

*Вторичната виктимизация на жертвите
от страна на наказателното правосъдие
– начини и средства за избягване и
преодоляване*

Д.Вишева

Вторична виктимизация

- Може би най-важният термин е **травма**, който може да бъде дефиниран като психологическите и емоционалните вреди, причинени от дълбоко обезпокоително събитие.
- **Посттравматичното стресово разстройство** е невъзможността за интегриране на трамватичния опит в съществуващата представа за себе си и света. Основните характеристики на ПТСР са повтарящо се преживяване на болезнени спомени, хиперсензитивност и активна борба за предотвратяване на последваща поява на спомените.
- **Вторичната виктимизация** е ретравматизирането на лице, което е преживяло травма. Тази форма на травма се причинява при контакт с лице/институция, с което жертвата общува във връзка с оказваната ѝ помощ, юридически и социални насоки.
- **Защитен механизъм** е психологическият процес, при който съзнанието намира разрешения за вътрешни конфликти, които не могат да бъдат преодоляни. Този процес е често несъзнателен и се състои от явно изтриване на мислите, чувствата, импулсите, които не са съвместими с моралните норми и основните ценности на лицето и заплашват да понижат самоуважението му, което води до психологически дискомфорт и безпокойство.
- **Емпатия** е способността за разбиране на чувствата и преживяванията на другите от тяхната перспектива. Възможността за поставяне на мястото на някой друг и за изпитване на това, което те изпитват.

Вторична виктимизация

- Поведенията, които водят до *ре-травматизиране* са: липсата или отказът за реакция от властите ("не можем да Ви помогнем, не се занимаваме с такъв тип проблеми" и т.н.); обвиняване на жертвата ("Каква работа имахте с такива хора?", "Когато заминахте, не знаехте ли какво Ви очаква?"); съмнение в твърденията на жертвата ("Сигурни ли сте, че сте били принудени?", "Възможно ли е да сте били съгласни и след това да сте променили мнението си?"); морално осъждане, начин на изразяване, лишен от емпатия и адекватност ("Тя е проститутка.").
- Жертвите на трафика на хора, които са били подложени на повтарящи се травми често мислят "Може би заслужавах това, което ми се случи", "Аз съм виновен/виновна за това, което ми се случи", "Нещо не е наред с мен." Тези мисли не само генерират вина и срам, но в процеса на изграждане на връзка на помощ и доверие, те представляват трудно за преодоляване препятствие.

Вторинна виктимизация

- Пост травматично стресово разстройство

Психично здраве и зрялост на личността:

- Добри екзекутивни процеси; добре разгърнат интелектуален потенциал и интереси на личността;
- Широк диапазон на емоциите; добра модулираност на емоциите и съхранен самоконтрол над интензивен афект; добър емоционален резонанс и годност за покрепа към другите; емоционална рефлексивност спрямо негативните последици от поведението и активиране на самоконтрола;
- Може да „пребивава“, да преживява интензивни емоции и да възстановява емоционалния си баланс; може да се утешава сам с различни умения и активно поведение;
- Добри комуникативни умения с равни, авторитети, подчинени и партньори;
- Ефективни копинг стратегии при решаване на проблеми; нагласа и мотивация на поведение за постигане на значими цели и личностово развитие през целия живот

- Предизвикателства към развитие:
 - Съразмерни към потенциала и уменията на индивида
 - Има фактори, които подкрепят развитието на личността и справянето с предизвикателствата
 - Социална и образователна подкрепа

- Травматични преживявания:
 - Житейските проблеми многократно надвишават потенциала на индивида за справяне
 - Никой не подкрепя процеса на справяне

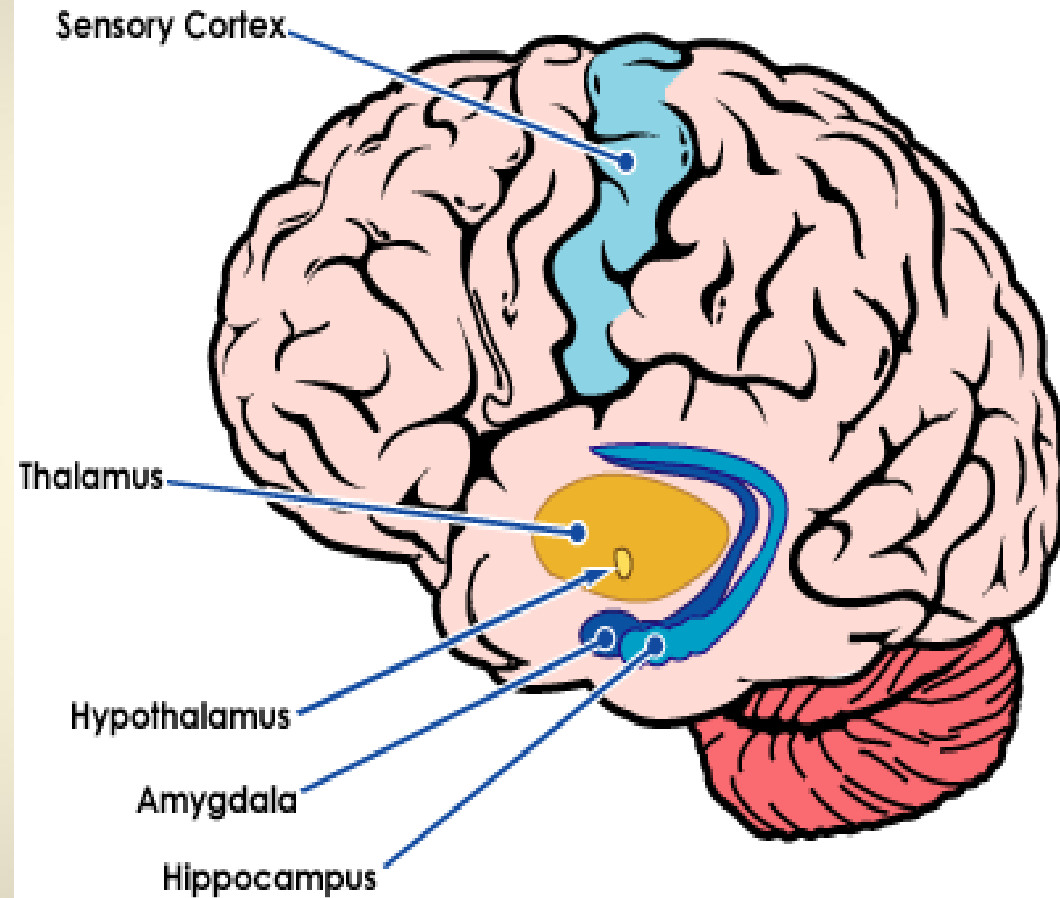
Общият адаптационен синдром, или т.н. синдром на биологичния стрес, протича в следните три стадия:

1. Стадий на тревога /стадий на мобилизация/;
2. Стадий на съпротива /стадий на резистентност/;
3. Стадий на изтощение.

- ▶ В началния стадий започва отделянето на хормоните адреналин и норадреналин от медуларната част на надбъбречната жлеза
- ▶ Във втория стадий се отделят гликокортикоидни хормони, настъпва адаптация. Гликокортикоидни хормони се отделят от кората на надбъбречната жлеза под активиращо действие на секретирания в този стадий адренокортикотропен хормон от предния дял на хипофизната жлеза. Сега е установено, че в отделните стадии и фази се секретират и редица други хормони /от щитовидната жлеза, инсулин и други/, както като невроендокринни механизми обясняват реакциите на различните органи и системи по време на стреса.
- ▶ Адреналинът и норадреналинът се отделят поради дразнене на симпатиковата нервна система, която се нарича система на „борбата“ или на „аварийните ситуации“. Отделните хормони обуславят и промените в обмяната на веществата по време на стрес.

- **Таламус** – решава къде да изпрати идващите данни от сетивните органи (уши, очи, уста, кожа);
- **сензорна кора** – интерпретира сетивната информация;
- **хипокампус** – съхранява и извиква съзнателни спомени; обработва стимули/импулси, за да установи контекст;
- **амигдала** – разшифрова емоции, улавя и детерминира вероятна заплаха; съхранява спомени за страха;
- **хипоталамус** – активира отговора “да се бия или да бягам”

Parts of the Brain Involved in Fear Response



©2005 HowStuffWorks

Layton, J. How Fear Works

THE ENDOCRINE SYSTEM

HYPOTHALAMUS

Regulates hunger, thirst, sleep and wakefulness plus most of your involuntary mechanisms including body temperature.

PITUITARY GLAND

Controls all other endocrine glands; influences growth, metabolism and regeneration.

THYROID GLANDS

Regulates your energy and your metabolism.

PARATHYROID

Secretes the hormones necessary for calcium absorption.

PANCREAS

Aids in the digestion of protein, fats and carbohydrates. Produces insulin which controls blood sugar levels.

THYMUS

Helps build resistance to disease.

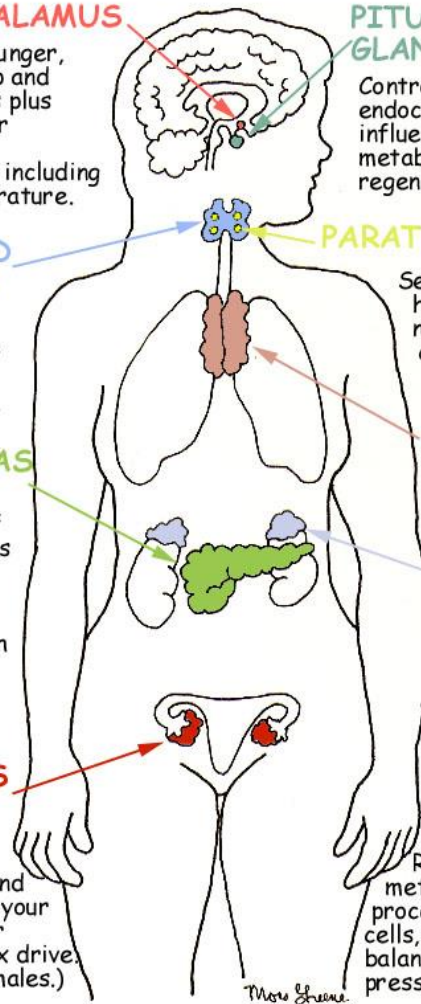
ADRENAL GLANDS

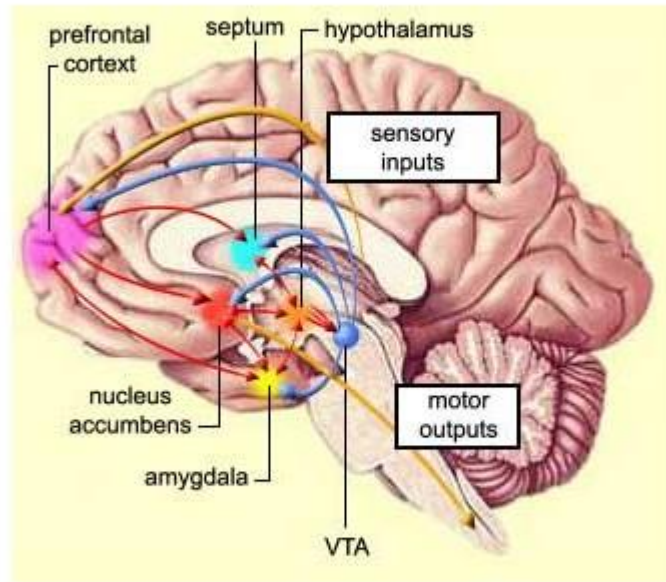
Secretes hundreds of compounds including cortisone & adrenaline which helps you react to emergencies. Regulates your metabolic processes in the cells, water balance, blood pressure, etc.

OVARIES

Influences how your blood circulates and determines your mental vigor and your sex drive. (Testes in males.)

METABOLISM - The conversion of nutrients into energy and building materials to meet your body's needs.





Когнитивен модел (Clark & Ehlers, 2000)

- ПТСР е класифицирано в рубриката на тревожните разстройства. Според когнитивния модел, тревожността е в резултат на оценки, свързани с **предстояща** заплаха. ПТСР обаче е разстройство, при което проблем е спомена за събитие, което **вече се е случило**. Според когнитивният модел, ПТСР се случва само ако индивида преработва травматичното събитие и неговите последици по начин, който предизвиква усещане за сериозна текуща заплаха. Два ключови процеса водят до появата на усещане за настояща заплаха:
 - 1 – индивидуалните различия в оценяването на травмата и нейните последици;
 - 2 – индивидуалните различия в същността на спомена за събитието и връзките на това събитие с други автобиографични спомени.

Когнитивен модел (Clark & Ehlers, 2000)

- Според когнитивния модел, когнитивната **оценка** на травмиращата ситуация се счита за **основен фактор за адаптацията** след травмата, което в най-голяма степен спомага за преодоляване на последиците от нея, ако причината за травмата в съзнанието на индивида приеме екстернален характер и е извън личностовите особености на човека.
- В този случай се запазва и повишава вярата в съществуващата рационалност на света, във възможността за запазване на ситуационния самоконтрол. Централна психотерапевтична задача става възстановяването в съзнанието на хармоничността на съществуващия свят, неговата цялостност.

Когнитивен модел (Clark & Ehlers, 2000)



Когнитивен модел

(Clark & Ehlers, 2000)

Негативни оценки, водещи до усещането за настояща заплаха

Какво се оценява?	Негативна оценка
Факта, че травмата се е случила	“Никъде не е безопасно/няма сигурност.” “Следващото бедствие ще се случи скоро.”
Травмата се е случила на мен	“Аз привличам нещастията.” “Другите могат да видят, че съм жертва.”
Поведения/емоции по време на травмата	“Заслужавам да ми се случват лоши неща.” “Не мога да се справя със стреса.”
<u>Първоначални ПТСР симптоми</u> Раздразнителност, гневни изблици	“Личността ми се промени към най-лошото.” “Бракът ми ще се провали.”
Емоционално вцепенение	“Аз съм мъртъв отвътре.” “Никога няма да мога да се свързвам с другите хора отново.”
Flashbacks, интрузивни спомени, кошмари	“Ще полудея.” “Никога няма да мога да се справя с това.”
Затруднена концентрация	“Мозъкът ми е увреден.” “Ще загубя работата си.”

Какво се оценява?	Негативна оценка
<p><u>Реакциите на другите хора след травмата</u></p> <p>Позитивни отговори</p> <p>Негативни отговори</p>	<p>“Те смятат, че съм твърде слаб, за да се справя сам.”</p> <p>“Неспособен съм да се чувствам близък с никого.”</p> <p>“Никой не го е грижа за мен.”</p> <p>“Не мога да разчитам на никого.”</p>
<p><u>Други последствия от травмата</u></p> <p>Физически</p> <p>Загуба на работа, пари и др.</p>	<p>“Тялото ми е развалина.”</p> <p>“Никога няма да бъда способен да водя нормален живот отново.”</p> <p>“Ще загубя децата си.”</p> <p>“Ще остана без дом.”</p>

- Според **Foa & Riggs (1993)** и **Foa & Rothbaum (1998)** , при индивидите с ПТСР съществуват две „дефектни“ основни вярвания, които се отнасят към начина, по който те оценяват себе си и света:

Азът е некомпетентен,

Светът е заплашително и опасно място.

- При тези индивиди, травматичното събитие често служи като потвърждение на техните, формирани преди травмата, вярвания.

Когнитивни дефицити при ПТСР (1)

Отклонения на ВНИМАНИЕТО

- Отклоненията на вниманието при ПТСР се отнасят до феномен, при който стимули с **ниско ниво** на заплаха водят до прекъсване на текущата когнитивна дейност поради неволевото пренасочване на вниманието към тези стимули.
- Отклоненията на вниманието се считат за важен фактор в развитието и поддържането на емоционалните разстройства, като устойчивото внимание насочено към слаба заплаха усилва значимостта на безвредните стимули, което в отговор води до хронична свръхвъзбудимост и увеличава уязвимостта към стрес.

Когнитивни дефицити при ПТСР (2)

Отклонения в СЪЖДЕНИЯТА

- Допринасят за повишената тревожност и възбудимост при ПТСР, които са съществени за поддържане на това разстройство;
- Повишена тревожност може да възникне, ако индивидите с ПТСР обичайно преработват емоционално двусмислени събития като застрашаващи; това усилва чувството на уязвимост и бдителност за възможна заплаха.
- Високите нива на негативен афект, особено на тревожност, се асоциират с повишено субективно възприемане на риск от околната среда и се свързват с негативни очаквания за бъдещи събития.

Когнитивни дефицити при ПТСР (3)

Отклонения в ПАМЕТТА

- Въпреки че ПТСР се характеризира с нежелано припомняне на травматичното събитие, индивидите с ПТСР изпитват леки нарушения при възпроизвеждането на току-що усвоена информация.
- В проучвания, използващи подхода на случайното научаване (тест на свободното припомняне), изследователите установяват, че участниците с ПТСР възпроизвеждат повече свързани с травмата думи, отколкото тези в контролната група.
- Тенденция да представят „**свр̀хгененерализирана**” автобиографична **ПАМЕТ** (напр., при представяне на ключова дума „свещ”, отговарят с „празнуване на рождени дни”, вместо да споделят конкретен спомен, свързан с определен рожден ден).

Диагностични критерии по DSM-IV TR (1)

А. Индивидът е изложен на травмиращо събитие, при което са били налице и двете от следните:

- (1) индивидът е преживял, станал свидетел или се е сблъскал със събитие или събития, свързани с действителна смърт, смъртна опасност, сериозно нараняване или опасност за телесната цялост на самия него или на околни хора;
- (2) в реакцията на индивида са се включвали интензивен страх, безпомощност или ужас.

В. Травматичното събитие упорито се преживява отново и отново, по един (или повече) от следните начини:

- (1) постоянни и натрапливи, разтърсващи спомени за събитието, включително образи, мисли или други усещания;
- (2) постоянни разтърсващи сънища относно случилото се;
- (3) действия или усещане, сякаш травмиращото събитие се случва отново (включително и чувство за повторно преживяване, илюзии, халюцинации и епизоди на дисоциативни оживявания, както и такива, които типично възникват при събуждане или при интоксикация);
- (4) интензивният психологичен дистрес при експониране на вътрешни или външни сигнали, които символизират или наподобяват аспекти от травматичното събитие;
- (5) физиологични реакции при експониране на вътрешни или външни сигнали, които символизират или наподобяват аспекти от травматичното събитие.

Диагностични критерии по DSM-IV TR (2)

С. Постоянно отбягване на стимули, които се свързват с травмата и притъпяване на цялостната реактивност (които не са били налице преди травмата), и се изразяват в три (или повече) от следните:

- (1) опити да се отбягват мисли, чувства или разговори, свързани с травмата;
- (2) опити да се отбягват дейности, места или хора, които събуждат спомени за травмата;
- (3) неспособност да се възпроизвеждат важни аспекти на травмата;
- (4) значително понижен интерес или участие в значителни дейности;
- (5) усещане за откъсване или отчуждаване от другите;
- (6) ограничен диапазон на емоциите (напр. невъзможност за изпитване на любовни чувства);
- (7) усещане за скъсяване на бъдещето (напр. няма очаквания за кариера, брак, деца или нормална продължителност на живота).

Диагностични критерии по DSM-IV TR (3)

D. Постоянни симптоми на вегетативната нервна система (каквато не е била изразена преди травмата), установена чрез две (или повече) от следните:

- (1) затруднено заспиване или поддържане на съня;
- (2) раздразнителност или гневни изблици;
- (3) затруднения в концентрацията;
- (4) свръхвъзбудимост;
- (5) силно изразена стресова реакция.

E. Продължителността на разстройството (симптомите по Критерий B, C и D) е по-дълга от 1 месец.

F. Разстройството предизвиква клинично значим дистрес или нарушение на функционирането в социалната, професионалната или други важни области.

Уточнете:

остро: ако продължителността на симптомите е по-кратка от три месеца.

хронично: ако продължителността на симптомите е три месеца или повече.

с късно начало: ако появата на симптомите е поне 6 месеца след стресора.

Диагностични критерии по МКБ-10

F43.1 Посттравматично стресово разстройство

Възниква като закъснял и/или протрахиран отговор към стресогенно събитие или ситуация на прекомерна заплаха (краткотрайна или по-продължителна), които са в състояние да причинят дълбок дистрес у почти всеки човек (напр. природна или причинена от хората катастрофа, сражение, тежка злополука, очевидец на насилствена смърт на други хора, жертва на изтезания, тероризъм, изнасилване или друго престъпление. Ако са налице предразполагащи фактори, като личностови черти (напр. компулсивни, астенични), или анамнеза за невротично заболяване, те могат да снижат прага за възникване на този синдром или да утежнят протичането му, но не са нито необходими, нито достатъчни да обяснят появата му.

Фактори на риск за ПТСР (1)

- **Повишеният риск от развитие на ПТСР** е свързан както с външни ситуационни фактори , така и с вътрешни психологични характеристики на индивида. Към ситуационните фактори, повишаващи вероятността от развитие на ПТСР се отнася напр. намиране в непосредствена близост със ситуацията на травмата.
- **Breslau et al. (1998)** установяват, че условния риск да се развие ПТСР вследствие на тежка травма е 9.2%. Съществуват индивидуални различия в уязвимостта към ПТСР.
- Един от мощните, предразполагащи към развитие на ПТСР, фактори се явява такава личностова черта, като невротизма – действа като филтър, заставлящ хората да селектират негативните събития от заобикалящата среда.

Фактори на риск за ПТСР (2)

- Повишеният риск за ПТСР е свързан със стил на справяне като бягство и напускане, а също и с тенденция към натрапливи размишления за събитията в отрицателен смисъл.
- Освен това, хора с избягващи, зависими или нарцистични личностови черти са по-склонни към развитие на ПТСР вследствие на масирана травма, в сравнение с носителите на антисоциални личностови черти, при които развитието на такава симптоматика е малко вероятно.
- Индивидуалните характеристики влияят не толкова на възприятието на събитието, но също определят емоционалната възбудимост, регулират интерпретацията на сигналите за опасност и затрудняват изработването на адаптивни реакции към стресогенните въздействия.

Фактори на риск за ПТСР (3)

- Травми в ранен жизнен цикъл
- Травма, която многократно надвишава потенциала на индивида и блокира развитието
- Висока честота на травмите, която не позволява възстановяване
- Липса на социална подкрепа и сигурност
- Специфична личностова предиспозиция на уязвимост

Личностова предиспозиция на уязвимост, определяща висок риск за ПТСР

- Резилианс
- Разстройства на привързаността
- Преживяване на вина
- Стабилизирани архетипни модели на неефективно справяне с предизвикателства и травми
- Минимална мозъчна дисфункция

**Отрицателна статистически значима корелация е
намерена между ризициантността и:**

- ▶ **Безпомощност**
- ▶ **Психологична ранимост**
- ▶ **Катастрофични нагласи**

Тези особености на личността бихме могли да наречем „неризициантни”.

Положителни статистически значими корелационни коефициенти са получени между нивото на ризициантност и:

- ▶ **Оптимистична нагласа**
- ▶ **Възприемане на здравни съвети**
- ▶ **Справяне с физическа болка**
- ▶ **Преоценяване**
- ▶ **Активност при решаване на проблеми**
- ▶ **Търсене на социална подкрепа**
- ▶ **Позитивен афект**
- ▶ **Удовлетвореност от живота**

Разстройства на привързаността

Привързаността при възрастните обикновено е изследвана чрез Интервю за привързаност на възрастни (AAI) и самооценъчни въпросници. Самооценъчните въпросници са идентифицирали две дименсии. Едната е свързана с тревожност относно взаимоотношенията, а другата с избягващото поведение.

Методът на ААІ класифицира хората в следните четири категории:

- 1. Сигурен/Автономен**
- 2. Несигурен/Избягващ**
- 3. Амбивалентен/Свърхангажиран**
- 4. Дезорганизиран/ С неразрешена травма**

Психотерапия на ПТСР

- **Основни терапевтични техники**

- Нормализиране;
- Установяване на евентуалното наличие на предварителни хипотези, т.е. готови обяснителни модели;
- Идентифициране на автоматичните мисли;
- Промяна (оспорване) на автоматичните мисли;
- Оспорване на автоматичните мисли

Психотерапия на ПТСР

Horowitz (1986) отделя 4 основни стратегии, към които могат да бъдат сведени всички форми на психотерапия на ПТСР:

1. Поддръжка на адаптивните навици на Аза
2. Формиране на позитивно отношение към симптомите
3. Намаляване на избягването
4. Промяна на атрибуцията на смисъла

Психотерапия на ПТСР

Поддръжка на адаптивните навици на Аза – особено важни са позитивните терапевтични отношения; при разгръщането на терапевтичния алианс да има разумно обяснение за предстоящата терапевтична намеса, което дава на пациента чувството за контрол над ситуацията, необходимо за поддържане на нормално функциониране.

Целта на терапията, според Horowitz, сес състои в това да се удържа индивида в оптималните граници между симптомите на свръхмерното отхвърляне или свръхмерната натрапливост.

Специфични терапевтични стратегии: отдих; релаксация; систематична десенсибилизация; използване на образи и въображението; разговор със самия себе си и др.

Психотерапия на ПТСР

Формиране на позитивно отношение към симптомите – хората, страдащи от ПТСР, по дефиниция, са преживели събитие, надхвърлящо рамките на нормалния (обичайния) човешки опит и изпитват реакции, които са им непонятни.

В хода на психотерапията, отчитайки екстремалните обстоятелства, пациентите разбират и приемат своите реакции като нормални. Това има две основни цели:

- 1 - предотвратява по-нататъшната травматизация на пациентите;
- 2 - създава атмосфера, в която имат възможност да използват своите собствени ресурси.

Психотерапия на ПТСР

Намаляване на избягването – практически се разглежда като главна цел на терапията. Избягването може да се наблюдава на няколко равнища:

- избягване на афект или чувства (отцепване)
- избягване на спомена за травматичното събитие (амнезия)
- поведенческо избягване (фобийни реакции)
- избягване на обсъждането на случилото се събитие.

Тенденцията към избягване на „сблъсъка“ с травмата и всичко свързано с нея, трябва да бъде неутрализирана поради две основни причини:

1 – не могат да преработят травматичния опит сами и той продължава да бъде болезнен за тях;

2 – избягването само по себе си става проблем, който впоследствие обостря ситуацията (напр., нарушено общуване с членовете на семейството).

Психотерапия на ПТСР

Промяна на атрибуцията на смисъла – една от терапевтичните стратегии е промяна на смисъла, който пациентите придават на травматичната ситуация и на последствията ѝ.

Централни теми са свързани с възможността да се „извадят навън“ болезнените спомени и емоции; развитие на самоефективност; изменение на Аз-образа.

Всичко това има като краен резултат изработването на усещане за „контрол над травмата“ (Frederick, 1985).

Психотерапия на ПТСР

Специфични терапевтични техники

Терапия на Излагането - възможност за многократно преживяване на травматичния опит, с цел отреагиране и придобиване на контрол върху ситуацията. Активация на свързаните със страха когнитивни и емоционални структури чрез „оживяване“ на травматичните спомени - преработката на страха, свързан с натрапливите мисли и образи, свързани с травматичното преживяване изискват първоначална активация на тази емоционална реакция.

„Горещите“ когнитивни процеси могат да бъдат оживени по време на сесия с помощта на „индукция във въображението“. Тази процедура предполага оживяване на ясните спомени за първоначалната травма. Заедно с тях оживяват и се изследват негативните мисли, усещания (звуци, зрителни образи, заплахи, тактилни усещания) и чувства (срам, вина, ужас).

Психотерапия на ПТСР

Техника на „потапянето“ – терапевтът помага на пациента да се потопи в спомените и стимулите, свързани с травмата, предотвратявайки опитите за избягване. Това пролонгирано потапяне води пациента към важното разбиране – че може да понесе травматично припомняне. Освен това, започва да осъзнава, че процеса на подобно припомняне снижава болезнената интензивност. Това се достига по два начина:

- *Потапянето във въображението* предполага емоционално наситено повторение на травматичния спомен дотогава, докато престане да предизвиква висока степен на дискомфорт;
- *Потапяне in vivo* в ситуации, които в настоящия момент са безопасни, но се избягват, защото се асоциират с травмата и предизвикват извънредно силен страх.

Психотерапия на ПТСР

Когнитивно реструктуриране – обучава пациента да разпознава собствените дисфункционални мисли и убеждения, премервайки фактите „за“ и „против“, да избере възглед, който е свързан с по-реалистични емоционални преживявания. Терапевтът активно участва в разкриването на дисфункционалните автоматични мисли, увозаключения и схеми и се конфронтира с тях.

Позитивното мислене и вътрешният диалог обучават пациента да замени негативните мисли с по-реалистични при предусещане на стресогенна ситуация или при сблъсък с нея.

Разкриване на натрапливите мисли и образи – убежденията за същността на натрапливите мисли могат да бъдат оценени и преработени по същия начин както и дисфункционалните мисли.

Психотерапия на ПТСР

Създаване на друг сценарий във въображението – Smucker и Danци (1999) изобретяват остроумна процедура, в хода на която терапевта и пациента си сътрудничат в създаването на нова „история“ на травмата, целта на която е да помогне на пациента да преразкаже преживяното, запазвайки усещането за собствена компетентност, сила и кураж.

Създава се нов сценарий, в който пациентът удържа насилника, наказва го или намира добър изход от ситуацията благодарение на собствената си увереност и така създава нов образ за себе си.

Психотерапия на ПТСР

Тренинг за управление на тревожността – обучение в саморегулация и овладяване на стреса; включва множество техники:

- **Релаксация** – обучава пациента да контролира страха и тревогата с помощта на систематично отпускане на основни групи мускули;
- **Контролирано дишане** – включва специални техники, обучаващи в бавно, недълбоко коремно дишане, с помощта на което пациентът се отпуска и се избягва хипервентилацията на белите дробове;
- **Тренинг в увереност** – обучава пациента адекватно да изразява желаниа, мнения и чувства без отчуждение от другите хора;
- **Спиране на мислите** – техника на отвличането, използвана с цел прекъсване на мислите с неприятно съдържание
- **Отвличане на вниманието** чрез описание на прости обекти

Психотерапия на ПТСР

- **EMDR** – F.Shapiro (1989), когато дадено травматично преживяване се случи и не можем да се справим с него, споменът за събитието може да бъде неадекватно преработен и дисфункционално съхранен в изолирана паметова невронна мрежа. EMDR работи с миналите, настоящите и бъдещите аспекти на дисфункционално съхранените спомени.

Усилва преработката на информацията като събира асоциациите от травматичния спомен с нова, по-адаптивна информация, съдържаща се в други семантични паметови мрежи. Стресирацията материал се трансформира, когато се свърже с нови връзки с по-позитивна и реалистична информация;

Трансформация на емоционалните, сензорните и когнитивните компоненти на спомена – нова перспектива, нов инсайт, нови умения.

Психотерапия на ПТСР

Mindfulness интегрирана КПТ - Моделът на Bruno Cayoun (2004)

представлява усъвършенствана интеграция на умения, развивани чрез mindfulness обучение и принципите на СВТ.

Подобрява способността на пациентите да толерират негативните емоционални състояния и способността им да се справят с тях ефективно; да развият неосъдително изследване, приемане и разбиране за своите преживявания.

Води до разбирането, че това са „просто мисли и емоции“, отколкото отражения на реалността или истина и не налага избягващо или отхвърлящо поведение.

Усъвършенства самонаблюдение, което има за резултат разширяване на кръга от копинг-стратегии; съдейства за осъзнаването на всички когнитивни и емоционални събития, докато те се случват; неосъдителното изследване и описание позволява разпознаването на последиците от поведението.

- **БЛАГОДАРЯ ЗА ВНИМАНИЕТО!**