



کد محصول
ES1961



آخرین بروزرسانی
۱۴۰۵ تیر ۳۱

سوالات تستی

آموزش درمان شناختی رفتاری

- ✓ ویژه آزمون صلاحیت حرفه ای روانشناسان و مشاوران
- ✓ نسخه رایگان شامل ۵۰ سوال (تعداد کمتر و تنها برخی دارای پاسخ)
- ✓ برای تهیه نسخه اصلی، با ۱۰۳ سوال به همراه پاسخنامه تشریحی، به سایت ایران عرضه مراجعه نمایید.



لینک های مفید آزمون صلاحیت حرفه ای روانشناسان و مشاوران

سوالات رایگان صلاحیت حرفه ای روانشناسی با پاسخنامه	خرید این محصول
خرید سوالات صلاحیت روانشناسی ۱۴۰۳	خرید سوالات صلاحیت روانشناسی
خرید مصاحبه آزمون	خرید سوالات صلاحیت روانشناسی ۱۴۰۲
اخبار آزمون	منابع آزمون
	شبکه های اجتماعی ایران عرضه (فایل های رایگان + تخفیفات هفتگی + اخبار)
(برای مشاهده هر بخش روی آن بزنید )	
آخرین بروزرسانی های محصول: ۱۴۰۵/۰۴/۳۱ تالیف مجدد محصول	

۲ سوال ابتدایی این فایل، دارای پاسخنامه تشریحی می باشد. در صورت تمایل به دریافت سوالات بیشتر با جواب تشریحی می توانید این محصول را از سایت ایران عرضه خریداری نمایید.

خرید محصول

❖ سوالات آموزش درمان شناختی - رفتاری تالیف ایران عرضه

۱- بنابر تحقیقات انجام شده مقیاس بندی حالت خلقی فعالیت های افراد چگونه می تواند در درمان افسردگی مفید واقع شود؟

(۱) از طریق ترشح اندروفین در این افراد و ایجاد احساس شادی و رهایی از افکار منفی کمک می کند.
 (۲) از طریق تنظیم فعالیت مغزی و کاهش علائم افسردگی می تواند به این افراد کمک کند.
 (۳) به این صورت که این افراد الگوهای رفتاری منفی را به اجزای آن تقسیم کنند و به تدریج بر افسردگی غلبه نمایند.
 (۴) به این صورت که این افراد در زندگی هدف های از پیش تعیین شده و مشخصی برای دنبال کردن می یابند.

❑ پاسخ سایت ایران عرضه: گزینه ۳ فعالیت ها به دو دلیل پدیده ای قابل انتظار است: (۱) معمولاً بیماران در فعالیتهایی که برای اکثر مردم لذت قابل توجهی دارد، کم تر درگیر میشوند؛ و (۲) ظرفیت تجربه کردن لذت یا خوشی در آنها معمولاً بی اثر شده است. اگر واقعه ای به طور طبیعی باعث خنده یا لبخند بیمار شود، ولو این که واقعه را واقعاً درک نکند او را به ادامه این کار تشویق کنید. این واقعه احتمالاً در مقیاس لذت، نمره کمی میگیرد. به بیمار کمک کنید که تا زمان بهبود افسردگی، انتظارش برای احساس لذت را پایین بیاورد. اگر واقعه ای برای بیمار ناامیدکننده باشد و آن واقعه، نمره صفر بگیرد یا بیمار کم ترین لذت را تجربه کند او را تشویق کنید که کارش را حداقل در مقیاس ۱ تا ۳ درجه بندی کند.

یکی دیگر از راهبردهایی که می توانیم در تکنیک برنامه ریزی فعالیت استفاده کنیم، این است که از بیمار بخواهیم در حال انجام هر فعالیتی، حالت خلقی اش را در مقیاس ۰ تا ۱۰ درجه بندی کند. در یک مثال ویدئویی، دکتر تیز درجه بندی حالت خلقی او را برای هر فعالیت بررسی کرد تا به او کمک کند که چه گونه فعالیت ها بر حالت خلقی اثر می گذارند. فعالیت هایی در برنامه قرار گرفت که توان زیادی برای بهبود حالت خلق داشتند. در مورد او، یکی از فعالیت ها، خواندن آواز به هنگام دوش گرفتن بود. اگرچه برای برخی افراد که بی لذتی را در فعالیت های روزمره تجربه نمی کنند، ممکن است این گونه فعالیت ها عادی شده باشد یا پیامدهای خاصی در بر نداشته باشد، اما می توانند کلیدهایی برای کمک به افراد افسرده فراهم کنند، به این صورت که این افراد الگوهای رفتاری منفی را به اجزای آن تقسیم کنند و به تدریج بر افسردگی غلبه نمایند.

۲- اولین اقدام پیش از آغاز تکنیک طراحی تکالیف درجه بندی شده چیست؟ (iranarze.ir)

- (۱) برنامه یزی در مورد چگونگی خرد کردن فعالیت ها
- (۲) بررسی افکار خودآیند منفی بیمار و ارزیابی او از توانایی هایش

۳) تقسیم الگوهای رفتاری منفی به اجزای آن

۴) تهیه یادداشت نامه برای بیمار تا اگر افکار منفی به ذهنشان خطور کرد آنها را یادداشت کنند.

❑ پاسخ سایت ایران عرضه: گزینه ۲ ← طراحی تکالیف درجه بندی شده

طراحی تکالیف درجه بندی شده، روشی است که به منظور دست یابی به قابلیت کنترل پذیری بیش تر در تکالیف در دسر ساز استفاده می شود. در این روش تکالیف دشوار به مراحل کوچکتر و آسان تر تقسیم میشوند. طراحی تکالیف درجه بندی شده به همراه تکنیک برنامه ریزی فعالیت برای افزایش تجربه های تسلط آمیز استفاده میگردد. این کار، مخصوصاً زمانی مفید است که بیماران انبوهی از کارهای سخت و طاقت فرسا پیش رو دارند (مثل تمیز کردن خانه یا حیاط) یا زمانی که تکالیف دشوار را به تعویق می اندازند تا از موعد مقرر آنها میگذرد (مثل پرداخت بدهی یا تکمیل فرم های مالیات) یا زمانی که دست یابی به اهداف آرزویی، مستلزم تلاش زیاد و پشت سر گذاشتن مراحل سخت و پیچیده است (مثل تناسب اندام، دریافت گواهی نامه تحصیلات عمومی یا فارغ التحصیل از دانشگاه و طلاق گرفتن از همسر). اگر بیمار، اهمیت تکالیف را درک کرده باشد و بخواهد وارد عمل شود. ممکن است تکنیک طراحی تکالیف درجه بندی شده، مؤثر واقع شود.

در آغاز تکنیک طراحی تکالیف درجه بندی شده، باید به ادراک بیمار درباره تکالیف، توجه خاصی مبذول داشت. قبل از آغاز تکنیک طراحی تکالیف درجه بندی شده، افکار خودآیند منفی بیمار و ارزیابی او از توانایی هایش را به دقت بررسی کنید. افکار فاجعه آمیز و تفکر سیاه و سفید می توانند در آغازگری این تکنیک مشکل ایجاد کنند. از بیمار بخواهید قبل از انجام تمرین های رفتاری، افکار اصلاح شده را بنویسد و از این افکار، تحلیلی شناختی به عمل آورد. به بیماران پیشنهاد کنید که برگه ثبت افکار منفی را به عنوان یادیار دستی همراه داشته باشند تا اگر افکار منفی به ذهنشان خطور کرد آنها را یادداشت کنند.

۳- چرا گاهی تکنیک طراحی تکالیف درجه بندی شده مؤثر واقع نمی شود؟

۱) به دلیل عدم هماهنگی سطح دشواری تکالیف با توانمندی و انرژی فعلی بیمار

۲) به دلیل ناتوانی بیمار در تشخیص مراحل ساده تر از مراحل پیچیده تر تکالیف

۳) به دلیل غلبه افکار خودآیند منفی که مانع از شروع یا تداوم رفتار می شود

۴) به دلیل تفسیر موفقیت های نسبی به عنوان شکست توسط بیماران کمال گرا

۴- بررسی توانایی بیمار برای انجام فعالیت، شناخت موانع و ارایه پسخورد به بیمار از فعالیت های صورت گرفته در کدامیک

از روش های درمانی می باشد؟

۱) طراحی تکالیف درجه بندی شده

۲) رفتارورزی

۳) تقسیم فعالیت

۴) مسئله گشایی

۵- کدامیک از شایع ترین روش های کاربری رفتارورزی است؟

۱) بررسی مزایا و معایب و کمک به بیماران در شیوه بیان حرف های خود و گرفتن بازخورد از درمانگر

۲) ارزیابی و شناخت ناتوانایی بیمار برای انجام فعالیت و تقسیم آن به اجزای کوچکتر

۳) ساده نمودن مراحل انجام کار برای بیمار با طراحی فعالیت های ساده تر

۴) کاهش افکار فاجعه آمیز و تفکر سیاه و سفید از دهن بیمار

۶- کدامیک از روش های زیر از جمله راهکارهای به کار رفته در جهت آموزش تکنیک های رفتارورزی نمی باشد؟

۱) آموزش استفاده از ارتباط مؤثر با پزشک

۲) ایفای نقش برای اجرای دقیق تر تمرینهای مسئله گشایی

۳) مقیاس بندی حالت خلقی بیمار در انجام هر فعالیت

۴) چگونگی انجام یک مکالمه کوتاه

۷- کدامیک از راهبردهای زیر می تواند به رفع مشکل بیمار با نقص در عملکرد یا نقص در مهارت کمک کند؟

۱) مسئله گشایی

۲) طراحی تکالیف درجه بندی شده

۳) رفتارورزی

۴) تقسیم فعالیت

۸- تعریف روش های کنترل محرک چیست؟

۱) حذف کامل هرگونه محرک محیطی برای افزایش توانایی فرد در تمرکز بر تکالیف اصلی

۲) شناسایی محرکهای دردسرساز و جایگزینی آنها با محرکهای جدید و بی خطر در محیط

۳) تغییر نگرش فرد نسبت به محرکها به گونه ای که تأثیر منفی آنها خنثی گردد

۴) سازماندهی محیط برای کاهش محرکهای مزاحم و تقویت عوامل تسهیل گر در دستیابی به هدفها

۹- بیماری در مراجعه حضوری ادعا میکند که پدرش به او پیشنهادی داده است که او می ترسد آن پیشنهاد را رد کند، در این صورت پاسخ درمانگر چه خواهد بود؟

۱) اینکه پدر هرگز چیز بدی برای فرزندش نمی خواهد و باید حرف او را گوش کند.

۲) اینکه هر کسی قدرت تصمیم گیری دارد، پس باید به تصمیم خودش عمل کند.

۳) اینکه بهترین کار این است نظر دیگر افراد نزدیک به خود را نیز بپرسد.

۴) اینکه باید درباره این راه حل با فرد مذکور به بحث و تبادل نظر بپردازد.

۱۰- همسری که خواهان جدایی از شوهرش است، و شوهرش پیشنهاد درمان دارویی را رد میکند و به نظر میرسد با سرسختی

تمام بیشترین آشفتنگی ممکن را به همسرش تحمیل می کند با کدامیک از مشکلات در راهبرد مسئله گشایی مواجه است؟

۱) عدم حمایت اجتماعی

۲) سنگ اندازی سایر افراد در حل مسائل

۳) انتقاد و تحقیر اعضای خانواده، دوستان با سایرین

۴) بی میلی به حل مشکل

۱۱- بیماری برای مشاوره مراجعه می کند که برای مدت طولانی به دلیل مشکلات مالی، سلامتی و دیگر مسایل دچار افسردگی است بهترین راهکاری که درمانگر می تواند برای ارتباط با بیماری که در چنین موقعیتی گیر افتاده است چیست؟

(۱) شناخت افکار خودآیند منفی اش درباره موقعیت مأیوس کننده

(۲) ابراز همدردی با بیمار

(۳) سعی در کنار کشیدن خود و تعیین مرز با مشکلات بیمار

(۴) بحث و مذاکره در مورد مشکلات بیمار به تفکیک و اراوه راهکارهای خلاقانه

۱۲- بیماران ممکن است به همه دلایل زیر مهارت های مؤثر مسئله گشایی را کسب نکرده باشند به غیر از

(۱) نداشتن الگوهای مؤثر در زندگی (۲) حمایت افراطی والدین و حل مسائل فرزندان

(۳) عدم برخورداری از هوش اجتماعی کافی (۴) ابتلا به افسردگی شدید در زمان یادگیری این مهارت ها

۱۳- کدام نظریه زیربنای روش های رفتاری درمان اضطراب می باشد؟ (iranarze.ir)

(۱) نظریه اگزستانسیال (۲) نظریه یادگیری

(۳) نظریه گشتالت (۴) نظریه دیالکتیکی

۱۴- متداول ترین روش برای جداسازی محرک غیر شرطی / محرک شرطی و پاسخ غیر شرطی / پاسخ شرطی چیست؟

(۱) روش بازداری تقابلی و رویارویی (۲) روش ایجاد هیجان

(۳) روش سنجش علایم (۴) روش شناسایی واکنش های اضطرابی

۱۵- کدامیک از موارد زیر باید در سنجش اختلال های اضطرابی دقیقاً مشخص شوند؟

(۱) افکار خودآیند

(۲) پاسخ های هیجانی و فیزیولوژیک

(۳) پاسخ های عادی مثل علایم آسیمیگی یا اجتنابی

(۴) همه موارد

۱۶- بیمار مبتلا به اضطراب اجتماعی به درمانگر می گوید در مهمانی ترجیح می دهد به جای او بیشتر همسرش صحبت کند

یا برای دور شدن از جمع، زیاد به دست شویی برود؛ در چنین شرایطی وظیفه درمانگر چیست؟

(۱) آموزش رفتارهای اجتماعی به بیمار و درخواست از او برای شرکت در مهمانی های بیشتر

(۲) ایجاد طرح واره های زیربنایی مؤثر در واکنش افراطی به محرک ترسناک

(۳) به دست آوردن سیمای کاملی از راه بردهای مقابله ای بیمار هم سازگاران و هم ناسازگاران جهت ایجاد طرح درمان

(۴) صرفاً شناسایی واکنش های اضطرابی به کارگیری روش های مقابله با آن از طریق یادگیری

۱۷- کدام گزینه از مهارت اساسی در درمان شناختی- رفتاری برای کمک به بیماران در استفاده از مداخله های مبتنی بر

رویارویی برای غلبه بر اختلال های اضطرابی نمی باشد؟

(۱) آرمش آموزی (۲) توقف فکر (۳) سخن وری (۴) بازآموزی تنفس

۱۸- چگونه استفاده مؤثر از توجه برگردانی باعث ترغیب بیماران برای انجام تکنیک رویارویی با سایر روش‌های رفتاری می‌شود؟

(۱) از طریق اجرای یک شیوه ای نظام مند در دستیابی به آرامش
(۲) از طریق کاهش شدت و فراوانی افکار خود آیند و تنش جسمی و آشفته‌گی هیجانی
(۳) به وسیله آموزش روش‌های تنفس آرام، مثل تنفس توأم با شمارش، استفاده از ثانیه شمار ساعت برای ثبت زمان تنفس
ها و تصویر سازی ذهنی مثبت

(۴) با قرار دادن بیمار در موقعیت تهدیدزا و آموزش مقابله با آن با کمک دوستان و اعضای خانواده

۱۹- اغلب از روش بازآموزی تنفسی برای درمان کدام اختلال استفاده میشود؟

(۱) آشفته‌گی هیجانی (۲) اختلال آسیمیگی
(۳) اختلال وسواس (۴) اختلال ترس اجتماعی
۲۰- کدامیک از مزایای روش درمانی رویارویی واقعی نمی باشد؟ (تالیف توسط سایت ایران عرضه)

(۱) اجرای تکنیک‌های مؤثر تدبیراندیشی برای اضطراب به عنوان الگو
(۲) تشویق بیماران برای غلبه بر ترس هایشان
(۳) ارایه پسخوردهای سازنده به بیمار
(۴) امن تر جلوه دادن موقعیت تهدیدزا

۲۱- روش های پیشگیری از پاسخ جهت جلوگیری از تداوم اختلال چه زمانی مؤثرند؟

(۱) وقتی که بر پایه اصول استاندارد و روانشناختی طراحی شده باشند.
(۲) زمانی که درمانگر این روش ها را به صورت تجویزی به بیماران ارایه کند.
(۳) زمانی مؤثرند که با همکاری بیمار طراحی می شوند.
(۴) وقتی که همراه با دیگر روش های جلوگیری از اختلال به کار رفته باشند.

۲۲- منظور از طرح واره ها چیست؟

(۱) در واقع، باورهای بنیادینی هستند که قواعد اساسی برای پردازش اطلاعات را مهیا می کنند.
(۲) اصطلاحی کلی است که برای روش‌هایی استفاده می شود که هدفشان کمک به بیماران برای متوقف سازی رفتارهایی است که به تداوم اختلال شان کمک میکنند.
(۳) الگوهایی هستند که با ارایه پسخوردهای سازنده به بیمار باعث تقویت رفتارهای مثبت در وی می شوند.
(۴) الگوهایی هستند که به بیمار جرات رویارویی واقعی مستقیم با محرک‌های ترس برانگیز را می دهند.

۲۳- بنابر نظریه شناختی - رفتاری شخصیت بک و فریمن (۱۹۹۰)؛ چگونه می توان خود پنداره، نوع منش و الگوهای رفتاری عادت گونه را بهتر درک کرد؟

(۱) از طریق افزایش مقاومت در برابر فشارزاهای آینده

(۲) با بررسی باورهای بنیادین

(۳) از طریق تغییر و اصلاح طرح واره ها

(۴) با کاهش احتمال عود اختلال

۲۴- در کدامیک از روش های درمان شناختی - رفتاری، مجموعه ای از سؤال ها طرح میشوند تا به تدریج سطوح عمیق تر تفکر مشخص شوند؟

(۱) تکنیک پیکان رو به پایین

(۲) تکنیک جلوگیری از پاسخ

(۳) روش توجه برگردانی

(۴) روش رویارویی واقعی

۲۵- اگر بیمار در طی درمان می گوید در گذشته در کنار همسالان احساس ناخوشایندی داشته و از تجارب اجتماعی گریزان بوده است، درمانگر چگونه جلسه درمان را ادامه می دهد؟

(۱) از بیمار می خواهد که آرامش خود را حفظ کند و به آینده بیندیشد.

(۲) الگوهای رفتاری خاصی را برای بیمار ترتیب می دهد که بر تعامل اجتماعی بیشتر تاکید داشته باشند.

(۳) توجه خود را مخصوصاً به کاوش پیرامون تعامل های اجتماعی به یاد ماندنی از دوران کودکی و نوجوانی او معطوف می کند.

(۴) به حرف بیمار تکیه نکرده و صحت این واقعیت را از دیگر نزدیکان وی جستجو می کند.

۲۶- برای اصلاح اصول عملیاتی طرح واره ها معمولاً بیماران به چه چیز نیاز دارند؟

(۱) کسب بینش عمیق درباره ریشه های شکل گیری طرح واره ها و آگاهی از تأثیر آنها بر رفتار فعلی

(۲) فرایند تدریجی نقد باورها، ایجاد جایگزین های قابل قبول و آزمون آنها در موقعیت های واقعی زندگی

(۳) تمرین های شناختی مکرر در جلسات درمانی برای جایگزینی سریع باورهای ناسازگار با باورهای سازگار

(۴) مشارکت فعال در گروه های حمایتی و دریافت بازخورد مداوم از دیگران درباره باورهای بنیادین خود

۲۷- بیمار خانمی در مراجعه به درمانگر عنوان می کند که هیچ کس او را دوست ندارد و از طرف همه مرهای زندگی اش طرد شده، وظیفه درمانگر در اولین قدم در برخورد با این بیمار چیست؟

(۱) متقاعد ساختن بیمار به اینکه اشتباه فکر می کند

(۲) بررسی ریشه های این مشکل با تحقیق از نزدیکان بیمار

(۳) برخوردی همدلانه با مصیبت های زندگی بیمار و اذعان به وجود مشکلات زندگی او

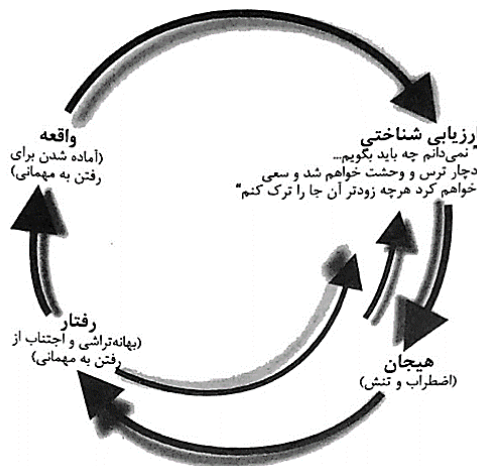
(۴) درخواست از بیمار برای یادآوری ناکامی هایش در دوران کودکی

۲۸- در ساختار درمان شناختی - رفتاری، اثر رفتار بر هیجان ها چگونه تبیین می شود؟

- ۱) رفتار اثری کنترل کننده بر شناخت دارد.
- ۲) عملکرد یا رفتار، اثری قوی در هیجان ها می گذارد.
- ۳) هیجان ها منشا اصلی شکل گیری رفتار هستند.
- ۴) الگوهای فکری و هیجان ها اثری قوی بر عملکرد دارند.

۲۹- در چرخه شناختی-رفتاری، کدام یک از اجزاء، نقش واسطه‌ای میان شناخت و رفتار ایفا می‌کند؟

- ۱) هیجان‌ها و واکنش‌های فیزیولوژیک
- ۲) باورهای بنیادین که ریشه در کودکی دارند
- ۳) تجارب گذشته و خاطرات مرتبط با رویداد
- ۴) محیط اجتماعی و انتظارات دیگران



۳۰- کدام مورد، تفاوت کارکردی طرح واره ها و افکار خودآیند را در مواجهه با اطلاعات محیطی به درستی نشان می دهد؟

- ۱) افکار خودآیند از طریق تجزیه و تحلیل منطقی بر فرآیند رمزگذاری اثر می گذارند، در حالی که طرح واره ها شناخت واره هایی ناشی از درگیری با موقعیت ها هستند.
- ۲) طرح واره ها شناخت واره هایی سریع هستند، اما افکار خودآیند الگوهای زیرساخت برای پالایش اطلاعات محسوب می شوند.

۳) افکار خودآیند به اطلاعات محیطی معنا می بخشند، در حالی که طرح واره ها صرفاً در هنگام درگیری با موقعیت های پرفشار فعال می شوند.

۴) طرح واره ها باور های بنیادی هستند که به عنوان قواعد زیرساخت پردازش اطلاعات عمل می کنند، اما افکار خودآیند در پاسخ به موقعیت ها یا یادآوری رویداد ها در ذهن جاری می شوند.

- ۳۱- مراجعه کننده ای با این فکر خودآیند که من در خطر از دست دادن شغل خود هستم به درمانگر مراجعه می کند. پس از بررسی مشخص می شود این احتمال کاملاً واقعی است. بر این اساس، عملکرد درمانگر در این رویکرد چگونه خواهد بود؟
- ۱) درمانگر تلاش می کند با روش های شناختی نشان دهد این فکر یک تحریف شناختی است.

۲) درمانگر بدون سرپوش گذاشتن روی این مسئله واقعی، از روش های شناختی و رفتاری برای کمک به مقابله او با موقعیت استفاده می کند.

۳) درمانگر به دلیل واقعی بودن خطر، روند درمان شناختی - رفتاری را متوقف کرده و او را به سایر نهاد های حمایتی ارجاع می دهد.

۴) درمانگر با تمرکز بر خطاهای استدلال مراجعه کننده، او را متقاعد می کند که از دست دادن شغل، یک مسئله غیر واقعی است.

۳۲- در بررسی ویژگی ها و ماهیت خطای شناختی انتزاع انتخابی، کدام گزاره نادرست است؟

۱) این خطا در متون روانشناسی با عناوین دیگری مانند نادیده گرفتن شواهد یا پالایه ذهنی نیز شناخته می شود.

۲) در این خطا، فرد داده های برجسته و مهم را کنار می گذارد تا بتواند نگرش سوی مندانه خود را تایید کند.

۳) نتیجه گیری نهایی فرد در یک موقعیت، بر اساس بررسی جامع و کامل تمامی اطلاعات در دسترس صورت می گیرد.

۴) در این روند شناختی، فرد تنها یک قسمت کوچک از اطلاعات را در نظر می گیرد و سایر حقایق مثبت را نادیده می گیرد.

۳۳- کدام یک از موارد زیر، مرز افتراق بین طرحواره های ساده و باور های بنیادی درباره خویشتن را مشخص می کند؟

۱) طرحواره های ساده بر اداره عملی متمرکز بوده و بی اثر در آسیب شناسی اند، در حالی که باور های بنیادی قواعد مطلق درباره ارزشمندی اند.

۲) طرحواره های ساده همه شمول هستند، اما باور های بنیادی وابسته به شرایط فیزیکی اند.

۳) طرحواره های ساده بر گزاره های "اگر - پس" استوار اند، در حالی که باور های بنیادی بر قوانین طبیعت استوار اند.

۴) تفاوتی در میزان تاثیر آن ها بر تنظیم هیجانی وجود ندارد.

۳۴- مراجعی در جلسه درمان می گوید: من همیشه فکر می کردم آدم موفق هستم، اما بعد از شکست در پروژه اخیر، احساس می کنم ذاتا بی عرضه ام. این تغییر نگرش ناگهانی نشان دهنده کدام فرآیند شناختی است؟ (iranarze)

۱) شکل گیری یک ساخت واره ناسازگار جدید در اثر شکست.

۲) فعال شدن باور بنیادی بی عرضه بودن توسط یک رویداد فشارزا.

۳) از بین رفتن رویداد فشارزا و باقی ماندن ساخت واره ها.

۴) تبدیل باور های بنیادی غیر فعال به رویداد های زندگی.

۳۵- اگر از یک مراجعه کننده افسرده، خواسته شود تا تاثیر یک دعوای خانوادگی بر زندگی اش را توصیف کند، طبق سبک

اسنادی «فراگیر در تقابل با کم دامنه»، او احتمالا چگونه پاسخ می دهد؟

۱) این دعوا فقط مربوط به امروز بود و تاثیری بر روابط آینده من ندارد.

۲) بدشانسی آوردم که امروز همسرم حال مساعدی برای گفتگو نداشت.

۳) این یک مشکل محدود است که با گذشت زمان و گفتگو حل خواهد شد.

۴) این اتفاق نشان می دهد که من در هیچ رابطه ای موفق نیستم و کل زندگی ام تباه شده است.

۳۶- جهت گیری سبک پرسش گری در درمان شناختی - رفتاری بر پایه کدام بستر ارتباطی و با چه هدف نهایی ای شکل می گیرد؟

۱) بر پایه همکاری تجربی (مشارکت فعال) و با هدف تسهیل بازنگری فعالانۀ شناخت‌های ناسازگار توسط خود مراجع

۲) بر پایه همدلی عاطفی عمیق و با هدف تعدیل واکنش‌های هیجانی از طریق اصلاح باورهای مرکزی

۳) بر پایه شرطی‌سازی کلامی و با هدف افزایش رفتارهای انطباقی از طریق تقویت پاسخ‌های مطلوب

۴) بر پایه رابطه کارشناسی و با هدف تشخیص دقیق خطاهای شناختی از طریق تحلیل محتوای گفتار

۳۷- با توجه به مراحل راهبرد کلی در بازسازی شناختی، چند مورد از گزاره های زیر درست است؟

الف) تشخیص افکار خودآیند و طرحواره ها باید در خارج از جلسه های درمانی انجام گیرد.

ب) آموزش مهارت ها به بیمار، با هدف توانمند سازی او برای تغییر طرحواره ها ارائه می شود.

ج) تمرین های خانگی پس از مرحله آموزش مهارت ها و با هدف تعمیم در موقعیت های واقعی طراحی می گردند.

د) تغییر راحت و آسان شناخت واره های ناسازگار و ریشه دار، صرفا از طریق جلسات درمانی و بدون نیاز به تمرین مداوم امکان پذیر است.

۱) سه مورد ۲) یک مورد ۳) چهار مورد ۴) دو مورد

۳۸- درمان گری در مواجهه با مراجعی که با طرح واره بی ارزشی و ناتوانی در اعتماد دست و پنجه نرم می کند، اشتیاق بیش از حدی برای برقراری رابطه نشان داده و در عین حال از نقد تحریف های شناختی وی اجتناب می کند. نتیجه این رویکرد در فرآیند درمان چیست؟

۱) بهبود سریع تر اتحاد درمانی به دلیل لمس کامل تفکر و احساسات مراجع.

۲) کاهش مقاومت مراجع و تسهیل در تغییر موضوعات بحث برای رسیدن به اهداف درمانی.

۳) ایجاد ارزیابی منفی برای مراجع نسبت به درمان گر، به عنوان فردی تنها و ناتوانی در تشخیص رفتار +های ناسازگار.

۴) واقعی تلقی شدن احساسات مراجع و در نتیجه موفقیت تدریجی در اهداف درمانی.

۳۹- واکنش تخصصی یک درمانگر صادق در مواجهه با رویدادها و نتایج واقعی منفی چگونه تبیین می شود؟

۱) توجه به پیامدهای منفی همگام با تلاش مداوم برای شناسایی نقاط قوت مراجع

۲) کتمان موقت حقیقت به منظور ممانعت از فروپاشی روانی بیمار در جریان درمان

۳) تمرکز محوری بر واقعیت های منفی به عنوان مبنای اصلی ارائه پس‌خورد های درمانی

۴) نادیده گرفتن سنجیده رویداد های منفی جهت تقویت ساختار ابزار همدلی

۴۰- بالاترین سطح فعالیت درمانگر در فرآیند درمان شناختی - رفتاری با کدام عامل هم زمان است؟

۱) تثبیت مفاهیم بنیادی در ذهن بیمار در مراحل میانی.

۲) حضور علائم مشخص در بیمار و ضرورت آشنایی با مدل درمانی.

۳) کاهش مسئولیت پذیری درمانگر برای واگذاری جریان جلسات به مراجع.

۴) پایان دوره ساخت مندی و آموزش مفاهیم اولیه.

۴۱- بیماری با تفکر جزمی و سیاه‌وسفید، هر راه‌حل پیشنهادی درمانگر را «غیرعملی» می‌داند. درمانگر برای شکستن این الگو و پرورش خلاقیت، کدام اقدام را مؤثرتر می‌داند؟

۱) چندین راه‌حل جایگزین را به مراجع ارائه می‌دهد و از او می‌خواهد که بهترین را انتخاب کند.

۲) از مراجع می‌خواهد که خودش سه راه‌حل متفاوت (حتی غیرمعمول) برای مسئله طراحی کند و مزایا و معایب آنها را بررسی نماید.

۳) به مراجع توضیح می‌دهد که تفکر جزمی ریشه در باورهای کودکی دارد و برای تغییر آن نیاز به زمان است.

۴) از مراجع می‌خواهد که برای یک هفته، هیچ تصمیمی نگیرد و صرفاً به مشاهده افکار خود بپردازد.

۴۲- درمانگری در مواجهه با بیماری که اصرار بر باورهای انعطاف ناپذیر خود دارد، تلاش می‌کند فضایی ایجاد کند تا هر دو بتوانند به طور طبیعی با هم به خنده بیفتند. پیامد مستقیم و شناختی این خنده طبیعی مشترک کدام است؟

۱) بهنجار شدن کامل پیوند درمانی بدون نیاز به مداخله‌های رفتاری

۲) افزایش احتمال این که بیمار تغییرات شناختی را مد نظر قرار داده و بپذیرد

۳) افزایش اعتماد بیمار به درمانگر طی دوره درمانی

۴) تبدیل روابط دوستانه به یک رابطه درمانی کاملاً مشارکتی

۴۳- در مواجهه با تقاضاهای خاص بیمار از درمانگر و سوال‌های مربوط به ابتدای درمان، قاعده کلی بر کدام مورد استوار است؟

۱) تا جای ممکن با درخواست‌های بیمار همراهی کند، مگر اینکه با اصول اخلاقی یا موازین حرفه‌ای تعارض داشته باشند.

۲) درخواست‌ها را بر اساس اولویت بالینی ارزیابی کرده و آنهایی را که به افزایش انگیزه و مشارکت بیمار کمک می‌کنند، بپذیرد.

۳) به منظور حفظ استقلال حرفه‌ای و جلوگیری از وابستگی زود هنگام، فقط به درخواست‌های کاملاً منطقی پاسخ مثبت دهد.

۴) پذیرش درخواست‌های بیمار را به فرایند ارزیابی اولیه مشروط کند و پس از آن، به صورت موردی تصمیم بگیرد.

۴۴- در طول فرآیند درمان یک مراجع مبتلا به اختلال خورد و خوراک، درمانگر متوجه تناقضاتی در گزارش‌های مراجع درباره مصرف داروهای کمکی می‌شود. طبق موازین پیشگیرانه، اقدام مناسب در این مرحله چیست؟

۱) انطباق رفتار درمانگر با مدل انعطاف ناپذیری مراجع.

۲) استفاده از شوخی برای کاهش تنش ناشی از پنهان کاری مراجع.

۳) اختصاص دادن زمان مشخص در جلسات برای بحث پیرامون این نگرانی‌ها.

۴) ارائه بازخورد غیرمستقیم از طریق مقایسه گزارش‌های مراجع با داده‌های عینی بدون ایجاد فضای قضاوت.

۴۵- در مواجهه با واکنش‌های انتقالی نیازمند مداخله، تکنیک‌های درمان شناختی - رفتاری با چه هدفی مورد استفاده قرار می‌گیرند؟ (منبع سوالات سایت ایران عرضه)

۱) تمرین رفتارهای جانشین و سالم در جلسه‌های درمانی

۲) تغییر افکار خودآیند و طرحواره‌های ذی نقش در انتقال

۳) ارائه برنامه آموزش روانی به مراجع در خصوص پدیده انتقال

۴) محدود کردن یا متوقف ساختن برخی از رفتارهای مخرب

۴۶- انتقال متقابل در رویکرد شناختی - رفتاری، در شرایطی به وقوع می‌پیوندد که ...

۱) احساس‌های جسمی بیمار، پاسخ‌های رفتاری درمانگر را مختل سازد.

۲) بیمار با مجموعه علائم یا بعد شخصیتی درمانگر دچار چالش شود.

۳) هیجان‌های درمانگر به طور مستقیم افکار خودآیند بیمار را خارج از حیطه آگاهی فعال نماید.

۴) ارتباط با بیمار، افکار خودآیند و طرحواره‌هایی را در درمانگر فعال سازد و این شناخت واره‌ها امکان اثر گذاری در فرایند درمان را داشته باشند.

۴۷- درمان شناختی-رفتاری به‌عنوان یک تک‌درمان (بدون دارو)، در کدام یک از اختلالات زیر، معمولاً به‌عنوان درمان خط اول محسوب نمی‌شود؟

۱) پراشتهایی روانی (بولیمیا)

۲) اختلال افسردگی اساسی

۳) اختلال اضطراب فراگیر

۴) اسکیزوفرنیا

۴۸- چرا برخی طرح‌واره‌های ناسازگار باعث می‌شود تفکر و شیوه عمل فرد به همان سبک و سیاق ناکارآمد دنبال شود؟

۱) زیرا در در ذهن نقش بسته‌اند.

۲) زیرا سبک ایده‌آلی برای فرد است.

۳) زیرا تغییر دشوار است.

۴) زیرا روال عادی زندگی را به هم می‌زند.

۴۹- یکی از روش‌های کمک به بیماران به منظور آفرینش جای‌گزین‌ها این است که را در کانون توجه قرار دهیم. (منبع فروشگاه اینترنتی ایران عرضه)

۱) قالب بندی طرح‌واره‌ها

۲) بنیاد طرح‌واره‌ها

۳) تکنیک‌های طرح‌واره‌ها

۴) زبان طرح‌واره‌ها

۵۰- بیماری که همواره فکر می‌کند، فرصت‌های مغتنمی را در زندگی‌اش از دست داده و زندگی‌اش معنا و هدف خاصی ندارد، به درمانگر مراجعه می‌کند، حال کدام شیوه درمانی می‌تواند به او کمک کند؟

۱) اصلاح افکار خودآیند

۲) درمان شناختی- رفتاری

۳) شکستن الگوهای اجتنابی

۴) طراحی تکالیف درجه‌بندی شده