

AB-ISTDP Model of Treating Ego Fragility

AB



Robert J. Neborsky, MD
UCSD School of Medicine
San Diego, California

SENTIO Poland April 16, 2026

Trochę o ISTDP i mojej osobistej historii następnie....

- Metapsychologia podejścia Davanloo
- Wyniki badań
- Ewolucja jego techniki
- Kruchość jako odrębna kategoria diagnostyczna na spektrum psychonerwic
- Odmiany zaburzeń poznawczo-percepcyjnych
- Podsumowanie metapsychologii CDS
- Rewizja teorii poliwagalnej
- Technika opartej na przywiązaniu ISTDP
- Wypracowane bezpieczne przywiązanie
- Przykłady wideo: somatyzacja; dysocjacja

In Therapy Forever? Enough Already

MY therapist called me the wrong name. I poured my heart; my doctor loomed at his watch. My psychiatrist told me I had to keep seeing him or I would be lost.

New patients tell me things like this all the time. And they tell me how former therapists sat, listened, nodded and offered little or no advice, for weeks, months, sometimes years. A patient recently told me that, after seeing her therapist for several years, she asked if he had any advice for her. The therapist said, "See you next week."

When I started practicing as a therapist 15 years ago, I thought complaints like this were anomalous. But I have come to a sobering conclusion over the years: ineffective therapy is disturbingly common.

Talk to friends, keep your ears open at a cafe, or read discussion boards online about length of time in therapy. I bet you'll find many people who have remained in therapy long beyond the time they thought it would take to solve their problems. According to a 2010 study published in the *American Journal of Psychiatry*, 42 percent of people in psychotherapy use 3 to 10 visits for treatment, while 1 in 9 have more than 20 sessions.

For this 11 percent, therapy can become a dead-end relationship. Research shows that, in many cases, the longer therapy lasts the less likely it is to be effective. Still, therapists are often reluctant to admit defeat.

A 2001 study published in the *Journal of Counseling Psychology* found that patients improved most dramatically between their seventh and tenth sessions. Another study, published in 2006 in the *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, looked at nearly 2,000 people who underwent counseling for 1 to 12 sessions and found that while 88 percent improved after one session, the rate fell to 62 percent after 12. Yet, according to research conducted at the University of Pennsylvania, therapists who practice more traditional psycho-

Czy terapia powinna trwać wiecznie?

The New York Times, April 22, 2012 edycja

Davanloo's Answer

Odpowiedź Davanloo

are the top predicaments for which patients seek mental health treatment; schizophrenia is at the bottom of the list.

In my experience, most people seek therapeutic help for discrete, treatable issues: they are stuck in unfulfilling jobs or relationships, they can't reach their goals, are fearful of change and depressed as a result. It doesn't take years of therapy to get to the bottom of those kinds of problems. For some of my patients, it doesn't even take a whole session.

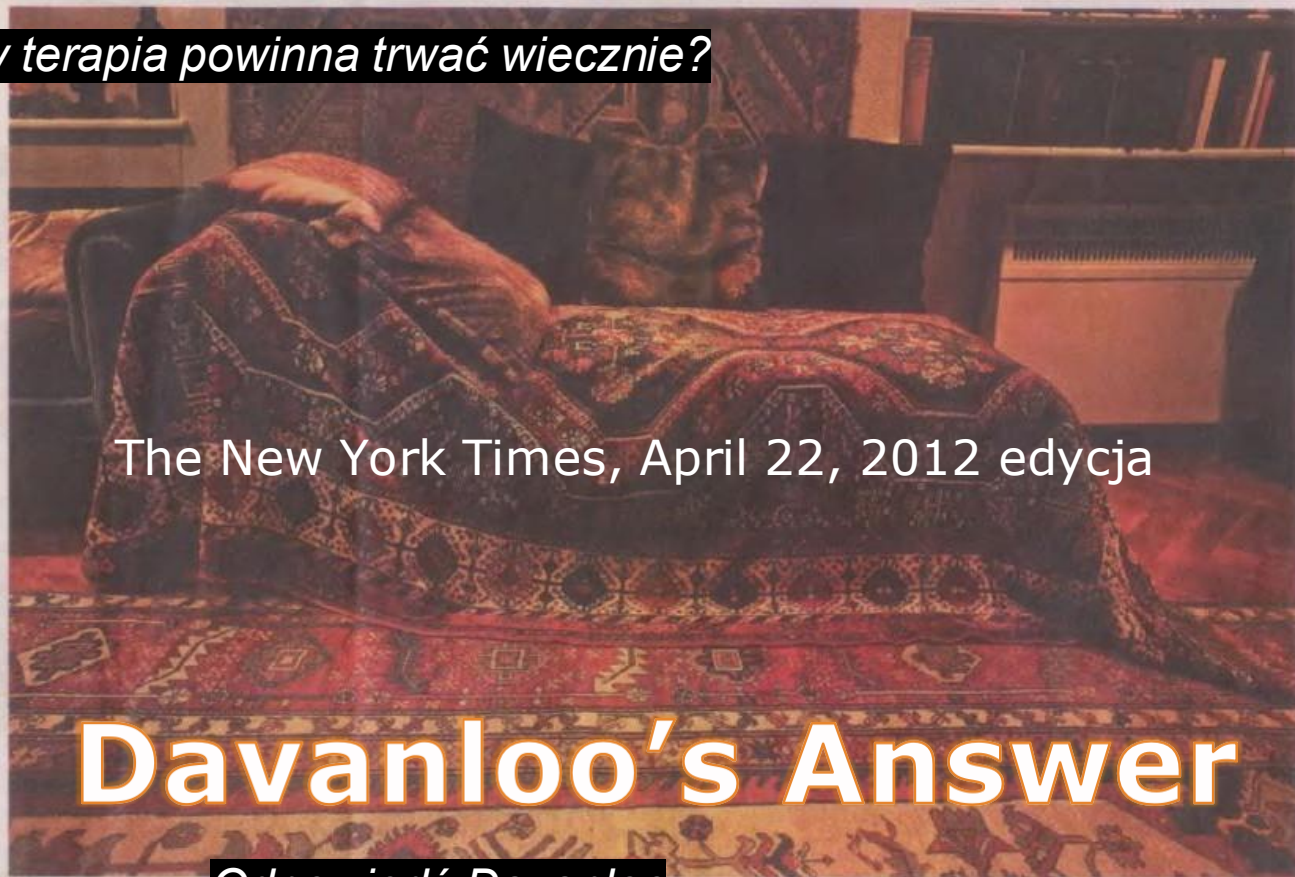
Therapy can — and should — focus

This approach may not be right for every patient, but the results described in the Finnish study are consistent with my experience.

If a patient comes to me and tells me she's been unhappy with her boyfriend for the past year, I don't ask, as some might, "How do you feel about that?" I already know how she feels about that. She just told me. She's unhappy. When she asks me what I think she should do, I don't respond with a return interrogatory. "What do you think you should do?" If she knew, she wouldn't ask me

Popular misconceptions reinforce the belief that therapy is about resting on a couch and talking about one's problems. So that's what patients often do. And just as often this leads to codependence. The therapist, of course, depends on the patient for money, and the patient depends on the therapist for emotional support. And, for many therapy patients, it is satisfying just to have someone listen, and they leave sessions feeling better.

But there's a difference between feeling good and changing your life. Feeling



ANNE LEBOVITZ. FROM "PILGRIMAGE" (RANDOM HOUSE, 2011)

OPINION

JONATHAN ALPERT

A New York psychotherapist the author of "Be Fearless: Change Your Life in 28 Days."

The longer psychotherapy takes, the

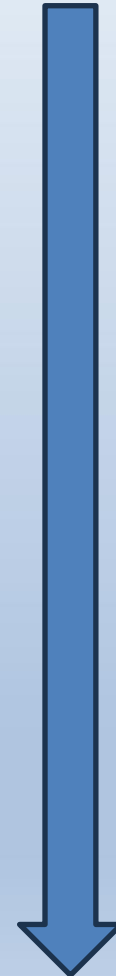
Habib Davanloo, MD



- (ur. 10 października 1927) - [psychoterapeuta](#) psychodynamiczny i badacz psychiatryczny, który szkolił się w ramach stypendium na Harvardzie, a następnie pracował w [Montrealu](#), Quebec, Kanada, który rozwinął [Intensywną Krótkoterminową Psychoterapię Dynamiczną](#) (ISTDP).
- Był emerytowanym profesorem psychiatrii na [McGill University](#) oraz redaktorem założycielem *International Journal of Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy*.
- Zmarł w listopadzie 2023 roku w wieku 97 lat.

Oś czasu: Neborsky – Davanloo

- 1978 - warsztat dla kadry UCSD
- 1980 - dyskutant na sympozjum UCSD (Mission Bay Sheraton)
- 1981 - dyskutant na sympozjum UCSD (Mission Bay Sheraton)
- 1982 - dyskutant na sympozjum UCSD (Mission Bay Sheraton)
- 1983 - San Diego Institute założony przez Trunella i Neborsky'ego
- 1983 - sponsorowane sympozjum środowiskowe, rola dyskutanta
- 1983 - mianowany zastępcą redaktora International Journal STDP
- 1984 - dwa rozszerzone warsztaty w La Jolla
- 1986 - San Diego Institute zostaje zamknięty
- 1994 - konferencja Lifespan na UCLA
- 1994-97 - pierwsza grupa szkoleniowa w Los Angeles
- 1995 - grupa superwizyjna w moim domu
- 2000 - rozstanie się



Pierwsze spotkanie

- Po raz pierwszy spotkałem dr. Davanloo na UCSD w 1978 roku podczas warsztatu, który prowadził wraz z Davidem Malanem dla kadry. Właśnie zorganizował trzecią doroczną konferencję naukową poświęconą swojej metodzie w Los Angeles w 1977 roku.
- Nasz przewodniczący, Lewis Judd, uczestniczył w niej i zaprosił go, aby pobudził kadrę do badań nad psychoterapią.
- Następnie wydział sponsorował pięć corocznych konferencji, podczas których on i David Malan prezentowali swoje nagrania wideo.
- Byłem dyskutantem na każdej z tych konferencji.

Moje wczesne szkolenie



- Dr Thomas Trunell i ja założyliśmy San Diego Institute for ISTDP na początku lat 80., a dr Davanloo prowadził nasze zasadnicze szkolenie przez 2 lata w San Diego.
- Zorganizowaliśmy dwa duże sympozja dla środowiska w latach 1983 i 1984.
- Dwa intensywne warsztaty w La Jolla poświęcone przeglądowi jego pracy.
 - Podsumowanie opublikowano w *International Journal of Short Term Dynamic Psychotherapy* w 1984 roku.
- San Diego Institute zakończył działalność pod koniec 1986 roku.
- Raz uczestniczyłem w jego programie w Montrealu i ćwiczyłem swoje umiejętności.
- Indywidualna superwizja w Del Mar w 1995 roku.

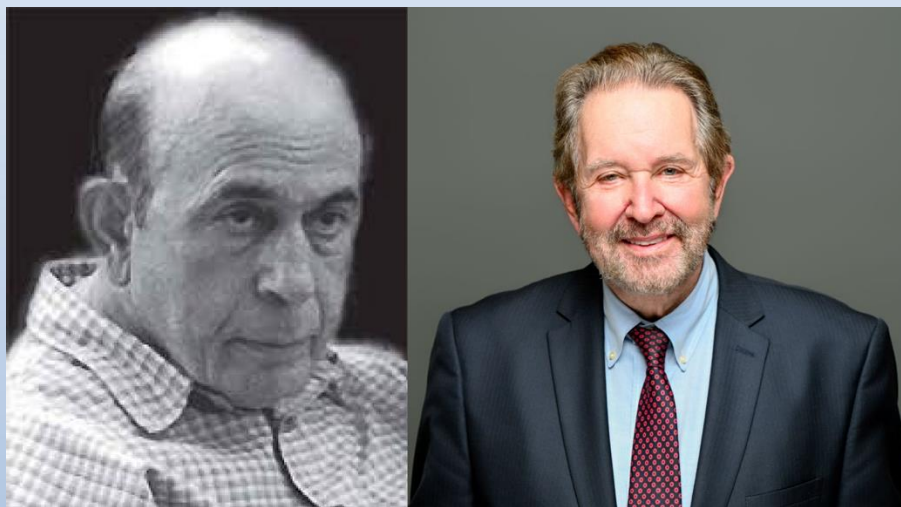
Ponowne spotkanie

- Na początku lat 90. dr Davanloo poprosił mnie, abym omówił jego materiał wideo na kursie sponsorowanym przez dr Marion Solomon (Lifespan Learning Institute) na UCLA.
- Po tej konferencji dr Davanloo poprosił mnie, abym założył instytut szkoleniowy w Los Angeles. Zgodziłem się pod warunkiem, że będzie mnie „superwizował w zakresie superwizowania jego metody”.
- Doprowadziło to do powstania instytutów w Los Angeles, San Francisco oraz zachodniej Kanadzie (Vancouver / Calgary).

Moje obserwacje

- Metoda Davanloo przechodziła trzy wyraźne fazy ewolucji:
- 1960-1980
 - Faza 1: Presja, wyzwanie i zderzenie czołowe wobec wszystkich pacjentów.
- 1980-2000
 - Faza 2: Odkrycie pacjenta kruchego i stworzenie podejścia stopniowanego.
- 2000-obecnie
 - Faza 3: Silna presja i nacisk na przełom w przeniesieniu.

Mimo rozstania w 2000 roku
dalej pozostaję wdzięczny



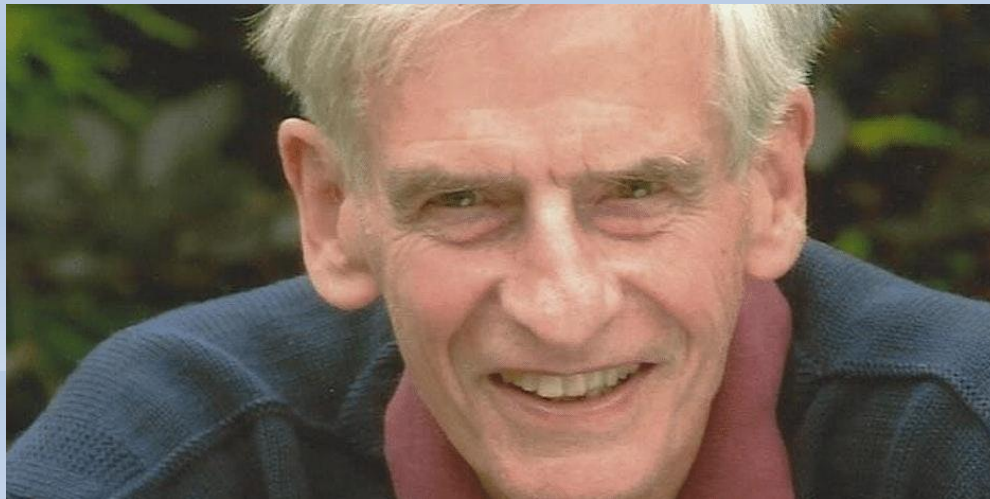
Byłem pochłonięty w treningu ISTDP
i dołączyłem do IEDTA

IEDTA wyodrębniła się jako równoległa organizacja

- Mediolan, Włochy, 2001 (pознаłem Josette ten Have de Labije)
- Waszyngton, DC, USA, 2003
- Los Angeles, Kalifornia, USA, 2005
- Aarhus, Dania, 2007
 - *Poznałem Zofię Milską-Wrzosińską.*
- Vancouver, Kolumbia Brytyjska, Kanada, 2010
- Oxford, Anglia, 2012

Wkład Davida Malana

- 11 lat jako współpracownik badawczy i teoretyk.
- Ghostwriter książki Unlocking the Unconscious.
- Sponsorował dwie konferencje oksfordzkie, pierwszą w 2006 roku.
- Doprowadziło to ostatecznie do założenia przeze mnie ISTDP UK oraz ISTDP London.
- Konferencja upamiętniająca w Londynie w 2023 roku.
- <https://www.istdp.org.uk/david-malan-conference-booklet/>



Moje wprowadzenie ISTDP do Polski

Poznałem Zofię Miłską-Wrzosińską na konferencji IEDTA w Aarhus w 2007 roku.

Zaprosiła mnie do prowadzenia zajęć w Laboratorium Psychoedukacji w latach 2008-2018.

Pierwszy dwudniowy warsztat ISTDP na Uniwersytecie Warszawskim w 2008 roku.

Następnie ciąg dalszy seminariów w Laboratorium w Warszawie.

Seminaria w Sopocie i Gdańsku w 2017 roku z Instytutem Sentio.

4. Międzynarodowa Konferencja Polskiego Towarzystwa Integracji Psychoterapii. Warszawa, czerwiec 2022.

Wystąpienie w Centrum w latach 2022 i 2025.



SENTIO
POLISH
INSTITUTE
OF ISTDP

POLISH INSTITUTE OF INTENSIVE
SHORT - TERM DYNAMIC
PSYCHOTHERAPY SENTIO

It is our great honour to invite for the first time in the Tricity, Poland

Dr Robert Neborsky | USA

psychiatrist, outstanding psychotherapist,
supervisor and teacher of ISTDP

Dr Neborsky will lead the 1-day-workshop

**“Changing the Working Model
of Attachment in ISTDP”**

This workshop will review the ground breaking research of Bowlby, Ainsworth, Main and Hesse in understanding the relationship between attachment experience and vulnerability to adult psychopathology. This research underlies the basis of the corrective emotional experience.

Videotapes of Dr Neborsky applying ISTDP to patients with neurotic and characterologic disorders will illustrate how sustainable change can be accomplished in a reasonable time frame. He will also present the treatment of a mother with disorganized attachment treated successfully, followed by the treatment of her son ten years later with an avoidant attachment style.

It will be a chance to watch the psychotherapeutic work of one of the most outstanding teachers of ISTDP in the world.

The training will be translated into Polish

DATE: **23rd May 2017**

TIME: **9.00- 18.00**

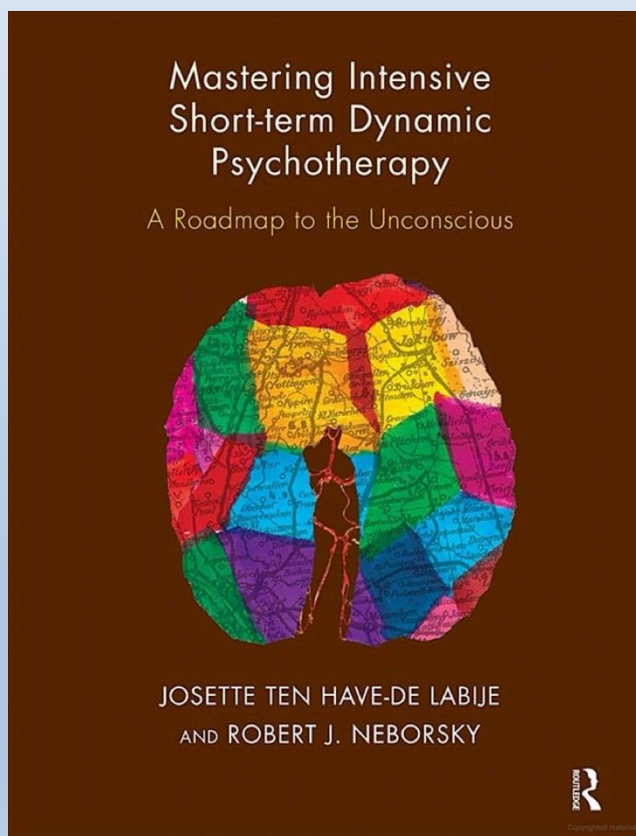
LOCATION: **Gdańsk**

COST
OF THE TRAINING: **490 zł** registration before 15.04.2017
590 zł registration after 15.04.2017

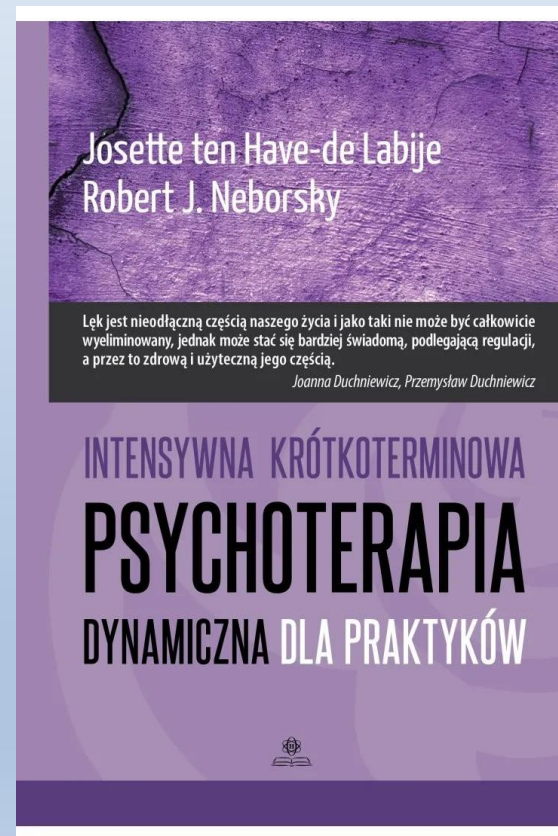
REGISTRATION FORM AND BANKING DETAILS AVAILABLE AT:
polskiinstytutistdp.pl/wydarzenia/trwala-zmiana-stylu-przywiazania
www.polskiinstytutistdp.pl

Przetłumaczone przez Joannę oraz Przemysława Duchniewicz

2012

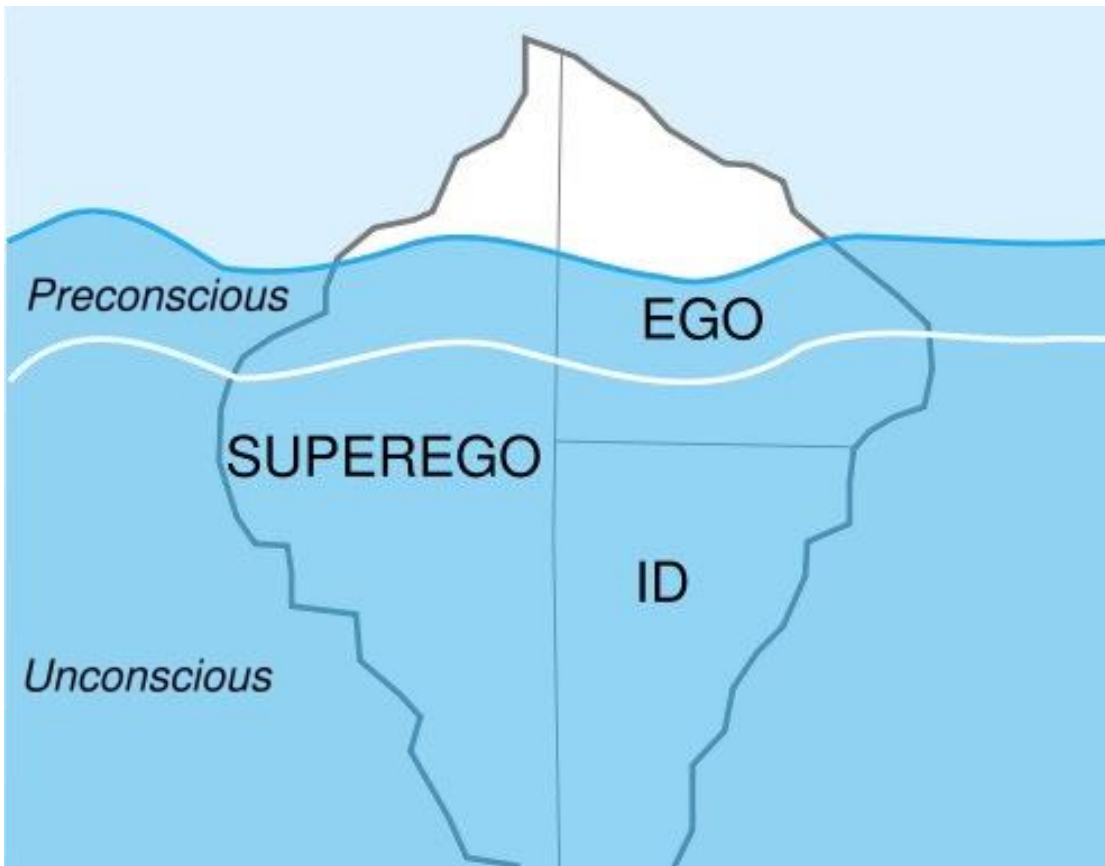


2025



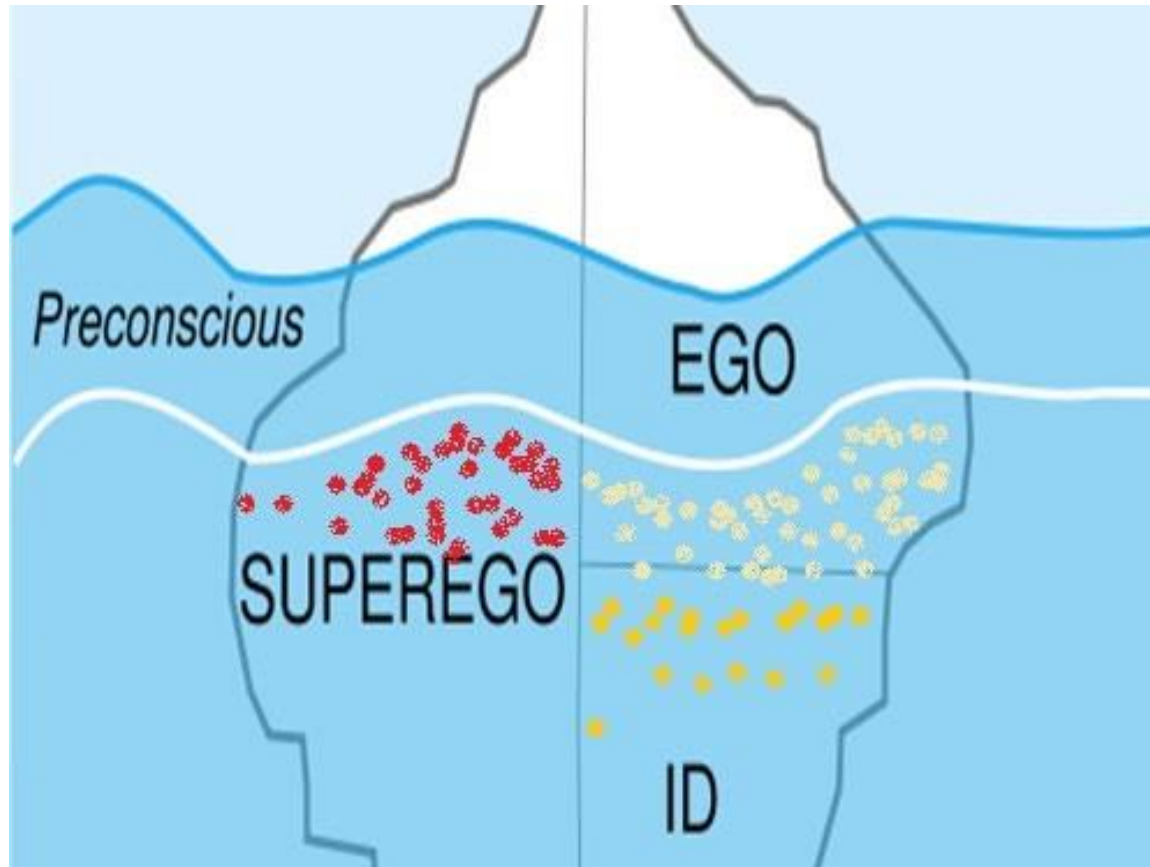


METAPSYCHOLOGICZNA STRUKTURA ISTDP



- Około 1895-1923
- Terapie analityczne

**Nałożone na
siebie modele
topograficzny i
strukturalny**



Miejsca, do których dotarcia aspirują analiza, ISTDP oraz AB/ISTDP w modelach topograficznym i strukturalnym.

Technika Davanloo, podobnie jak Freuda, rozpoznaje problem oporu

- Jeśli chodzi o pacjenta, jego poczucie winy jest tępe; nie mówi mu, że jest winny; nie czuje się winny, lecz chory. To poczucie winy wyraża się jako opór wobec wyzdrowienia, który jest niezwykle trudny do przezwyciężenia.

-Freud, 1923

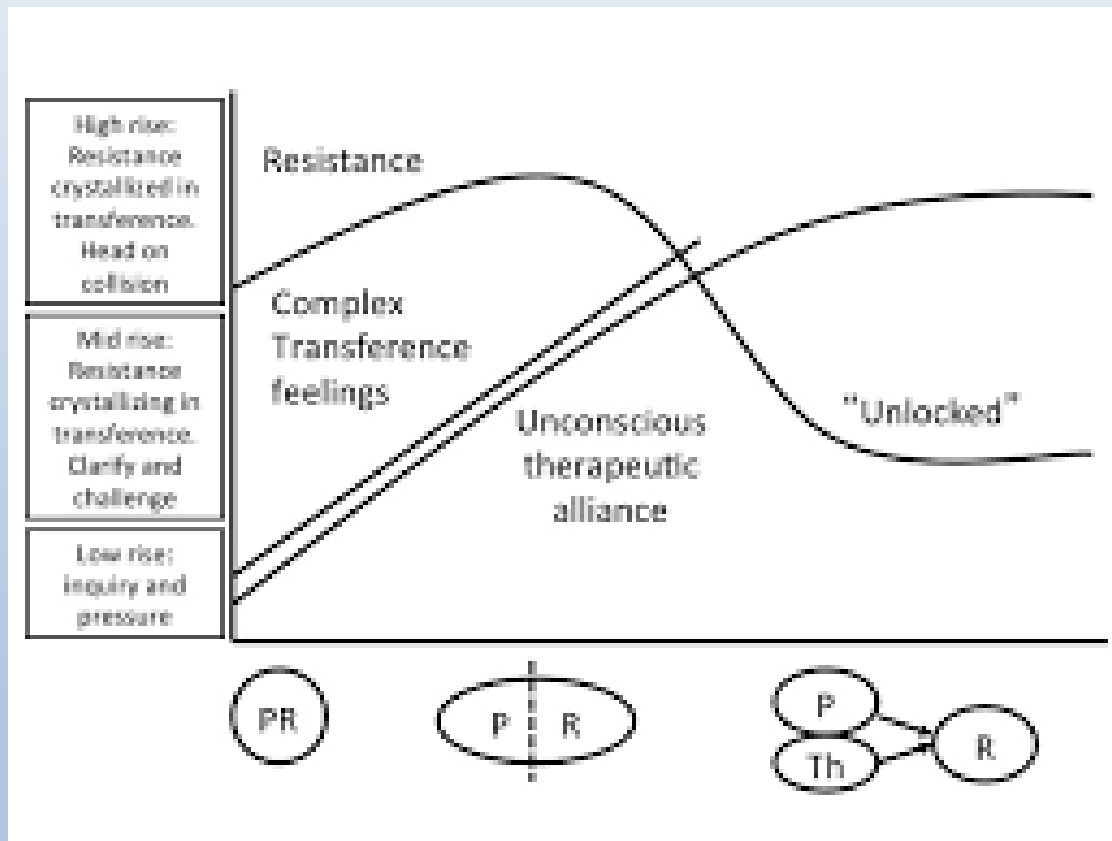
ISTDP

Podstawa Jakościowa

- Lata 1960-2000: serie przypadków z obserwacją po zakończeniu leczenia. Duża seria przypadków Davanloo (628) oraz jakościowe badania na materiale wideo. Wyniki nigdy nie zostały opublikowane.
- „Wierzę, że psychoterapia dynamiczna może być nie tylko skuteczna, ale wyjątkowo skuteczna, że efekty terapeutyczne są wytwarzane przez czynniki swoiste, a nie nieswoiste, oraz że zasadniczym czynnikiem jest rzeczywiste doświadczenie przez pacjenta jego prawdziwych uczuć dotyczących terażniejszości i przeszłości”. (Unlocking the Unconscious, 1990)



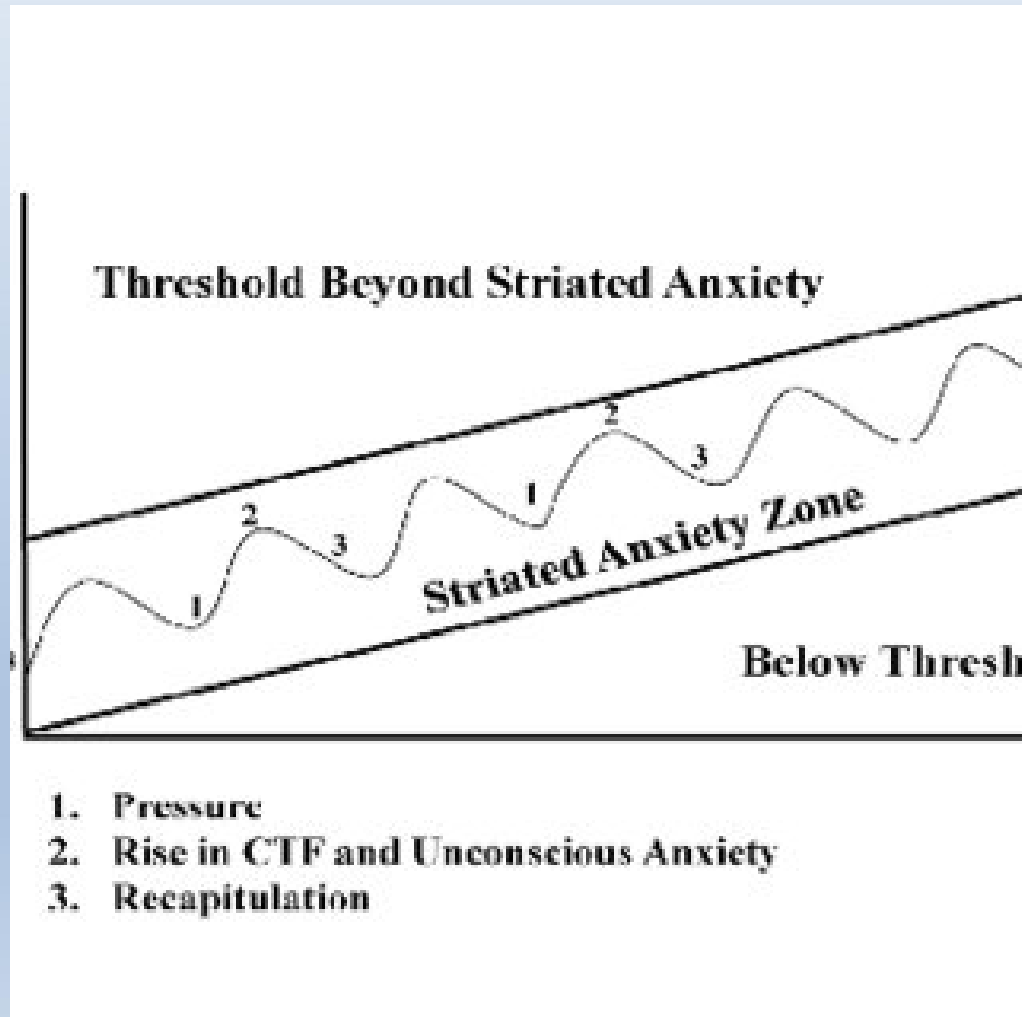
Faza 1



Grafika originalna

Faza 2 1980-2000

Odkrycie i adaptacja technik do pracy z pacjentem z kruchym ego

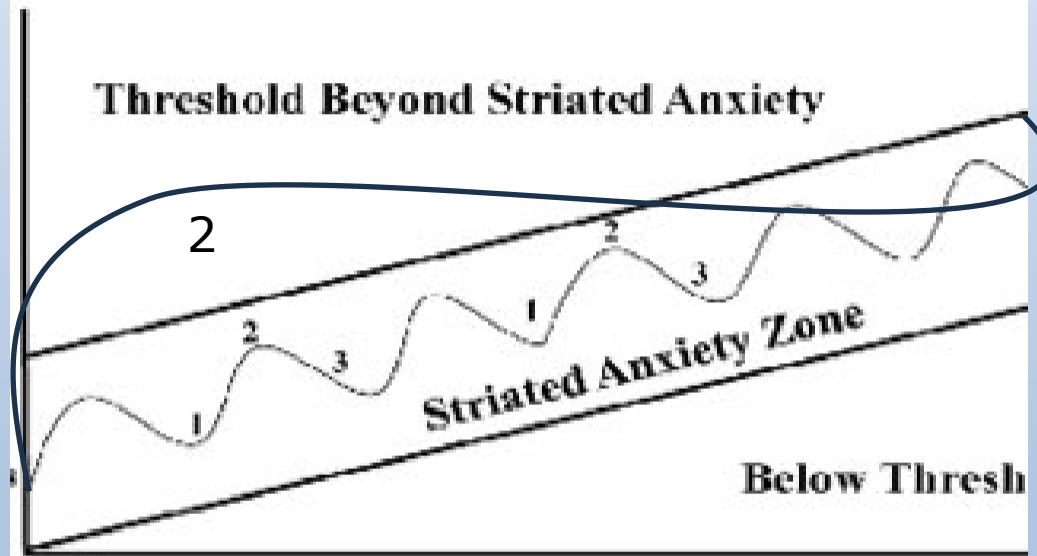


Grafika oryginalna

Faza 2 1980-2000

Odkrycie i adaptacja technik do pracy z pacjentem z kruchym ego

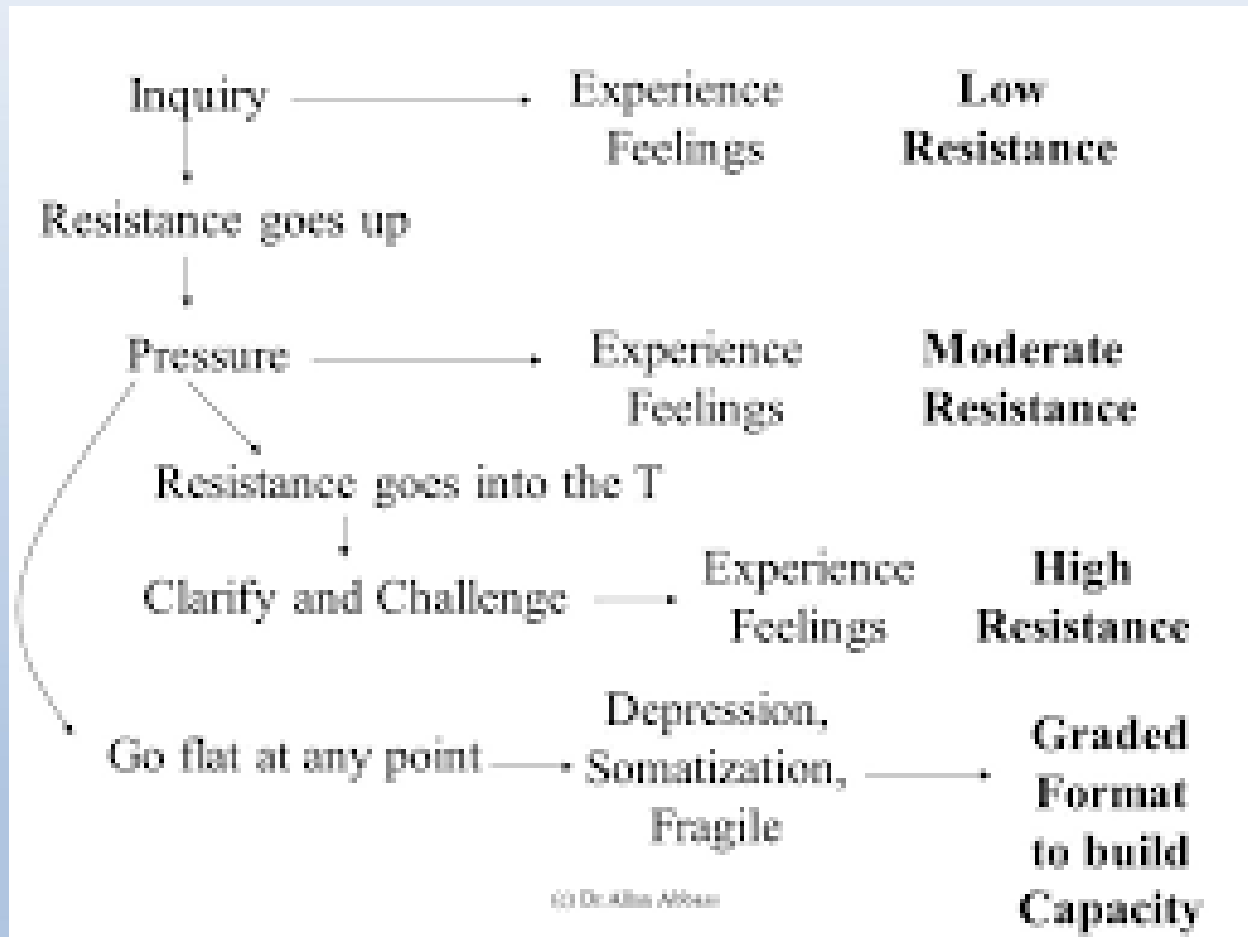
Gdy zostaje **przekroczony próg**, stosuje się uważność ISTDP i/lub technikę przekierowania do układu współczulnego, aby przywrócić próg.

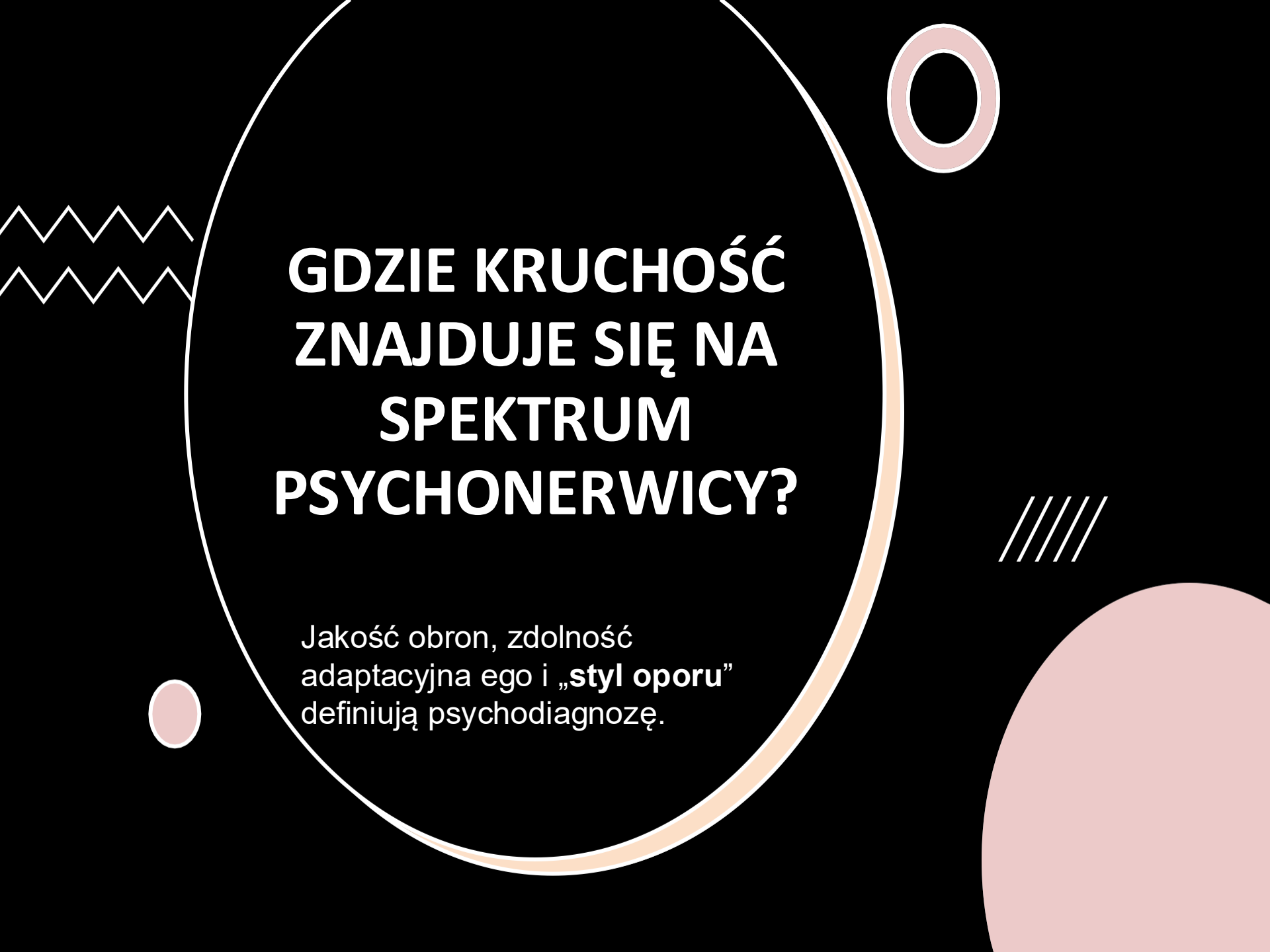


1. Pressure
2. Rise in CTF and Unconscious Anxiety
3. Recapitulation

Grafika oryginalna

Faza 3: 2000 - Teraz





GDZIE KRUCHOŚĆ ZNAJDUJE SIĘ NA SPEKTRUM PSYCHONERWICY?

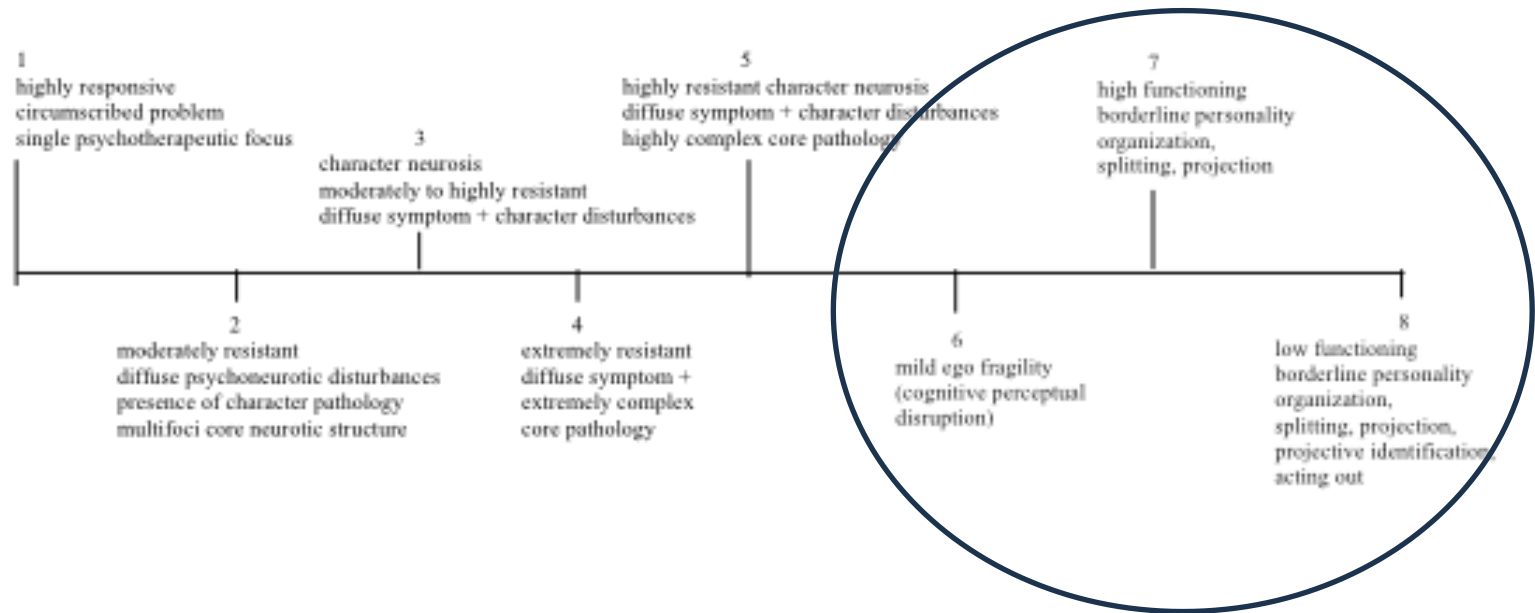
Jakość obron, zdolność adaptacyjna ego i „styl oporu” definiują psychodiagnozę.

Spektrum Psychonerwicy

American J of Psychotherapy Vol 67 No 1, March 2013

Neborsky et al

Figure 1. The Spectrum of Psychoneurotic Disorders (Adapted from Davanloo, 1995)

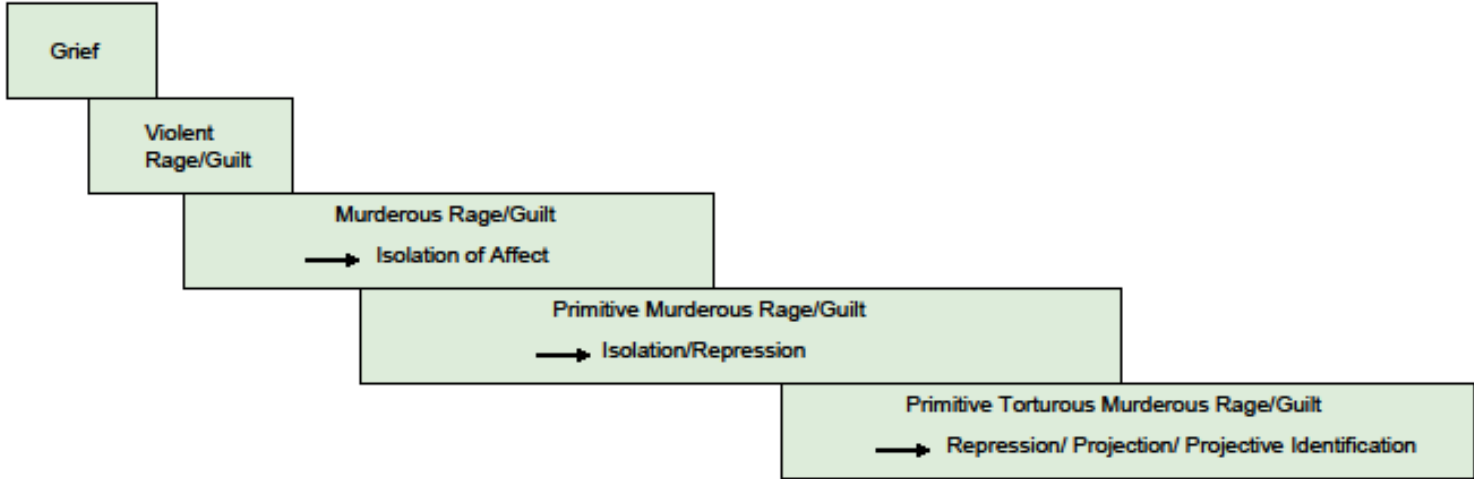


Grafika oryginalna

Spectrum of Psychoneurotic Disorders



Spectrum of Patients with Fragile Character Structure



Length of Treatment	1-5	5-10	10-40	30-80	50-150
% Outpatient Referrals	1%	13%	47%	19%	6%
Year of Development	1960	1970	1980 "STDP" Graded Format	1990 "ISTDP" Multidimensional Structural Change	1990's

** Patients suitable for ISTDP. STDP = Short-term dynamic psychotherapy, ISTDP=Intensive short-term dynamic psychotherapy

Pacjenci są klasyfikowani według poziomu oporu i zdolności adaptacyjnej ego



Charakterystyki spektrum kruchości

Spektrum kruchości



Low R

High R

EAC H

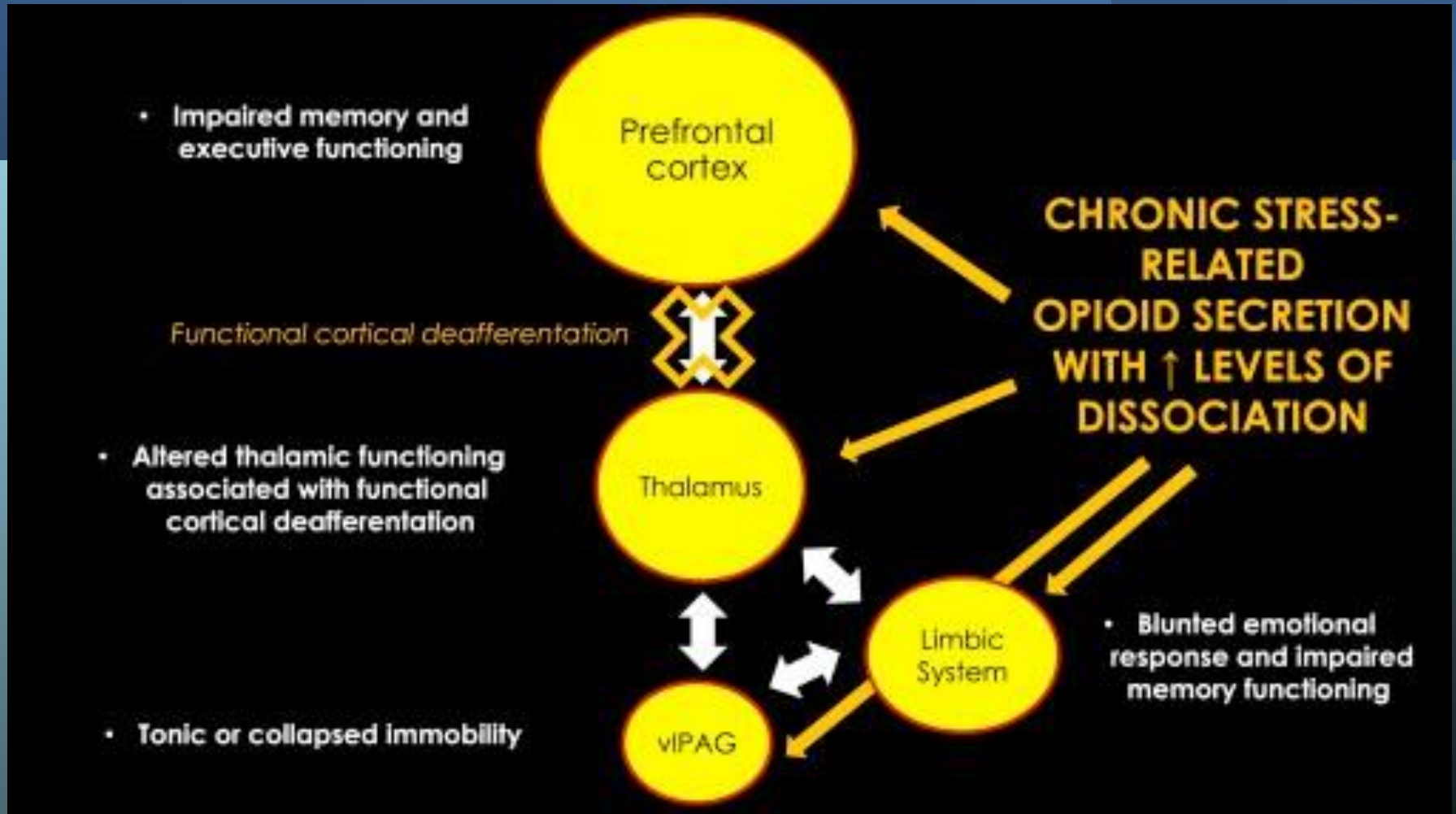
EAC L

1. Niska zdolność adaptacji ego
Niezdolność do konsekwentnego rozpoznawania wierzchołków trójkąta konfliktu.
2. Zaburzenie poznawczo-percepcyjne (CPT)
 - a. Dysocjacja
 - b. Dezorganizacja
 - c. Zawroty głowy
 - d. Psychoza
 - e. Acting out

Spektrum Kruchości

Typy zaburzeń poznawczo-percepcyjnych (CPT)

DYSOCJACJA



Grafika oryginalna

Dezorganizacja

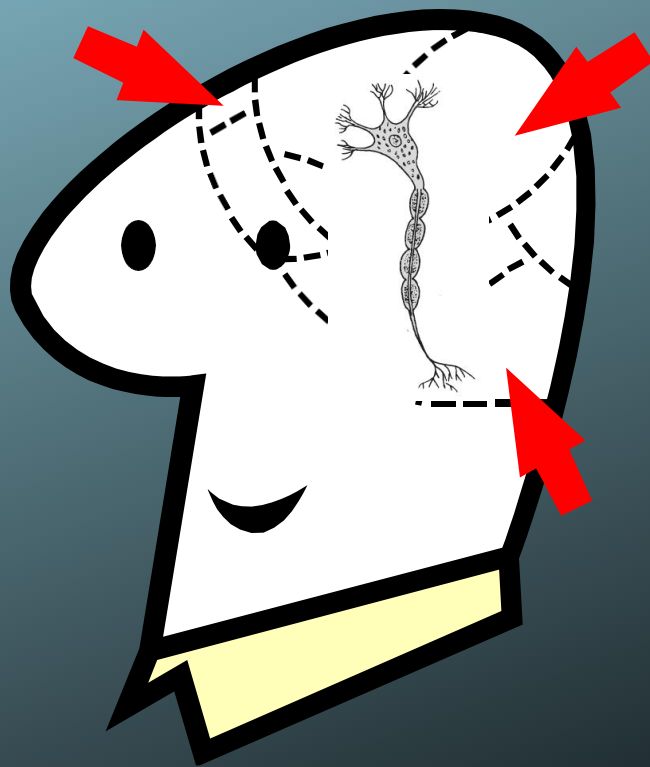
Spójność narracji zostaje utracona pod wpływem konfliktowych emocji.



*Nie wiem..
Jak się czuję !!!*

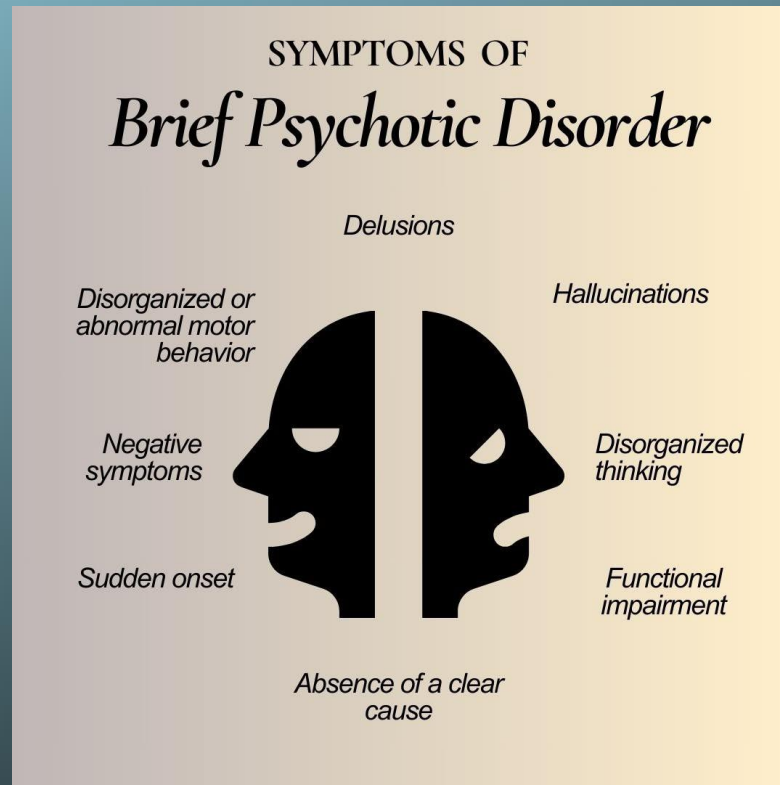
Zawroty głowy: nadmierna aktywacja układu przedsionkowego

Zbyt duża aktywność przywspółczulna wpływająca na aparat przedsionkowy.



Psychoza

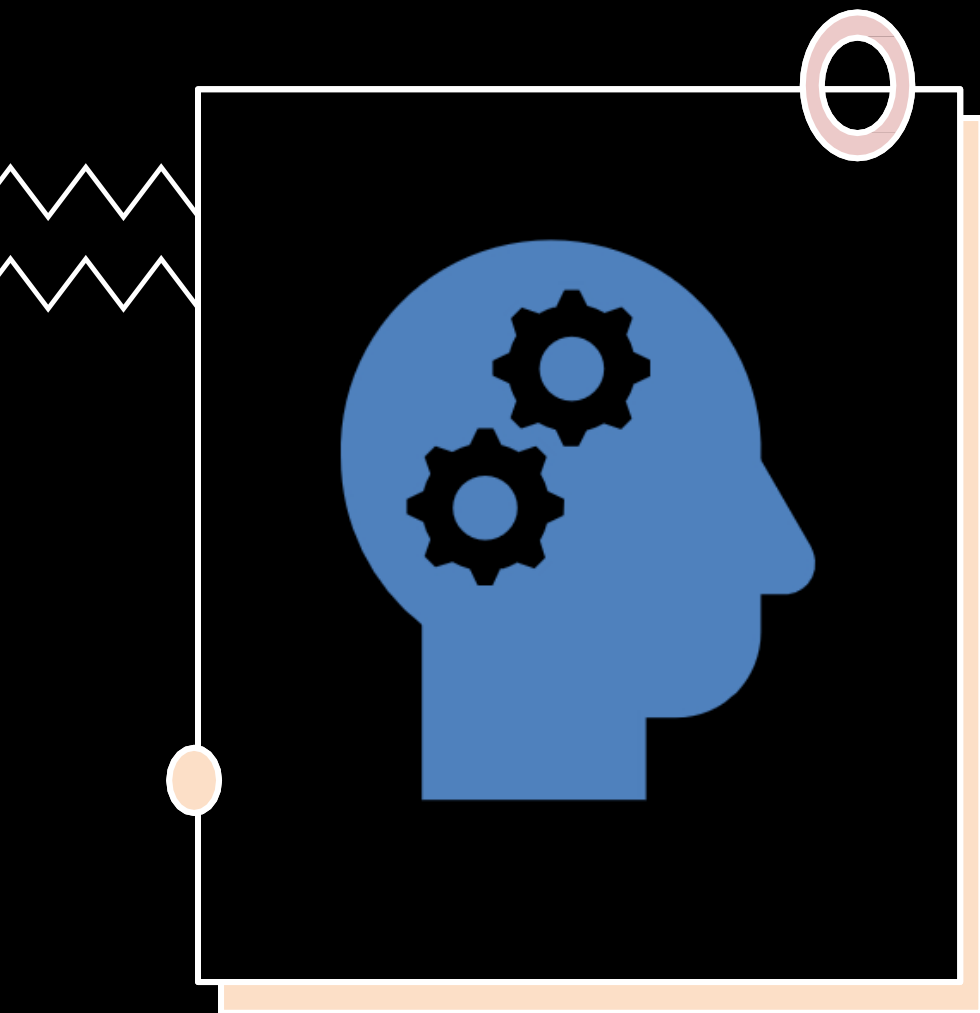
Utrata percepcji rzeczywistości



Acting Out

Kontrola zachowania zostaje utracona.





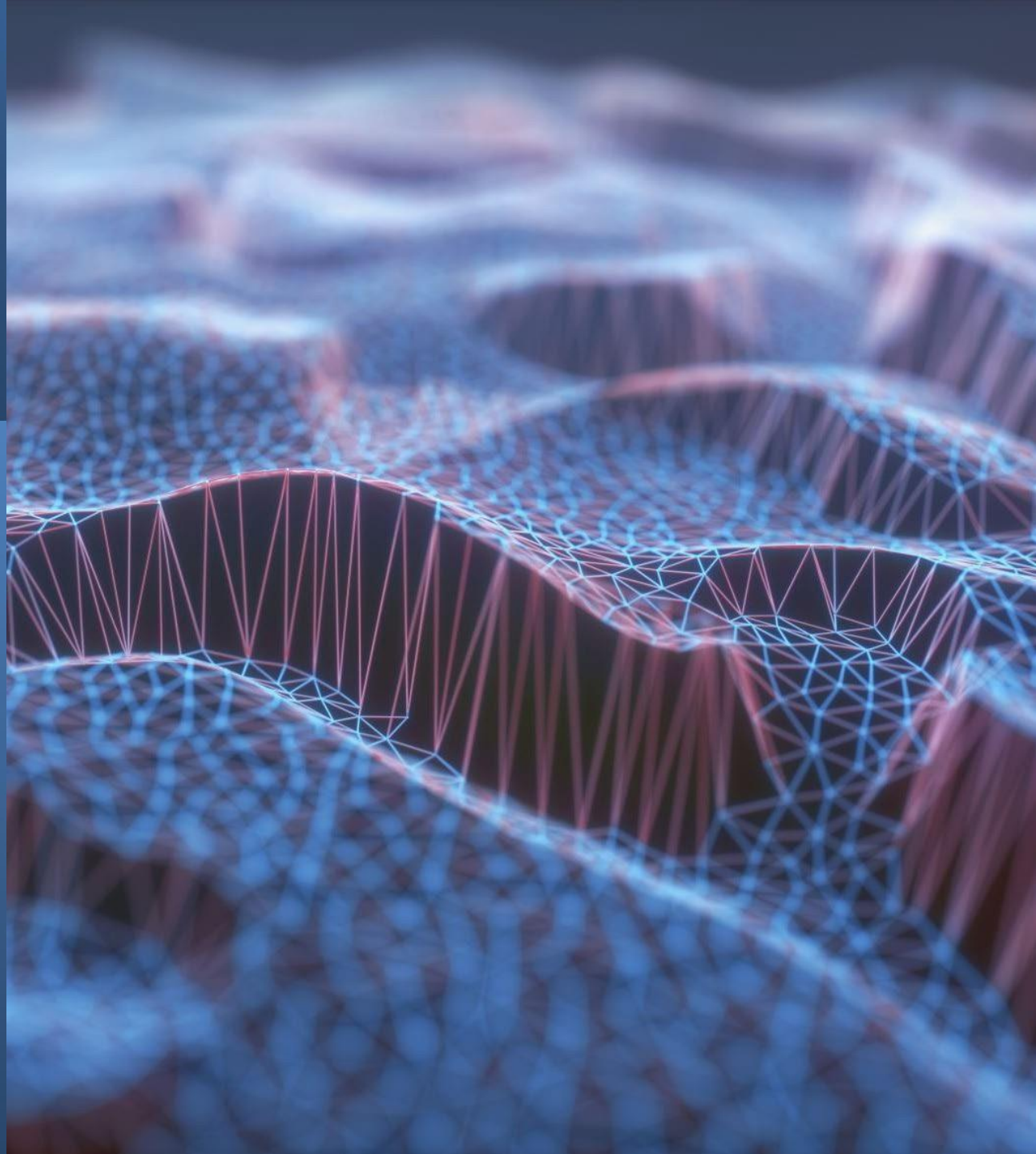
METAPSYCHOLOGIA NIESWIADOMOŚCI

ISTDP oparte na przywiązaniu



Model topograficzny
oraz strukturalny

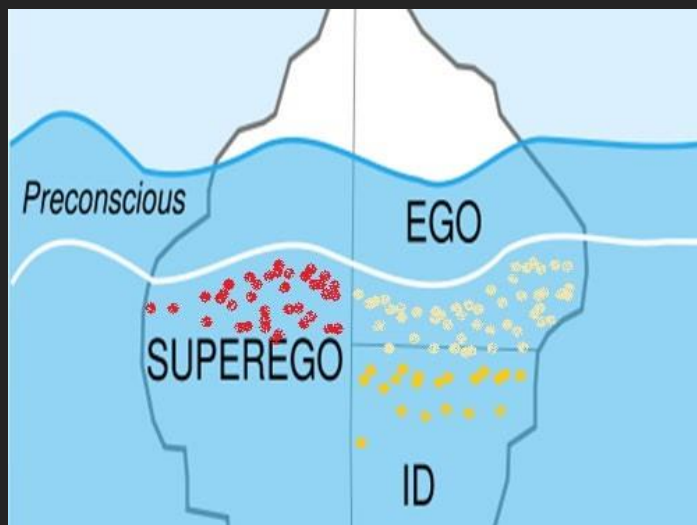
**ŚWIADOME
KONTRA
NIEŚWIADOME**



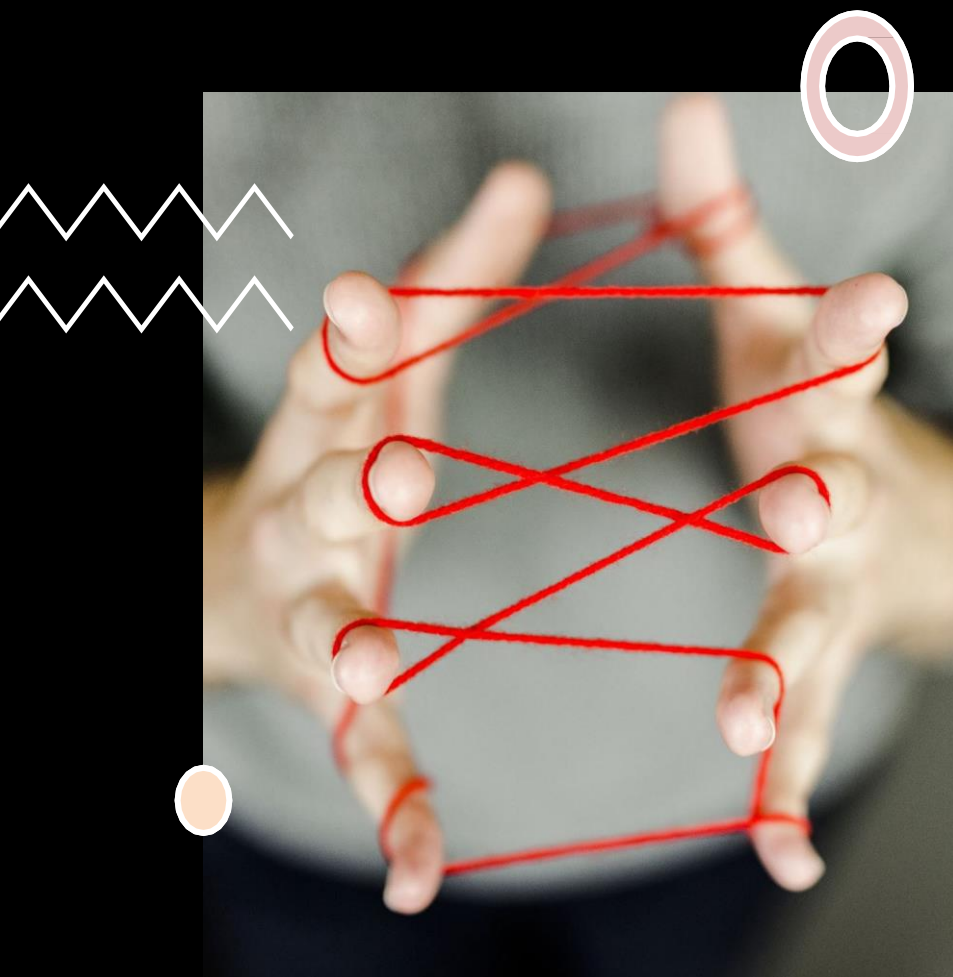


Nałożone na siebie modele topograficzny i strukturalny

- Circa 1895 -1923
- An Analytical Therapy



**Miejsca, do
których chcą
dotrzeć analiza,
ISTDP i AB/ISTDP
w modelach
topograficznym i
strukturalnym.**



Praktyka AB/ISTDP Korzysta z:

Obu trójkątów:

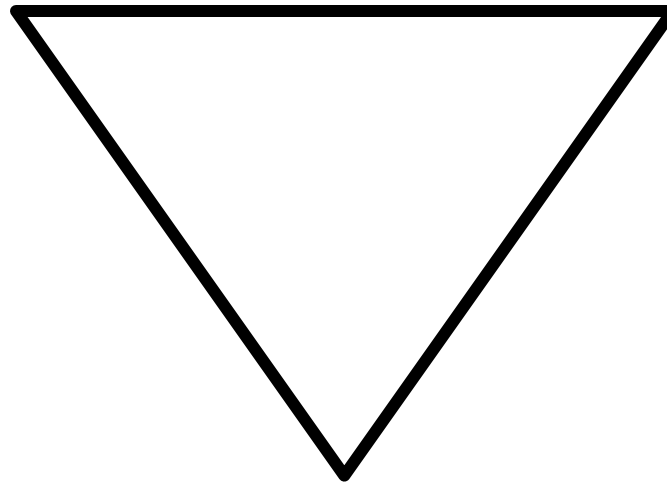
Terapeuta ISTDP uczy pacjenta patrzeć na siebie poprzez trójkąty konfliktu i osób, z pomocą zdrowego **ego obserwującego** i **ważnego ego**.

Wykorzystuje ona specyficzną formę uważności tu i teraz, śledzącą aktywność z **chwili na chwilę**



Trójkąt osób

Terapeuta



Teraźniejsze
relacje

Przeszłe relacje

Praktyka ISTDP

Za: Menninger, Malan, Davanloo

Trójkąt Konflikту

Nieświadoma obrona

Unconscious Defense

Bodziec/Reakcja

Nieświadomy lęk

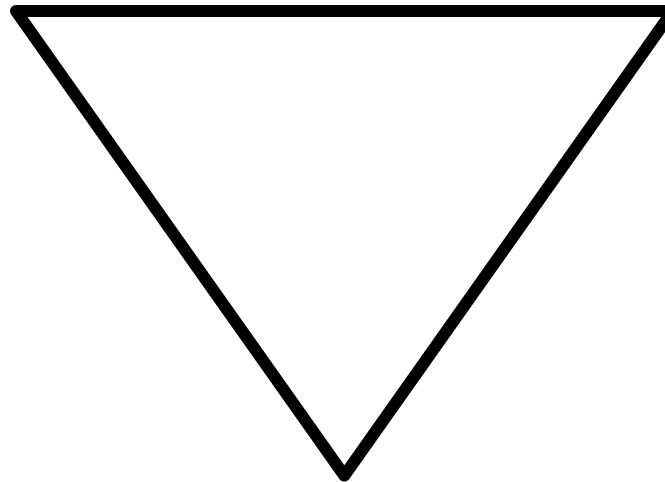
Unconscious Anxiety

Mięśnie poprzecznie prążkowane

Mięśnie gładkie

Somatyczne

Poznawczo-percepcyjne



Unconscious Feeling

Nieświadome uczucia

Ból, wściekłość, wina, żal,
miłość

Praktyka ISTDP

Z a : Ezreil, Malan, Davanloo

**Obrony mają
być
obserwowane
przez
terapeutę
i pacjenta,
a także
oceniane
pod kątem ich
kosztu dla ego**

- Świadome versus nieświadome
- Niedojrzałe (poziom II) versus dojrzałe (poziom IV)
- Patologiczne (poziom I) versus nerwicowe (poziom III)
- Przez drzwi frontowe versus przez piwniczne
- Adaptacyjne versus nieadaptacyjne
- Syntoniczne versus dystoniczne

- Poziomy I-IV to schemat Vaillanta

Praktyki uważności AB-ISTDP

- **Obserwujące Ego**
 1. Identyfikowanie obrony
 2. Identyfikowanie drogi lęku
 - a. Współczulna
 - b. Aktywacja przywspółczulna
 - c. Zaburzenie poznawczo-percepcyjne
 3. Droga emocji rdzennej
- **Uważne Ego**
 1. Aktywne interweniowanie w celu przekierowania lęku z drogi przywspółczulnej na drogę współczulną
 2. Rozpoznawanie, że pobudzenie współczulne wypiera emocję rdzenną ze świadomości
 3. Interweniowanie w celu regulacji lęku współczulnego z celem odczuwania emocji rdzennej z miłością, troską i precyzją

Uważność w AB/ISTDP

OBSERWOWANIE DRÓG NIEŚWIADOMEGO LĘKU W ODRÓŻNIENIU OD DRÓG EMOCJI

„Emocja rdzenna” versus „lękowa”.

Współczulna: regulowana versus *nieregulowana*

Przywspółczulna: adaptacyjna versus *nadużywana*

Drogi lęku i emocji rdzennej

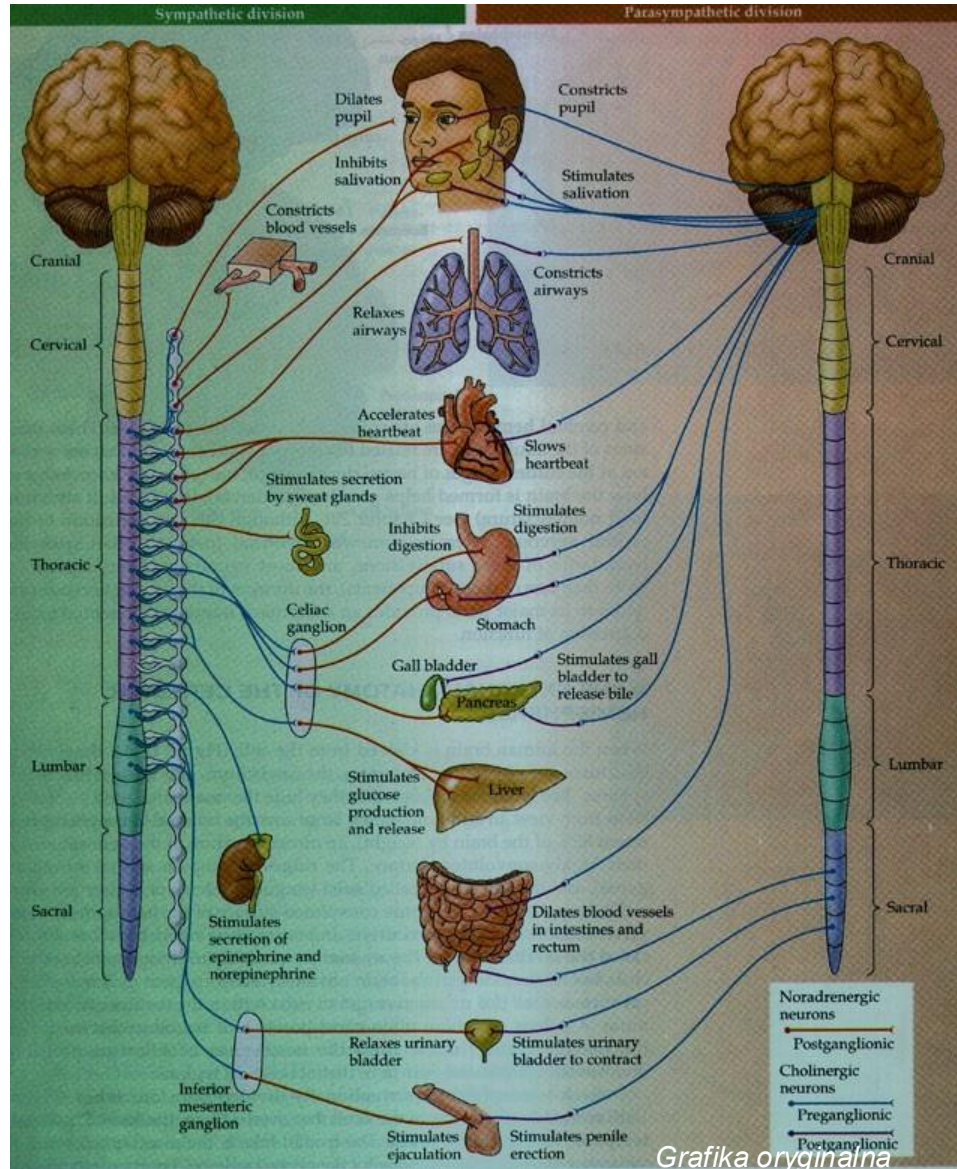


Grafika oryginalna

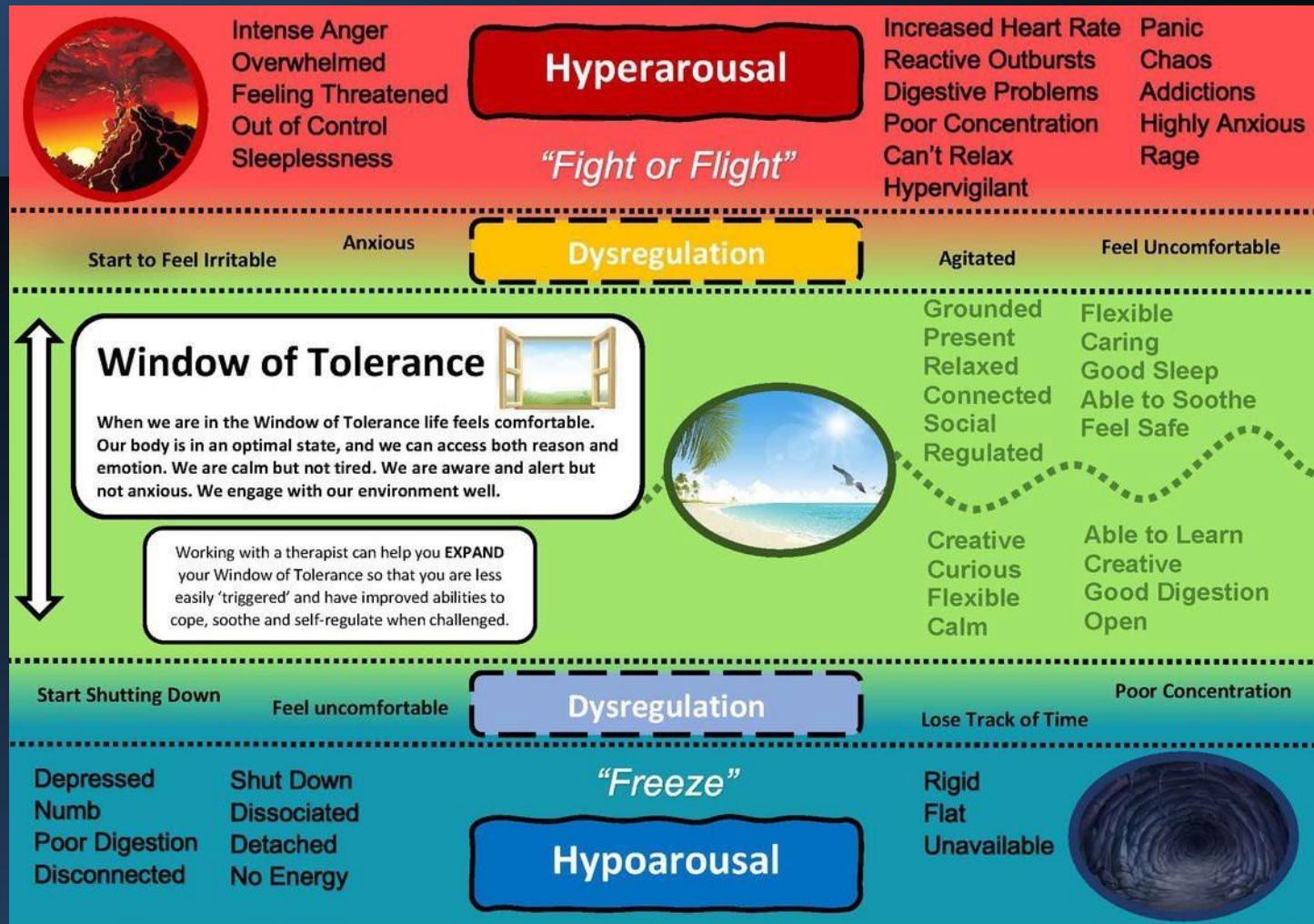
Zobacz: WWW.ISTD.P.COM „Flash Holograms”

Podsumowanie dróg nieświadomego lęku

<i>Współczulny</i>	<i>Przywspółczulny</i>	<i>Procesy poznawcze</i>
Sympathetic	Parasympathetic	Cognitive
Suchość w ustach, gardle, oczach	Uczucie słabości / lekkości w głowie	Processes :
Pocenie się pod pachami	Zawroty głowy / Senność	Niespójne, opóźnione lub przyspieszone
Pocenie się dłoni	Omdlenia	Treść:
Zimne ręce	Zaparcie	Zaburzona orientacja co do czasu, miejsca lub osoby
Rumienienie się	Biegunka	Percepcja:
Przyspieszone tętno	Potrzeba skorzystania z toalety	Ostrość percepcji wzrokowej/słuchowej
Dreszcze	Nudności	Widzenie tunelowe
	Wydzielanie HCL w żołądku	Dzwonienie w uszach
	Łzawienie*	Halucynacje, dysocjacja

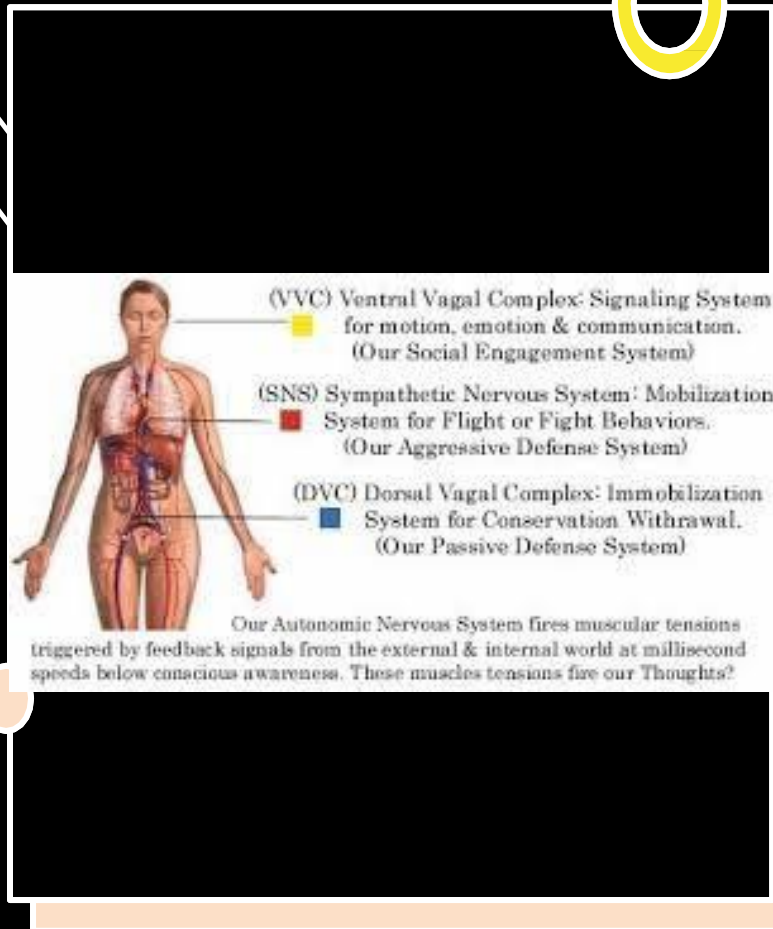


Walka, Ucieczka, Zastyganie* lub “Pozorowana śmierć”



Teoria poliwagalna

„Zastyganie (Freeze)”
to mylący termin.
Niektórzy ludzie
„zastygają ze strachu”.
„Wyłączenie się” (Shut
down) jest trafniejszym
określeniem.



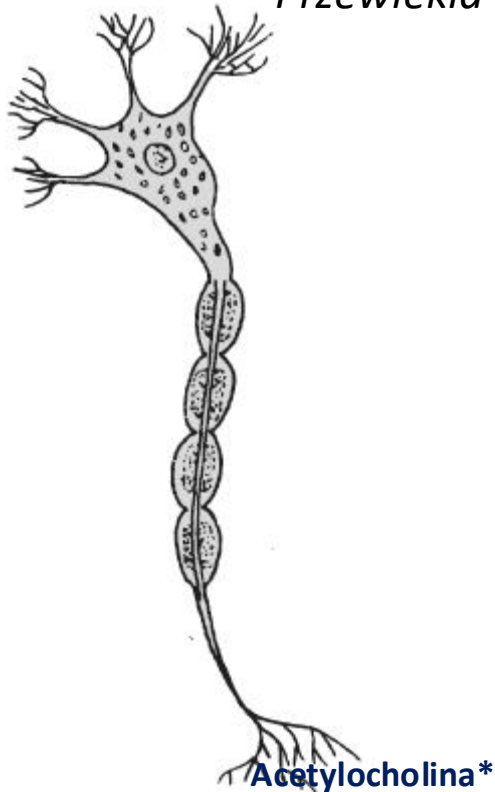
Grafika oryginalna



Niedostateczne użycie kory przedczołowej skutkuje:

Chronic Parasympathetic Over Activation

Przewlekła nadaktywacja układu przywspółczulnego.



uczuciem słabości / lekkości w głowie,
zawrotami głowy,
Sennością,
omdleniem, bradykardią, POTS
Zaparciem,
Biegunką,
parciem na mocz,
Nudnościami,
wydzielaniem HCL w żołądku /
wrzodami,
łzawieniem*
oraz depresją

Jądra przywspółczulne

Jądro	Funkcja	Typ włókien błędnych	Teoria poliwalna Porgesa
Jądro grzbietowe nerwu błędnego	Kontroluje przywspółczulne funkcje ruchowe narządów poniżej przepony (np. motorykę jelit i wydzielanie gruczołowe)	Ogólne trzewne odprowadzające	Związane ze starszym grzbietowym kompleksem błędnym, odpowiedzialnym za prymitywną reakcję „freeze”.
Jądro dwuznaczne	Kontroluje mięśnie odpowiedzialne za połykanie i wokalizację. Dostarcza przywspółczulnych włókien ruchowych do serca.	Specjalne trzewne odprowadzające i ogólne trzewne odprowadzające	Związane z nowszym brzuszny kompleks błędnym, regulującym zaangażowanie społeczne i reakcje uspokajające.
Jądro pasma samotnego (NTS)	Główny przekaźnik czuciowy informacji trzewnych z narządów wewnętrznych. Integruje dane dotyczące tętna, ciśnienia krwi i trawienia	Ogólne trzewne doprowadzające i specjalne trzewne doprowadzające (smak)	Przetwarza sprzężenie zwrotne czuciowe pomagające określić, który stan (brzusny, współczulny lub grzbietowo-błędny) układ nerwowy powinien uruchomić.
Rdzeniowe jądro nerwu trójdzielnego	Przetwarza ból, temperaturę i dotyk z głowy i ucha	Ogólne somatyczne doprowadzające	Nie jest podstawowym elementem teorii Porgesa, ale jego wejście czuciowe zwiększa złożoność informacji odbieranych przez pień mózgu.

Kluczowe jądra przywspółczulne

- **Grzbietowy kompleks błędny:** ta droga rozpoczyna się w grzbietowym jądrze ruchowym nerwu błędnego. Zgodnie z teorią, ta ewolucyjnie starsza, niezmielinizowana droga odpowiada za prymitywną reakcję „freeze” lub unieruchomienia w obliczu skrajnego zagrożenia. Wysyła włókna ruchowe do narządów poniżej przepony. „Pozorowana śmierć”.
- **Brzuszny kompleks błędny:** ta nowsza, zmielinizowana droga rozpoczyna się w jądrze dwuznacznym. Jest unikatowa dla ssaków i reguluje mięśnie twarzy i głowy, umożliwiając zaangażowanie społeczne i uspokojenie. Wysyła włókna ruchowe do narządów powyżej przepony, w tym do serca. Mediator „pozytywnego przeniesienia”.

Acetylocholina



- Acetylocholina jest najobficiej występującym neuroprzekaźnikiem mózgu (80%).
- Spadek jej poziomu skutkuje albo manią, albo zaburzeniem poznawczym.
- Nadmierne ilości skutkują depresją.

Regulacja lęku w ISTDP

- Poprzez precyzyjną obserwację terapeuta AB/ISTDP aktywizuje:
- Ego obserwujące
- lewy zakręt oczodołowo-czołowy
- boczny prawy zakręt oczodołowo-czołowy
- Ego uważne
- przyśrodkowy prawy zakręt oczodołowo-czołowy
- zwiększa łączność korowo-limbiczną
- *Pacjent następnie albo sam reguluje lęk we własnym imieniu, albo uruchamia obrony!*

U pacjenta kruchego lęk jest najpierw ostrożnie wywoływany poprzez presję na odczuwanie, a następnie regulowany przez trafną obserwację za pośrednictwem PFC

- Terapeuta AB/ISTDP aktywizuje:
- Ego obserwujące;
- lewy zakręt oczodołowo-czołowy
- boczny prawy zakręt oczodołowo-czołowy
- obserwuje I/F - A-D
- ego uważne;
- przyśrodkowy prawy zakręt oczodołowo-czołowy
- zwiększa łączność korowo-limbiczną
- łagodzi stan dezorganizujący dzięki empatii
- *Pacjent będzie wtedy regulował lęk i poprawiał zdolność adaptacyjną ego.*

U pacjenta kruchego lęk może przejawiać się *nadaktywnością* układu błędnego i wykorzystywać jądro grzbietowe nerwu błędnego, powodując zmęczenie, wyczerpanie i objawy podobne do POTS*

Terapeuta AB/ISTDP:

Aktywizuje ego obserwujące

Aktywizuje ego uważne

Prowadzi pacjenta do przekierowania lęku z układu przywspółczulnego do układu współczulnego, gdzie może on zostać uregulowany za pomocą uważności i doświadczania emocjonalnego.

*Zespół posturalnej tachykardii ortostatycznej



“Neurons that **fire together**, wire together.”

Neurony które **razem działają**, razem zostają

– Donald Hebb

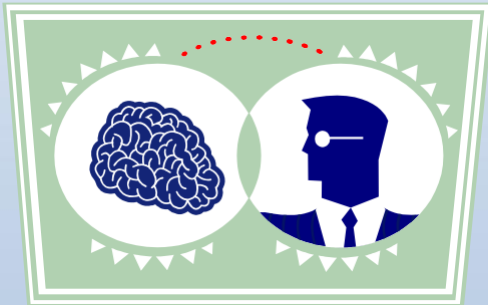
Ćwiczenie ego obserwującego i uważnego stymuluje szybką neuroplastyczność oraz synaptogenezę, zwiększając zdolność do tolerowania konfliktowych uczuć.

Technika ISTDP

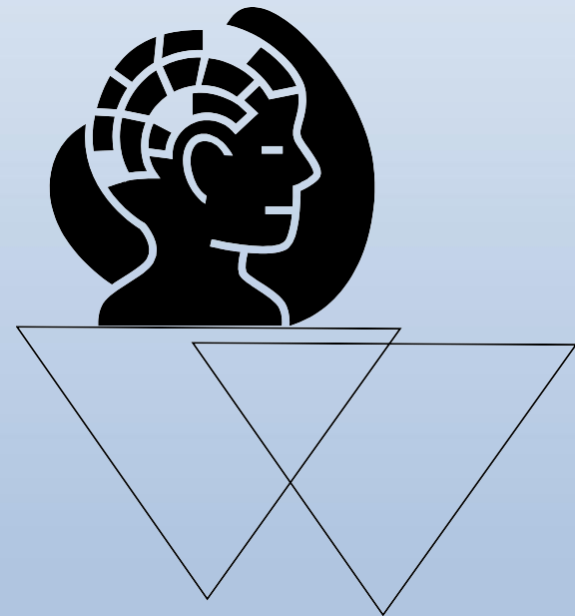
- Koncentruje się na mózgu:
 - strukturze języka i wzorcach mowy
 - narracji
 - relacjach
 - fenomenologii emocji
- Nieświadomy lęk (autonomiczny układ nerwowy)
 - napięcie
 - układ współczulny
 - układ przywspółczulny
 - poznawczy
- Wykorzystuje...

Interwencje są zorganizowane wokół dwóch równie ważnych interakcji terapeutycznych

- Oddzielenie Ego od Superego



- Eksploracja trójkątów konfliktu i osób



Podstawowe zadanie terapeutyczne w ISTDP: oddzielić ego od superego*

- Pacjenci z nasilonym patologicznym superego potrzebują fazy od-identyfikowania się od własnych karzących sposobów traktowania siebie.
- Doświadczają smutku (współczucia dla siebie) (lub żalu nad własnym cierpieniem) z powodu niepotrzebnego cierpienia i rozumieją mechanizm wytwarzania swojego cierpienia i/lub złości na to niepotrzebne cierpienie.
- To zwiększa: motywację oraz zdolność adaptacyjną ego

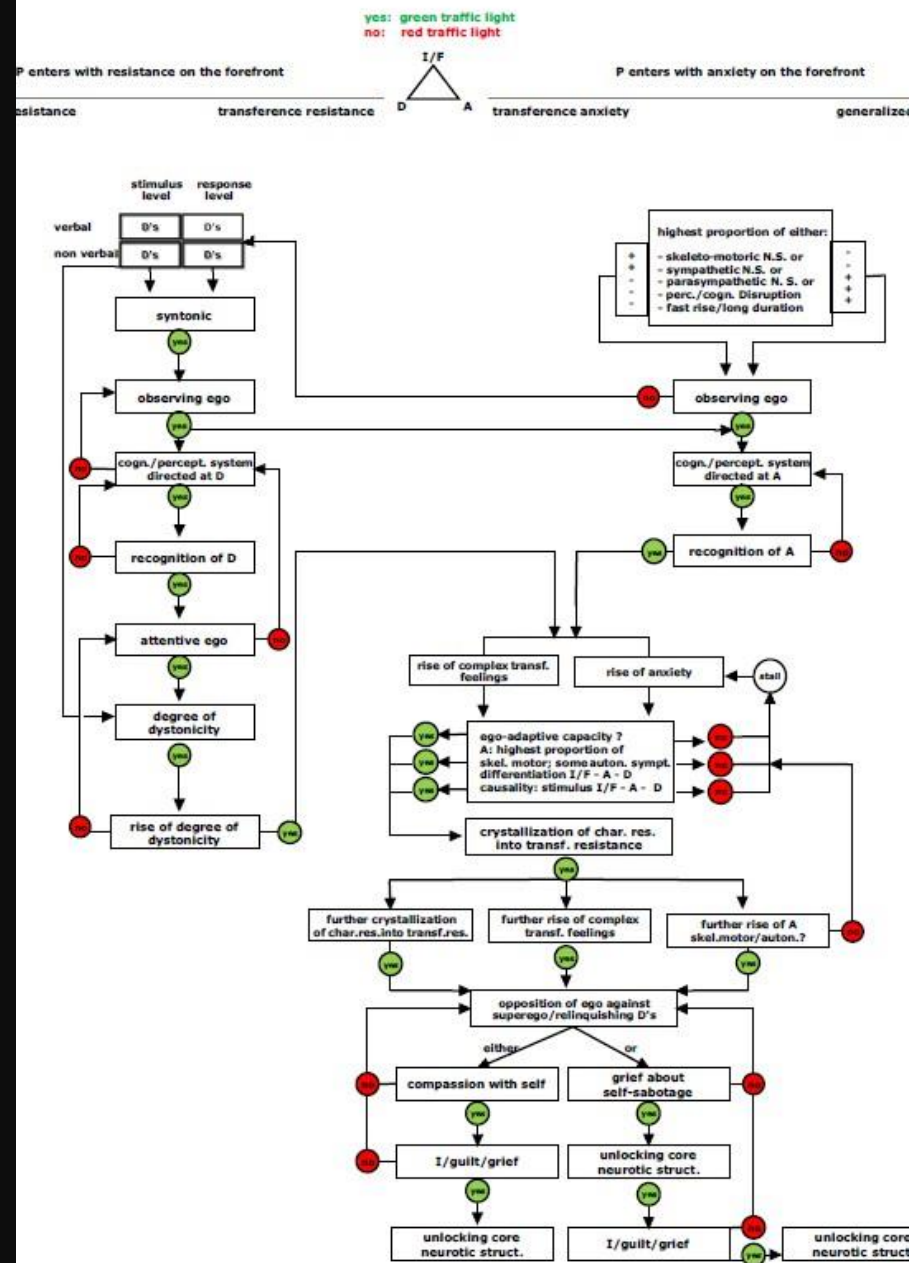
* Za ten Have de-Labije " Whose Intra Psychic Crisis"

Precyzyjna centralna sekwencja dynamiczna

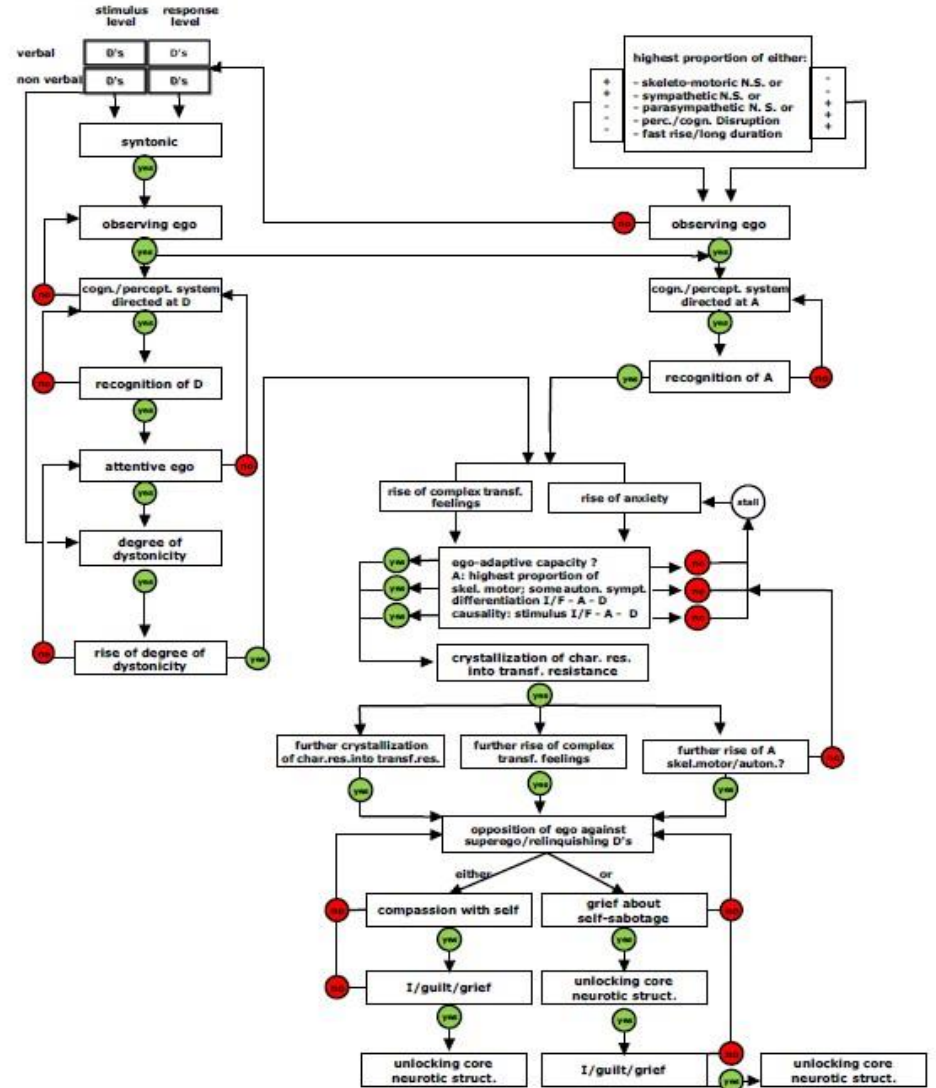
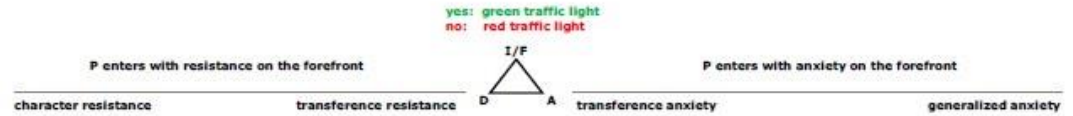
- Pierwotnie opisana przez Malana, a objaśniona przez Davanloo i doprecyzowana przez ten Have-de Labije.
- Próba przewyciężenia interpretacji (interwencji poznawczej).
-Uważali to za najbardziej efektywny sposób dostępu do nieświadomego umysłu.
- Obejmuje sekwencyjne interwencje w ustrukturyzowanej terapii.

Centralna sekwencja dynamiczna Davanloo

- Skuteczna terapeutyczna sekwencja interwencji prowadząca do patogenicznego rdzenia nieświadomego konfliktu.
- Opanowanie tej sekwencji jest kluczem do skutecznego ISTDP.



Światła Drogowe



Podsumowanie centralnej sekwencji dynamicznej *

- Pytanie
- Usuwanie projekcji PSE, jeśli są obecne
- Konfrontacja, identyfikacja, klaryfikacja obron
- Regulacja lęku
- Zwroćenie ego przeciwko superego (*wewnątrzpsychiczny kryzys*)
- Mobilizacja impulsu agresywnego przeciw agresorowi
- Przełom do świadomego doświadczenia wściekłości, winy, żalu i miłości
- Restrukturyzacja ego
- Rozróżnianie wierzchołków trójkątów konfliktu
- Presja na doświadczenie uczuć w relacji terapeutycznej
- ŻAL NAD NERWICOWYM CIERPIENIEM
- Ekspozycja rdzennego konfliktu nerwicowego
- Powiązania TCP
- Rekapitulacja
- Planowanie leczenia

* Różni się w zależności od klinicysty ISTDP

Centralna
sekwencja
dynamiczna

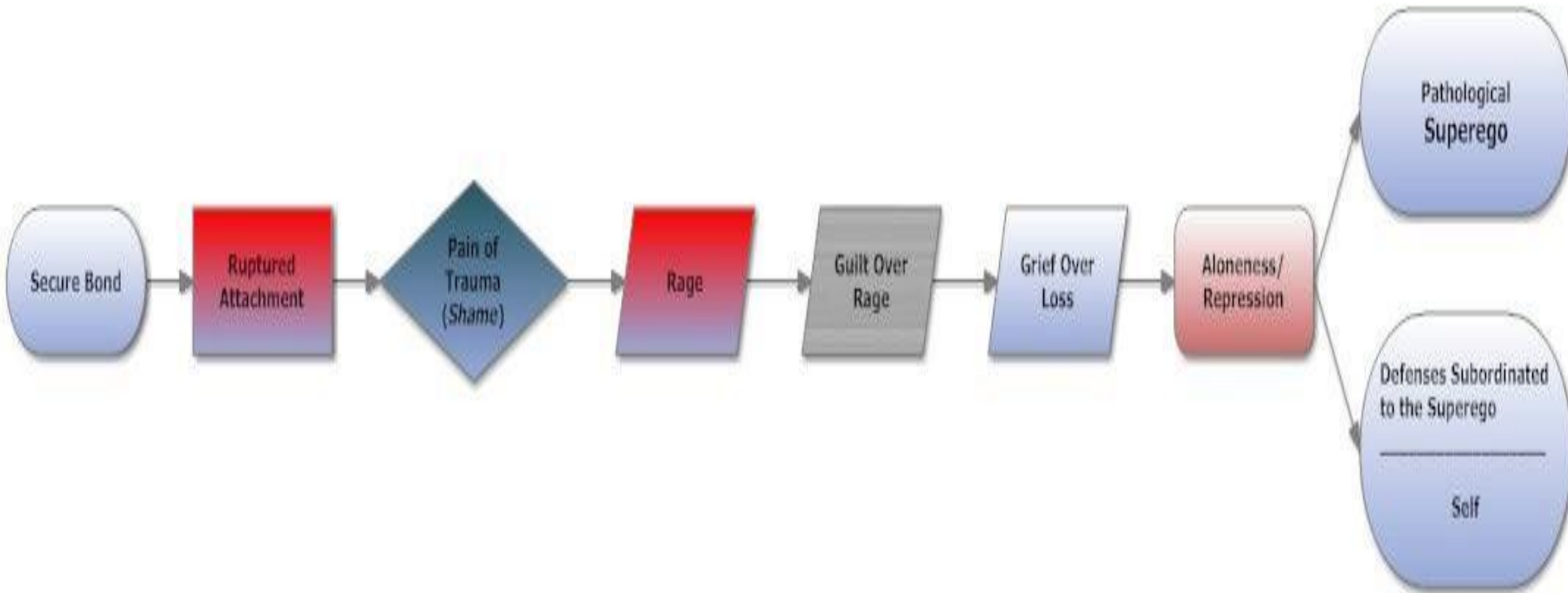
Ekspozowanie
rdzennego
konfliktu
nerwicowego.

Obecne trudności pacjenta zostają ujawnione na tle ich rozwojowej genezy, ale są przeżywane tu i teraz.



To prowadzi do wglądu emocjonalnego i ułatwia rozwiązanie resztkowego oporu oraz wzrost przymierza roboczego i rozwój nieświadomego przymierza terapeutycznego.

PATHOGENESIS OF PSYCHONEUROSIS



Grafika oryginalna

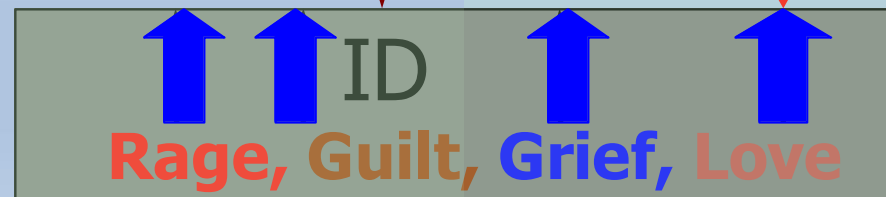
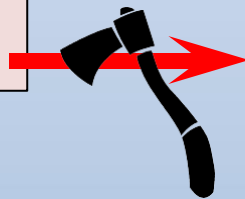
Rozwojowe pochodzenie karzącego superego

Świadome Nieświad.

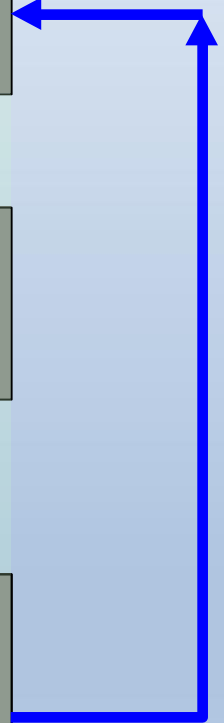


Trauma

WIĘŹ Z
RODZICEM



Złość, wina, żal, miłość





- **Patologiczne superego zostaje obalone i zastąpione kochającym, uważnym, współczującym superego. Styl przywiązania jest mniej unikający, ambiwalentny lub zdeorganizowany niż przed leczeniem.**

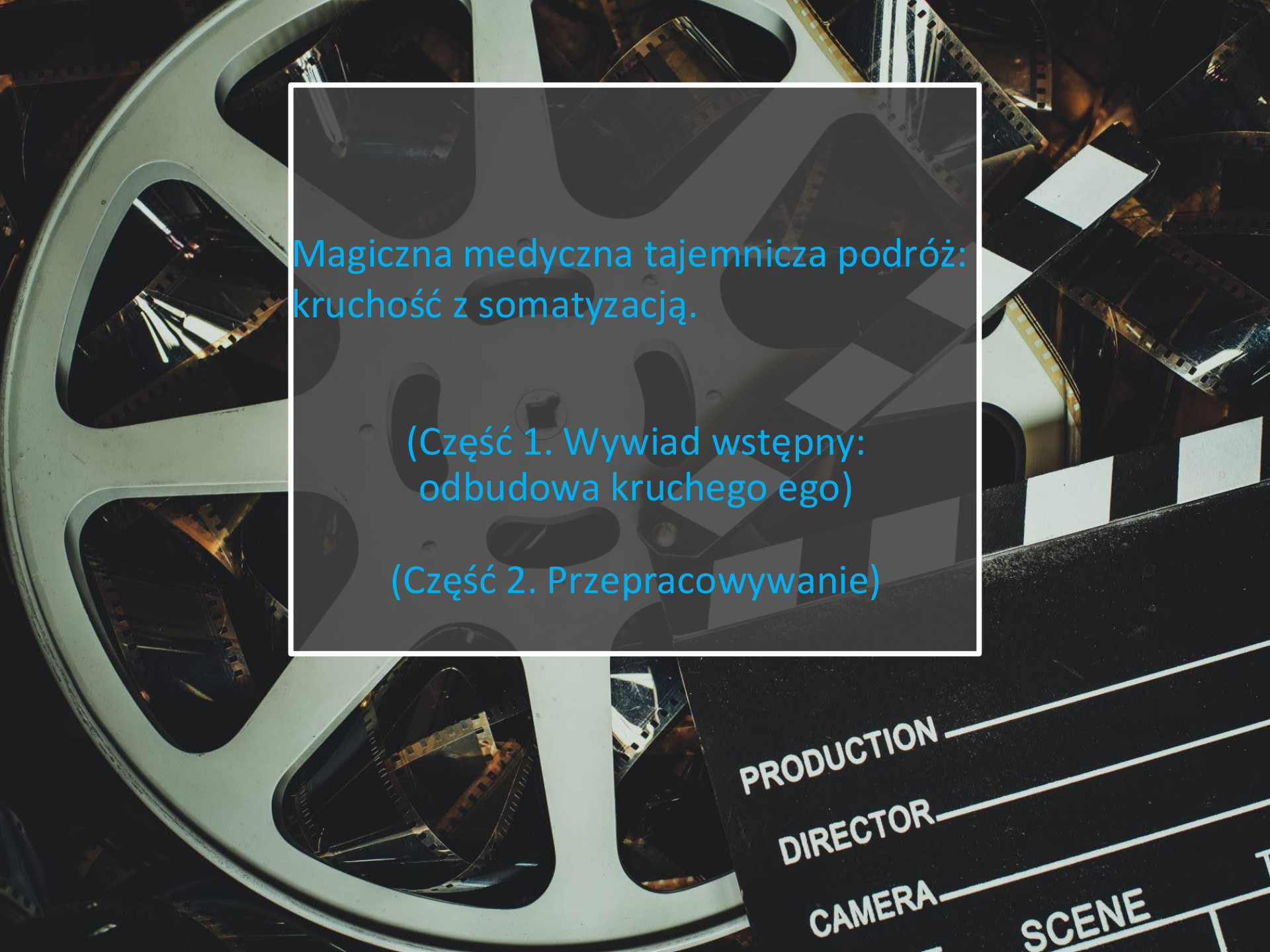


Cechy zdrowego
superego
powstają
poprzez

wypracowane
bezpieczne
przywiązanie
Main i Hesse

- Realistycznie chwali (zdrowa duma).
- Ceni i zachęca do poznawania własnych uczuć (earned secure).
- Wspiera autonomię i wolny wybór (earned secure).
- Empatyzuje z rozczarowaniem i porażką.
- Zachęca do stawienia czoła własnej porażce i zrozumienia jej, aby następnie podjąć konstruktywne działanie.





Magiczna medyczna tajemnicza podróż:
kruchość z somatyzacją.

(Część 1. Wywiad wstępny:
odbudowa kruchoego ego)

(Część 2. Przepracowywanie)



- ***Przywracanie zdrowego przywiązania***
- Umysł, ciało i duch
- z ABISTDP



Materiał
objęty
prawem
autorskim

- ©
- Te slajdy stanowią własność Roberta J. Neborsky'ego, MD i nie mogą być udostępniane ani powielane bez jego pisemnej zgody.