interwencja kryzysowa dla ofiar przemocyC. 1. psychoterapia współuzależnienia, 2. interwencja kryzysowa dla ofiar przemocy, 3. psychoterapia DDAD. 1. interwencja kryzysowa dla ofiar przemocy, 2. psychoterapia współuzależnienia, 3. psychoterapia DDA |
|  | 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 alkoholowejB. w rodzinie z problemem alkoholowym są problemy z komunikacją między członkami rodzinyC. nie ma znaczenia co jest źródłem stresu w rodzinie, terapia rodzin przebiega na podobnym poziomie wgląduD. stres nie jest właściwą charakterystyką dla rodziny z problemem uzależnień, istotą opisu może być etap uzależnienia osoby pijącej w rodzinie |
|  | 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 rehabilitacjaB. stabilizacja, integracja wspomnień, rozwój „ja” i integracja popędówC. bezpieczeństwo, wsparcie i żałoba, odbudowanie związków społecznychD. uczenie się zaufania i radzenia sobie ze stresem, ponowne przeżycie traumatycznego wydarzenia, integracja traumatycznego wydarzenia |
|  | U osób doświadczających przemocy w rodzinie często rozpoznaje się PTSD, jego główne przejawy to:A. adaptacja ,bezradność, rezygnacjaB. kompulsje, perfekcjonizm, obsesyjne myśliC. nadmierne pobudzenie, doświadczanie na nowo traumy (np.wtargnięcia), unikanie bodźców związanych z urazem (zawężenie)D. somatyzacje, lęk, poczucie winy |
|  | Obszary, które narusza doznana krzywda, to wg J. Mellibrudy: A. uczucia, poczucie osobistej mocy, porządek świataB. zaufanie, otwartość, zdolność planowania życiowych celówC. aktywność, zdolność budowania rodziny, chęć rozwojuD. kontakty interpersonalne, procesy poznawcze, uwagę |
|  | Diagnoza dziecka z rodziny z problemem alkoholowym powinna zawierać następujące obszary: A. poziom sprawności intelektualnej i zakres osiągnięć szkolnych w powiązaniu z uzdolnieniami dzieckaB. sytuacja rodzinna, rozwój dziecka i jego funkcjonowanieC. rozpoznanie stopnia zaawansowania uzależnienia rodzica i podejmowanych w tej sprawie działań partneraD. wartości rodzinne, planowane i realizowane cele, aktualny etap funkcjonowania rodziny |
|  | Najczęstsze przeszkody i/lub błędy w kontakcie diagnostycznym z dzieckiem z rodziny z problemem alkoholowym:A. rozmawianie z dzieckiem w obecności jego rodziców lub nauczycieliB. nie diagnozuje się sytuacji dziecka, należy się skupić wyłącznie na budowaniu relacji z nim i jego opiekunemC. lęk przed rozmawianiem z dzieckiem na temat przemocy, wykorzystania seksualnego, brak współpracy z opiekunem wspierającym dziecko, rezygnowanie z rozwiązań prawnych „dla dobra dziecka”D. nie protokołowanie jego wypowiedzi, chaos w zapisie wywiadu, nagrywanie rozmowy |
|  | Jakie znaczące doświadczenia dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym mają wpływ na problemy w ich dorosłym życiu zwane przez terapeutów syndromem DDA?A. problemy w komunikacji w rodzinie i brak czasu na zajmowanie się dziećmi ze strony rodzicówB. historia życia w rodzinie pochodzenia ma w niewielkim stopniu wpływa na problemy w dorosłym życiuC. niepodejmowanie leczenia przez osobę uzależnioną czy współuzależnioną, mimo prób wpływu i kontroli z zewnątrz D. ostre i chroniczne traumy, szczególnie związane z przemocą i zaniedbaniem dziecka, brak opieki i kontroli wynikające z niewłaściwych praktyk rodzicielskich, brak możliwości uzyskania wsparcia pozarodzinnego  |
|  | Specyfika zaburzeń mogących występować u DDA dotyczy przede wszystkim:A. specyfiki niekorzystnych i traumatycznych doświadczeń w rodzinie z problemem alkoholowym i możliwości uporania się z nimi w dzieciństwie i kolejnych fazach życia jednostki B. zaburzeń osobowości, które najczęściej występują u osób pochodzących z rodzin z problemem alkoholowym C. wchodzenia przez DDA w związki z osobami uzależnionymi i stosującymi przemocD. występowania depresji, prób samobójczych i uzależnienia |
|  | Kategorie doświadczeń, które są najczęstszym źródłem traumatycznych doświadczeń DDA to:A. przemoc w rodzinie, nadmiernie rygorystyczny sposób wychowywania dzieci, aleksytymia u niepijącego rodzica, alkoholizm w rodzinie od wielu pokoleńB. bieda i izolacja społeczna, niskie wyniki w nauce, atmosfera zagrożenia i przemoc w rodzinie, nadużycia seksualne C. niekorzystne doświadczenia dzieciństwa związane z przemocą i alkoholizmem rodzica, odrzucenie przez rodziców, niefunkcjonalne praktyki rodzicielskie, brak wsparcia pozarodzinnego i brak czynników chroniących albo poważne ich ograniczenie, chwiejność zasad i nieprzewidywalność zachowań rodzicówD. chwiejność zasad i nieprzewidywalność zachowań rodziców, bieda i izolacja społeczna, atmosfera zagrożenia i przemoc w rodzinie, ortodoksyjne przestrzeganie praktyk religijnych |
|  | 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 społeczneB. przekazy rodzinne partnera, zachowania partnera, posiadanie dzieci, opinia środowiska społecznegoC. osobowość i zachowanie partnera, przekazy rodzinne partnera, umiejętność tworzenia relacji przez partneraD. wzorce postępowania jakie DDA wyniosło z rodziny pierwotnej, osobowość i zaburzenia DDA, status materialny rodziny |
|  | Destrukcyjne schematy osobiste (zgodnie z koncepcją terapii schematów) to:A. system negatywnych przekonań wyniesiony z rodziny pierwotnejB. wyuczone wzorce destrukcyjnych zachowań i zasad, obowiązujące w rodzinie pierwotnej i stosowane w rodzinie obecnejC. cechy charakteru u osób z zaburzeniami osobowościD. utrwalona forma organizacji negatywnych tendencji psychicznych (emocjonalnych, umysłowych i behawioralnych) powstałych w oparciu o niekorzystne i /lub traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa |
|  | W integracyjnej psychoterapii DDA wg Z. Sobolewskiej-Mellibrudy i J.Mellibrudy szczególną rolę odgrywa:A. praca nad wglądem, stosowanie interpretacji i praca nad przeniesieniemB. praca nad zmianą destrukcyjnych przekonań wyniesionych z dzieciństwaC. przepracowanie śladów traumatycznych doświadczeń i transformacja schematów osobistychD. nauka komunikacji, asertywności i innych konstruktywnych umiejętności intra i interpersonalnych  |
|  | Na psychoterapię grupową DDA nie powinny być kwalifikowane:A. osoby z aktywnym uzależnieniem od alkoholu lub narkotykówB. osoby z głębokim zaburzeniami osobowości C. osoby współuzależnione, będące ofiarami aktualnej przemocy D. wszystkie powyższe są prawdziwe |
|  | 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 siebieB. osłabienie śladów doświadczeń dziecięcych, zmiana stosunku do samego siebie, uporządkowanie obecnego życiaC. zmiana historii życia, przepracowanie traum dziecięcych, zmiana obrazu siebieD. uporządkowanie obecnego życia, zapomnienie o krzywdach z dzieciństwa, zaopiekowanie się rodzicami |
|  | Psychoterapia grupowa dla DDA ma szczególne znaczenie, ponieważ:A. w grupie łatwiej jest dzielić się emocjamiB. pacjent DDA powinien zdobyć tożsamość DDA, a o to łatwiej w grupieC. w grupie odtwarzają się role rodzinne i schematy interpersonalneD. grupa powinna stanowić oparcie nawet po ukończeniu terapii  |
|  | Czym jest syndrom DDA?A. jednostką nozologiczną opisaną w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD 10B. zaburzeniem psychicznym i zaburzeniem zachowania, nie określonym inaczej, wg ICD-10C. 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 |
|  | Wymień najczęstsze przejawy syndromu DDA, opisywanego przez psychoterapeutów: A. nadużywanie substancji psychoaktywnych, zachowania impulsywneB. lęk przed bliskością, nieufność i wzmożona kontrola, trudności w relacjach, problemy w kontakcie ze swoimi uczuciami i potrzebamiC. obsesyjne myśli wokół tematu alkoholizmu rodzica, silna koncentracja na planowaniu własnej przyszłości D. nadmierny popęd seksualny, mania bez objawów psychotycznych |
|  | 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 uogólnionegoB. problemy w indywidualnej relacji terapeutycznejC. funkcję poczucia krzywdy w uaktywnianiu mechanizmów uzależnieniaD. pracę nad duchowością w związku z dużym deficytem w tym obszarze z okresu dzieciństwa |
|  | Terapia ta ukierunkowana jest na redukowanie dysfunkcjonalnych schematów poznawczych pacjenta i rozwijanie jego naturalnych reakcji adaptacyjnych. Zmiany te osiąga się przez analizę założeń, twierdzeń i wyznawanych przez pacjenta norm zachowań. Opis podejścia terapeutycznego odnosi się do:A. psychoterapii Gestalt F. PerlsaB. psychoterapii skoncentrowanej na kliencie C. RogersaC. terapii racjonalno-emotywnej A. EllisaD. podejścia poznawczego A. Becka |
|  | Terapia ta ukierunkowana jest na pomoc człowiekowi w odnalezieniu czy wzmocnieniu sensu życia. Realizowana jest poprzez prowadzoną wspólnie z pacjentem analizę egzystencji. Analizowane są osobiste wybory, ponoszenie odpowiedzialności za decyzje i wolność wyboru. W rozmowach tych nawiązuje się również do Nadsensu (Boga). Proces zmian w tej terapii w toku pogłębiania świadomości pacjenta, prowadzi do samookreślenia, pogłębienia poczucia sensu życia, zmian w systemie wartości. Opis podejścia terapeutycznego odnosi się do: A. podejścia poznawczego A. BeckaB. psychoterapii Gestalt F. PerlsaC. psychoterapii skoncentrowanej na kliencie C. RogersaD. logoterapii V. Frankla  |
|  | Terapia ta ukierunkowana jest na reintegrację osobowości, tj. na wytworzenie spójności JA z doświadczeniem. W podejściu tym zmierza się do przesunięcia źródła oceny własnej osoby z zewnętrznego na wewnętrzny oraz do samourzeczywistnienia. Do tego celu używa się takich metod jak empatyczne rozumienie, skupianie się na teraźniejszości, bezwarunkowa akceptacja, życzliwość i kongruencja (spójność). Opis podejścia terapeutycznego odnosi się do: A. podejścia poznawczego A. BeckaB. psychoterapii Gestalt PerlsaC. psychoterapii skoncentrowanej na kliencie C. RogersaD. logoterapii V. Frankla |
|  | Terapeutą, który zaproponował używanie nazwy „grupy spotkaniowe” do terapii grupowej, która podkreślała niezwykłą wartość autentycznego spotkania pomiędzy uczestnikami, pomiędzy uczestnikami a prowadzącym oraz pomiędzy różnymi sferami JA każdego uczestnika, był: A. A. BanduraB. F. PerlsC. C. RogersD. I. Yalom |
|  | Zmiana terapeutyczna jest złożonym procesem dokonującym się w wyniku wzajemnego, zawiłego oddziaływania ludzkich doświadczeń zwanych przez I. Yaloma, czynnikami terapeutycznymi. Należą do nich wszystkie wymienione w punkcie:A. czynniki egzystencjalne, naśladownictwo, opór, indywidualizacja celów terapii, udzielanie informacjiB. czynniki egzystencjalne, uczenie się interpersonalne, altruizm, zrzucanie maski, słuchanieC. wzbudzanie nadziei, uniwersalność, altruizm, korektywna rekapitulacja pierwotnej grupy rodzinnej, katharsisD. spójność grupy, normy, role w grupie, uczenie społeczne, zrozumienie siebie |
|  | Według I. Yaloma następujące cechy czynników terapeutycznych: solidarne siły, które sprawiają, że członkowie pozostają w grupie, poczucie przynależności do grupy i bycia przez nią akceptowanym, ciągły bliski kontakt z innymi, ujawnianie krępujących spraw przy ciągłej akceptacji grupy odnoszą się do:A. odtworzenia rodzinyB. spójności grupyC. identyfikacjiD. modyfikowania relacji interpersonalnych |
|  | Wszelkie działania (tłumienie zagrożeń, niechęć do odsłaniania się, pragnienie dominacji w relacji, brak akceptacji dla relacji) podejmowane świadomie i nieświadomie, które mają zapobiec, unieważnić lub w inny sposób zminimalizować efekty terapii to:A. timingB. acting outC. opórD. pairing |
|  | Bez względu na podstawy teoretyczne różnych szkół psychoterapeutycznych istnieją wspólne czynniki, wpływające na zmiany zachodzące w pacjentach. Należy do nich:A. analiza komunikacji między członkami rodziny pacjentaB. analiza zachowań i przekonańC. uświadomienie przeniesieniaD. związek terapeutyczny |
|  | W czasie sesji terapeuta stara się utrzymać uwagę pacjenta na przykrych wspomnieniach i określonych uczuciach przez niego przeżywanych, pomimo jego wyraźnego oporu. Zachowanie terapeuty świadczy o:A. wrażliwości na reakcje pacjentaB. dyrektywności terapeutyC. zastosowaniu desensytyzacjiD. przejmowaniu perspektywy pacjenta |
|  | Jednym z elementów procesu diagnostycznego jest plan terapii. Do planu terapii **nie należy** określenie:A. jakiego rodzaju zmiany oczekujemyB. co będzie przedmiotem oddziaływań (zachowania, uczucia, patologia systemu, pato­logia osobowości)C. przyczyn zaburzeń pacjentaD. sposobu prowadzenia psychoterapii |
|  | Przejawy oporu są bardzo zróżnicowane. Poznajemy je czasami dopiero po pewnym czasie, kiedy jesteśmy zaangażowani już w relację. Wydatkujemy energię, aby przekonać klienta do czegoś, czego on naprawdę nie chce. John Enright proponuje, aby terapeuta niezależnie od zaawansowania relacji przeszedł kilka podstawowych kroków, które pomogą mu pokonać opór klienta. Który z opisanych kroków **należy** do pracy nad pokonywaniem oporu klienta według J. Enrighta:A. przyznać się pacjentowi do popełnionego błędu i umówić się na rozważenie tej kwestii na kolejnym spotkaniu, przepracować własne trudności z superwizorem i podjąć na nowo kontakt już na innym poziomie świadomościB. rozpoznanie przejawów oporu, wskazać przejawy klientowi, pomóc zrozumieć mu jego manipulacje i domknąć sprawy z przeszłościC. rozpoznanie gotowości do przyjęcia roli przyjmującego pomoc, określenie realistycznego celu klienta, określenie możliwości osiągnięcia celu, zbadanie czy terapeuta jest odpowiednią osobą do pomagania, zbadanie konkurencyjności innych motywówD. usłyszeć wołanie o pomoc, przeanalizować sytuacje budzącą opór, przeanalizować efekty dotychczasowych prób rozwiązania tego problemu, określić realne cele do osiągnięcia, zmodyfikować strategie dalszego działania |
|  | Swobodne skojarzenia to podstawowa technika ujawniania potrzeb i pragnień instynktownych. Technika ta jest charakterystyczna dla podejścia:A. systemowegoB. humanistycznegoC. psychoanalitycznegoD. poznawczo-behawioralnego |
|  | Relacja terapeutyczna jest czynnikiem leczącym, który zmienia się wraz z kolejnymi etapami psychoterapii. Relacja oparta głównie na empatii, wzbudzaniu zaufania i nadziei jest charakterystyczna dla etapu:A. przygotowania do zmiany zachowaniaB. odreagowania emocjiC. osiągania wgląduD. utrwalania i rozszerzania zmian |
|  | Opór uważany jest czasami za naturalną konsekwencję błędów popełnionych przez terapeutę. Nieprecyzyjność w nazywaniu, definiowaniu pojęć, poleceń sprawia, że pacjent nieadekwatnie reaguje lub nie wykonuje poleceń. To rozumienie oporu charakterystyczne jest dla podejścia:A. podejścia humanistycznegoB. podejścia GestaltC. podejścia psychoanalitycznegoD. podejścia poznawczo-behawioralnego |
|  | Opór uważany jest czasami za naturalną tendencję pacjenta, która jest nieświadomym sposobem zapobiegania powrotowi do nieprzyjemnych doznań z przeszłości. To rozumienie oporu charakterystyczne jest dla podejścia:A. podejścia humanistycznegoB. podejścia GestaltC. podejścia psychodynamicznegoD. podejścia poznawczo-behawioralnego |
|  | Ważne zjawiska w psychoterapii dotyczą także sfery poznawczego funkcjonowania pacjentów. W omawianym nurcie psychoterapii wyodrębniany jest wgląd intelektualny (zrozumienie własnych motywów, impulsów, zachowań) oraz wgląd emocjonalny (odkrycie nowych treści z współwystępującym doznaniem cielesnym jest poszerzeniem doświadczenia). *Nieraz w stosunku do alkoholików używamy także określenia, że akceptację powinien mieć na poziomie intelektualnym i emocjonalnym.*Według jakiego podejścia opisane zostało rozumienie opisanego zjawiska: A. gestaltB. poznawczegoC. psychoanalitycznegoD. systemowego |
|  | Schemat jest względnie trwałą i kształtowaną przez minione doświadczenia osobistą formą organizacji psychicznej łączącej różnorodne, ale specyficzne treści i zjawiska psychologiczne. Jego główną rolą jest:A. odreagowanie emocjonalneB. adaptacja jednostki do otoczeniaC. rozwój umiejętności zapamiętywania i przechowywania informacjiD. uczenie się nowych sposobów zachowania |
|  | Praca nad lękiem na poziomie jego wymiaru/ aspektu emocjonalnego obejmuje:A. ćwiczenia oddechowe, relaksację, gorące kąpiele, masaże, ćwiczenia fizyczne, medytację, prawidłowe odżywianieB. dystrakcję, uruchomienie myślenia uspakajającego, myślenia kompensacyjnego i my­ślenia obronnegoC. rozpoznawanie i nazywanie uczuć, uczenie się odreagowywania i okazywania uczuć, uczenie się komunikowania uczuć innym ludziomD. terapię implozywną „zanurzającą”, warunkowanie reakcji przeciwstawnych, konfrontację z obawami, powtarzanie niepożądanych reakcji, minimalizowanie sygnałów paniki |
|  | W praktyce klinicznej i psychoterapeutycznej za najważniejsze schematy, jakimi posługuje się człowiek uznaje się schematy, które dotyczą:A. obrazu własnego ciałaB. relacji interpersonalneC. własnej osoby, świata i życia, innych ludzi, przyszłościD. wszystkich powyżej opisanych |
|  | Schemat dezadaptacyjny oznacza w szczególności:A. metodę terapeutyczną w podejściu behawioralnymB. sztywny i nieadekwatny do sytuacji sposób reagowaniaC. trudności w akceptacji nowej, zmieniającej się sytuacji życiowejD. zaburzenia zachowania u dzieci z rodziny z problemem alkoholowym |
|  | Ucieczka, jako sposób radzenia sobie z poczuciem winy przez osoby uzależnione obejmuje:A. rozpamiętywanie win, aż do poczucia bezsilności, karanie samego siebie, wyolbrzy­mianie konsekwencjiB. rozpamiętywanie swojego „żałowania za”, pozwalanie na karanie przez innych, żąda­nie wybaczeniaC. zadośćuczynienieD. zapominanie, minimalizowanie, zniekształcanie oceny tego co się stało, szybkie naprawianie sytuacji |
|  | Etapy pracy nad poczuciem winy obejmują:A. etap lęku, etap pracy nad gniewem, etap pracy nad smutkiem, etap akceptacjiB. etap dezorientacji i szoku, etap złości i buntu, etap zadośćuczynieniaC. edukację, autodiagnozę, rozpoznanie sposobów radzenia sobie, urealnienie obszaru winy i wzięcie odpowiedzialności, utrwalanie zmianD. zaprzeczanie, wahanie, rozważanie, potwierdzanie |
|  | Do podstawowych zniekształceń poznawczych, które wiążą się z przykrymi przeżyciami, pojawianiem się negatywnych uczuć i depresyjnego zachowania oraz są przedmiotem pracy psychoterapeutycznej należą:A. depersonalizacja, identyfikacja projekcyjna, introjekcja i inkorporacjaB. mechanizm dumy i kontroli, iluzja i zaprzeczanie, nałogowe przeżywanie uczuć i rozdwajanie i rozpraszanie JaC. selektywne abstrahowanie, generalizowanie, absolutystyczne dychotomiczne myślenieD. zapominanie, wyparcie, acting out |
|  | Program Aggression Replacment Training (ART – trening zastępowania agresji) skierowany jest do młodzieży agresywnej z myślą zmiany ich zachowań. Program ten ukierunkowany jest na trzy komponenty agresji. Który z wymienionych elementów **nie należy** do celowanych w programie:A. deficyty umiejętności społecznychB. trudności kontroli złościC. specyficzne wzory myśleniaD. wnioskowanie moralne |
|  | Smutek jest obecny w życiu i w psychoterapii. Kiedy nie robimy czegoś, co sprawia nam radość i satysfakcję może pojawić się smutek. Są różne smutki, ponieważ ich korzenie są odmienne. Zaznacz element, który **nie należy** do podstawowych źródeł smutku:A. strata i antycypacja stratyB. stresC. zaburzenie psychiczneD. brak, frustracja potrzeb |
|  | Które z wymienionych zagadnień **nie należy** do superwizji klinicznej prowadzonej w programie certyfikowania specjalisty i instruktora terapii uzależnień:A. porównanie swoich kompetencji zawodowych z superwizorem i/lub innymi uczestni­kamiB. poszukiwanie źródeł problemów i trudności zgłaszanych przez pacjenta i terapeutęC. omówienie zasad i organizacji pracy, relacji w zespole oraz zasad etyki zawodowejD. dzielenie się sposobami rozwiązywania trudnych sytuacji w terapii przez doświadczonego superwizora |
|  | Tworząc grupę terapeutyczną (szczególnie w programie pogłębionym) terapeuta prowadzący musi ustalić pewne warunki jej funkcjonowania. Czy powinien:A. ocenić ograniczenia kliniczne i ustalić podstawową strukturę grupy?B. sformułować cele specyficzne dla grupy?C. unikać konfliktu grupowego?D. a i b są poprawne |
|  | Model transgeneracyjny w systemowym ujęciu rodziny charakteryzuje się :A. przepływem informacji pomiędzy poszczególnymi członkami rodziny na poziomie jednego pokoleniaB. zawieraniem koalicji miedzy pokoleniami C. zatrzymaniem wzorców skryptowych w jednej linii rodzinyD. międypokoleniową transmisją wzorców relacji oraz określonych rytuałów rodzinnych, które stają się np. częścią tożsamości rodziny  |
|  | Racjonalno-emotywna terapia behawioralna (REBT) Ellisa ujmuje zachowania jako łańcuch zdarzeń A-B-C gdzie A to : A. doznawane uczucia B. zdarzenie, zachowanie albo postawa osoby C. myśli i przekonania na temat zachowań D. reakcja  |
|  | Zasada ekwipotencjalności (w rozumieniu systemowym) wskazuje na to, że: A. nie istnieje ścisły związek pomiędzy rodzajem zaburzenia, a konfiguracją czynników psychicznych, biologicznych i społecznych charakterystycznych dla danej jednostkiB. te same zaburzenia mogą być spowodowane inną konfiguracją związków pomiędzy występującymi u jednostki zasobami i zagrożeniami biologicznymi, psychicznymi i społecznymi C. podobny splot związków pomiędzy zasobami jednostki a czynnikami zagrażającymi biologicznymi, psychicznymi i społecznymi może prowadzić do mechanizmów zdrowia lub zaburzeń psychicznych D. posiadane zasoby w linearny sposób prowadzą do mechanizmów zdrowia  |
|  | W psychoanalizie (ujęciu psychodynamicznym) **przepracowanie** jest:A. zespołem procedur, które są stosowane przez psychoterapeutę po przyjęciu przez pacjenta interpretacjiB. pracą psychoterapeutyczną, która prowadzi do zmiany postawy i zachowania pacjenta oraz ustąpienia symptomów chorobowychC. werbalną interwencją terapeuty i długotrwałym oczekiwaniem na wystąpienie u pacjenta zrozumienia znaczenia interpretacjiD. wszystkie powyższe odpowiedzi są poprawne |
|  | Relacja terapeutyczna w psychoterapii indywidualnej ma swój odpowiednik w psychoterapii grupowej. Jest to:A. przyjmowanie ról przez uczestników grupyB. modelowanie w grupieC. spójność grupyD. odtworzenie sytuacji rodzinnej |
|  | Zjawisko przeciwprzeniesienia w psychoterapii (**I**):A. jest efektem znaczących zaniedbań w terapii własnej u terapeutyB. pomaga terapeucie interpretować nierozwiązane konflikty pacjentaC. oznacza, że pacjent nie powinien pracować z tym właśnie terapeutąD. pochodzi z braku doświadczenia terapeuty i oznacza, że pacjent zdominował relację |
|  | Kobieta wiele lat była bita, lżona i gwałcona przez własnego męża. Nie pozwalał jej z nikim się kontaktować i chodzić do pracy. Od blisko roku nie jest już z mężem, mieszka sama z dziećmi. Pomimo tego czuje się odrętwiała i otępiała uczuciowo. Boi się ludzi i nic ją nie cieszy. Jak jest sama w domu nasłuchuje czy mąż nie wraca. Widok pijanego mężczyzny wzbudza w niej paniczny strach. Często miewa koszmarne sny, a na jawie mimowolnie przypominają się jej sceny przemocy.Prawidłowe rozpoznanie występujących zaburzeń to:A. reakcja histeryczna żony po odejściu mężaB. zaburzenia stresowe pourazowe (PTSD)C. zaburzenia depresyjne nawracająceD. ostra reakcja na stres |
|  | Mężczyzna - 40 lat, jest wysoki i silnie zbudowany. Po ostatniej wizycie u lekarza okazało się, że wyniki podstawowych badań laboratoryjnych są w normie. Zaczął pić w wieku około 15 lat. Z wywiadu wynika, że miał ojca alkoholika. Nawet bez picia alkoholu miał wiele konfliktów z prawem. Dwukrotnie siedział w więzieniu za rozboje pod wpływem alkoholu. Żył w kilku nieformalnych związkach. Nie czuje się jednak odpowiedzialny za ich rozpad. W ciągu ostatnich dwóch lat pił jednym wielkim ciągiem. Opis osoby uzależnionej jest charakterystyczny dla:A. II-go typu alkoholizmu według LeschaB. II-go typu alkoholizmu według CloningeraC. I-go typu alkoholizmu wg CloningeraD. typu osobowości atletyczno-epileptoidalnego według Kretschmera |
|  | Pacjent oddziału ortopedycznego zgłosił w godzinach popołudniowych złe samopoczucie. Przypadkowo złamał nogę kiedy przeskakiwał przez barierkę na ulicy. Nie przyznał się lekarzom, że długo pił. Okazało się w trakcie konsultacji specjalisty, że przestał pić nagle po dwuletnim okresie codziennego spożywania alkoholu. W godzinach popołudniowych zaczęły dokuczać mu nudności, bolała go głowa, towarzyszyły mu zlewne poty. Zaczął cały się trząść. Do rana miał dwa napady drgawkowe. Prawidłowym rozpoznaniem, które umożliwi dalsze zajęcie się pacjentem przez lekarzy jest:A. atak padaczki, na którą chorował pacjentB. zespół abstynencyjny powikłany drgawkami (drgawkowe napady abstynencyjne)C. drgawki po wstrząsie jakiego doznał podczas złamania nogiD. symulacja, aby wymusić dłuższą hospitalizację w dobrych warunkach |
|  | U 40 letniego mężczyzny psycholog i psychiatra stwierdzili występowanie kilku charakterystycznych objawów: nieliczenie się z uczuciami innych, nieliczenie się z normami społecznymi, nieodpowiedzialność za swoje postępowanie, niemożność utrzymania trwałych związków z innymi, niski próg odporności na frustrację i niski poziom pobudzenia do zachowań agresywnych, tendencję do obwiniania innych, dużą drażliwość, utrzymujące się od młodzieńczego wieku tendencje do wchodzenia w konflikt z prawem. Badania EEG i tomografia mózgu są w normie.Poprawna diagnoza to:A. zespół psychoorganiczny - charakteropatycznyB. zaburzenia zachowania i emocjiC. osobowość dyssocjalnaD. osobowość histrioniczna |
|  | 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. MellibrudyB. model MinnesotaC. model salutogenezy D. model poznawczy |
|  | Pacjent miał około 62 lat. Był kilkanaście razy hospitalizowany z powodu intoksykacji. Teraz zdarzyło mu się pić kilka dni. Przekonywał on lekarza, że to wszystko przez żonę, która na stare lata zwariowała i „puszcza się” z kim popadnie. Ostatnio właśnie przyłapał ją na próbie zdrady z listonoszem, który przyniósł jej rentę. Twierdził on, że nie był to jedyny przejaw jej niemoralnego prowadzenia się. Pacjent ten wielokrotnie śledził żonę poza domem. Poprawne, najbardziej prawdopodobne rozpoznanie to:A. zespół OtellaB. alkoholowy obłęd zazdrości (paranoja alkoholowa)C. zespół KorsakowaD. odpowiedź a i b jest prawdziwa |
|  | Pacjent kilkakrotnie dokonywał implantacji disulfiramu (esperalu). Zazwyczaj po sześciu, ośmiu miesiącach łamał abstynencję i wypijał alkohol. Po ostatniej „wszywce” zdarzyło się jednak coś niepokojącego. Początkowo, kiedy wypił pierwszą porcję alkoholu, nie miał żadnych niepokojących objawów. Po kolejnej, teraz już większej dawce alkoholu (łącznie około 500 g wódki), znacznie podniosło mu się ciśnienie krwi, wystąpiło zaczerwienienie twarzy, zaburzenie pracy serca, duszność. Wezwał pogotowie i został zabrany do szpitala, gdzie kilka dni spędził na oddziale internistycznym. To, co przydarzyło się pacjentowi, to:A. nagromadziło się zbyt dużo aldehydu octowego w organizmie w wyniku zablokowania dehydrogenazy aldehydowej ALDH przez disulfiramB. alkohol był metylowy i wystąpiły objawy silnego zatrucia alkoholem technicznymC. bardzo wysokie napięcie z powodu poczucia winy po kolejnym złamaniu abstynencjiD. zbyt duże stężenie alkoholu we krwi przekraczające 3 promile |
|  | Zespół stresu pourazowego (PTSD) różni się tym od lękowych zaburzeń adaptacyjnych, że:A. towarzyszyć może mu depresjaB. utrzymuje się długo po ustąpieniu sytuacji traumatyzującejC. występuje u weteranów wojennychD. występuje w nim upośledzenie funkcjonowania społecznego |
|  | Następujące objawy u dziecka, którego matka była alkoholiczką i piła bardzo intensywnie nawet w ciąży: niewielki wzrost, mały obwód głowy, małe szpary oczne, płaska twarz, brak rynienki nosowej, wąska górna warga, zniekształcone uszy, niskie IQ (poniżej 70 punktów) i nadpobudliwość ruchowa świadczą o: A. obniżonej aktywności tyreoliberyny TRHB. postępującej chorobie PickaC. alkoholowym zespole płodowym FASD. zespole Aspergera |
|  | Dla zdiagnozowania zespołu uzależnienia spowodowanego używaniem alkoholu (wg ICD-10) u danej osoby należy stwierdzić występowanie:A. wszystkich objawów wymienionych w ICD-10, które występowały w historii picia dłużej niż jeden miesiącB. co najmniej trzech spośród sześciu wymienionych w ICD-10 objawów, które występowały przez co najmniej jeden miesiąc w ciągu ostatniego rokuC. co najmniej pięciu spośród ośmiu wymienionych w ICD-10 objawów, które występowały jedynie epizodycznie w ciągu ostatniego rokuD. co najmniej trzech spośród sześciu z wymienionych w ICD-10 objawów, które występowały przez co najmniej jeden miesiąc w ciągu ostatniego roku, przy czym jeden z rozpoznanych objawów musi być fizjologiczny (zmieniona tolerancja, objawy abstynencyjne, picie w celu złagodzenia albo zapobieżenia alkoholowemu zespołowi abstynencyjnemu) |
|  | Osoba z rozpoznaną halucynozą alkoholową ma zachowaną:A. orientację autopsychicznąB. orientację allopsychicznąC. orientację autopsychiczną i allopsychicznąD. orientację przestrzenną |
|  | Palimpsest w przebiegu uzależnienia od alkoholu to:A. poranna reintoksykacja, tzw. „klin”B. objaw diagnostyczny zespołu uzależnienia spowodowany używaniem alkoholu wg ICD-10C. okres niepamięci następczej związanej z użyciem alkoholuD. objaw zatrucia alkoholem nazywany także upojeniem patologicznym |
|  | Syndrom Sztokholmski jest to:A. patologiczny wzorzec wielodniowego picia występujący w SzwecjiB. brak objawów upojenia pomimo spożycia śmiertelnej dawki alkoholu (powyżej 5 pro­mili)C. objaw tzw. powtórnego zranienia (wtórna wiktymizacja) ofiary przemocy przez nieuważnego terapeutę, lekarza, urzędnikaD. destrukcyjny, patologiczny związek pomiędzy katem i ofiarą przemocy |
|  | Objawy pozytywne schizofrenii wg skali PANSS (skala oceny zaburzeń psychicznych w schizofrenii) to:A. omamy, urojenia, postawa wielkościowa, wrogość, podniecenie, podejrzliwośćB. stępienie afektywne, apatia, wycofanie emocjonalne, zubożenie kontaktu, brak spontaniczności i płynności konwersacjiC. zaburzenia myślenia, podwójna osobowość, dziwaczne ruchy i sałatka słowna, mówienie do siebieD. zaburzenia aktywności motorycznej przeważnie w postaci postawy katatonicznej, echopraksji, manieryzmów i zachowań stereotypowych |
|  | Kryterium rozpoznania epizodu depresyjnego zakłada stwierdzenie takich objawów jak: nastrój depresyjny, lęk, bezsenność, zahamowanie psychoruchowe, utrata wagi. W jakim okresie powinny wystąpić opisane objawy:A. 2 tygodniB. 1 miesiącaC. 3 miesięcyD. 6 miesięcy |
|  | Pobudzanie układu nagrody uważne jest za jeden z najważniejszych patomechanizmów pobudzających proces uzależniania się. Układ nagrody związany jest przede wszystkim z:A. mezolimbicznym układem dopaminergicznymB. układem serotoninergicznym i noradrenergicznymC. układem dehydrogenazy aldehydowej ALDH i alkoholowej ALDD. układem acetylocholinergicznym |
|  | Do farmakologicznego zmniejszenia odczuwania przez pacjenta silnego pragnienia picia (głodu) alkoholu stosuje się:A. naltrekson (Re-Via)B. akamprozat (Campral)C. disulfiram (Anticol)D. clonazepam |
|  | Alkohol spożywany jest przez te osoby w celach samoleczenia występujących zaburzeń psychicznych (np. zaburzenia nastroju, zaburzenia snu, psychozy). Po ustąpieniu zaostrzonych objawów występują okresy abstynencji bądź picia niewielkiej ilości alkoholu. W rodzinach zauważa się częste występowanie chorób psychicznych (depresji, samobójstw, psychoz schizofrenicznych, alkoholizmu). Występują tendencje samobójcze nie tylko w związku z piciem alkoholu. Opis ten charakterystyczny jest dla opisanego typu alkoholizmu przez:A. Babora typ AB. Cloningera typ IC. Lescha typ IIID. Lescha typ IV |
|  | Pani Ania jest 35-letnią nauczycielką. Swoje obowiązki traktuje bardzo poważnie wykonując je sumiennie, wręcz pedantycznie. Do lekcji przygotowywała się zawsze dokładnie, nie zapominając o najdrobniejszych szczegółach. Miała przygotowane pomoce do lekcji, robiła konspekty i notatki w dzienniku. Starała się być zawsze bardzo sprawiedliwą. Pomimo notatek z wypowiedzi uczniów wystawienie semestralnych ocen stawało się dla niej koszmarem. Wielokroć nie zdążała z wystawieniem ich na czas. Nawet po ich wystawieniu miała wiele skrupułów i rozmyślała o nich bezustannie. W kontaktach z uczniami, rodzicami i kolegami z pracy była bardzo oszczędna w wyrażaniu uczuć.Opis tego typu zaburzenia jest charakterystyczny dla:A. depresjiB. osobowości zależnejC. osobowości anankastycznejD. osobowości unikającej |
|  | Źródłem zaburzeń osobowości tego typu jest deficyt rozwojowy, polegający na braku prawidłowego odzwierciedlenia. Obraz dziecka był kształtowany zgodnie z idealnym wyobrażeniem rodziców, z ich wizją na jego temat. Opis źródeł powstania zaburzeń charakterystyczny jest dla osobowości:A. dyssocjalnejB. narcystycznejC. chwiejnej emocjonalnieD. histrionicznej |
|  | Według M.M. Linehan etiologia tego zaburzenia osobowości ma swoje źródła w dysfunkcji układu nerwowego w zakresie regulacji emocjonalnej. W ich efekcie pojawiają się dezadaptacyjne formy radzenia sobie z intensywnymi bolesnymi emocjami. Konsekwencją tego jest podatność na zranienia, która ujawnia się jako obniżenie progu wrażliwości na pewnego rodzaju stymulacje. Skutkiem tego może być silna reakcja emocjonalna na bodźce czy sytuacje, które dla innych osób są emocjonalnie neutralne. Powyższy opis źródeł powstania zaburzeń charakterystyczny jest dla osobowości:A. dyssocjalnejB. typu borderlineC. histrionicznejD. narcystycznej |
|  | Liczne doniesienia naukowe (np. L. Cierpiałkowskiej czy R. Poprawy) wskazują, że pewne zachowania mocno korelują ze zwiększonym ryzykiem rozwoju uzależnienia. Najczęściej są to zachowania:A. zaburzonej eksternalizacjiB. zachowania nadaktywne i rozdhamowanieC. zachowania agresywne i impulsywneD. wszystkie odpowiedzi są prawidłowe |
|  | Sytuacja psychologiczna zakładników jest odzwierciedleniem sytuacji osób doświad-czających przemocy w rodzinie, ofiar gwałtu i zmuszania do prostytucji, więźniów politycznych i obozów zagłady. Wg Strentza można wyróżnić następujące fazy rozwijania się sytuacji zakładnika/ ofiary: A. szok-bunt, targowanie się, depresja, akceptacjaB. szok, poddanie się, negocjowanie warunków, utrwalanie dobrej pozycji, rozwiązanie kryzysuC. alarm, kryzys, przystosowanie, rozwiązanieD. zaprzeczanie, wahanie, rozważanie, potwierdzanie |
|  | W rozwoju patologicznego hazardu określoną rolę mogą odgrywać podane niżej zaburzenia występujące u rodziców. Na rozwój hazardu **nie mają** wpływu następujące z zaburzeń:A. nadużywanie alkoholu lub lekówB. ekshibicjonizmC. uprawianie hazardu przez rodzicówD. zachowania dyssocjalne, antyspołeczne |
|  | 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 relaksacyjnychD. jest to krótkotrwała odpowiedź człowieka na wymagania stresora w zależności od jego siły (kataklizm, stresor osobisty, stresor drugoplanowy) |
|  | Uszkodzenie tej części mózgu jest bezpośrednio związane z zaburzeniami odczuwania emocji, słabą ekspresją emocjonalną, co może prowadzić do podejmowania złych decyzji spowodowanych niemożnością przewidywania nieprzyjemnych konsekwencji:A. kora ciemieniowaB. kora potylicznaC. kora przedczołowaD. kora skroniowa |
|  | Do Poradni Leczenia Uzależnień zgłosiła się żona osoby uzależnionej, ujawnia że od wielu lat doświadcza dużego napięcia wewnętrznego oraz przeżywa ciągłe zagrożenie i lęk. Próbuje ten stan opanować, ale jej się to nie udaje. Martwi się co będzie w przyszłości i cały czas jest gotowa na doświadczanie przykrych zdarzeń. Ma trudności z koncentracją uwagi, trudno jej podejmować decyzję, gdyż boi się że będzie ona błędna. Pacjentka obserwuje kłopoty z zasypianiem, często ma odczucie przyśpieszonego bicia serca, kołatania połączone z poczuciem obcego ciała w gardle. Wstępne rozpoznanie kliniczne wg ICD-10 to:A. współuzależnienieB. depresjaC. zaburzenie lękowe uogólnioneD. zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne |
|  | Jeżeli pacjent zgłasza niechciane obsesyjne myśli, powracające obrazy, które wzbudzają w nim niepokój lub/i powtarza czynności redukujące napięcie np. ciągle sprawdza, często myje ręce, liczy, modli się - najprawdopodobniej cierpi on na:A. dystymięB. zaburzenia obsesyjno-kompulsyjneC. fobię społecznąD. zespół lęku uogólnionego |
|  | Pacjentka zgłasza ciągłe obniżenie nastroju, które występuje u niej od 2 lat. Odczuwa ona ciągłe zmęczenie i trudności ze snem. Prawidłowe rozpoznanie to:A. dysforiaB. dystymiaC. dysleksjaD. ogólna niedyspozycja |
|  | U pacjenta od wielu tygodni utrzymuje się stan silnie obniżonego nastroju. Zrezygnował z różnych aktywności życiowych, które sprawiały mu kiedyś dużą przyjemność. Czuje, że utracił energię, jest nadmiernie senny, schudł, ma duże poczucie winy i coraz częściej myśli o śmierci. Powyższe objawy wskazują na:A. osobowość unikającąB. schizofrenięC. depresjęD. zaburzenia przystosowania |
|  | Pacjent który jest przekonany, że jego myśli, uczucia, działania są kontrolowane przez zewnętrzną siłę oraz, że jego myśli są wtłaczane mu do głowy przez obce siły i przekazywane innym cierpi na:A. zaburzenia percepcjiB. zaburzenia formy myśleniaC. zaburzenia treści myśleniaD. zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne |
|  | Zaburzenia somatyzacyjne, hipochondryczne, uporczywe bóle psychogenne wg ICD – 10 wchodzą w skład:A. zaburzeń występujących pod postacią somatycznąB. zaburzeń cielesnychC. zaburzeń somatoanatomicznychD. zaburzeń psychosomatycznych |
|  | Wg Anny Freud *zapobieganie świadomej ekspresji nieakceptowanych pragnień poprzez nadmierne przejawy pozornie przeciwnych zachowań* to mechanizm obronny typu:A. anulowanieB. przemieszczenieC. reakcja upozorowanaD. sublimacja |
|  | Jeżeli pacjent przypisuje innym ludziom własne poglądy, motywy, cechy, interpretacje oraz nieakceptowane u siebie uczucia i przeżycia stosuje mechanizm obronny typu:A. reakcja upozorowanaB. przemieszczenieC. zaprzeczanieD. projekcja |
|  | Postępowanie terapeutyczne w przypadku pacjentów z podwójną diagnozą wymaga:A. podejścia interdyscyplinarnego, uwzględniającego leczenie równoległe obu jednostek chorobowychB. wyłącznie skierowania pacjenta do placówki leczenia zaburzeń psychiatrycznychC. wprowadzenia pacjenta jak najszybciej w podstawowy program leczenia uzależnieniaD. żadne z powyższych |
|  | Patologiczny hazard zgodnie z ICD-10 należy do: A. zaburzeń nerwicowychB. zaburzeń nastroju C. zaburzeń osobowości i zachowania dorosłychD. uzależnień |
|  | Odrzucenie nieprzyjemnych faktów należących do świata zewnętrznego, uniemożliwia­jące uświadomienie sobie jego bolesnych aspektów nazywa się mechanizmem obronnym typu:A. reakcja pozorowanaB. regresjaC. konwersjaD. zaprzeczanie |
|  | 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 dysocjacyjneB. zaburzenia afektywneC. zaburzenia psychosomatyczneD. żadne z powyższych |
|  | 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. antycypacjiB. dysocjacjiC. acting-outD. identyfikacji projekcyjnej |
|  | Kompulsje są to: A. ruchy mimowolneB. stereotypie ruchowe C. czynności natrętne D. automatyzmy ruchowe  |
|  | Zaburzenia osobowości dyssocjalnej charakteryzują się m.in.׃A. wszystkimi z poniższychB. niestabilnością emocjonalną, zaburzonym obrazem samego siebie, pustką wewnętrzną, zaburzeniami tożsamościC. bezwzględnym nieliczeniem się z uczuciami innych, niemożnością przeżywania poczucia winy i korzystania z doświadczeń, skłonnością do obwiniania innychD. podporządkowywaniem się potrzebom innych osób, trudnościami z podejmowaniem decyzji, podejrzliwością względem innych |
|  | 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 dyssocjalnejB. epizodu maniakalnegoC. zaburzeń lękowychD. trudności w relacjach interpersonalnych |
|  | Zaburzenia charakteryzujące się nadmierną dokładnością, pedanterią, sztywnością i uporem, trudnościami w podejmowaniu decyzji, pojawieniem się natarczywych niechcianych myśli lub impulsów jest związana z:A. osobowością anankastycznąB. osobowością zależnąC. osobowością chwiejną emocjonalnieD. osobowością schizoidalną |
|  | Które z poniższych twierdzeń jest prawidłowe:A. urojenia są to fałszywe sądy, wypowiadane z głębokim przekonaniem o ich słuszności, które po udowodnieniu ich fałszywości przemijająB. urojenia są to fałszywe sądy, wypowiadane z głębokim przekonaniem o ich słuszności, które po udowodnieniu ich fałszywości nadal nie podlegają korekcjiC. urojenia są równoznaczne z natręctwami myślowymiD. urojenia są to zaburzenia pamięci |
|  | Zaburzenia schizofreniczne cechują się m.in.:A. zaburzeniami myśleniaB. zaburzeniami spostrzeganiaC. niedostosowanym i spłyconym afektemD. wszystkimi powyższymi |
|  | Przypisywanie innym ludziom własnych poglądów, interpretacji oraz nieakceptowanych u siebie uczuć i przeżyć jest charakterystyczne dla mechanizmu obronnego typu:A. przemieszczeniaB. projekcjiC. reakcji upozorowanejD. zaprzeczania |
|  | 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-kompulsyjnychB. osobowości paranoicznejC. osobowości zależnejD. fobii społecznych |
|  | Tendencja do nadmiernego przeceniania własnego znaczenia, nadmierna wrażliwość na niepowodzenia i odrzucenie, tendencja do długotrwałego przeżywania przykrości, podejrzliwość i stała tendencja do zniekształcania codziennych doświadczeń cechuje osoby cierpiące na:A. zaburzenie osobowości o typie chwiejnym emocjonalnieB. zaburzenie osobowości o typie histrionicznymC. zaburzenie osobowości o typie paranoicznymD. zaburzenie osobowości o typie narcystycznym |
|  | Zaburzenia osobowości to:A. ujawniające się w stresie schematy reakcji, charakteryzujące się wybuchowościąB. głęboko zakorzenione i utrwalone wzorce zachowań, przejawiające się mało elastycz­nymi reakcjami, znacznie odbiegające od norm kulturowychC. charakterystyczne formy zachowań dla danej osobyD. żadne z powyższych |
|  | Zaburzenia osobowości chwiejnej emocjonalnie typ borderline charakteryzują się m.in:A. agresywnymi zachowaniami względem otoczenia, opuszczaniem dni w pracy, częsty­mi rozstaniami z osobami bliskimi, silną integracją wewnętrzną, tendencjami przywód­czymiB. niestabilnością emocjonalną, zaburzonym obrazem samego siebie, pustką wewnętrzną, skłonnością do wchodzenia w intensywne i niestabilne związki oraz do gróźb samo­bójstwem i samouszkodzeńC. bezwzględnym nieliczeniem się z uczuciami innych, niemożnością przeżywania poczucia winy i korzystania z doświadczeń, skłonnością do obwiniania innychD. chłodem emocjonalnym, wycofaniem się lub spłyceniem uczuciowości, stałą preferencją do samotnictwa, niezainteresowaniem zarówno pochwałami, jak i krytyką |
|  | Zaburzenia dystymiczne to:A. uporczywe zaburzenia nastrojuB. zaburzenia psychotyczneC. zaburzenia lękoweD. zaburzenia pamięci |
|  | 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 lękowychB. zaburzeń osobowości o typie zależnymC. dysocjacjiD. zaburzeń konwersyjnych |
|  | Trzy zaburzenia osobowości najczęściej współwystępujące z alkoholizmem to: A. chwiejna emocjonalnie, dyssocjalna i narcystyczna B. chwiejna emocjonalnie**,** schizoidalna i zależna C. anankastyczna, zależna i narcystyczna D. masochistyczna, dyssocjalna i histrioniczna  |
|  | PTSD czyli zespół stresu pourazowego jest zaburzeniem występującym często wśród pacjentów placówek leczenia uzależnień: A. uzależnionychB. współuzależnionychC. DDAD. odpowiedzi A, B i C są prawidłowe |
|  | 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. borderlineB. schizoidalnejC. narcystycznejD. dyssocjalnej  |
|  | Dla hazardu patologicznego prawdziwe są stwierdzenia (**I**):A. **wg ICD-10 należy do zaburzeń nawyków i popędów, polega na często powtarzającym się uprawianiu hazardu, który przeważa w życiu człowieka ze szkodą dla wartości i zobowiązań społecznych, zawodowych, materialnych i rodzinnych, jest wynikiem ukształtowania się u uzależnionego zaburzenia osobowości o typie kompulsyjnym lub cyklotymicznym**B. należy wg ICD-10 do zaburzeń osobowości i zachowania, a badacze i praktycy wyróżniają cztery fazy – zwycięstw, start, desperacji, utraty nadzieiC. jednym z kierunków w pracy z pacjentem hazardzistą jest praca nad jego nałogowym funkcjonowaniem intrapsychicznym – psychologicznymi mechanizmami uzależnienia – ze szczególnym uwzględnieniem heurystycznych zniekształceń poznawczych D. prawidłowe odpowiedzi b i c |
|  | Po użyciu amfetaminy zwykle występuje (**I**): A. zmniejszenie czucia głodu i bólu, spowolnienie psychoruchowe, zwężenie źrenic, euforia i błogostanB. wzmożona samoocena, ustąpienie zmęczenia i wzrost aktywności, euforia, rozszerze­nie źrenic, zmniejszenie potrzeby snuC. odhamowanie psychoruchowe, bełkotliwa mowa, zaburzenia koordynacji i orientacji, przekrwienie skóry i białkówek, euforiaD. zaburzenia percepcji czasu, iluzje i omamy, zwłaszcza wzrokowe, rozszerzenie źrenic, euforia i ekstaza |
|  | Alkoholowy zespół amnestyczny to m. in. (**I**):A. zespół zaburzeń zapamiętywania z wypełnianiem luk pamięciowych konfabulacjamiB. inaczej palimpsest o przewlekłym charakterzeC. zespół otępienny obejmujący większość funkcji poznawczych (tzw. otępienie alkoholowe)D. inaczej zespół Otella |
|  | Praca terapeutyczna nad złością w intensywnej fazie psychoterapii uzależnienia polega na (**I**):A. mikroedukacji, autodiagnozie złości, stosowaniu technik konstruktywnego odreago­wania złościB. autodiagnozie złości, przepracowaniu problemów emocjonalnych (lęku, wstydu, po­czucia krzywdy, poczucia winy) sygnalizowanych przez złość i związanych z doświad­czeniami z dorosłego życia w przeszłościC. mikroedukacji, autodiagnozie złości, uczeniu sposobów zmniejszania napięcia, nauce korzystania ze złości w sposób społecznie akceptowalnyD. mikroedukacji, uczeniu sposobów zmniejszania napięcia, stworzeniu okazji do wyrażania złości dotyczącej poczucia krzywdy z okresu dzieciństwa w sposób asertywny |
|  | FAS to (**I**):A. płodowy zespół alkoholowy, synonim zespołu DownaB. płodowy zespół alkoholowy, którym jest zagrożone dziecko matek pijących alkohol w ciążyC. płodowy zespół alkoholowy, którym są zagrożone tylko dzieci matek uzależnionych od alkoholuD. płodowy zespół alkoholowy, którym są zagrożone przede wszystkim dzieci, których rodzice są alkoholikami |
|  | W jakim celu terapeuta, oprócz diagnozy nozologicznej, sporządza diagnozę problemową (**I**):A. żeby potwierdzić lub wykluczyć uzależnienieB. żeby określić poziom zaawansowania uzależnieniaC. żeby wykluczyć głębokie zaburzenia psychiczneD. żeby dostosować przebieg procesu terapeutycznego do indywidualnych potrzeb pacjenta |
|  | Podstawowym celem diagnozy nozologicznej jest (**I**):A. sprawdzenie i ocena efektywności leczenia B. rozpoznanie jednostki chorobowej wg międzynarodowego systemu klasyfikacji ICD-10C. rozpoznanie mechanizmów i dynamiki choroby zgodnego z fazami jej rozwoju wg JellinkaD. uzgodnienie diagnozy z uczestnikiem badania wg kwestionariusza autorstwa Z. Sobolewskiej |
|  | Z tak zwanym piciem o niskim ryzyku szkód mamy do czynienia, gdy alkohol wypijany jest w ilościach (**I**):A. do trzech standardowych porcji dla kobiet dziennie przez pięć dni w tygodniu, dwa dni w tygodniu bez alkoholuB. do jednej porcji standardowej dziennie dla kobiet przez pięć dni w tygodniu, nie przekraczając 0,5 ‰ alkoholu we krwi, dwa dni w tygodniu bez alkoholuC. gdy alkohol wypijany jest w ilościach do dwóch standardowych porcji dla mężczyzn dziennie przez pięć dni w tygodniu, dwa dni w tygodniu bez alkoholuD. odpowiedzi b i c prawdziwe |
|  | Pojęcia i nazwiska związane bezpośrednio z nurtem psychodynamicznym w psycho-terapii to:A. modelowanie, reatrybucja, Ellis, BeckB. nerwica przeniesieniowa, wyparcie, Ferenczi, HorneyC. kontaminacja, wolne skojarzenia, Frankl, RogersD. dialog egzystencjalny, kontakt i wycofanie, Perls, Lewin |
|  | Do zaburzeń lękowych (nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną) wg ICD-10 zaliczamy:A. agorafobię, dyspareunię, parafrenię, zespół stresu pourazowegoB. akrofobię, fugę, amnezję dysocjacyjną, neurastenięC. bulimie, myzofobię, nerwicę natręctw, hipochondrięD. stupor dysocjacyjny, kleptomanię, ksenofobię, napady paniki |
|  | Działanie disulfiramu polega w uproszczeniu na (**I**):A. zmniejszaniu siły „głodu alkoholowego” poprzez aktywację glutaminianu B. zwiększeniu ilości silnej toksyny w organizmie tzw. salsinolu który powstaje w reakcji disulfiram - alkohol C. zwiększeniu ilości silnej toksyny w organizmie (aldehydu octowego) poprzez hamowanie aktywności dehydrogenazy aldehydowejD. zmniejszenie efektu euforyzującego alkoholu poprzez blokadę receptorów opioidowych |
|  | W leczeniu zespołu uzależnienia spowodowanego paleniem tytoniu mają zastosowanie skale (**I**):A. skala Tyrer’a i ProchaskyB. test Caplana i skala HamiltonaC. test Schneider i FagerströmaD. test Fagerströma i skala Münchausena |
|  | Praca nad zmianą destrukcyjnych przekonań w integracyjnej psychoterapii współuzależnienia odbywa się przy pomocy:A. swobodnej rozmowy i podążania za pacjentem aż sam odkryje, że jego przekonanie jest błędneB. pracy nad wglądem, z wykorzystaniem elementów pracy z ciałemC. perswazji i uczenia afirmacji w celu przyjęcia pozytywnego przekonaniaD. sprawdzania racjonalności i funkcji destrukcyjnych zachowań oraz procedury szukania dowodów |
|  | 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 dzieciństwaB. badanie wzorca objawu – agresjiC. trening kontrolowania złości w ramach Treningu Zachowań KonstruktywnychD. konsultacja medyczna i badanie neuropsychologiczne |
|  | Przeciwprzeniesienie to między innymi:A. inkorporacja pacjenta przez terapeutęB. całość nieświadomych reakcji terapeuty w stosunku do pacjenta, zwłaszcza na przeniesienie tego ostatniegoC. mechanizm obronny *id* wg teorii psychodynamicznychD. projekcja |
|  | Polineuropatia jest jednym z najczęstszych powikłań somatycznych przewlekłego nadużywania/ uzależnienia od alkoholu. Polineuropatia to najogólniej (**I**):A. choroba związana z zaburzeniami czucia, głównie w kończynach, dotknięte chorobą są wszystkie rodzaje czucia, objawy dotyczą zazwyczaj części ciała przykrytych rękawiczkami i skarpetkamiB. przewlekła choroba związana z zaburzeniem metabolizmu kwasu moczowego do czego prowadzi nadmierne spożywanie alkoholu, potocznie artretyzmC. zapalenie nerwów obwodowychD. a i c prawdziwe |
|  | W czasie końcowych sesji w terapii mogą być użyteczne różne działania:A. dokonanie przeglądu postępów w terapii, eksploracja tego jak pacjent doświadcza zakończenia terapii, B. pokonywanie oporu pacjenta przed zakończeniem terapii, „rozrzedzenie” sesji (z 1 tygodniowo do 1 na 2 tygodnie)C. rozważenie, co „zostało jeszcze do zrobienia”, dzielenie się przez terapeutę własnymi doświadczeniami związanymi z przebiegiem terapii i jej zakończeniemD. odpowiedzi a i c |
|  | Który lek zmniejszający ilość wypijanego alkoholu i intensywność jego picia podawany może być nie w sposób regularny, lecz w modelu „w razie potrzeby”:A. AkamprozatB. NeltreksonC. NalmefenD. wszystkie wyżej wymienione |
|  | Skala pomiaru ciężkości alkoholowego zespołu abstynencyjnego CIWA-Ar ocenia następującą liczbę objawów alkoholowego zespołu abstynencyjnego (I):A. 8 objawówB. 10 objawówC. 12 objawówD. 14 objawów |
|  | Za picie ryzykowne wg WHO uznaje się spożywanie dobowe czystego alkoholu w dawkach (I):A. 10-30 gram dla kobiet i 20-50 gram dla mężczyznB. 20-30 gram dla kobiet i 30-40 gram dla mężczyznC. 20-40 gram dla kobiet i 40-60 gram dla mężczyznD. 30-50 gram dla kobiet i 50-70 gram dla mężczyzn |
|  | Standardowa dawka (jednostka) alkoholu to 10 gram czystego alkoholu etylowego lub (I):A. 10 ml w stanie płynnym (I)B. 12,5 mlC. 15 mlD. 17,5 ml |
|  | Czy gmina może wprowadzić na swoim terenie prohibicję (zerowa liczba punktów sprzedaży alkoholu):A. takB. tak, ale tylko w sytuacji gdy na terenie gminy stwierdza się wyjątkowo duże szkody społeczne i zdrowotne spowodowane używaniem alkoholu,C. tak, ale tylko w określonym i ograniczonym czasieD. nie |
|  | Które z poniżej wymienionych narzędzi do pomiaru głodu alkoholu określa jego różne typy oparte na modelu głodu Verheula i wsp. (I):A. Skala Głodu Alkoholu PENNB. Skala Yale-Brown Obsesyjno-Kompulsywnego Intensywnego PiciaC. Kwestionariusz Typologii Głodu Alkoholu (CTQ) Martinottiego i wsp.D. Kwestionariusz Pragnienia Alkoholu (AUQ) Bohna i wsp. |
|  | Który z poniższych objawów uzależnienia od alkoholu (wg DSM-5) pozostaje aktywny pomimo utrzymywania nawet wieloletniej abstynencji (I):A. nawracające spożywanie alkoholu powodujące zaniedbanie głównych obowiązków w pracy, w szkole lub w domu, B. głód alkoholu lub silne pragnienie lub potrzeba picia,C. powracanie do spożywania alkoholu w sytuacjach zagrożenia lub fizycznego niebezpieczeństwa,D. ujawnienie się tolerancji na alkohol |
|  | Model głodu Verheula, który sugeruje istnienie 3 ścieżek do pojawienia się głodu alkoholowego (związanych z potrzebą nagrody, pragnieniem ulgi oraz obsesyjnym myśleniem o alkoholu) należy do grupy modeli (I):A. poznawczychB. psychobiologicznychC. warunkowaniaD. motywacyjnych |
|  | Która z niżej wymienionych skal umożliwia badanie nasilenia głodu alkoholowego (I):A. Skala Rozwoju Uzależnienia od Alkoholu J. Kasprzaka (SRUA)B. Skala Alkoholizmu McAndrews MAC-R (MMPI-2)C. Skala Yale-Brown Obsesyjno-Kompulsywnego Intensywnego PiciaD. Odpowiedzi a i c są poprawne |
|  | Relaksacja powiązana z wolnym przebiegiem myśli o głodzie należy do strategii radzenia sobie z głodem (I):A. opartych na eliminacji wyzwalaczy wewnętrznychB. obniżających stresC. motywacyjnychD. poznawczych |
|  | Do podstawowych cech osobowościowych predysponujących do nadużywania alkoholu i problemów z tym związanych należą wszystkie poniższe z wyjątkiem (wybierz najlepszą odpowiedź) **(I)**:A. neurotyczność/ negatywna emocjonalnośćB. impulsywność/ rozhamowanieC. ekstrawersja/ towarzyskośćD. introwersja/ skupienie na własnym wewnętrznym świecie |
|  | Do najważniejszych zmian w klasyfikacji DSM-5 dotyczących uzależnień należy (wybierz najlepszą odpowiedź) (I):A. Połączenie w jedną wspólną kategorię zaburzeń używania substancji (w tym alkoholu) i zaburzeń związanych z uzależnieniem od czynnościB. Usunięcie ostrej granicy między nadużywaniem substancji a uzależnieniem od substan­cjiC. Wprowadzenie różnych stopni ciężkości zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnychD. Wszystkie powyższe są prawdziwe |
|  | Badania nad alkoholizmem wskazały na działanie w transmisji tego zaburzenia (I):A. podłoża genetycznego zwiększającego ryzyko u mężczyzn do 50%,B. podłoża genetycznego zwiększającego ryzyko u mężczyzn i kobiet do 25%,C. głównie czynników środowiskowych (dysfunkcjonalna rodzina) leżących u podłoża tej choroby,D. żadne z powyższych nie jest prawdziwe. |
|  | 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 patogeneząB. Czynniki ochrony związane z salutogeneząC. Zasady psychopatologii rozwojowejD. Wszystkie powyższe |
|  | Eksternalizacja problemów i zaburzeń związanych z używaniem alkoholu łączy się z (I):A. Wczesną inicjacją picia, występowaniem trudności z samoregulacją, ze sprawowaniem samokontroli zachowania oraz ze wzmożoną popędliwością, B. Późniejszą inicjacją alkoholową, występowaniem nadmiernej samokontroli, emocjo­nalnej nadwrażliwości, behawioralnego zahamowania, depresyjności i lękuC. Impulsywnością (behawioralne rozhamowanie), silną tendencją do poszukiwania doznań, współwystępowaniem innych zaburzeńD. a i c są prawdziwe |
|  | Internalizacja problemów i zaburzeń związanych z używaniem alkoholu łączy się z (I):A. Wczesną inicjacją picia, występowaniem trudności z samoregulacją, ze sprawowaniem samokontroli zachowania oraz ze wzmożoną popędliwością, B. Późniejszą inicjacją alkoholową, występowaniem nadmiernej samokontroli, emocjo­nalnej nadwrażliwości, behawioralnego zahamowania, depresyjności i lękuC. Impulsywnością (behawioralne rozhamowanie), silną tendencją do poszukiwania doznań, współwystępowaniem innych zaburzeńD. Żadne z powyższych nie jest prawdziwe |
|  | Badanie EZOP było pierwszym w Polsce badaniem epidemiologicznym zaburzeń psychicznych przeprowadzonym zgodnie z metodologią Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Wyniki tego badania wskazały, że w Polsce do najczęściej występujących zaburzeń psychicznych należą zaburzenia związane z używaniem substancji psycho­aktywnych, które obejmują nadużywanie i uzależnienie od alkoholu oraz nadużywanie i uzależnienie od narkotyków i wynoszą odpowiednio (I):A. 9,9% dla alkoholu oraz 2,7% dla narkotykówB. 11,9% oraz 1,4%C. 12,9% oraz 4,5%D. 17,4% oraz 5,6% |
|  | Skala Bilansu Decyzyjnego Velicera, DiClemente, Prochaski i Brandenburga w polskiej adaptacji J. Chodkiewicza jest narzędziem służącym do (I): A. pomiaru poznawczych i motywacyjnych aspektów podejmowania decyzjiB. systematycznego ewaluowania argumentów „za” i „przeciw” związanych z motywo­waniem w terapii uzależnieńC. oceny etapów procesu zmiany w zachowaniach problemowychD. Wszystkie powyższe są prawdziwe |
|  | Do zadań realizowanych w 1 fazie (wstępne wsparcie) terapii uzależnienia wg W.R. Millera i współpracowników **nie należy** zadanie (I):A. wzmacnianie motywacji do zmiany w obszarze uzależnieniaB. zidentyfikowanie potrzeb członków rodziny i wspieranie ich stosownie do tychże potrzebC. ograniczenie szkód dla społecznościD. zachęcanie klienta do wyboru grup samopomocowych i zaangażowania w ich działania |
|  | Do zadań realizowanych w 3 fazie (rehabilitacja) terapii uzależnienia wg W.R. Millera i współpracowników **nie należy** zadanie (I):A. Ustanowienie relacji terapeutycznej opartej na empatiiB. zidentyfikowanie potrzeb członków rodziny i wspieranie ich stosownie do tychże potrzebC. ocena mocnych stron i zasobów klientaD. odniesienie się do najpilniejszych problemów i zaburzeń współwystępujących |
|  | Do zadań realizowanych w 4 fazie (podtrzymanie) terapii uzależnienia wg W.R. Millera i współpracowników **nie należy** zadanie (I):A. Wynegocjowanie i wyznaczenie celów oraz planu utrwalenia zmianB. Koordynowanie pomocy, ułatwienie dostępu do stosownych usług C. ocena mocnych stron i zasobów klientaD. wspieranie motywacji do utrzymania zmian |
|  | Dobry cel do zmiany, akceptowalny przez klienta (wg transteoretycznego modelu zmian) spełnia poniższe warunki określone przez R.W. Millera i D. Mee-Lee **z wyjątkiem (I)**:A. Jest osiągalnyB. Daje zadowolenieC. Jest konkretnyD. Nie musi być mierzalny |
|  | U pacjenta ze zdiagnozowaną schizofrenią stwierdzono również występowanie uzależnienia od alkoholu. Jeżeli znajduje się on pod opieka psychiatryczną i jest w pełnej remisji schizofrenii to może korzystać z terapii uzależnienia w warunkach:A. Wyłącznie stacjonarnychB. Ambulatoryjnych – oddział dziennyC. Ambulatoryjnych – przychodnia lub poradniaD. We wszystkich wyżej wymienionych |
|  | Samowyleczenie (remisja samoistna) odnosi się do poprawy stanu zdrowia pacjenta uzależnionego bez zastosowania efektywnego leczenia. Jest to zjawisko stosunkowo mało zbadane, a jego stopień rozpowszechnienia jeszcze mało poznany. Klingemann wyróżnił trzy stadia utrwalania decyzji o ograniczeniu lub zaprzestaniu picia. Należą do nich niżej wymienione **z wyjątkiem**:A. Osiągnięcie „dna”B. Wzrost zdolności do samokontroli związany ze zwiększającym się zaufaniem do siebie (testowanie strategii radzenia sobie),C. Utrwalanie decyzji poprzez zwiększenie się liczby wzmocnień związanych z nowym sposobem życiaD. Internalizacja nowych ról społecznych i odnalezienie sensu w życiu |
|  | Według modelu zmian Prochasky i DiClemente nawrót u osoby uzależnionej prowadzi najczęściej ponownie do etapu (I):A. PrekontemplacjiB. Kontemplacji lub przygotowaniaC. DziałaniaD. Podtrzymania |
|  | Wśród psychologicznych metod stosowanych w terapii uzależnień J. Cz. Czabała wymienia poradnictwo, które definiuje jako (I):A. Profesjonalną pomoc w rozwiązywaniu kryzysów życiowychB. Dostarczanie wiedzy i umiejętności, ważnych dla radzenia sobie z zadaniami rozwojowymi czy stresemC. Tworzenie warunków do otrzymywania pomocy socjalnej i interpersonalnej w sytuacjach ograniczonych możliwości radzenia sobie z zadaniami życiowymiD. Świadome i zamierzone zastosowanie metod psychologicznych w celu pomagania ludziom w modyfikacji ich zachowań, procesów poznawczych, emocji lub innych cech osobowych w kierunku, który uważają za pożądany |
|  | Krótkoterminowa Terapia Par z osobą dorosłą uzależnioną od alkoholu zalecana jest dla par (wybierz najlepszą odpowiedź):A. o wysokim poziomie konfliktuB. po rocznej abstynencji osoby uzależnionejC. o silnej motywacji do zmiany i zdolności do ustalenia wspólnych celów D. gdy spełnione są łącznie a i b |
|  | Przeciwskazaniem do Krótkoterminowej Terapii Par jest:A. występowanie poważnych problemów finansowychB. słaba motywacja do zmiany C. funkcjonowanie partnera w podwójnym związkuD. wszystkie powyższe są prawdziwe |
|  | Zjawisko współuzależnienia i przyzwalania na picie alkoholu (wg modelu zmiany Prochasky i DiClemente) wśród dorosłych członków rodziny osoby uzależnionej najczęściej obserwowane jest w następujących etapach ich gotowości do zmiany:A. prekontemplacji i/lub kontemplacjiB. przygotowaniaC. działaniaD. podtrzymania |
|  | Procesy zmiany odnieść można także do rodziny uzależnionego. Na którym etapie w procesie zmiany (wg modelu Prochasky i DiClemente) rodzina osoby uzależnionej podejmuje motywowanie do podjęcia leczenia przez uzależnionego:A. prekontemplacji i/lub kontemplacjiB. przygotowaniaC. działaniaD. podtrzymania |
|  | W badaniach klinicznych, jak wskazuje L. Cierpiałkowska, najczęściej pozytywnie korelujące ze współuzależnieniem zaburzenia osobowości to:A. osobowość zależna i borderline B. osobowość narcystyczna i histrionicznaC. osobowość antyspołeczna (dyssocjalna)D. osobowość schizoidalna i schizotypowa |
|  | Wielu terapeutów ostrożnie podchodzi do strategii interwencji wobec osoby uzależnionej opracowanej przez Instytut Johnsona (w Polsce znanej pod nazwą „Interwencja wobec osoby uzależnionej”). Swoje zastrzeżenia odnoszą przede wszystkim do:A. Prawdopodobnie małej skuteczności tej metody (mała ilość rzetelnych badań w tym zakresie)B. Wzbudza zastrzeżenia natury etycznej (np. ujawnianie osobom spoza rodziny bez wiedzy uzależnionego natury jego problemów), przygotowywana jest bez wiedzy osoby uzależnionej i realizowana „z zaskoczenia”C. Obawa, że może budzić konflikt interesów, ponieważ najczęściej interwencję przygotowuje terapeuta z ośrodka, do którego kierowana jest osoba uzależniona,D. Wszystkie powyższe są prawdziwe |
|  | Syndrom Dorosłego Dziecka Alkoholika (wybierz najlepszą odpowiedź):A. został potwierdzony w badaniach klinicznychB. został potwierdzony w badaniach klinicznych ale nie został potwierdzony w badaniach empirycznych i naukowychC. nie został w ogóle potwierdzony ani w badaniach klinicznych ani naukowychD. został potwierdzony w badaniach empirycznych i naukowych ale nie w klinicznych |
|  | Podstawową przyczyną możliwych problemów przystosowawczych i zdrowotnych u osób dorosłych, które wzrastały w rodzinach z problemem alkoholowym jest (wybierz najlepszą odpowiedź):A. ukształtowanie się syndromu Dorosłego Dziecka AlkoholikaB. współuzależnienie występujące w rodzinie pochodzeniaC. intensywność problemów związanych z piciem alkoholu przez uzależnionego rodzicaD. doświadczenie interpersonalnej traumy w okresie dzieciństwa |
|  | Bonnie Banard wśród kompetencji społecznych budujących odporność dziecka na przeciwności losu (również tego, które wzrasta w rodzinie z problemem alkoholowym) wymieniła responsywność. Oznacza ona:A. Umiejętność pozyskiwania pozytywnej reakcji na własną osobę ze strony innych ludziB. Umiejętność adekwatnego reagowania w sytuacjach społecznychC. Wrażliwość i elastyczność w kontaktach z drugą osobąD. Wszystkie wymienione są prawdziwe |
|  | Foma Walsh wyodrębniła trzy obszary prężności, odporności rodziny (również tej z problemem alkoholowym) na przeciwności losu Należą do nich wymienione poniżej **z wyjątkiem**:A. System przekonań rodzinnych B. Organizacja rodziny i jej zasobyC. ResponsywnośćD. Sposoby komunikowania się w rodzinie |
|  | Do podstawowych modeli terapii osób dorosłych, dzieci alkoholików opisywanych w literaturze należy model integracyjnej terapii DDA Z.Sobolewskiej-Mellibrydy. Jest to model, który opiera się przede wszystkim na (wybierz najlepszą odpowiedź):A. Koncepcji psychodynamicznejB. Koncepcji syndromu DDA jako efektu współuzależnienia całej rodziny z problemem alkoholowym wg T.CermakaC. Modelu rozwoju rodziny alkoholowej wg SteinglassaD. Koncepcji schematów osobistych Jeffrey’a E. Younga  |
|  | Do podstawowych modeli terapii osób dorosłych, dzieci alkoholików opisywanych w lite­raturze należy model oparty na koncepcji chronicznego stresu pourazowego. Chroniczny stres pourazowy najczęściej powstaje w wyniku:A. Interpersonalnej traumy, która zawsze występuje w rodzinach z problemem alkoholo­wymB. Interpersonalnej traumy, która jest skutkiem uczestnictwa w jakiejś katastrofie lub jednym niezwykle traumatycznym zdarzeniuC. Interpersonalnej traumy, która powstaje w wyniku długotrwałych doświadczeń urazowych związanych przede wszystkim z przemocą w jej różnorodnych formachD. Interpersonalnej traumy, która jest skutkiem współuzależnienia |
|  | Model terapii osób dorosłych, dzieci alkoholików oparty na „syndromie DDA” uznaje, że podstawowym problemem członków „rodziny alkoholowej” jest współuzależnienie. Dotyczy ono:A. wszystkich członków rodziny, również dzieciB. tylko osób dorosłych, członków rodzinyC. tylko współmałżonka osoby uzależnionejD. tylko dzieci wzrastających w takich rodzinach |
|  | Najistotniejszym czynnikiem leczącym w psychoterapii jest (wybierz najlepszą odpowiedź):A. jakość relacji terapeutycznejB. motywacja pacjenta, jaką miał przed podjęciem terapiiC. adekwatność i różnorodność stosowanych metod terapeutycznychD. długość trwania psychoterapii |
|  | Skuteczność psychoterapii wg badań M. Lamberta zależy przede wszystkim (uszeregowano wg siły znaczenia) od:A. Przede wszystkim od stosowanych technik, a następnie relacji terapeutycznej oraz cech pacjentaB. Przede wszystkim od relacji terapeutycznej, a następnie stosowanych technik oraz cech pacjentaC. Przede wszystkim od cech pacjenta, a następnie relacji terapeutycznej oraz stosowanych technikD. Przede wszystkim od cech pacjenta, a następnie stosowanych technik oraz relacji terapeutycznej |
|  | Klaryfikacja to technika terapeutyczna, która polega na (I):A. Ujaśnieniu i wprowadzeniu porządku poznawczego do wypowiedzi klientaB. Osiąganiu wglądu i zrozumienia przyczyn oraz rzeczywistego charakteru problemówC. Zderzeniu, zwróceniu uwagi na przeciwieństwa i wyjaśnienie ichD. Żadne z powyższych nie jest prawdziwe |
|  | Niemożność osiągnięcia przez dłuższy czas ważnego celu przez człowieka to stan (I):A. Zwykłego sytuacyjnego kryzysuB. Konfliktu wewnętrznegoC. FrustracjiD. Przewlekłego kryzysu |
|  | Empatia, bezwarunkowa akceptacja, autentyczność – to podstawowe umiejętności pomocowe sformułowane przez (I):A. Z. FreudaB. V. FranklaC. C. RogersaD. A. Maslowa |
|  | Twórcą syndromu presuicydalnego jest (I):A. A. Beck,B. E. Ringel, C. M. SeligmanD. K. Dąbrowski |
|  | W przebiegu uzależnienia może wzrosnąć ryzyko samobójstwa. Syndrom presuicydalny wg E. Ringela obejmuje (I):A. zawężenie: sytuacyjne, dynamiczne, kontaktów międzyludzkich, świata wartości,B. zahamowaną i skierowaną przeciw sobie agresję: sytuacja kryzysowa wywołuje napię­cie i agresję, skierowanie tej agresji przeciw sobie zwiększa zagrożenie aktem samobójczym, C. rojenia o samobójstwie: fantazjowanie o własnej śmierci i reakcji na nią osób bliskich i ważnych.D. Wszystkie powyższe |
|  | Zaburzenie to cechuje doznawanie przez przynajmniej kilka tygodni nieuzasadnionego uczucia lęku i napięcia. Lęk nie osiąga bardzo wysokiego poziomu ale jest niezwykle dokuczliwy dla pacjenta. Jego nasilenie może zmieniać się w ciągu dnia ale nie znika. Każda nawet drobna sytuacja stresująca zazwyczaj nasila lęk. Długotrwałość trwania lęku prowadzi do narastania męczliwości i zaburzeń w koncentracji uwagi. Jeżeli jest to zaburzenie z kręgu zaburzeń lękowych i nerwicowych, to prawdopodobnie chodzi tu o:A. Zespół lęku uogólnionegoB. Zespół napadów panikiC. Zespół stresu pourazowegoD. Fobię społeczną |
|  | Zaburzenie to związane jest z doznawaniem nagłych, krótkotrwałych, obezwładniających napadów bardzo silnego lęku. Trwają one kilka minut i towarzyszą im wyraźne objawy somatyczne: kołatanie serca, pocenie się, uczucia duszności itp. Pacjent boi się, że za chwilę utraci przytomność lub stanie się z nim coś złego. Napad lęku nie jest związany z jakimś konkretnym bodźcem, ale niektóre sytuacje mogą sprzyjać jego pojawieniu się. Jeżeli jest to zaburzenie z kręgu zaburzeń lękowych i nerwicowych, to prawdopodobnie chodzi tu o:A. Zespół lęku uogólnionegoB. Zespół napadów panikiC. Zespół stresu pourazowegoD. Fobię społeczną |
|  | Zaburzenia depresyjne często współwystępują z uzależnieniem od alkoholu. Według poznawczej teorii Becka ważnym mechanizmem rozwoju depresji jest triada poznawcza, na którą składają się wszystkie wymienione zjawiska **z wyjątkiem**:A. negatywne myśli o sobie, o własnej niedoskonałości i bezradności, B. negatywne myśli i sposoby interpretacji przeszłych i obecnych doświadczeń, C. negatywne myśli o przyszłości,D. negatywne myśli dotyczące akceptacji własnego uzależnienia |
|  | Depersonalizacja to objaw, który może pojawiać się w zaburzeniach dysocjacyjnych. Oznacza on:A. Poczucie oddzielenia od siebie samegoB. Poczucie odrealnienia świataC. Poczucie bycia kimś wyjątkowymD. Rozszczepienie osobowości |
|  | Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) uzależnienie od alkoholu jest przewlekłym zaburzeniem charakteryzującym się występowaniem co najmniej (I):A. 3 z 6 typowych objawów w okresie ostatniego roku,B. 3 z 6 typowych objawów w okresie ostatnich 6 miesięcy,C. 2 z 6 typowych objawów w okresie ostatniego roku,D. 2 z 6 typowych objawów w okresie ostatnich 6 miesięcy. |
|  | W klasyfikacji DSM-5 umiarkowany stopień nasilenia objawów zaburzenia związanego z używaniem alkoholu oznacza:A. występowanie 2-3 objawów w okresie ostatniego roku,B. występowanie 1-2 objawów w okresie ostatniego roku,C. występowanie 4-5 objawów w okresie ostatniego roku,D. występowanie dwóch lub większej liczby objawów w okresie ostatniego roku. |
|  | Do typu I według Cloningera należą (wybierz odpowiedź błędną):A. osoby charakteryzujące się późniejszym początkiem picia (po 25. r.ż.),B. osoby, u których w profilu osobowości dominują unikanie ryzyka oraz niskie zapotrze­bowanie na stymulację,C. osoby zdolne do przynajmniej okresowego zachowania abstynencji,D. częściej mężczyźni, obciążeni uzależnieniem w rodzinie i dziedziczący uzależnienie ze strony ojca. |
|  | Pacjenci przechodzący przez kolejne fazy: od picia ryzykownego, przez picie szkodliwe, do pełnoobjawowego uzależnienia zaliczani są do typu:A. typu I Lescha,B. typu II Lescha,C. typu III Lescha,D. typu IV Lescha. |
|  | Wybierz zdanie prawdziwe (I):A. Odsetek osób utrzymujących abstynencję jest wyższy wśród mężczyzn niż wśród kobiet.B. Kobiety w porównaniu do mężczyzn znacząco częściej intensywnie używają alkoholu.C. Zgonów związanych z piciem alkoholu jest znacząco więcej wśród kobiet niż wśród mężczyzn.D. Jeśli porównujemy podobne ilości spożywanego alkoholu przez mężczyzn i kobiety, ryzyko powikłań zdrowotnych związanych z jego spożywaniem jest większe dla kobiet. |
|  | Według danych WHO wśród przyczyn śmierci związanych z alkoholem na pierwszy plan wysuwają się:A. choroby sercowo-naczyniowe,B. niezamierzone urazy i wypadki,C. choroby przewodu pokarmowego, w tym głównie marskość wątroby,D. nowotwory. |
|  | Według danych polskiego badania epidemiologicznego EZOP rozpowszechnienie uzależnienia od alkoholu w Polsce w populacji ogólnej wynosi (I):A. 0,2 -0,5%,B. 2,3%,C. 10-20%,D. 0,5-1%. |
|  | Etanol w małych dawkach:A. Wpływa pobudzająco na aktywność OUN.B. Hamuje ośrodki korowe powodując behawioralne objawy wzbudzenia.C. Może powodować zahamowanie ważnych dla życia ośrodków pod- korowych.D. Odpowiedzi b i c prawidłowe. |
|  | Wspólnym punktem działania etanolu i leków z grupy benzodiazepin jest układ:A. dopaminergiczny,B. serotoninergiczny,C. GABA-ergiczny,D. cholinergiczny. |
|  | Wybierz prawidłowe stwierdzenie:A. U większości osób uzależnionych od alkoholu nie obserwujemy zaburzeń funkcji poznawczych.B. Jeśli już obserwujemy zaburzenia poznawcze u osób uzależnionych od alkoholu, to zwykle są one nieodwracalne.C. U osób uzależnionych od alkoholu często obserwujemy upośledzenie funkcji wyko­nawczych (np. planowania, rozwiązywania problemów).D. Niezwykle często u osób uzależnionych spotykamy upośledzenie pamięci długotrwa­łej. |
|  | Tzw. układ nagrody w ośrodkowym układzie nerwowym związany jest przede wszystkim z aktywnością następującego układu neuroprzekaźnikowego:A. cholinergicznego,B. dopaminergicznego,C. noradrenergicznego,D. GABA-ergicznego. |
|  | Zjawisko tolerancji, które odgrywa istotną rolę w procesie rozwoju uzależnienia, najlepiej można opisać poniższym stwierdzeniem:A. Pozytywnie wzmacniający wpływ alkoholu zmniejsza się z czasem w miarę regularnego jego przyjmowania.B. W miarę picia alkoholu narasta jego działanie wzmacniające.C. W miarę regularnego przyjmowania alkoholu osoba pijąca coraz mniej przejmuje się negatywnymi konsekwencjami picia.D. Regularne picie alkoholu prowadzi do niemożności powstrzymania się od wypicia kolejnego kieliszka. |
|  | Najbardziej charakterystycznym objawem alkoholowego zespołu abstynencyjnego jest (I):A. wzrost ciśnienia tętniczego,B. potliwość,C. rozszerzenie źrenic,D. nudności i wymioty. |
|  | Wskazaniem do stosowania metody szybkiego nasycania benzodiazepinami jest:A. majaczenie alkoholowe,B. bardzo nasilone objawy wegetatywne alkoholowego zespołu abstynencyjnego,C. wystąpienie napadu drgawkowego abstynencyjnego w czasie badania pacjenta,D. wszystkie powyższe. |
|  | W majaczeniu alkoholowym typowo:A. Zachowana jest orientacja autopsychiczna, a zaburzona - allopsychiczna.B. Występują wyłącznie halucynacje słuchowe.C. Objawy wegetatywne alkoholowego zespołu abstynencyjnego są miernie nasilone.D. Równocześnie występują napady drgawkowe o typie grand mal. |
|  | Objawy alkoholowego zespołu abstynencyjnego (I):A. Najczęściej pojawiają się w ciągu 6 do 24 godzin po zaprzestaniu picia.B. Pojawiają się wyłącznie, jeżeli stężenie alkoholu we krwi obniży się do zera.C. Są zawsze wskazaniem do leczenia farmakologicznego.D. Odpowiedzi a i b są prawidłowe. |
|  | Objawem niewystępującym typowo w przebiegu alkoholowego zespołu abstynencyjnego jest (I):A. pobudzenie psychoruchowe,B. lęk,C. senność,D. napięcie, drażliwość. |
|  | Paranoja alkoholowa bywa nazywana (I):A. zespołem Otella,B. halucynozą alkoholową,C. majaczeniem alkoholowym,D. zespołem Korsakowa. |
|  | Zespół objawów spowodowanych niedoborem witaminy B, prowadzący między innymi do pojawienia się ciężkich zaburzeń pamięci z lukami pamięciowymi wypełnianymi konfabulacjami to:A. majaczenie alkoholowe,B. otępienie naczyniowe,C. zespół Korsakowa,D. halucynoza alkoholowa. |
|  | Zespół objawów spowodowanych chorobą mózgu i upośledzających funkcjonowanie intelektualne pamięć, uwagę, myślenie, planowanie - określany jest pojęciem:A. psychozy,B. majaczenia,C. halucynozy,D. otępienia. |
|  | Picie alkoholu zwiększa ryzyko rozwoju raka (I):A. piersi,B. jelita grubego,C. krtani,D. wszystkich wymienionych. |
|  | Powikłaniem nadmiernego picia alkoholu ze strony układu krążenia może być:A. udar mózgu,B. zawał serca,C. rak krtani,D. prawidłowe są odpowiedzi a i b. |
|  | Metabolizm alkoholu zachodzi przede wszystkim (I):A. w jamie ustnej,B. w żołądku,C. w wątrobie,D. w jelitach. |
|  | Uzależnienie od alkoholu zwiększa ryzyko pojawienia się:A. depresji,B. zaburzeń lękowych,C. zaburzenia stresowego pourazowego,D. wszystkich wymienionych zaburzeń. |
|  | Badania dowodzą istotnej roli w patogenezie współwystępowania zaburzeń depresyjnych i uzależnienia od alkoholu nieprawidłowej funkcji hormonów:A. tarczycy,B. wzrostu,C. stresu,D. żadnego z wymienionych. |
|  | Lekiem o najlepiej udokumentowanym wpływie na ograniczenie ilości spożywanego alkoholu jest:A. Akamprozat,B. Naltrekson,C. Baklofen,D. Prometazyna. |
|  | Leczenie przed depresyjne u osób uzależnionych od alkoholu:A. jest uzasadnione jedynie w przypadku współistnienia uzależnienia od alkoholu i zabu­rzeń depresyjnych,B. nigdy nie jest uzasadnione,C. należy włączać ostrożnie, po uprzednim wykluczeniu występowania objawów alkoho­lowego zespołu abstynencyjnego,D. odpowiedzi a i c prawidłowe. |
|  | Do substancji psychoaktywnych o działaniu halucynogennym nie należy:A. LSD,B. kokaina,C. meskalina,D. MDMA (ecstasy). |
|  | Spożycie alkoholu powoduje:A. zwiększenie libido,B. opóźnienie wytrysku,C. priapizm,D. nie wpływa na seksualność. |
|  | Wskaż zdanie prawidłowo opisujące zależności pomiędzy spożywaniem alkoholu a zaburzeniami seksualnymi:A. Nie ma związku między używaniem alkoholu a występowaniem zaburzeń seksualnych.B. Alkohol korzystnie wpływa na seksualność i wykazuje działanie profilaktyczne, zwłaszcza w przypadku mężczyzn z zaburzeniami erekcji i zaburzeniami wytrysku.C. Spożycie alkoholu przez mężczyznę z wytryskiem opóźnionym może spowodować jego przyspieszenie i zwiększenie satysfakcji ze stosunku.D. Przewlekłe używanie alkoholu może prowadzić do hipogonadyzmu i w efekcie do obniżenia potrzeb seksualnych. |