

العلاجات السلوكية المعرفية

محاضرات الأستاذة قهار صبرينة

ماستر علم النفس العيادي

سداسي 2

الأسس العامة:

تعريف العلاج النفسي:

يعتبر قتاري العلاج النفسي أنه استخدام لكل الوسائل النفسية لعلاج مرض عقلي أو نفسي أو صعوبة في التكيف أو التوافق، يكون في إطار توظيف مهارات تقوم على الفاحص و كل ما يحمله من تظاهرات أعراضية والمفحوص ورصيده المعرفي و العلاقة التي تربطهم.

"يشير مفهوم العلاج النفسي عادة إلى الحالة التي يقيم فيها الشخص المكون لهذا الغرض بطريقة مدروسة علاقة مهنية مع شخص من أجل تحسين حالته النفسية أو الفسيولوجية أو تعزيز النمو الصحي للشخصية « فريد كاشا

يُميز Wildlöcher ثلاثة أشكال من الإجراءات العلاجية:

- 1) إجراءات البصيرة insight التي تهدف إلى تطوير قدرة الشخص على معرفة الذات والأفكار والتأثيرات من قبله ، غير معروفة وقمعها (هذا هو الحال مع العلاج النفسي التحليلي أو الإلهام التحليلي)

1) عادة ما يتم احتواء إجراءات التعبير التي تهدف إلى السماح للموضوع بالتعبير عن الفكر والعاطفة.

2) إجراءات تدوين الوصف التي تهدف إلى توفير المعلومات والإرشادات. وعليه، يطمح العلاج النفسي تحقيق توافق نفسي اجتماعي للفرد وصحة نفسية جيدة من خلال الأثر العلاجي.

ماهو الأثر العلاجي؟

الأثر العلاجي هو اختفاء حالة مؤلمة ، معاناة ، أعراض ، زوال الرفاه النفسي. يعتبر كذلك العلاقة مع الآخر والتي تحمل أهداف علاجية قائمة على تحالف Alliance ما بين المُعالج والمعالج، مقدم الرعاية الصحية النفسية ومستقبلها. (مفهوم العقد الضمني أو الصريح). يستدعي هذا الأثر العلاجي توظيف لكل من المعرفة وما تتضمنه من خلفية نظرية مفاهيمية وإلى جانب ذلك الخبرة الميدانية والحس العيادي (Savoir faire) وما يتداخل في إطاره الدور وسلطة المعالج ووضعه النفسي.

ماهي مستويات العلاج النفسي ؟ (تذكير)

- علاقة المساعدة،
- علاقة الطبيب بالمريض،
- المواقف العلاجية النفسية،
- العلاج النفسي الداعم أو الإسنادي،
- العلاجات النفسية المنظمة أو المقننة،
- العلاج النفسي المؤسسي (الإطار كأداة).

ماهي مختلف أنواع العلاج النفسي ؟

- العلاج النفسي الفردي / الجماعي
- العلاج النفسي المستهدف (حسب العمر أو نوع الإضطراب)
- العلاج النفسي حسب الإطار النظري (تحليلي، سلوكي معرفي، نسقي، الخ)
- العلاج النفسي حسب التقنية
- العلاجات النفسية حسب الموقف (الطوارئ ، الممارسة الخاصة ، العلاج المشترك)

ماهي العلاجات السلوكية المعرفية ؟

تستند العلاجات السلوكية المعرفية بشكل أساسي على علم النفس التجريبي / العلمي. فهي مجموعة من التقنيات العلاجية التي تستخدم في المجال السريري بيانات من علم النفس التجريبي و بشكل خاص نظريات التعلم.

ولد علم النفس العلمي التجريبي في القرن التاسع عشر عندما حاول علماء ذلك الوقت دراسة علم النفس في المختبرات باستخدام تقنيات البحث. لكن العلاجات العلمية تطورت منذ الستينيات، وكان أول تيار ولد هو السلوكية، وبعد ذلك جاء التيار المعرفي.

تعمل العلاجات السلوكية على تأثيرات الأفكار والسلوكيات التي تمثل نظير الأفكار. ففي القرن الثامن عشر طور "لوك" أول علاج على رهاب الضفدع مع التعرض لموضوع رهابي.

وفي مجال النقاش في علم النفس، مارس **فرويد** أحياناً علاجات موجزة بتقنيات وتوجيهات.

تأتي صياغة علم النفس العلمي من طرف **واتسون** في عام 1913 الذي قال إن "علم النفس العلمي ليس من الضروري التكهن بالروح أو الروح ولكن يجب أن يقتصر على الدراسة من خلال الملاحظة المنهجية والتجريب السلوكي و العوامل البيئية والفسولوجية".

بعد ذلك وبفضل الباحثون الذين ظلوا في المختبرات تظهر التطبيقات السريرية في عام 1950 عندما ينشر Wolpe في عام 1952 دراسات تتعلق بإزالة الحساسية من رهاب الحيوانات. في عام 1969 ، وضع باندورا المفاهيم والأسس النظرية للتعلم الاجتماعي عن طريق التقليد النموذجي.

تطور الطب السلوكي منذ عام 1975 ، عندما كانت العلاجات النفسية العلمية مهمة بالمجال النفسي الجسدي كتأثير الضغط على أحداث الحياة والتعديلات الهرمونية المرتبطة بالإجهاد.

بالنسبة للعلاج السلوكي المعرفي ، فإنّ المشكل يرتبط بالعرض دون التركيز على القضايا الأساسية. يستخدم علاجات محددة أساسها نظريات التعلم. الفرضيات الأساسية للعلاجات السلوكية هي تلك التي اعتبرت أن دراسة الفرد لا يمكن أن تتم إلا من حقائق يمكن ملاحظتها مباشرة (مفهوم "الصندوق الأسود") وهي تستلزم العلاقة بين المنبهات واستجابات الشخص لذلك.

تفترض العلاجات السلوكية المعرفية أن سلوكيات الفرد يتم تعلّمها من خلال الإشراف. ولقد كان بافلوف رائد هذه النظرية حيث ، كان أول من طرح آلية التعلم من خلال الإشراف ، وقد أظهر بتجاربه أنه من الممكن إثارة الاستجابات مشروطة بعملية التعلم أوضحته مختلف تجاربه مع الكلب. وهذا ما أطلق عليه اسم الإشراف الكلاسيكي أو الاستجابة من النوع الأول.

في عام 1920 ، نشر واتسون ومعاونه نتائج تجربة على الطفل ألبرت. حيث اعتاد الطفل الصغير اللعب في المختبر بفأر أبيض. ولقد ربطوا وجود الفأرة بصوت صاحب و بعد عدد من التكرارات ، بدأ ألبرت في تطوير أعراض رهابية من الحيوان والتي تعممت لاحقاً إلى بعض الأشياء الأخرى تحمل اللون بالأبيض (الكرات ، الأرنب ، القناع ، كرة الغزل ، إلخ).

وفي عام 1924 ، استأنفت المتعاونة معه ماري كوبر جونز تجاربه للتحرك نحو إزالة الحساسية
désensibilisation من الرهاب. اختبرت الطفل بيتر الذي كان يعاني من رهاب الأرانب. وفي
إحدى الغرف ،

واجه طعامًا وحيوانات محشوة ، بما في ذلك أرنب في قفص كانت تقربه منه تدريجيًا. هكذا،
بعد مرور زمن معيّن في النهاية ، تجاوز الطفل بيتر رهابه ولم يعود خائفًا من الحيوان. وقد
تطلبت هذه التدريبات 40 جلسة معه، وفي كل مرة كانت تقرب القفص منه. وفي هذه التجربة،
عملت الباحثة على مجالين، قدمت في الأول ، الكائن المسبب للمخاوف وأدرجت في نفس
الوقت سلوك محبذ لديه ، بينما كان بيتر يقوم بسلوك غير متوافق والمتمثل في أكل المثلجات.
يؤدي السلوك اللطيف أمام الجسم المسبب للعدوى إلى تثبيط متبادل. كتنقية ثانية ، كان لديها
أيضًا فكرة تقديم أطفال من نفس العمر إلى بيتر الذين لم يكونوا خائفين من الأرنب والذين لعبوا
معه ، بيتر يراقبهم ، مما أدى إلى التعلم عن طريق التقليد (تم تطويره لاحقًا من طرف العالم
باندورا Bandura).

قام في وقت لاحق العالم ولبي، طبيب نفسي من جنوب أفريقيا، بتلخيص التطبيقات العلاجية
في المجال السريري وتطبيقها. و نشر في عام 1964 كتابًا عن " الرهاب للبشر " les phobies
pour les humains ووفقًا له ، فإن الرهاب غالبًا ما تكون ردود فعل مشروطة وضعية صدمية
معاشة ، و يتمثل العلاج المطبق في سلب الحساسية المنتظم و التي تتمثل في تعلم سلوك
جديد للحد من القلق ومساعدة الشخص خطوة بخطوة للتعامل مع المواقف المثيرة للقلق. لقد
قامت بالتعرض في الواقع (مواجهة مع الكائن فوبينوجيك) والذي بعد عدة جلسات يسمح
بالمواجهة دون قلق كما لدينا أيضًا الاسترخاء و المواجهة في الواقع.

ميّز سكينر بين الإشراف الكلاسيكي لبافلوف والإشراف الإجرائي من النوع الثاني. حيث
أوضح أن الأفراد "مشروطون" للغاية ببيئتهم الاجتماعية والمادية ، ولكن لا يزال بإمكاننا تعلم

ممارسة المزيد من التحكم. فالإشراف الإجرائي *conditionnement opérant* الذي أظهره هو تعلم سلوك شرطي وفقاً للعواقب التي يجنيها الفرد. وتسمى هذه النتيجة إما التعزيز الإيجابي / السلبي / المحايد حيث يسهل التعزيز الإيجابي *renforcement positif* التكرار ، ويؤدي السلبي *renforcement négatif* إلى تجنبه ، وعندما يكون محايداً ، يتم إطفاء *extinction* السلوك.

على سبيل المثال، نذكر من التطبيقات العلاجية هي تقنية العلاج بالقرصات *la thérapie des jetons* المميزة حيث يقوم المريض بعمل قائمة السلوك المستهدف لتعديله وقائمة التعزيز التي يرغب في الحصول عليها في السلوك و في نهاية المطاف مع جمع القرصات التي يحصل عليها.

من جهته، طرح باندورا مشكلة تتعلق بالدوافع أو الحوافز. فوفقاً له ، فإن العضوية لا تخضع فقط بشكل سلبي للتعزيزات القادمة من البيئة، يتبين حسبه أن إدراك التعزيز أكثر أهمية من الإشراف نفسه لتعديله كما يمكن أيضاً توقعاً الإشراف (هنا الإشارة إلى التوقع تستلزم الرجوع إلى الفكر ومنه ألي ما هو مرتبط بالعلاجات السلوكية المعرفية).

ركز باندورا بحثه على عمليات التقليد ودورها في تعلم السلوكيات الاجتماعية. إن التعلم عن طريق التجربة والخطأ هو ما يتم إجراؤه عادةً ، ولكن مكلف للغاية في حين التعلم عن طريق التقليد هو اختصار حيوي. يتم هذا التعلم عن طريق **الملاحظة** و/أو عن طريق **النمذجة**. وتعزز الافتراضات المعرفية السلوك المستقبلية حتى لو تبين أنها خاطئة.

تتضح جلياً تطبيقات التعلم عن طريق التقليد النموذجي في ألعاب لعب الأدوار حيث نتصرف كما لو، وعليه نجد النمذجة الإيجابية في تقليد السلوك والنمذجة السلبية في تجنب استنساخ السلوك. ويتم تشكيل أو صقل الاستجابة عندما يتم إعطاء المريض ردود فعل على سلوكه ، الإيجابي والسلبي. نلاحظ أنّ جميع الحملات الإعلانية تميل إلى التركيز على هذا النوع من التعلم.

مسار العلاج السلوكي:

تعتبر العلاجات السلوكية من العلاجات القصيرة المدى حيث تجرى على مدى 10 إلى 25 جلسة نظريًا، لكنها يمكنها أن تقل عن 10 حصص مع بعض الحالات (بعض المخاوف)، كما يمكن أن تتجاوز 25 حصة (الحالات الحدية).

يتعين اتباع الأربعة مراحل من المسار العلاجي السلوكي :

المرحلة الأولى: التحليل الوظيفي

يحاول المعالج في هذه المرحلة توضيح المشكلة و يقوم بتقييم الأعراض بطريقة جد دقيقة (متى ظهر السلوك المشكل ، أي سياق ، تكراره، متى لا يظهر، في أية ظروف) synchronie وتتمثل في المعلومات الحالية إضافة إلى تاريخ المريض والسلوك المشكل diachronie. في هذه المرحلة ، يستخدم المعالج أيضًا مقاييس محددة وفق للمعلومات الأولية المستقصة في هذه المقبلات الأولية، ليتمكن من تأكيد فرضيته التشخيصية (الرجوع هنا إلى DSM5. في الأعمال المطلوبة من الطالب في حصة الأعمال الموجهة). تسمح هذه العناصر الأساسية ببناء ووضع التحليل الوظيفي الخاص بالسلوك المشكل (تم التطرق له في المحاضرة1)

عمل موجه للطالب: ابحث عن أهم شبكات التحليل الوظيفي ودواعي

استخدامها وقم بإرساله على الإيميل:

sabrinagahar@yahoo.fr

المرحلة الثانية: صياغة الهدف والعقد العلاجي

يضع كل من العميل والمعالج أبعديات العقد العلاجي مع أهم القواعد المتمثلة في عدد الجلسات والمواعيد وكيفية ترتيبها وسعر الجلسة إن تطلب الأمر ذلك ويشرح للعميل التقنيات التي سيتم تطبيقها و ماهو متوقع منه كما يحدّد المعالج مع العميل الحد الأدنى من الهدف العلاجي.

المرحلة الثالثة: تنفيذ الخطة العلاجية

يستخدم البرنامج العلاجي التقنيات التي سبق شرحها للمريض ، وهي في الأساس تمارين ومهام توصف للمريض أثناء الجلسة يتمثل أهمها في التعريض السلوكي ، وبين الجلسات (خطة عمل من مهام يجب القيام بها في المنزل) ، والهدف هو تطوير التنظيم الذاتي للمريض ، مما يسمح بزيادة نظام الكرة الثلجية تعميم المكتسبات الجديدة.

المرحلة الرابعة: تقييم نتائج العلاج

يتم تقييم الخطة العلاجية استنادا إلى العقد العلاجي و الهدف المنشود المحدد في المرحلة الأولى، نعيد مرة ثانية تطبيق المقاييس لتحديد درجة التعديل ونقوم بعد ذلك تحديد المواعيد بصفة متباعدة (شهر، ثلاثة أشهر، 6 أشهر ، سنة واحدة) لإجراء الفحص النفسي والمتابعة

Folow-up

توصيات العلاج السلوكي:

يتمثل التوصية الرئيسية للعلاج في دافع المفحوص ، في حين التوصيات المضادة فهي مرتبطة بفقدان الدافع و لا تشجع على الامتثال للعلاج.

لا نبدأ العلاج مع شخص ليس لديه دوافع كافية.

إنّ العلاقة العلاجية تفاعلية وتعليمية ونشطة، تحدث في إطار الاحترام المتبادل للطرفين. ويعمل كل من المعالج والمعلج في حالة من التعاون الشفاف.

الاسترخاء كأهم تقنية سلوكية:

الاسترخاء هو حالة من ارتخاء العضلات. يعتمد استخدام الاسترخاء في العلاج النفسي على الروابط بين قوة العضلات والحياة العاطفية. من المفترض يمكن تطبيقه على عامة، حيث يقضي العلاج السلوكي التوصيات المضادة للإسترخاء. من الممكن اكتساب مستوى من التحكم في قوة العضلات لتحقيق حالة من الاسترخاء العقلي.

إنّ الهدف من الاسترخاء هو إدارة المواقف العصبية ، وردود الفعل العاطفية بشكل أفضل ، وتسهيل النوم المريح ، وتجربة الصفاء ، والاسترخاء في نهاية المطاف.

يعود أصل تقنيات الاسترخاء إلى أوائل القرن العشرين. فقد اعتبر شاركو التنويم المغناطيسي حقيقة تشخيصية لاضطراب تاريخي و أخبره برنيهايم بأنه طبيعي ، فاستغل التنويم المغناطيسي كوسيلة علاجية. مع أخذ ذلك في الاعتبار ، وصف Wogt التنويم المغناطيسي الذاتي في حالة شخص يعاني من أزمة عاطفية كبيرة جدًا ومن خلال هذه الوسائل منعه من أن يصبح ممرضًا.

طور شولتز ، تلميذه ، بعد ذلك، تدريبًا ذاتيًا ، وهو أسلوب للتنويم المغناطيسي الذاتي الذي يتضمن تعديل مقترح ذاتيًا لتوتر العضلات من أجل الحصول على انقطاع جسدي وعقلي عام من الكائن الحي.

في الثلاثينيات من القرن الماضي ، اهتم جاكوبسون بالجوانب المنطقية للاسترخاء. درس مع آثار الرسم الكهربائي وطور طريقة علاجية تهدف إلى تحقيق هدوء للنشاط البدني وحالة من الاسترخاء العقلي.

يتم في العلاج السلوكي المعرفي CBT استخدام طرق جاكوبسون Jacobson و شولتز Schultz.

طريقة جاكوبسون:

تركز الانتباه على الأحاسيس الناتجة عن تقلص العضلات والاسترخاء ، وتسمى أيضًا طريقة الاسترخاء التدريجي. في طريقته ، ينقبض الموضوع ويريح مجموعات العضلات المختلفة تدريجيًا ، وهي تقنية ذات مخاطر قليلة (من السهل تعلم الإجراء الأساسي) ، يتم تطبيقها 3/2 مرات في الأسبوع للتعلم بعد بضع أشهر طريقة الاسترخاء بسرعة. وهكذا عالج جاكوبسون فرط النشاط والقلق والاضطرابات النفسية الجسدية.

قام ريد ، زميل جاكوبسون ، بتطوير تقنية الاسترخاء "التلق دون خوف" الذي تم تطبيقه أثناء الولادة.

طريقة شولتز:

يعرف هذا التدريب الذاتي بأنه وسيلة للوصول بنفسك في حالة التنويم المغناطيسي دون تحريض خارجي. يمكن الحصول على هذه الحالة من خلال الاسترخاء العضلي والأوعية الدموية التي يمكن لسلسلة من التمارين توفيرها. ولاحظ أنه عندما يكون المرء في حالة منومة ، يصاحب الحالة المريحة شعور بالثقل في الأطراف والدفء ، وهو ما يتوافق مع الظواهر الفسيولوجية. قال أنه يمكننا الحصول على هذه الحالة من خلال التدريبات.

تتكون السلسلة الأولى من الشخص الذي يقول لنفسه "ذراعي ثقيلة ، ثقيلة جدًا" ، إلخ أثناء التمدد.

السلسلة الثانية على نفس المبدأ مع فكرة الدفء "ذراعي دافئة ، دافئة جدًا ، مريحة وجيدة" ، إلخ ... أثناء التمدد أيضًا.

نكرر هذا النوع من التمارين. تتم تقنية شولتز بالجلوس والوقوف والاستلقاء ، وتكرر التمارين من 20 إلى 30 دقيقة ، بالتدرج مع وصول التكرار إلى هذه الحالة.

لكلتا الطريقتين ، مشاركة الحالة أمر أساسي.

إنّ الاسترخاء هو ما يمكن التحكم فيه نسبيًا ، ولكن لا يجب عرضه على أي مشكلة يعاني منها الفرد. فعلى المستوى العلاجي ، يجب أن نراعي مصادر القلق قبل اقتراح التقنية.

تتمثل التوصيات الرئيسية للإسترخاء في اضطرابات القلق (الذعر ، الوسواس القهري ، رهاب محدد و / أو اجتماعي ، وما إلى ذلك) ، والاضطرابات الوظيفية (الإجهاد ، والإرهاق ، واضطرابات النوم ، وارتفاع ضغط الدم ، والألم المزمن ، والصداع ، وآلام الظهر ، وما إلى ذلك) ، وأحيانًا اضطرابات الإدمان واضطرابات الاندفاع (ولكن هنا يتم استخدام تقنيات أكثر تحديدًا) ، والاضطرابات الجنسية ، للاكتئاب أيضًا .

أما موانع الاستعمال فهي عندما لا يستطيع الشخص الاسترخاء بسبب تدخل الأفكار (وهذا هو الحال مع الوسواس) ، وعمر الحالة (الأصغر مثل المراهقين والأكبر سنًا) ، الدافع (يجب تحفيز الموضوع).

العلاجات المعرفية

ظهرت العلاجات المعرفية في الولايات المتحدة الأمريكية في الستينيات ، مع شخصيات رمزية تتمثل في ألبرت إليس وآرون بيك.

يتكون العلاج المعرفي من تعلم التعامل مع المواقف الصعبة ، والوعي ، والتغيرات في التفكير المشوه / غير المناسب. هدفه هو الكلام الداخلي والفكر والإدراك. الهدف هو تغيير العواطف والسلوكيات من خلال التأثير على الهياكل الفكرية.

كان بيك طبيباً نفسياً ومحللاً نفسياً ، وعمل مع العديد من الأشخاص المصابين بالاكتئاب وكان مهتماً جداً بحلمهم. كان يبحث عن المسارات المعرفية لهذه الأحلام. ليطور علاجه المعرفي مزيج من توجهه للتحليل النفسي والسلوك الكلاسيكي (مختلطاً بين الأفكار الكامنة للمريض). وضعت نماذج بيك في العاطفة / السلوك الإدراكي. إنه معني بالسعي إلى التكوين التاريخي للمخطط المعرفي. يمكن رؤية تأثير السلوكية في الاهتمام بتقديم علاج منظم ، مع أهداف دقيقة وتقييم نهائي.

أما إليس فقد طوّر العلاج العاطفي العقلاني في عام 1962. وهو يبدأ من الانقسام بين العاطفة / الفكر (العقل). وادعى أن السلوك العصابي هو سلوك غبي يمارسه شخص ذكي يجد نفسه محبوساً في قيوده. قال ذلك لأنه ، حسب قوله ، السلوك العصبي جاء من ما يفرضه الفرد "يجب" و "يجب" الذي يسبب الضغوط والقيود. الهدف من علاجه هو قبول قيوده ، والوسيلة للقيام بذلك هي تعديل العواطف بناءً على إدراك هذه الضرورات.

المفاهيم النظرية الأساسية للعلاجات المعرفية هي:

- الإدراك: التفكير التلقائي والصور التي تأتي إلينا عندما نتفاعل مع بيئتنا. كما يمكن أن يكون الخطاب الداخلي الذي يسبق / أثناء / يواصل أفعالنا.
- معالجة المعلومات: ينص النموذج على أنه يمكن أن يكون لدينا قراءة شخصية للغاية لما يحدث لنا ، للعالم بشكل عام. بناءً على التحفيز ، معالجة المعلومات ، العاطفة ، منطق السلوك. وفي مواجهة نفس الموقف، قد يكون للأفراد سلوكيات مختلفة عندما يكون لديهم نفس المعلومات ، لذلك هذه شخصية تفرض نفسها بسرعة على الوعي ، والذي غالباً ما يتم انتقاده قليلاً (نوع من

اليقين الزائف) ويكون شبه واعي. يمكن أن يأخذوا عدة أشكال مثل التفسيرات ("الطبيب لطيف معي لأنني مريض") ، التوقعات ، التأملات ("كان يجب أن أتحدث عنها ، لماذا لم أفعل ذلك") ، الأحكام القيمة ، ...

يقترح بيك تصنيفًا آخر: الإدراك الموجه نحو تفسير الذات / العالم / المستقبل.

يختلف المخطط المعرفي عن الإدراك باختصار ، فهو بالفعل عميق ويمثل مجموعة من المعتقدات والأفكار الباطنة التي يحتفظ بها الشخص عن نفسه وعن العالم. وبالتالي فإن المخطط المعرفي يمثل قواعد الحياة و من المواضيع التي تم اقتحامها، فقدوا الصيغة الوعية و تم تخزينهم في الذاكرة الطويلة المدى. وتتميز بوظيفتها الأمرية على الذات كما تعمل تلقائيًا.

وبالتالي يمكن أن يظل المخطط المعرفي غير نشط لفترة طويلة. ولكن يتم تنشيطه إذا كان الشخص معرضًا لحالة يكون فيها الشخص معرضًا لاستدعاء النمط. قال جونج إن التشاؤم نمطًا من الطفولة ، ، مرتبط ببيئته ثم أعيد تنشيطه كرد فعل.

تنظم الأنماط المعرفية السلوك بطريقتين:

□ الاستيعاب الذي يسعى إلى تأكيد الأنماط المعرفية

إذا كنا في موقف مخالف للمخطط ، فإما أن نتجاهل هذا الموقف ، أو نقوم بتشويه المخطط (نكيف المخطط المعرفي مع الواقع الخارجي)

□ -التكيف الذي يسعى إلى تعديل المخطط المعرفي

تهدف العلاجات المعرفية إلى زيادة عمليات التكيف وتقليل عمليات الاستيعاب.

التشوهات معرفية:

- الاستدلال التعسفي: عندما نحاول استخلاص استنتاج دون الحصول على أي دليل (مثل التعميمات على سبيل المثال)

- التجريد الانتقائي: عندما نفضل عددًا معينًا من المعلومات التي تؤكد تصوراتنا المسبقة (في الأشخاص المكتئين على سبيل المثال لرؤية الأشياء التي تتوافق مع الرؤية المتشائمة فقط)

- التقليل من الإيجابي

- تعظيم السلبية

- التفكير ثنائي التفرع (كلهم أبيض أو أسود بالكامل) (مثل الانقسام: آلية دفاع قديمة يمكن العثور عليها في الفصام وخطوط الحدود)

- التخصيص: ظاهرة المبالغة في تقدير مشاركتنا الشخصية في موقف يتجاوزنا

توجد التشوهات المعرفية في الجميع وليس لها قيمة مرضية في حد ذاتها ، ولكن في حالة علم الأمراض يتم استخدامها بطرق عديدة وصارمة ، وغالبًا ما تكون متشابكة وليست دائمًا خاطئة.

مسار العلاج المعرفي:

إنّ مسار العلاجات المعرفية ، مثل العلاجات السلوكية ، موجزة ومحدودة (15 إلى 20 جلسة ، تخضع للتعامل مع صعوبات بسيطة) ، منظمة ، حيث تكون العلاقة العلاجية هي نفسها ، وتركز على الحاضر.

الخطوات هي:

- تحديد الأنماط المعرفية (مع الحاجة إلى الانتباه للعواطف)

- كشف الأخطاء المعرفية

- تعديل هذه الأخطاء (بإعطاء تفسير آخر على سبيل المثال)

- الحصول على الموضوع ليكون له رأي مختلف عن نفسه (زيادة القدرة على البصيرة)

إنها نوع من الحوار السقراطي الذي يدفع الشخص إلى طرح الأسئلة.

من خلال هذا ، تأتي إعادة الهيكلة المعرفية حيث توجد المرونة والتفسير في الفكر والبدائل.

يمكننا أن نفهم الجوانب الثلاثة للمشاعر / الإدراك / السلوكيات من خلال الدخول من خلال أحد الأبواب الثلاثة لفهم الآخرين وتعديلهم.

من حيث المؤشرات لدينا جميع الاضطرابات العصبية والقلق ، وإعادة تأهيل مرضى الزهان المزمن المستقر ، والاكتئاب (ولكن ليس الكئيب) ، والوقاية من الحالات النفسية الجسدية ، وجلسات إعادة التأهيل (طب الشيخوخة).

على مستوى موانع الاستعمال لدينا الزهان في المرحلة الحادة (حيث لا يمكن أن يكون لدينا أي تعاون واضح مع المريض)

خلاصة:

تظهر العلاجات السلوكية المعرفية من الوهلة الأولى كعلاجات مؤسسة على مجموعة من التقنيات فقط، تستخدم اليا كوصفة منتظمة مع كا اضطراب، إلا أنه هي في الواقع دراسة امبريقية لكل حالة انطلاقا من التحليل الوظيفي حيث يبني المعالج الفرضية السيكونولوجية للحالة، لغاية تجريب الخطة العلاجية والتأكد من نجاعتها عن طريق المقارنة ما بين القياس القبلي والبعدي.

الأعمال الموجهة:

المطلوب من كل طالب إرسال الموضوع الذي تعين تقديمه عن طريق الإيميل وفي ملف ورد، إضافة إلى تسجيل فيديو يقدم فيه الطالب ملخص عمله في 3د.

إبقوا في بيوتكم

د. قهار