

A Kernebergi analízis

előadó

Mihocsa Ildikó

SE AOK

Klinikai Pszichológiai Tanszék

A Kernberg-i analízis

- „Differenciál-diagnózis és kezelés” című Kernberg tanulmány nyomán:
- Grinker és mtsai (1968) The borderline syndrome műve nagyjából hozzájárult ahhoz hogy a borderline állapotot különálló egységnek lehessen tekinteni.
- **Fő jellemzők:** *a harag mint legfőbb vagy egyetlen affektus, a gyengéd viszony elégtelensége, a szelf azonosság jeleinek hiánya és a depresszív magány.*
- 4 alcsoportot különböztetünk meg:
- 1. A pszichózis határán lévő P: hiteltelen és negatív viselkedés és affektus jellemzi
- 2-A központi borderline szindróma: negatív, kaotikus viselkedés és acting-out jellemzi
- 3-Az alkalmazkodó, affektusok nélküli, védekező, „mintha személyiség”, színtelen, felületes alkalmazkodás, érzelmekben szegény kapcsolatok
- 4. A neurózissal határos személyiség fő jellemzői: gyermeki kapaszkodás és depresszió

- További jellegzetességek, amelyeket figyekembe kell venni a terápia megtervezésénél
- - a borderline depresszió a hiábavalóság, a magányosság, izolációs érzésből és a haragos követelőzésből áll, a neurotikust ellenben a büntudat és önlebecsülés jellemzi
- Központi hangsúlyt ellenben az identitás fellazulása képezi
- Az én-gyengeség okai (az én torzulás és én gyengeség, bizonyos normális én-funkciók hiányában vagy elégtelenségében nyilvánul meg):
- - a korai énnel 2 feladatot kell végrehajtani: 1: *szétválasztani a szelf és szelftárgy képzeteket* (úgy hogy a percepcióból és emlékezetből származó nyomok segítik az inger eredetének meghatározását és a fokozatos szétválasztását és az én határok kialakulását). 2. *a szelf és szelftárgyak integrálása*, ami ha az agresszió túlsúlyban van, nem válik lehetővé (ez a 2 tényező képezi tulajdonképpen a én-identitást (az elég jó anya kiegészíti a csecsemő én-funkcióit és a frusztráló élményeket élvezetes élményekké alakítja)

Én-gyengeség további okai

- Masterson az *elhagyatottság* érzését hangsúlyozza. Az én védekezik ez ellen, gyakran heveny tüneti *krízissel* (*ami a kapcsolatban átélt erős szorongás következménye*). Ilyenkor a cél az *erőteljes védekezés fellazítása*
- - *a regresszió mellett a primitív elhárító mechanizmusok is a védekezést szolgálják*
- - áttételben gyakran összeolvadnak a páciensek a terapeutával, az erős affektusok következtében, közös identitást képezve

Terápiás konzekvenciák

- Kernberg szerint a támogató terápia kevésbé hatékonyak (lásd Kohut-Kernberg vitát)
- - a módosított analízist vagy áttétel fókuszú terápia ajánlja
-
- - A T-nek fel kell használnia saját áttételi tapasztalatait hogy megértse betegét és fokozatosan feltárja a P és T tapasztalatainak a különbözőségét, a torzított felől a realitás irányába
- - értelmezni a primitív elhárító mechanizmusokat, elsősorban a primitív projektív folyamatokat (Klein féle paranoid pozícióban megrekedt)
- - a P nehezen fogadja el a koragyermekkorból eredő gyengeségeit
- - fel kell adnia az irreális, idealizált, tökéletes biztonságot nyújtó szülő iránti fantáziáját
- ehhez el kell gyászolnia hiányosságaiból származó primitív hiedelmeit, amiről nagyon nehezen mond le, egyben tudomásul kell vennie önmaga és a mások korlátait is
- a fenti folyamatok erősítik az én- működését és javítják a valóságvizsgálatot.

Összegezve

- - ún. „módosított analízis” fő jellemzői:
- - hangsúly az áttételi és viszontáttételi értelmezésen
- - konfrontatív (Kohut –Kernberg vita)
- - a terápia előterébe dominánsan a projekció és hasításos mechanizmusok következtében kialakult torzítások és destruktív kapcsolatok analízise kerül
- (lásd M. Klein paranoid pozíció szintjén való fixáció)

