© Ениколопов С.Н., 2025
 © Медведева Т.П., 2025
 © Воронцова О.Ю., 2025
 © Бойко О.М., 2025

НАУЧНЫЙ ОБЗОР

УДК 616.895

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-3-82-96>

Идентичность в клинической психологии (обзор концепций и методов исследования)

Сергей Николаевич Ениколопов, Татьяна Игоревна Медведева, Оксана Юрьевна Воронцова, Ольга Михайловна Бойко

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Сергей Николаевич Ениколопов, enikolopov@mail.ru

Резюме

Обоснование: отечественный подход к работе с психическими заболеваниями постулирует невозможность лечить болезнь без учета личности и ее окружения. В то время как концепция идентичности широко изучается в социологии и социальной психологии, в клинической психологии по этой теме мало эмпирических исследований. **Цель обзора:** представить разные теоретические концепции идентичности, привести результаты эмпирических исследований, провести анализ используемого инструментария оценки идентичности в разных подходах, показать ограничения часто используемых инструментов, создающих сложности их применения в клинике, рассмотреть доступные методы оценки разных аспектов идентичности в клинике психических заболеваний. **Материалы и методы:** по ключевым словам «identity», «diffuse identity», «identity diagnostics», «depression», «schizophrenia», «mental disorders», «идентичность», «диффузная идентичность», «диагностика идентичности», «депрессия», «шизофрения», «психические расстройства» проведен поиск статей на английском и русском языках в базах данных MEDLINE/PubMed, Scopus, Web of Science, eLibrary. **Заключение:** анализ опубликованных работ показывает, что в большинстве имеющихся исследований изучается либо развитие идентичности в подростковом возрасте, либо один из аспектов идентичности, а именно ощущение принадлежности к какой-либо группе по одному или нескольким признакам (этническая идентичность, гендерная идентичность, профессиональная идентичность). При этом анализ подходов и исследований идентичности в рамках психиатрической клиники показывает, что наиболее приближенным к задачам клинической психологии и психиатрии является подход, рассматривающий идентичность с точки зрения структуры личности, ее особенностей и патологии. Использование конструкта идентичности в клинической психологии позволяет при оценке и классификации психических расстройств формализовать нормативное и отличное от него состояние при патологии и дает возможность при описании нарушений психического здоровья учитывать факторы, обуславливающие нехватку или нарушение тех или иных состояний и особенностей психического функционирования, не являющихся явными причинами наблюдаемых дисфункций.

Ключевые слова: идентичность, структура личности, диффузная идентичность, методы исследования идентичности, психические расстройства

Для цитирования: Ениколопов С.Н., Медведева Т.П., Воронцова О.Ю., Бойко О.М. Идентичность в клинической психологии (обзор концепций и методов исследования). *Психиатрия*. 2025;23(3):82-96. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-3-82-96>

REVIEW

UDC 616.895

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-3-82-96>

Identity in Clinical Psychology (Review of Concepts and Research Methods)

Sergey N. Enikolopov, Tatyana I. Medvedeva, Oksana Yu. Vorontsova, Olga M. Boyko

Mental health research centre, Moscow, Russia

Corresponding author: Sergey N. Enikolopov, enikolopov@mail.ru

Summary

Background: the domestic approach to working with mental disorder postulates the impossibility of treating the disease without taking into account the personality and its environment. While the concept of identity has been widely studied in sociology and social psychology, there is little empirical research on this topic in clinical psychology. **The aim** was to provide an overview of various theoretical concepts of identity, to present the results of empirical research, to analyse the tools used to assess identity in different approaches, to show the limitations of frequently used tools that create difficulties in their application in the clinic.

Materials and Methods: using the keywords “identity”, “diffuse identity”, “identity diagnostics”, “depression”, “schizophrenia”, “mental disorders”, articles in English and Russian in MEDLINE/PubMed, Scopus, Web of Science, and e-library databases were

searched. **Conclusion:** analysis of published works shows that most of the available studies study either the development of identity in adolescence, or one of the aspects of identity, namely the feeling of belonging to a group on one or more grounds (ethnic identity, gender identity, professional identity). At the same time, an analysis of approaches and studies of identity within the framework of a psychiatric clinic shows that the approach closest to the tasks of clinical psychology and psychiatry is an approach that considers identity from the point of view of personality structure, its characteristics and pathology. The use of the identity construct in clinical psychology seems useful, since it allows for the formalization of the normative and different conditions in pathology when assessing and classifying mental disorders. It suggests available methods for evaluating various aspects of identity in the clinic of mental disorder. This makes it possible, when describing mental health disorders, to take into account the factors that cause the lack or violation of certain states and features of mental functioning that are not the explicit causes of the observed dysfunctions.

Keywords: identity, personality organization, identity diffusion, identity research methods, mental disorders

For citation: Enikolopov S.N., Medvedeva T.I., Vorontsova O.Yu., Boyko O.M. Identity in Clinical Psychology (Review of Concepts and Research Methods). *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2025;23(3):82–96. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-3-82-96>

ВВЕДЕНИЕ

Отечественный подход к работе с психическими заболеваниями предполагает невозможность лечить болезнь без учета личности и ее окружения [1]. Эффективность работы клинического психолога с пациентом повышается при учете внутренних связей между внешне проявляемыми симптомами и базовыми характеристиками личности.

Одним из гипотетических конструктов, позволяющих реализовать принципы целостного подхода к анализу психической деятельности, является идентичность. Использование понятия идентичности в клинической психологии представляется полезным, так как позволяет при оценке и классификации психических расстройств формализовать нормативное и отличное от него состояние при патологии. Этот подход дает возможность при описании нарушений психического здоровья учитывать факторы, обуславливающие нарушение тех или иных состояний и особенностей психического функционирования, не являющихся явными причинами наблюдаемых дисфункций.

Исследованием идентичности занимается целый спектр гуманитарных наук, однако для клинической психологии наиболее важным является то, как внутренние психические процессы влияют на формирование идентичности. Остальные науки преимущественно делают акцент на изучении отдельных особенностей идентичности, формирующихся как ответ на внешние условия, включая соответствие определенным критериям, ощущение принадлежности к определенной группе и др. В то время как концепция идентичности широко изучается в социологии и социальной психологии, в клинической психологии по этой теме мало эмпирических исследований. В первую очередь это обусловлено тем, что исследования идентичности требуют прежде всего методологического и теоретического осмысления выбора стратегии и инструментария изучения идентичности, позволяющего прийти к дифференцированным и обоснованным выводам.

ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТЕРМИНА

Термин «идентичность» (лат. «тождество») эволюционировал от характеристики предметов

до обозначения свойства человеческого существования (личного тождества). В средневековье он использовался для обозначения способности неодушевленных предметов сохранять свою специфичность при преобразовании и изменении. J. Locke в работе «Опыт человеческого разума» («An Essay concerning Human Understanding») разделил идентичность (тождество) предметов и идентичность личности [2]. Последнюю он понимал как способность приписывать себе свои прежние состояния, то есть в разные моменты времени считать себя одной и той же личностью. В отличие от идентичности предметов идентичность человека не исключает изменчивости. J. Locke полагал, что залогом переживания личного тождества является непрерывность сознания, неотделимого от мышления, и наличие памяти.

Исследователи в области философии, социологии, психиатрии для описания тождества и целостности использовали различные термины и подчеркивали разные аспекты данного конструкта. E. Erickson, автор концепции идентичности в психологии, считал родоначальником понятия «идентичность» W. James. Хотя W. James не употреблял этого термина и использовал вместо него слово «характер», именно он впервые детально описал ощущение тождества и целостности, которое в современной психологии именуется идентичностью.

S. Freud также не использовал в своих трудах понятие идентичность, но теория S. Freud времен первой топки рассматривала идентичность практически как синоним «Эго», которое является «адаптивным аппаратом для выживания» и фокусируется на восприятии и сознании [3, 4]. «Эго» является результатом последовательных идентификаций с объектами привязанности и обладает лишь относительной автономией из-за необходимости интегрировать требования реальности, «Оно» и «СуперЭго». То есть «Эго» — это идентичность, развиваемая в процессах идентификации.

K. Jaspers рассматривал идентичность как одно из фундаментальных свойств сознания. Он выделял четыре формальных признака сознания: чувство деятельности, осознание собственного единства, осознание собственной идентичности и отличий «Я» от всего, что не является «Я». Под идентичностью K. Jaspers понимал осознание непрерывности собственного «Я»

и того, что события в жизни происходят именно со мной, а не с кем-то другим. Он описал нарушения идентичности на примере больных шизофренией [5].

В психологии родоначальником концепции идентичности как ключевой характеристики нормального развития подросткового периода и тяжелых личностных расстройств является Е. Erickson. Именно он в рамках психоаналитического направления впервые сформулировал понятие нормальной «Эго-идентичности», кризиса и диффузии идентичности. Е. Erickson описал идентичность как фундаментальный организующий принцип, постоянно развивающийся на протяжении жизни и дающий чувство непрерывности внутри себя и во взаимодействии с другими («самотождественность»), а также рамки для различения себя и других («уникальность»), что позволяет индивиду функционировать автономно от других [6]. Е. Erickson ввел понятие «Эго-идентичности» — осознанное чувство индивидуальной идентичности, которому сопутствуют бессознательные стремления к непрерывности индивидуального переживания «Я», общий синтез функций «Эго» и, одновременно с этим, консолидированное чувство единства с групповыми идеалами и групповой идентичностью. «Эго-идентичность» имеет сознательный и бессознательный аспекты и развивается постепенно, окончание консолидации ее структуры происходит в подростковом возрасте.

При нормальном развитии консолидация идентичности является центральной задачей в подростковом возрасте, когда предыдущие идентификации и интроекции должны быть отброшены и трансформированы в процессе, который называется кризисом идентичности. Кризис идентичности у подростка — период недостаточной согласованности между тем, как видит подростка его окружение, и быстрыми изменениями в переживании им своего «Я». Кризис обусловлен недостаточным подтверждением меняющейся идентичности подростка со стороны окружающих.

Представления Е. Erickson об идентичности включают, по крайней мере, три типа компонентов: синтез, спутанная идентичность и консолидация (*synthesis, confusion, and consolidation*) [7, 8]. Синтез представляет собой последовательное ощущение себя во времени и в разных ситуациях, тогда как спутанность идентичности (*confusion*) представляет собой фрагментированное, изменчивое и случайное ощущение себя. Консолидация идентичности представляет собой общую концепцию, основанную на динамическом взаимодействии между синтезом идентичности и спутанностью, где и синтез, и спутанность необходимы для здорового развития.

Нормальный кризис идентичности Е. Erickson отличал от диффузии идентичности (патологии). В концепции Е. Erickson и его последователей понятие диффузии идентичности означает отсутствие/потерю нормальной способности к самоопределению (*self-definition*). Диффузия идентичности проявляется в таких проявлениях как: 1) диффузия временной перспективы, которая

приводит к нарушениям принятия решений (в том числе импульсивности или прокрастинации); 2) трудности в созидательной деятельности; 3) страх слияния, поглощения и потери идентичности в близких отношениях; 4) повышенная потребность в психосоциальном определении (жесткой принадлежности к определенной группе с не критичным разделением всех ее требований и ценностей). Вариант иного исхода — выбор негативной идентичности с опорой на социально отвергаемые неприемлемые идентификации.

Теория Е. Erickson служит основой для большинства исследовательских моделей идентичности, основанных на развитии, включая модель статуса идентичности [9], стилей идентичности [10], синтеза идентичности [7], капитала идентичности [11].

Широкое распространение получила теория статуса идентичности J. Marcia [9, 12], которая утверждает, что чувство идентичности человека определяется «выбором» и «обязательствами» (в русскоязычной литературе «этап поиска» и «этап принятия» — *choices and commitments*), принятыми в отношении определенных личных и социальных качеств. J. Marcia предположил, что хорошо развитая идентичность включает в себя ощущение своих сильных и слабых сторон и индивидуальной уникальности, и предложил два процесса развития идентичности: исследование и приверженность (*exploration and commitment*). Исследование (поиск) относится к периоду обдумывания и тестирования различных ролей, тогда как приверженность (принятие) относится к степени личного вклада, который человек выражает в образе действий или убеждениях. Таким образом, обозначенные J. Marcia две оси (поиск и принятие), задают систему координат, положение в которой определяет статус идентичности (диффузная идентичность, мораторий, предрешенная, достигнутая идентичность — *diffusion, moratorium, foreclosure, achievement*). Мораторий (*moratorium*) — это откладывание интеграционных процессов, ведущих к консолидации идентичности. Предрешенная (*foreclosure*) идентичность подразумевает жесткую приверженность к групповой либо патологической родительской идентичности вплоть до негативной идентичности, проявляющейся в отказе от принятых социальных ролей и формировании идентичности на основе оппозиционного или социально неприемлемого набора идентификаций.

М. Berzonsky переформулировал теорию J. Marcia, используя концепции когнитивной психологии. М. Berzonsky рассматривает три основных стиля разрешения жизненных проблем: информационный (*Informational Style Identity*), нормативный (*Normative Identity Style*), диффузный/избегающий (*Diffused/Avoidant Identity Style*) [13].

В модели J. Côté [11] описываются два вида идентичности взрослого: личностная и социальная. Оба эти параметра рассматриваются как показатели и последствия использования ресурсов, которые индивид осваивает в процессе вступления во взрослую жизнь. Ресурсы идентичности могут быть материальными

(непосредственно наблюдаемыми), например, социальный статус или принадлежность к различным социальным группам. Выделяются также нематериальные ресурсы, например, самоуважение, самооффективность, обязательства идентичности (принимаемые на себя обязательства), локус контроля, позволяющие активно справляться с препятствиями. Эти ресурсы, по J. Côté, составляют так называемый капитал идентичности.

S. Schwartz [7] вводит количественные оценки, которые называет индексами синтеза идентичности (identity consolidation). В представлении автора это дает возможность исследовать взаимосвязь разных концептов (статуса, стилей, капитала идентичности и психологического благополучия/неблагополучия).

Развитие психоаналитических концепций идентичности идет в направлении интеграции с концепциями из других областей психологии. Как было показано выше, M. Verzonsky использовал для своего подхода к идентичности концепции когнитивной психологии. P. Fonagy [14] объединил психоаналитические концепции с «теорией привязанности» и «теорией разума» («theory of mind») в совместную концепцию «ментализации», описывающую развитие сложных ментальных представлений о себе и других, основанных на развитии регуляции эмоций (самоконтроль, контроль аффектов), способности к интерсубъективности (подражание, принятие роли, изменение перспективы) и рефлексивных функций себя. Эти ментальные представления развиваются прогрессивно в результате саморефлексии и облегчают понимание, прогнозирование и рассмотрение собственных и чужих ментальных состояний. Понятие ментализации включает способность ребенка рефлексировать как по поводу своего аффекта, так и аффекта своей матери, т.е. создавать вторичную репрезентацию аффекта другого, сопереживать чужому аффективному опыту и правильно дифференцировать свои аффективные переживания от чужих. Это можно рассматривать как основное требование для формирования опыта идентичности.

Одним из направлений развития психоаналитического понимания психического функционирования и идентичности стала концепция G. Аммон, который осуществил интеграцию психоаналитической концепции с психиатрией и групповой динамикой. В концепции G. Аммон идентичность понимается как центральная интегративная сила «Я». С точки зрения G. Аммон «Я» человека предстает не только как система различных защитных и регуляторных механизмов, которую достаточно было бы определить функциями контроля инстинктов и приспособления к окружающему миру. G. Аммон подчеркивает, что наряду с этим функциональным аспектом «Я» важно признать аспект его идентификации, который делает «Я» человека неповторимым образом, доступным пониманию лишь на основе исторических связей истории жизни индивидуума с его группой и в более широком смысле слова с обществом. Эта функция идентификации «Я» имеет целью последовательную поддержку в формировании

и расширении границ «Я» в рамках межличностного процесса [15]. Согласно теории G. Аммон, ядро личности образуют гуманфункции: агрессия, страх, нарциссизм, внутреннее и внешнее Я-отграничение, сексуальность. Первостепенное значение имеет гуманфункция идентичности, задача которой состоит в интеграции и динамическом соединении остальных функций между собой. Будучи актуальной целостностью личности, она находится в развитии и может обнаруживать конструктивные, деструктивные и дефицитарные тенденции. Успех в достижении интеграции первичных гуманфункций зависит от того, насколько выражены деструктивные и дефицитарные тенденции, преобладание которых является, с точки зрения G. Аммон, следствием раннего опыта взаимодействия со значимыми другими.

В настоящее время наиболее аргументированная и разработанная теория, описывающая онтогенетическое развитие, факторы, влияющие на формирование нормальной идентичности и синдрома диффузии, предложена O. Kernberg. При исследовании факторов, влияющих на формирования идентичности, O. Kernberg опирается, в том числе, на современные нейрофизиологические данные. O. Kernberg расширил понимание нормальной и патологической идентичности, опираясь на теоретические конструкты современной теории объектных отношений. Этот подход расширяет концепцию интеграции «Я», предложенную E. Erickson, через интерпретацию концепции значимых других. Согласно O. Kernberg, в процессе формирования концепции «Я» неотделимы от концепции значимых других, и достижение интеграции в отношении «Я» невозможно без аналогичного процесса в отношении других.

В основе модели O. Kernberg лежит базовое допущение о том, что характеристики интернализированных объектных отношений зависят от того, происходит ли взаимодействие на высоком или на низком уровне интенсивности аффекта. Он полагает, что в условиях пиковой активации аффекта независимо от знака происходит формирование особых структур аффективной памяти и особой первичной системы психической мотивации, направленной на достижение и расширение условий, обеспечивающих пиковые переживания положительного спектра и избегание пиковых переживаний негативной окраски. На раннем этапе позитивные и негативные аффективные воспоминания выстраиваются отдельно, постепенно, по мере развития когнитивных способностей, способностей к переносу кроссмодального опыта, реалистичному научению аспектам «Я» и других в условиях низкой аффективной активации происходит интеграция негативного и позитивного аффективного опыта, что является необходимой предпосылкой для всего последующего развития. Апеллируя к концепции ментализации P. Fonagy, O. Kernberg полагает, что неспособность матери к конгруэнтному «отзеркаливанию» аффекта обуславливает слишком высокую его интенсивность. Это ведет к преобладанию негативного сегмента переживаний, что может повлечь

ограничения в ментализации. Диффузия идентичности по O. Kernberg — это патологическая структурная организация внутреннего мира объектных отношений, отражающаяся в постоянно отсутствующей интеграции концепции «Я» и значимых других (Я и Объект-репрезентаций) [16]. Среди этиологических факторов, имеющих ключевое значение в раннем возрасте, O. Kernberg называет конституциональные и генетические предпосылки к чрезмерной активации агрессивного аффекта и импульсивности, приводящие к врожденному, обусловленному темпераментом преобладанию негативного спектра раннего опыта, ранние отношения с материнской фигурой, ее способность к преобразованию сенсорных впечатлений младенца и «отзеркаливания» аффективного опыта, тип привязанности. Концепция структуры личности O. Kernberg [17] объединяет понятие идентичности с психическими защитами и тестированием реальности, и дает возможность дифференцировать уровни функционирования (организации) личности: невротический, пограничный и психотический.

Таким образом, все исследования подчеркивают гибридную природу идентичности, как интрапсихическую, так и межличностную, и ее различные феноменологические аспекты, усложняющие операционализацию по ее истинным составляющим [18, 19].

НАРУШЕНИЯ ИДЕНТИЧНОСТИ, СВЯЗАННЫЕ С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

E. Erickson выдвинул идею о том, что существует взаимосвязь между развитием личности и психическим здоровьем. Эта связь до сих пор считается полезной для понимания психического здоровья [20, 21]. С клинической точки зрения, подчеркивал E. Erickson [22, 23], синтез идентичности и диффузия идентичности играют важную роль либо в усилении, либо в защите от симптомов интернализации (тревога, депрессия, внутренние состояния, отражающие дисфорию и негативную оценку своей текущей жизненной ситуации) [24] и симптомов экстернализации (физическая агрессия, ложь, обман, воровство и другие действия, которые наносят вред другим или обществу в целом) [25].

В исследованиях показана отрицательная связь синтеза идентичности с симптомами интернализации (например, депрессивными симптомами и несуицидальными самоповреждениями) [26, 27], а также положительная связь спутанной идентичности с симптомами интернализации и экстернализации (делинквентное поведение, курение сигарет, употребление алкоголя, раннее начало половой жизни, незащищенный секс). Изучение связи статуса идентичности и психической патологии показывает, что синтез и диффузия (в большей мере) играют важную роль в прогнозировании проблемных психиатрических исходов у подростков. Показано, что у подростков с высокой тревожностью больше проблем с развитием идентичности [28], а те, кто не взял на себя «обязательства» (не достиг «принятия»),

как правило, имеют статистически более выраженные депрессивные симптомы [29]. Растущее количество эмпирических исследований, в которых используется модель статуса идентичности, показывает, что развитие целостного (консолидированного) чувства идентичности способствует благополучию [30] и защищает от симптомов интернализации [31] и экстернализации [32]. Показаны связи между трудностями в развитии идентичности и психическим здоровьем [28].

В рамках концепции структуры личности O. Kernberg [17] исследования психической патологии основаны на анализе психической интеграции идентичности, защит и способности к тестированию реальности. Невротическая организация личности, в отличие от пограничной или психотической, предполагает интегрированную идентичность и представляет собой защитную систему, основанную на вытеснении и других защитных операциях высокого уровня. Пограничные и психотические структуры можно видеть у людей, в основном пользующихся примитивными защитными механизмами, главным из которых является расщепление (splitting). Способность к тестированию реальности сохранена при невротической и пограничной организации, но серьезно повреждена при психотической организации. O. Kernberg постулирует, что лечение личностных расстройств зависит в большей степени от их тяжести, выраженной в синдроме диффузии идентичности [16]. Таким образом, диагностика диффузной идентичности приобретает фундаментальное значение при клинической оценке пациентов с личностными расстройствами. Оценивать организацию личности (т.е. функционирование личности) O. Kernberg предлагал с помощью разработанного им специального интервью [33]. Он также разработал специальный опросник — Структурированное интервью личностной организации (STIPO — Structured Interview of Personality Organization) [34], которое структурированно оценивает описанные им области.

В одном из исследований показано [35], что пограничная организация личности (диффузная идентичность при сохранной способности к тестированию реальности) отмечается преимущественно у людей с диагностированным пограничным расстройством личности. Она характеризуется внезапными изменениями в идентичности, межличностных отношениях и аффекте, а также импульсивным поведением, периодическим сильным гневом, чувством опустошенности, самоповреждающим и суицидальным поведением, переходящими, связанными со стрессом параноидальными идеями и тяжелыми диссоциативными симптомами (например, ощущением нереальности себя или окружения). Обнаружено, что у большинства людей с пограничной организацией личности имеются сопутствующие психические расстройства, такие как расстройства настроения (например, большая депрессия или биполярное аффективное расстройство (83%), тревожные расстройства (85%) или расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (78%)) [35].

Концепция О. Kernberg о диффузной идентичности в настоящее время используется в психиатрической практике в рамках оценки состояния больного посредством структурированного клинического интервью для DSM-IV (SCID) [36], которое по смыслу близко к «структурному интервью» О. Kernberg. В DSM-IV нарушение идентичности (т.е. «заметно и постоянно нестабильный образ себя или чувство себя») включено в качестве одного из компонентов пограничного расстройства личности. Связь психиатрических нарушений с нарушениями идентичности эмпирически подтверждена. D. Becker и соавт. [37] обнаружили, что нарушение идентичности и аффективная дисрегуляция у подростков являются наиболее значимыми симптомами, ведущими к правильной диагностике пограничного расстройства личности.

В DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition) оценка идентичности — это инструмент, который используется для диагностики личностного расстройства. Тип расстройства (антисоциальное, шизотипическое, пограничное, нарциссическое, обсессивно-компульсивное, избегающее) должен оцениваться в соответствии с набором критериев, основанных на нарушениях функционирования личности и патологических чертах личности из двух различных областей: самофункционирования (дисфункциональность) и межличностной (социальная дезадаптивность). Самофункционирование определяется двумя конструкциями: «идентичность» (ощущает ли человек себя уникальным, с четкими границами между собой и другими) и «самонаправленность» (как человек способен преследовать жизненные цели и продуктивно саморефлектировать), тогда как межличностное функционирование основано на «эмпатии» и «близости» (способен ли человек понимать точку зрения других людей и формировать близкие отношения). При этом концепции идентичности как таковой и концепции О. Kernberg о диффузии идентичности отводится центральная роль в определении и выявлении расстройств личности на общем уровне, а не только как специфической черты при пограничном расстройстве.

Более того, при разработке DSM-5 ряд исследователей и медиков настаивали на более широком применении оценки идентичности не только при личностных расстройствах, но и при других психических заболеваниях. Основное внимание в предлагаемом пересмотре уделялось введению размерной модели для оценки и понимания расстройств личности, аналогично моделям нормальной личности. Рабочей группой была предложена гибридная модель расстройств личности. В дополнение к необходимому категориальному подходу DSM-IV предлагалось включение размерного подхода для оценки патологических доменов черт личности, а также «шкала уровня функционирования личности» в качестве общей меры тяжести дисфункции личности [38].

С. Horwood и соавт. [39] продемонстрировали, что тяжесть расстройств личности, определяемая

по количеству выполненных диагностических критериев всех личностных расстройств DSM-IV, значительно коррелирует с социальной, трудовой и досуговой дисфункцией. Озабоченность социальным неприятием, страх перед социальной неумелостью, чувство неполноценности, гнев, нарушение идентичности и параноидальное мышление наиболее сильно влияют на степень тяжести нарушений. Помимо отсутствия способности к близости и просоциальному поведению, W. Livesley [40] описывает отсутствие стабильных и интегрированных представлений о себе и других как третий основной фактор общей дисфункции личности. А. Skodol и соавт. [41] сообщили, что скрининг расстройств личности из пяти вопросов, охватывающий исключительно аспекты интеграции идентичности, предсказывает наличие личностного расстройства с чувствительностью 79% и специфичностью 54% (если более трех из пяти вопросов были закодированы респондентами знаком «да»). Авторы предлагают следующие вопросы:

1. Я с трудом могу вспомнить, каким человеком я был всего несколько месяцев назад.
2. Мои чувства к людям сильно меняются изо дня в день.
3. Большую часть времени у меня нет ощущения связи с самим собой.
4. Я бреду по жизни без четкого чувства направления.
5. Я испытываю к себе очень противоречивые чувства

Эти вопросы направлены на выявление состояний, близких к некоторым феноменам, оцениваемым с помощью Кембриджской шкалы деперсонализации [42].

В экзистенциально-феноменологическом исследовании шизоидных и шизофренических личностей (включая также «пограничные случаи») R. Laing [43] описал у них переживания отсутствия автономной идентичности, личной последовательности и временной непрерывности. Эти лица обычно воспринимают свое «Я» как бестелесное, чувствуют себя пустыми, нереальными, мертвыми и отделенными от мира. Они не способны поддерживать чувство себя как личности, поэтому в равной степени неспособны испытывать ни отделенность от других, ни связанность с ними обычным образом. Такие люди могут бояться потерять свою индивидуальность в отношениях, а также чувствовать зависимость от другого человека в самом своем существовании.

Нарушения идентичности или «чувства себя» при расстройствах шизофренического спектра отмечали многие исследователи [44]. E. Bleuler [45] сообщил о пациентке, которая «на самом деле не является собой, она просто отражение себя», в то время как другие пациенты говорят, что «не могут догнать себя» или что они «потеряли свое индивидуальное я». E. Bleuler считал эти расстройства частью фундаментальных симптомов шизофрении (включая также формальное

расстройство мышления, расстройство аффективности, ангедонию, амбивалентность и аутизм).

Высказывалось предположение [45], что когда К. Jaspers [46] говорил о «процессуальных явлениях», недоступных психологическому пониманию, или когда Е. Bleuler [47], утверждал, что существенной чертой шизофрении является своеобразное «изменение мышления, чувствования и отношения к внешнему миру, которое нигде больше не проявляется в этом особом виде», они, по-видимому, указывали на столкновение с особенностями болезни, которые находятся на структурном уровне личности, связанным с особенностями восприятия, переработки опыта. Этот уровень касается «как» опыта, а не «что» (содержание) опыта. В течение последних 15–20 лет эти нарушения концептуализировались как структурные изменения «я» пациента, его личности («модель нарушения идентичности») [3, 48, 49]. Эмпирические исследования, основанные на феноменологии, продемонстрировали структурные расстройства идентичности при шизофрении и шизотипическом расстройстве, которые возникают в условиях, предшествующих началу заболевания [50], и, как правило, сохраняются в течение болезни [51].

Клиническое наблюдение, что уровень функционирования личности тесно связан с прогнозом, развитием и исходом психических заболеваний, также подтверждается эмпирически при использовании другого диагностического инструмента — «Операционализованной психодинамической диагностики» [52]. В исследованиях [53, 54], в которых для диагностики использовалась ось «Структура», показано, что нарушения структуры личности предсказывали худший результат лечения пациентов.

ДИАГНОСТИКА ИДЕНТИЧНОСТИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Существует разнообразный диагностический и исследовательский инструментарий, позволяющий оценить развитие идентичности и оценить ее патологии. В табл. 1 представлены методики, наиболее часто упоминаемые в исследованиях и преимущественно нацеленные на обобщенные показатели идентичности.

Помимо отдельных методик, оценка идентичности включена в качестве обязательной характеристики в созданные клиническими психологами и психиатрами руководства по психодинамической диагностике: OPD-2 (Operationalized Psychodynamic Diagnosis) — «Операционализованная психодинамическая диагностика» [52] и PDM-2 (Psychodynamic diagnostic manual) — «Психодинамическая диагностика» [55]. В обоих руководствах реализована цель расширить основанную на симптомах описательную классификацию психических расстройств за счет привнесения фундаментальных психодинамических изменений.

Руководство по диагностике и планированию терапии, созданное рабочей группой «Операционализованной психодинамической диагностики» [52],

опирается на раздел «Психические и психосоматические расстройства» в соответствии с частью V (F) МКБ-10, в дополнении к которому созданы четыре психодинамические диагностические оси (I–IV): опыт болезни и предпосылки к лечению, межличностные отношения, конфликт, структура. Оценка осуществляется посредством полуструктурированного интервью, в результате которого создается личностный профиль пациента по осям, его анализ в последующем используется помимо диагностики для планирования лечения и оценки изменений. При планировании лечения диагностика опирается на имеющиеся дефициты, но также указывает на сильные стороны и ресурсы пациента, что дает возможность терапевту определить фокус и метод лечения.

Создатели руководства понимают «Идентичность» как полноту внутренних образов себя, разделенную на две сферы: сфера «самоидентичности» и сфера «регуляции чувства самооценности (нарциссизм)». Они рассматривают формирование идентичности как пожизненный процесс, который на каждом этапе развития проявляется в виде ощущения идентичности (я есть я) и ощущения непрерывности. Идентичность всегда связана отношениями с различными объектами. Множественность образов представлений о себе при нормальном развитии проявляется как гармоничная и продолжающаяся идентичность, что приводит к чувству благополучия и безопасности.

Диагностика идентичности в модели OPD-2 использует две оси: «конфликт» и «структуру». Если на первый план выступают противоречивые саморепрезентации, связанные с чувством небезопасности и неблагополучия, речь идет о конфликте идентичности. Конфликтный диссонанс сфер «Я» отличается от нарушений идентичности, описываемых в разделе «Структура», где речь идет о размытости представлений о себе. Таким образом, конфликт, как повторяющийся паттерн, описывает условия, которые могут вызвать симптомы, тогда как структура отвечает за уязвимость, предрасположенность к заболеваниям, способность обрабатывать внутренние конфликты и внешние стрессовые события.

Понимание идентичности в диагностической системе OPD-2 является более узким, чем те нарушения, которые определялись О. Kernberg как диффузия идентичности, и касается прежде всего представлений о себе. По сути то, что психотерапевты психодинамической направленности описывают как «диффузию идентичности», операционализируется в OPD-2 в ряде параметров оси «Структура»: когнитивные способности, эмоциональные способности и способности связи. По мере снижения уровня интеграции при оценке эмоциональной способности все более отчетливо проявляются диссоциативные феномены, когда субъектность эмоциональных переживаний и телесного «Я» ограничивается вплоть до восприятия эмоций и ощущений как «не своих», происходящих «не со мной» и чужеродных при низком уровне структурной

Таблица 1. Методы исследования идентичности
Table 1 Identity research methods

Название оригинала методики/Original research methods	Назначение/ Appointment	Описание/Description	Авторы русскоязычных адаптаций/Russian authors of adaptation
Методики на основе концепции E. Erickson и его последователей позволяют выявить текущий статус идентичности, преимущественный стиль идентичности или синтез идентичности			
EPSI — Erikson Psychosocial Stage Inventory; (EIS — Ego Identity Scale)	Подшкала идентичности шкалы психосоциального опросника E. Erickson	Оценивает синтез идентичности	Гаврилова Т.А., Глушак Е.В., 2009; 2011
ISI-5 — Identity Style Inventory; IPSQ — Identity Processing Styles Q-sort	Опросник стилей идентичности	Опирается на авторскую (M. Berzonsky) концепцию идентичности и позволяет измерить три стиля идентичности — информационный, нормативный и диффузный, а также степень приверженности человека своим воззрениям	Исаева А.Н., Зайцева Ю.Е., 2015 Модификация ISI : Орестова В.А. и Карабанова О.А.
ISRI — Identity Stage Resolution Index,	Шкала определения стадии идентичности J. Côté	Предназначена для исследования стадии идентичности личности по модели J. Marcia. Методика принимает во внимание два конструкта идентичности: взрослую и социальную идентичность	Борисенко Ю.В., 2020
EI-ISB — Ego Identity Incomplete Sentence Blank	Эго- идентичность, незаконченные предложения	Для исследования идентичности на основе концепции J. Marcia	Модификация: Орестова В.Р., Карабанова О.А,
DIDS — Dimensions of Identity Development Scale	Процессы идентичности личности	Направлена на диагностику выделенных авторами процессов идентичности личности: поиск вширь и глубокий поиск, навязчивый поиск, принятие обязательств и идентификация с обязательствами	Борисенко Ю.В., 2020
Многие опросники позволяют изучать статус одного из проявлений идентичности (например, профессиональную идентичность, управленческую, карьерную, социальную, моральную, гендерную и пр.)			
OMEIS — Objective Measure of Status Ego-Identity	Опросник объективного измерения статуса эго-идентичности	Исследовательский инструмент, позволяющий выявить в системе идеологических ценностей (представления относительно образа жизни, профессиональные, религиозные, политические установки) четыре статуса эго-идентичности по теории J. Marcia: диффузную, принятую, мораторий и достигнутую	Гаврилова Т.А., Глушак Е.В., 2011
AIQ-IV — Aspects of Identity	Аспекты идентичности	Позволяет различать на эмпирическом уровне сразу несколько аспектов, или «ориентаций», способствующих конструированию человеком своей идентичности: они получили наименование личной, реляционной, социальной, коллективной, специальной и поверхностной ориентации	Войскунский А.Е. и др., 2014
IDEA — Inventory of the Dimensions of Emerging Adulthood,	Черты становящейся взрослости	Разработан для анализа пяти черт становящейся взрослости (концепция Дж. Арнетт)	Ерофеева В.Г., 2023
Российские разработки			
МИЛИ	Методика исследования личностной идентичности	Авторская методика, предназначенная для выявления особенностей изменения эго-идентичности в нормативных кризисах развития личности взрослого человека	Шнейдер Л.Б., 2007
ЭИ Тест	Тест статусов и структуры эго-идентичности	Тест предложен в рамках концепции нормативных кризисов развития, которая объединяет в себе теорию статусов J. Marcia, эпигенетическую концепцию E. Erickson и отечественные культурно-исторические представления о закономерностях психического развития личности.	Солдатова Е.Л., 2006
ОКИ	Опросник кризисной идентичности	Для выявления кризиса идентичности и различных негативных аспектов идентичности, сформированных в результате неблагоприятного прохождения кризиса	Дмитриева Н.В. и др., 2011
Методики, предназначенные для использования в клинике (направлены преимущественно на оценку патологии идентичности)			
IDQ — Identity Disturbance Questionnaire	Опросник нарушения идентичности	«Нарушение идентичности» рассматривается как центральная конструкция для выявления тяжелой патологии личности, и в первую очередь <u>пограничного расстройства личности</u> у взрослых и подростков, содержащую измерения: отсутствие обязательств, поглощение роли, болезненная непоследовательность и отсутствие последовательности	nd

Название оригинала методики/Original research methods	Назначение/Appointment	Описание/Description	Авторы русскоязычных адаптаций/Russian authors of adaptation
PAI — Personality Assessment Inventory	Опросник оценки личности. Содержит шкалу идентичности (BOR-I — Identity Problems)	Опросник Morey для взрослых, который объединяет «проблемы идентичности» в дополнение к другим факторам	nd
BPFS-C — Borderline Personality Features Scale for Children	Шкала пограничных черт личности для детей Содержит подшкалу идентичности	Для оценки пограничных черт личности у детей, основанный на шкале пограничного расстройства опросника Personality Assessment Inventory (PAI) L. Morey	nd
BPQ — Borderline Personality Questionnaire	Опросник пограничной личности	Опросник на основе критериев DSM-IV для оценки пограничной личности у взрослых с девятью подшкалами: импульсивность, аффективная нестабильность, заброшенность, отношения, образ себя, самоубийство/самоповреждение, пустота, сильный гнев и квазипсихотические состояния, все из которых эмпирически вносят вклад в совместный пограничный фактор, называемый «Идентичность/межличностные отношения»	nd
AIDA — Assessment of Identity Development in Adolescence	Оценка идентичности личности у подростков»	Оценивает развитие идентичности с точки зрения нарушений личностного функционирования у подростков 12–18 лет и позволяет выявить разницу между здоровым и нарушенным развитием идентичности, что предположительно связано с высоким риском развития личностных расстройств, в том числе	Зверева Н.В., Воронова С.С., Зверева М.В., Гот К., 2022
STIPO; STIPO-R — Structured Interview of Personality Organization	Структурированное интервью личностной организации	Разработан в дополнение к «структурному» интервью O. Kernberg для применения в исследовательских целях. Отвечает на вопрос о том, какова психическая структура пациента: невротическая, пограничная или психотическая, и позволяет получить количественные оценки по пяти критически важным областям психического функционирования пациента: идентичность, объектные отношения, примитивные и высокоуровневые защиты, агрессия и моральные ценности	nd
ISTA — Ich Struktur Test Ammon	Я-структурный тест G. Ammon	Диагностика как структурных особенностей личности, так и их проявлений: внутренние и внешние отграничение, проявления агрессии, нарушений сексуальной жизни, страхов. Позволяет оценить спектр патологических состояний, которым соответствует сложившийся тип организации структуры личности	G. Ammon, 1995
Методики, которые предлагаются для оценки идентичности в PDM-2 (Psychodynamic diagnostic manual)			
D-RS — The differentiation-Relatedness Scale,	Шкала дифференциации отношений	Определяет две способности дифференциации себя от других и способность объединяться с другими людьми	nd
SPC — The Scale of Psychological Capacities	Шкала психологических особенностей	Оценка идентичности производится по одной из шкал «организация самости»	nd
ORI — The Object Relations Inventory	Индексы объектных отношений	Для оценки отношений с другими людьми и их внутренних репрезентаций	nd
SCORS — Social Cognition and Object Relations Scale	Шкала социального познания и объектных отношений	Выявляет такие области идентичности как: стабильность самости, сложности репрезентации других	nd
AAI — The Adult Attachment Interview	Интервью привязанности для взрослых	Полуструктурированное интервью, оценивающее состояние психики в отношении привязанности	nd
MOA — The Mutuality of Autonomy Scale	Шкала взаимности автономии	Шкала получена на основе чернильных пятен Роршаха, оценивает уровни и стадии отношений в зависимости от чувства индивидуальной автономии и способности к установлению и поддержанию взаимности	nd

интеграции. В социальных взаимодействиях по мере снижения уровня интеграции снижается способность воспринимать других в различных аспектах как целостных личностей, снижение эмпатии, неспособность

поддерживать длительные отношения без ущерба для себя или другого.

Создатели другой диагностической системы PDM-2 (Psychodynamic diagnostic manual) — «Пси-

ходинамическая диагностика» [55] исходили из принципа, что концепция здоровья является основополагающей для определения расстройства. Система базируется на руководстве DSM. Многомерный подход, предлагаемый руководством PDM-2, сочетает категориальный и количественный подход к квалификации психопатологии с акцентом на внутреннем переживании пациентом своего состояния. Руководство для диагностики взрослых включает три оси: «Ось Р» — личностные синдромы с учетом уровня организации личности; «Ось М» — профиль психического функционирования (способности, вносящие вклад в здоровье или патологию; «Ось S» — симптоматические паттерны, которые раскрываются с точки зрения наиболее распространенных субъективных переживаний пациентами своих трудностей.

Идентичность рассматривается как способность к интеграции и дифференциации, оценивается в «Оси М», для этого используется следующий инструментарий, указанный в табл. 1. Исследователи выделяют три уровня интеграции идентичности. При высокой степени интеграции идентичности человек способен упорядочить сложные ролевые требования и аффекты и адаптироваться в неоднозначных ситуациях, сохраняя гибкость и спонтанность. При умеренном уровне есть ограничения в различении опыта, особенно в ситуации стресса, в этом случае сильные эмоции могут приводить к временной фрагментации и поляризации внутреннего опыта, влекущими за собой ухудшение функционирования и нарушения психологической адаптации. Низкая интеграции приводит к упрощению опыта, путанице между собой и другими. В этих случаях в стрессовой ситуации внутренний опыт может быть отделен от внешней реальности с невозможностью различить реальность, собственные интерпретации и фантазии, в случаях интенсивной тревоги включаются неадаптивные защитные механизмы расщепления и диссоциация с нарушениями тестирования реальности.

ВОЗМОЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И СПОСОБЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ИДЕНТИЧНОСТИ В КЛИНИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Все исследователи сходятся в том, что идентичность формируется при взаимодействии с другими людьми с рождения, находится в постоянном развитии и имеет кризисные точки. Сама по себе сложившаяся структура идентичности может выступать как фактор уязвимости к стрессовым воздействиям, определяя области уязвимости личности и адаптивные ресурсы.

Подход, рассматривающий идентичность с точки зрения структуры личности, ее особенностей и патологии, демонстрирует широкие потенциальные возможности для применения в клинике психических заболеваний. В ряде исследований продемонстрирована

связь нарушений идентичности с психическими расстройствами.

Однако необходимо продолжение исследований, так как их явно недостаточно. Возможными актуальными направлениями исследований могут быть работы, дающие ответы на следующие вопросы: может ли нарушение идентичности быть предиктором психического заболевания, и, соответственно, позволяет ли инструментарий ранней диагностики нарушенной идентичности выделять группу риска развития психического заболевания? Может ли исследование идентичности в условиях клиники давать дополнительную информацию для более точной диагностики? Можно ли при нарушениях идентичности предполагать более неблагоприятное течение психического заболевания, прогнозировать тяжесть течения заболевания, качество выхода из психотического эпизода и ремиссии? Позволяет ли оценка патологии идентичности уточнять возможные риски проявления агрессии, самоповреждений или суицидальных попыток? Дает ли анализ особенностей идентичности возможность выделить преимущественные точки психотерапевтического воздействия? Позволяет ли концепция идентичности оценить эффективность психотерапевтического воздействия?

Для решения перечисленных проблем, необходим удобный, легкий в использовании, не очень трудоемкий инструментарий. К сожалению, анализ инструментария демонстрирует его ограниченность. Широко используемые адаптированные и хорошо формализованные опросники на основе концепции E. Erickson помогают выделить проблемную подгруппу риска из условно нормативной выборки, например, подростков. Эти методики позволяют идентифицировать испытуемых с проблемами идентичности, но сами по себе не позволяют дифференцировать диффузию идентичности от нормального кризиса подросткового возраста и конфликтов идентичности, существование которых не подразумевает структурных нарушений. Исследовательские инструменты, основанные на психодинамическом подходе O. Kernberg, в основном представляют собой разные модификации клинических интервью. Применение их в клинике психических заболеваний, помимо дополнительной квалификации, опыта и времени, требует апробации на русскоязычной выборке. Большинство исследований приводят результаты качественного анализа. Существующие варианты формализованных опросников на основе подхода O. Kernberg также не адаптированы для русскоязычной выборки.

При этом существуют методики, которые хорошо формализованы и при этом позволяют реализовать структурный подход к оценке патологий идентичности — оценить структуру идентичности по ее важным характеристикам.

Одна из важнейших системообразующих характеристик психики, которая позволяет оценить идентичность, — это способность к интеграции и дифференциации. Эта способность подразумевает возможность отличить себя от других, внутренние объекты

и репрезентации от внешних объектов и обстоятельств, настоящее от прошлого и будущего и установить связь между этими элементами, не смешивая их. Проявляется способность к интеграции и дифференциации в умении создавать и поддерживать дифференцированное, реалистичное, последовательное и комплексное представление о себе (идентичность) и других. Важным проявлением этой способности является возможность соединять эти внутренние представления способом, который приводит к лучшей адаптации и лучшему функционированию, что связано с умением создавать и поддерживать реалистичную и связную идентичность в отношении с другими» [55].

Оценка степени дифференциации и интеграции идентичности операционализована в «Я-структурном тесте G. Ammon» («Ich Struktur Test Ammon», ISTA) [15]. Концепция G. Ammon отражает все проявления нарушения идентичности несмотря на то, что за ней стоит немного другое направление психодинамической теории, отличное от О. Керберга. Большим плюсом опросника G. Ammon является диагностика как структурных особенностей личности, так и их проявлений: внутренних и внешних ограничений, проявлений агрессии, нарушений сексуальной жизни, страхов. Тест G. Ammon как инструмент операционализации позволяет оценить спектр патологических состояний, которым соответствует сложившийся тип организации структуры личности. К достоинствам «Я-структурного теста G. Ammon» можно отнести его краткость, удобство подсчета, возможность оценить эффективность психотерапии и выбрать фокус психологической работы. Кроме того, тест адаптирован для русскоязычной выборки.

Одновременно с этим, одним из показателей сформированности идентичности является *способность человека к целостному и многогранному восприятию и интерпретации внутреннего и внешнего опыта в области восприятия себя и объекта*. При диффузии идентичности происходит сужение и обеднение опыта, что, на наш взгляд, отражается в особенностях мышления как аналитико-синтетической деятельности, формируя стиль, обозначенный S. Epstein как «категорическое мышление» [56]. Его можно исследовать, опираясь на шкалу «категорическое мышление» опросника CTI (Constructive thinking inventory) S. Epstein [56] (русскоязычная адаптация [42]). Для оценки восприятия другого в ряде исследований идентичности используются методики оценки привязанности, для которых существуют русскоязычные версии.

Теоретические и эмпирические работы по теме идентичности выделяют также следующие компоненты идентичности: чувство непрерывности во времени; эмоциональная приверженность набору самоопределяющих репрезентаций «Я», ролевые отношения, ядерные ценности и стандарты «идеального Я», развитие или принятие мировоззрения, придающего жизни смысл, признание места индивида в мире со стороны

значимых других [16]. *Чувство непрерывности во времени* является обязательным компонентом идентичности, выделяемым всеми исследователями. Основой и необходимым условием его наличия является субъективное качество переживаемого опыта. Отечественные клинические психологи Е.И. Рассказова и А.Ш. Тхостов предложили подход к идентичности с точки зрения психологии телесности, где границы между субъектом и объектом являются ее основой. В этом подходе границы идентичности не являются заданными и фиксированными, а определяются структурой разрыва взаимодействия между субъектом и объектом [57]. Авторы выделяют в качестве универсального феноменологического переживания идентичности ощущение управления и принадлежности.

Представляется продуктивным при оценке диффузии идентичности использовать именно переживания принадлежности, так как управление, на наш взгляд, в большей степени описывает сферу регуляции. Отчуждение телесного и эмоционального опыта может быть проявлено в различного рода феноменах деперсонализации и дереализации. При этом в психологических исследованиях целесообразно рассмотрение данных феноменов с точки зрения не категориального, а дименсионального подхода. Инструментом, хорошо зарекомендовавшим себя в клинических исследованиях и простым в применении, является Кембриджская шкала деперсонализации, адаптированная на русскоязычной выборке [42]. Помимо этого, использование отдельных опросников для изучения отчуждения собственного телесного опыта, показало, что такого рода нарушения являются облигатными при аутоагрессивном (самоповреждающем) поведении, РПП, зависимостях, суицидальном поведении [58].

Также важными проявлениями диффузной идентичности, неспособности интегрировать разные аспекты себя, других, окружающего мира являются *проявления агрессии, враждебности*. Существует общее представление о враждебности как сложном комплексном многокомпонентном образовании, определяющем негативное отношение человека к каким-либо объектам. В связи с тем, что система отношений человека представляет собой способ реконструкции в индивидуальном сознании модели или картины окружающей действительности, С.Н. Ениколопов предлагает рассматривать «враждебность» в рамках представления о картине мира [59]. Таким образом, враждебность представляет специфическую картину мира субъекта, в рамках которой внешним объектам приписываются негативные характеристики. Как мы видим, ядерные ценности и стандарты «идеального Я», являются компонентами идентичности, которые необходимо учитывать при оценке личностных особенностей пациента. О. Kernberg также выделяет *качество «супер-Эго»* как дополнительный критерий диагностики диффузии идентичности. Косвенно это качество «супер-Эго», можно ценить с помощью опросника «легитимизированной агрессии» [60].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование конструкта идентичности, его моделей и интерпретации важно для понимания механизмов личностных расстройств и психических заболеваний как в клинической психологии, так и психиатрии, что подтверждено многими исследованиями. Оценка взаимовлияния особенностей идентичности и психической патологии представляется перспективным направлением исследований в клинике психических заболеваний, поскольку позволяет выявить точки приложения психотерапевтической помощи и затрагивает важнейшие симптомы — нарушение самоидентичности, феномены деперсонализации и дереализации, проявления нарциссической патологии, нарушение способности к эмоциональной регуляции, особое отношение к своему телу, проявления агрессии и аутоагрессии, вплоть до самоповреждающего поведения и суицидальных попыток. С точки зрения клинической психологии использование данного концепта может помочь в более точной диагностике состояния и определения целей психотерапевтической и консультативной работы в рамках психиатрической клиники.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Ястребов ВС. Современная модель психосоциальной реабилитации (проблемы методологии и системного подхода). *Психическое здоровье*. 2017;15(1):3–10.
Yastrebov VS. Modern model of psychosocial rehabilitation (problems of methodology and systematic approach). *Mental health*. 2017;15(1):3–10. (In Russ.).
2. Локк Д. Сочинения в 3-х томах. М. Мысль; пер. с англ. А.Н. Савина 1985–1988. (In Russ.).
Locke J. Works in 3 volumes. M.: Mysl'; 1985–1988.
3. Толпина ИА. Психодинамический анализ проблемы идентичности. *Консультативная психология и психотерапия*. 2004;12(1).
Tolpina IA. Psychodynamic analysis of the problem of identity. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2004;12(1). (In Russ.).
4. Белоусова ИА. Психоаналитический взгляд на проблему идентичности и ее кризиса. *Журнал клинического и прикладного психоанализа*. 2023;4(3):96–108. URL: <https://psychoanalysis-journal.hse.ru/article/view/18234>
Belousova IA. A Psychoanalytic View of Identity and its Crisis. *Journal of Clinical and Applied Psychoanalysis*. 2023;4(3):96–108. (In Russ.). URL: <https://psychoanalysis-journal.hse.ru/article/view/18234>
5. Ясперс К. Общая психопатология. Перевод с немецкого Л.О. Акопяна Москва: Практикум; 1997. (In Russ.).
Jaspers K. *Allgemeine psychopathologie*. Berlin: Springer-Verlag, 1973.
6. Erickson EH. The theory of infantile sexuality, Childhood and Society. New York: WW Norton; 1959.
7. Schwartz SJ. The structure of identity consolidation: Multiple correlated constructs or one superordinate construct? *Identity: An international journal of theory and research*. 2007;7(1):27–49. doi: 10.1080/15283480701319583
8. Hatano K, Sugimura K, Schwartz SJ. Longitudinal Links Between Identity Consolidation and Psychosocial Problems in Adolescence: Using Bi-Factor Latent Change and Cross-Lagged Effect Models. *J Youth Adolesc*. 2018;47(4):717–730. doi: 10.1007/s10964-017-0785-2
9. Marcia JE. Identity in adolescence. *Handbook of adolescent psychology*. 1980;9(11):159–187.
10. Berzonsky MD, Kuk LS. Identity status, identity processing style, and the transition to university. *J. Adolesc. Res.*. 2000;15(1):81–98. doi: 10.1080/19012276.2023.2197561
11. Côté J. The identity capital model: A handbook of theory, methods, and findings. London: Department of Sociology, The University of Western Ontario; 2016.
12. Kroger J, Marcia JE. The identity statuses: Origins, meanings, and interpretations. In: Schwartz S.J., Luyckx K., Vignoles V.L. (Eds), *Handbook of identity theory and research*. New York: Springer, 2011:31–53.
13. Berzonsky MD. Identity style and coping strategies. *J Pers*. 1992;60(4):771–88. doi: 10.1111/j.1467-6494.1992.tb00273.x
14. Fonagy P. Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York: Other Press; 2002.
15. Аммон Г. Динамическая психиатрия. (Перевод) СПб.: Психоневрол. ин-т; 1995.
Ammon Gn. *Dynamische Psychiatrie*. SPb.: Psikhonevrol. in-t; 1995. (In Russ.).
16. Кернберг ОФ. Неразделимая природа любви и агрессии: теория и клиника. Геревод с английского В.С. Снигур. Москва: Изд. проект группы партнеров Psy Event; 2021.
Kernberg O. *The Inseparable Nature of Love and Aggression Clinical and Theoretical Perspectives*. Moscow: Izd. proekt gruppy partnerov Psy Event; 2021. (In Russ.).
17. Kernberg OF. Borderline conditions and pathological narcissism. New York: J. Aronson; 1975.
18. Akhtar S, Samuel S. The concept of identity: developmental origins, phenomenology, clinical relevance, and measurement. *Harv Rev Psychiatry*. 1996;3(5):254–267. doi: 10.3109/10673229609017193
19. Goth K, Foelsch P, Schluter-Muller S, Birkholzer M, Jung E, Pick O, Schmeck K. Assessment of identity development and identity diffusion in adolescence — Theoretical basis and psychometric properties of the self-report questionnaire AIDA. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2012;6(1):27. doi: 10.1186/1753-2000-6-27
20. Marcia JE. Ego identity and personality disorders. *J Pers Disord*. 2006;20(6):577–596. doi: 10.1521/pedi.2006.20.6.577

21. Côté JE. The enduring usefulness of Erikson's concept of the identity crisis in the 21st century: An analysis of student mental health concerns. *Identity*. 2018;18(4):251–263. doi: 10.1080/15283488.2018.1524328
22. Erikson EH. *Childhood and society*. New York: Norton and Compny Inc; 1950.
23. Erikson EH. *Identity and the life cycle*. New York: Norton and Compny Inc; 1980.
24. Cannon MF, Weems CF. Do anxiety and depression cluster into distinct groups?: a test of tripartite model predictions in a community sample of youth. *Depress Anxiety*. 2006;23(8):453–60. doi: 10.1002/da.20215
25. Burt SA, Donnellan MB. Personality correlates of aggressive and non-aggressive antisocial behavior. *Pers. Individ. Differ.*. 2008;44(1):53–63. doi: 10.1016/j.paid.2007.07.022
26. Azmitia M, Syed M, Radmacher K. Finding Your Niche: Identity and Emotional Support in Emerging Adults' Adjustment to the Transition to College. *J. Res. Adolesc.*. 2013;23(4):744–761. doi: 10.1111/jora.12037
27. Claes L, Luyckx K, Bijttebier P. Non-suicidal self-injury in adolescents: Prevalence and associations with identity formation above and beyond depression. *Pers. Individ. Differ.*. 2014;61:101–104. doi: 10.1016/j.paid.2013.12.019
28. Crocetti E, Rubini M, Luyckx K, Meeus W. Identity formation in early and middle adolescents from various ethnic groups: From three dimensions to five statuses. *J. Youth Adolesc.* 2008;37:983–996. doi: 10.1007/s10964-007-9222-2
29. Meeus W, van de Schoot R, Keijsers L, Branje S. Identity statuses as developmental trajectories: a five-wave longitudinal study in early-to-middle and middle-to-late adolescents. *J Youth Adolesc.* 2012;41(8):1008–21. doi: 10.1007/s10964-011-9730-y
30. Waterman AS, Schwartz SJ, Zamboanga BL, Ravert RD, Williams MK, Agocha VB, Kim SY, Donnellan MB. The Questionnaire for Eudaimonic Well-Being: Psychometric properties, demographic comparisons, and evidence of validity. *J Posit Psychol.* 2010;5(1):41–61. doi: 10.1080/17439760903435208
31. Ritchie RA, Meca A, Madrazo VL, Schwartz SJ, Hardy SA, Zamboanga BL, Weisskirch RS, Kim SY, Whitbourne SK, Ham LS, Lee RM. Identity dimensions and related processes in emerging adulthood: helpful or harmful? *J Clin Psychol.* 2013;69(4):415–32. doi: 10.1002/jclp.21960
32. Crocetti E, Klimstra TA, Hale WW, 3rd, Koot HM, Meeus W. Impact of early adolescent externalizing problem behaviors on identity development in middle to late adolescence: a prospective 7-year longitudinal study. *J Youth Adolesc.* 2013;42(11):1745–58. doi: 10.1007/s10964-013-9924-6
33. Kernberg OF. Structural interviewing. *Psychiatr Clin North Am.* 1981;4(1):169–95.
34. Stern BL, Caligor E, Clarkin JF, Critchfield KL, Horz S, MacCornack V, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Structured Interview of Personality Organization (STIPO): preliminary psychometrics in a clinical sample. *J Pers Assess.* 2010;92(1):35–44. doi: 10.1080/00223890903379308
35. Leichsenring F, Heim N, Leweke F, Spitzer C, Steinert C, Kernberg OF. Borderline Personality Disorder: A Review. *JAMA.* 2023;329(8):670–679. doi: 10.1001/jama.2023.0589
36. First MB; Williams JBW; Spitzer RL. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinician Version (Set of Administration Booklet and Packet of 5 Score Sheets) American Psychiatric Association 1997.
37. Becker DF, Grilo CM, Edell WS, McGlashan TH. Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: comparison with hospitalized adults. *Am J Psychiatry.* 2002;159(12):2042–2047. doi: 10.1176/appi.ajp.159.12.2042.
38. Schmeck K, Schluter-Muller S, Foelsch PA, Doering S. The role of identity in the DSM-5 classification of personality disorders. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2013;7(1):27. doi: 10.1186/1753-2000-7-27
39. Hopwood CJ, Malone JC, Ansell EB, Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH, Pinto A, Markowitz JC, Shea MT, Skodol AE, Gunderson JG, Zanarini MC, Morey LC. Personality assessment in DSM-5: empirical support for rating severity, style, and traits. *J Pers Disord.* 2011;25(3):305–320. doi: 10.1521/pedi.2011.25.3.305
40. Livesley WJ. *Practical management of personality disorder*. New York: Guilford Press; 2003.
41. Skodol AE, Clark LA, Bender DS, Krueger RF, Morey LC, Verheul R, Alarcon RD, Bell CC, Siever LJ, Oldham JM. Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 Part I: Description and rationale. *Personal Disord.* 2011;2(1):4–22. doi: 10.1037/a0021891
42. Лебедев СВ, Ениколопов СН. Адаптация методик исследования посттравматических стрессовых расстройств. *Психологическая диагностика.* 2004;3:19–38.
Lebedev SV, Enikolopov SN. Adaptation of methods for studying post-traumatic stress disorders. *Psychological diagnostics.* 2004;3:19–38. (In Russ.).
43. Лэйнг РД. Расколотое «Я»: экзистенциальное исследование здравого смысла и безумия. пер. с англ. В. Желнинова. Москва: АСТ; 2021. (In Russ.).
Laing RD. *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*. Moscow: AST; 2021. (In Russ.).
44. Zandersen M, Parnas J. Identity Disturbance, Feelings of Emptiness, and the Boundaries of the Schizophrenia Spectrum. *Schizophr Bull.* 2019;45(1):106–113. doi: 10.1093/schbul/sbx183

45. Bleuler E, Kline NS. Synopsis of Eugen Bleuler's *Dementia praecox, or The group of schizophrenias*. New York: International Universities Press; 1952.
46. Jaspers K. *General psychopathology*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1997.
47. Parnas J. A disappearing heritage: the clinical core of schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2011;37(6):1121–30. doi: 10.1093/schbul/sbr081
48. Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophr Bull.* 2003;29(3):427–444. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007017
49. Nelson B, Parnas J, Sass LA. Disturbance of minimal self (ipseity) in schizophrenia: clarification and current status. *Schizophr Bull.* 2014;40(3):479–482. doi: 10.1093/schbul/sbu034
50. Nelson B, Thompson A, Yung AR. Basic self-disturbance predicts psychosis onset in the ultra high risk for psychosis “prodromal” population. *Schizophr Bull.* 2012;38(6):1277–1287. doi: 10.1093/schbul/sbs007
51. Nordgaard J, Nilsson LS, Saebye D, Parnas J. Self-disorders in schizophrenia-spectrum disorders: a 5-year follow-up study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2018;268(7):713–718. doi: 10.1007/s00406-017-0837-3
52. ОПД-2. Руководство по диагностике и планированию терапии. М.: Академический Проект; 2011. OPD-2. Operationalized Psychodynamic Diagnosis. М.: Akademicheskij Proekt; 2011. (In Russ.).
53. Rudolf G, Grande T, Oberbracht C, Jakobsen T. Erste empirische Untersuchungen zu einem neuen diagnostischen system: die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse.* 1996;343–357.
54. Spitzer C, Michels-Lucht F, Siebel U, Freyberger HJ. Zum Zusammenhang zwischen OPD-Merkmalen der Persönlichkeitsstruktur und symptombezogenen sowie interpersonalen Behandlungsergebnissen stationärer Psychotherapie [The relationship between OPD features of personality structure and symptom-related and interpersonal outcome of inpatient psychotherapy]. *Z Psychosom Med Psychother.* 2004;50(1):70–85. German. doi: 10.13109/zptm.2004.50.1.70 PMID: 14747984.
55. Линджарди В, Мак-Вильямс Н. Руководство по психодинамической диагностике PDM-2. М: Класс; 2019. Lingiardi V, McWilliams N. *Psychodynamic Diagnostic Manual. Second Edition. PDM-2*. М: Класс; 2019. (In Russ.).
56. Epstein S. *CTI: Constructive Thinking Inventory: professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources; 2001.
57. Рассказова ЕИ, Тхостов АШ. Идентичность как психологический конструкт: возможности и ограничения междисциплинарного подхода. *Психологические исследования.* 2012;5(26). Rasskazova EI, Tkhostov ASH. Identity as a psychological construct: possibilities and limitations of the interdisciplinary approach. *Psychological Studies.* 2012;5(26). (In Russ.).
58. Ениколопов СН, Медведева ТИ, Воронцова ОЮ, Бойко ОМ, Жабина ДВ. Аутоагрессия и психологические аспекты восприятия тела при депрессии. *Психологические исследования.* 2022;15(81):4. doi: 10.54359/ps.v15i81.1072 Enikolopov SN, Medvedeva TI, Vorontsova OYu, Boyko OM, Zhabina DV. Auto-aggression and psychological aspects of body perception in depression. *Psychological Studies.* 2022;15(81):4. (In Russ.). doi: 10.54359/ps.v15i81.1072
59. Ениколопов СН. Психология враждебности в медицине и психиатрии. *Современная терапия психических расстройств.* 2007(1):18–22. Enikolopov SN. Psychology of hostility in medicine and psychiatry. *Current Therapy of Mental Disorders.* 2007(1):18–22. (In Russ.).
60. Ениколопов СН, Цибульский НР. Изучение взаимосвязи легитимизации насилия и склонности к агрессивным формам поведения. *Психологическая наука и образование.* 2008;13(1):90–98. Enikolopov SN, Tsibul'skiy NP. Research on the Connection between Legitimization of Violence and Tendency towards Aggressive Behaviour. *Psychological Science and Education.* 2008;13(1):90–98. (In Russ.).

Сведения об авторах

Сергей Николаевич Ениколопов, кандидат психологических наук, заведующий отделом, отдел медицинской психологии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

enikolopov@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7899-424X>

Татьяна Игоревна Медведева, научный сотрудник, отдел медицинской психологии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

medvedeva.ti@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-6012-2152>

Оксана Юрьевна Воронцова, научный сотрудник, отдел медицинской психологии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

okvorontsova@inbox.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5698-676X>

Ольга Михайловна Бойко, научный сотрудник, отдел медицинской психологии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
olga.m.boyko@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-2895-807X>

Information about the authors

Sergei N. Enikolopov, Cand. Sci. (Psychol.), Head of Department, Department of Medical Psychology, FSBSI Mental health research centre, Moscow, Russia

enikolopov@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7899-424X>

Tatyana I. Medvedeva, Researcher, Department of Medical Psychology, FSBSI Mental health research centre, Moscow, Russia

medvedeva.ti@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-6012-2152>

Oksana Yu. Vorontsova, Researcher, Department of Medical Psychology, FSBSI Mental health research centre, Moscow, Russia

okvorontsova@inbox.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5698-676X>

Olga M. Boyko, Researcher, Department of Medical Psychology, FSBSI Mental health research centre, Moscow, Russia

olga.m.boyko@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-2895-807X>

Вклад авторов

Ениколопов С.Н. — руководство исследованием, концептуализация, редактирование рукописи;

Медведева Т.И. — концептуализация, проведение исследования, создание рукописи и ее редактирование;

Воронцова О.Ю. — концептуализация, проведение исследования, создание рукописи и ее редактирование;

Бойко О.М. — проведение исследования, создание рукописи и ее редактирование.

Authors' contribution

Sergei N. Enikolopov — supervision, conception, writing review & editing;

Tatyana I. Medvedeva — conception, investigation, writing original draft, writing review & editing;

Oksana Yu. Vorontsova — conception, investigation, writing original draft, writing review & editing;

Olga M. Boyko — investigation, writing original draft, writing review & editing.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare about no conflict of interest.

Дата поступления 10.12.2024
Received 10.12.2024

Дата рецензирования 16.02.2025
Revised 16.02.2025

Дата принятия к публикации 24.03.2025
Accepted for publication 24.03.2025