

**ПРОБЛЕМА КРИТЕРИЕВ ДИАГНОСТИКИ  
УРОВНЯ ЛИЧНОСТНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ  
И ЕЕ РЕШЕНИЕ В СОВРЕМЕННОЙ  
КЛИЕНТ-ЦЕНТРИРОВАННОЙ  
ПСИХОТЕРАПИИ**

*Настоящая статья посвящена изложению критериев диагностики уровня личностной организации, принятых на сегодняшний день в психотерапии, а также особенностей диагностики уровня личностной организации клиента в рамках клиент-центрированной психотерапии.*

**Ключевые слова:** психотерапия, психоанализ, клиент-центрированная психотерапия, процессуальная диагностика, уровень личностной организации.

**A PROBLEM OF DIAGNOSTICS  
CRITERIA OF PERSONALITY'S  
LEVEL AND ITS SOLUTION IN THE  
CONTEMPORARY CLIENT-CENTERED  
PSYCHOTHERAPY**

*The present article considers the diagnostics criteria level of personality's organization accepted today in the psychotherapy, as well as some peculiarities of diagnostics level in client's personal organization within the client-centered psychotherapy.*

**Keywords:** psychotherapy, psychoanalysis, client-centered psychotherapy, procedure, diagnosis, level of personality organization.

Понятие уровня личностного функционирования было введено в рамках психоаналитической терапии, однако в настоящее время оно используется психотерапевтами самых разных модальностей. При этом понимание внутренней динамики личности пограничного уровня функционирования является различным в зависимости от объяснительных принципов и схем, принятых в тех или иных психотерапевтических направлениях.

Поскольку понятие уровня личностной организации впервые было обосновано в психоанализе, то и процедура его диагностики разрабатывалась изначально именно психоаналитически ориентированными авторами, среди которых следует назвать, в первую очередь, такие имена, как О. Кернберг и Н. Мак-Вильямс.

В рамках психоанализа, выдающимся исследователем пограничной и нарциссической психопатологии О. Кернбергом было введено понятие структурной диагностики, являющей-

ся надежным способом установления уровня личностной организации клиента. О. Кернберг настаивает на неадекватности использования описательного ( основанного на сопоставлении картины типичных симптомов с симптоматикой клиента) и генетического (прослеживающего ранний детский опыт) подходов с точки зрения задачи диагностики уровня личностного функционирования. Он считает более правильным исследование особенностей объектных отношений клиента, его типичных защит и тестирования реальности.

Понятие структурного анализа, по О. Кернбергу, описывает исследование взаимоотношений между структурными производными интернализованных объектных отношений. В результате применения процедуры структурного анализа по отношению к конкретному клиенту может быть поставлен структурный диагноз – заключение о соотнесенности личности клиента с психотической, невротической либо пограничной личностной структурой. При этом основными критериями, на основании которых

<sup>1</sup> Кандидат психологических наук, доцент кафедры общей психологии и психологии труда АНО ВО «Российский новый университет»

осуществляется структурный диагноз, являются три: 1) степень интеграции идентичности; 2) привычные психологические защиты; 3) способность к тестированию реальности.

Невротическая личность опирается на зрелые защиты, пограничная и психотическая – на примитивные; способность к тестированию реальности развита на пограничном и невротическом уровнях, однако нарушена на психотическом. Интегрированная идентичность характерна для невротически организованной личности, однако ее не обнаруживают личности пограничного или психотического уровня функционирования.

Дополнительные структурные критерии, по О. Кернбергу, используются при дифференциальной диагностике пограничного и невротического уровней организаций, к ним относятся наличие или отсутствие неспецифических проявлений слабости Эго, уровень развития способности переносить тревогу и контролировать собственную импульсивность.

Нарциссическая личность отличается от пограничной более высоким уровнем социального функционирования (социальной успешности), а также более высоким уровнем развития способности контролировать собственные импульсы и переносить тревогу. Кроме того, она обладает более интегрированной идентичностью, которая, тем не менее, не соответствует уровню интегрированности идентичности, свойственной личности невротического уровня организации. Данным автором было разработано так называемое структурное интервью, применяемое психоаналитиком на начальных стадиях терапии с целью постановки структурного диагноза – установления уровня функционирования личности, соотнесения личности с пограничным, психотическим или невротическим уровнями функционирования личности.

Характеризуя в своей работе «Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии» метод структурного интервью, О. Кернберг указывает на его принципиальные отличия от иных типов диагностического психотерапевтического интервью. Его особенностью является то, что диагностический материал терапевт получает, анализируя процесс взаимодействия, смоделированный им в контакте с клиентом. В ходе этого контакта задачей терапевта является целенаправленное создание некоего психического напряжения у клиента при исследовании различных тем, релевантных его текущей ситуации и истории жизни. «При таком подходе внимание (психотерапевта. – А.А.) направлено на симптомы, конфликты и сложности, характерные для данного

пациента, и особенно на то, как они проявляются здесь-и-теперь во взаимодействии с терапевтом» [1, с. 10]. Сосредоточение внимания на ключевых конфликтах и симптомах клиента создает в контакте с терапевтом психическое напряжение, которое позволяет проявиться структурным особенностям личности клиента, а также его привычным психологическим защитам. Основными техниками, которые применяются в структурном интервью, являются прояснение, конфронтация, интерпретация, а также интерпретация переноса. Содержание же интервью представлено вопросами об истории жизни клиента, его прошлых и актуальных значимых межличностных отношениях, сексуальной жизни и супружестве, общении с детьми и родственниками, друзьями, отношении к политике и религии и др. План структурного интервью, по О. Кернбергу, изложен в его знаменитой работе «Тяжелые личностные расстройства».

Вслед за О. Кернбергом идею структурного интервью различают и другие психоаналитически ориентированные авторы, придерживающиеся идеи уровней функционирования личности. В частности, Н. Мак-Вильямс предлагает формат диагностического интервью, включающий в себя исследование следующих тем: демографические данные, текущие проблемы и их начало, личный анамнез, сведения о младенчестве, раннем детстве, латентном, подростковом и взрослом периодах, текущий психический статус, а также заключительные вопросы. При этом принципы получения и обработки информации в структурном интервью, по Мак-Вильямс, созвучны с теми, что изложены в работах О. Кернберга.

В рамках клиент-центрированной психотерапии создана модель процессуальной диагностики В. Кайля, позволяющая оценить особенности личности клиента (включая уровень ее функционирования) в ходе терапевтической работы. По В. Кайлю, процессуальной диагностикой называется процесс непрерывного порождения и пересмотра терапевтом гипотез понимания личности клиента и его проблем. Эти гипотезы терапевт вносит в работу, обсуждая и уточняя их в непосредственной коммуникации с клиентом и используя их с целью углубления контакта с клиентом. Процессуальная диагностика используется терапевтом в тех случаях, когда понимание личности и реакций клиента посредством использования прямой (непосредственной) эмпатии оказывается затрудненным либо невозможным. В модели процессуальной диагностики В. Кайля описываются четыре уровня, на которых становится возможным построение и пере-

смотр психотерапевтом гипотез понимания в отношении личности клиента.

1. Психологическое понимание, происходящее из непосредственной эмпатии терапевта по отношению к переживаниям клиента. Терапевт эмпатически понимает переживание клиента, личностные смыслы, связанные с этим переживанием, и референтные рамки, внутри которых это переживание разворачивается. Он делится этим пониманием с клиентом, выражая его прямо, сверяет и уточняет собственное понимание с тем, как сам клиент понимает себя и собственное переживание; в результате эмпатическое самопонимание клиента усиливается.

2. Герменевтическое понимание, происходящее из собственного резонанса терапевта в связи с личностью клиента. В том случае, если опыт клиента, его реакции не могут быть безоценочным образом приняты психотерапевтом, вызывают у него страх или отвращение, можно говорить о нарушении безусловного принятия и, следовательно, невозможности прямой, непосредственной эмпатии. В. Кайль говорит о том, что появление у психотерапевта подобных реакций не нужно рассматривать как невыполнение профессиональных обязательств или провал клиент-центрированного терапевта; наоборот, при условии уделяния им должного внимания эти реакции терапевта могут быть источником ценной диагностической информации относительно личности клиента. Необходимо не «отбрасывать» от себя эти реакции непринятия, а конгруэнтно прислушаться к ним, пытаясь понять, какую именно реакцию вызывает в психотерапевте клиент и с какими аспектами его поведения, переживания она связана (то есть, чем именно она «запускается»). Полученные ответы могут помочь терапевту продвинуться в понимании структуры личности клиента и его базовых переживаний. Так, если параноидный клиент вызывает в терапевте страх и чувство собственной униженности и беспомощности, это может говорить о том, что именно с этим глубинным и крайне болезненным переживанием пытается справиться клиент. В клиент-центрированной психотерапии, как указывает В. Кайль, активно разрабатываются вспомогательные модели, служащие подспорьем терапевту в обработке его собственного резонанса конгруэнтного непринятия клиента, например модель сценического понимания (или реконструкции сцены) Соммера или модель ориентации во взаимодействии Кесселя с соавторами.

3. Понимание структуры личности клиента и его переживания через понимание дисфункцио-

нальности личных отношений клиента. В. Кайль говорит о том, что даже герменевтической эмпатии психотерапевта наступает предел, когда клиент отводит ему некую дисфункциональную роль, которая никак не может быть принята, или когда терапевт не может найти себе места во взаимодействии с клиентом, не понимает, к кому тот обращается, и какова роль, отведенная ему. В этой ситуации существенную поддержку терапевту оказывает понимание предлагаемых ему ролей. Важно задать себе вопрос: Что клиент хочет, чтобы я подумал и сделал? Чего клиент не хочет, чтобы я подумал и сделал, ни при каких условиях? В основе личностных нарушений обычно лежат дисфункциональные стили общения ребенка и значимых других, именно они проявляются во взаимодействии с терапевтом. В. Кайль говорит о целесообразности на данном этапе взгляда на клиента не с позиции эмпатии, а с позиции Значимого Другого. Анализ биографического материала оказывает помощь терапевту в понимании как внутренней необходимости клиента и его личностных смыслов, лежащих в основе предложения определенной роли, так и особенностей структуры его личности.

4. Понимание структуры личности и реакций клиента, основанное на диагностической классификации личности и состояния клиента в терминах специфических расстройств. В случае, когда терапевт имеет дело с психотическим, доверbalным переживанием, с повторяющимся переживанием, которое не понятно и не «сдвигается» в ходе психотерапевтической работы, подспорьем и помощью терапевту в понимании реакций клиента служат клинические знания, а также информация относительно мотивов, порождающих определенные формы переживаний, ситуаций, провоцирующих их. В. Кайль считает, что, имея дело с такими переживаниями, необходимо не усиливать их, не углублять и не «исследовать вширь», принимая во внимание то, что многие переживания психотика или умственно отсталого человека носят довербальный характер. Он указывает на то, что попытки терапевта описывать их на символическом уровне не будут ему понятны и не будут иметь эффекта. В этой ситуации он считает необходимым поддержание функций непосредственного контакта терапевта с клиентом (Праути).

Таким образом, несмотря на наличие серьезнейших методологических разногласий и в рамках современного психоанализа, и в клиент-центрированной психотерапии, прочные позиции занимает идея о том, что основу для диагностики уровня психической организации

клиента составляет текущий процесс взаимодействия между клиентом и терапевтом здесь-и-сейчас, тот психологический контакт и отношения, которые складываются между ними. Однако при этом наблюдаются и серьезные различия во взглядах на структурную диагностику между представителями современного психоанализа и клиент-центрированной психотерапии, которые могут быть сформулированы следующим образом.

1. В психоанализе структурная диагностика понимается как процедура, предшествующая собственно психотерапии. В клиент-центрированной психотерапии диагностика носит процессуальный характер, то есть включена в процесс взаимодействия клиента и терапевта на всем протяжении психотерапевтического процесса. В. Кайль пишет о том, что процессуальная диагностика есть непрерывный процесс порождения, уточнения и пересмотра терапевтом гипотез понимания личности клиента, который должен сопровождаться передачей этих гипотез клиенту и обсуждением этих гипотез с клиентом.

2. В психоанализе разработаны стандартные техники и приемы, которые используются терапевтом для провокации определенного психического напряжения у клиента (прояснение, конфронтация, интерпретация, интерпретация переноса и т.п.). Именно способы обработки данного напряжения позволяют терапевту вынести диагностическое суждение относительно уровня личностного функционирования клиента. В клиент-центрированной психотерапии диагностика осуществляется в живом контакте терапевта с клиентом при условии конгруэнтности терапевта. При этом терапевт не использует никаких провокативных приемов, воздействующих скрытым образом на личность и состояние клиента с целью создания напряжения.

3. Основным инструментом диагностики структуры личности клиента в клиент-центрированной психотерапии является терапевтический чувственно переживаемый резонанс, в психоаналитической диагностике – в первую очередь, элементы когнитивной сферы терапевта (с некоторыми оговорками, т.к. используются контрпереносные чувства терапевта). Таким образом, клиент-центрированная диагностика опирается на феноменологический опыт терапевта, психоаналитическая – в первую очередь, на элементы его когнитивной сферы.

4. В психоаналитически ориентированной терапии личность клиента предстает перед терапевтом как, в первую очередь, носитель структурного диагноза, определяющего дальнейшие

терапевтические стратегии и применяемые техники. В клиент-центрированной психотерапии диагностика выступает лишь вспомогательным инструментом, позволяющим достичь понимания особенностей личности клиента и его способов восприятия себя, мира и других людей, а через понимание – увеличить способность терапевта к безусловно принимающему, эмпатическому отношению к клиенту, которое является базовым условием эффективности клиент-центрированной психотерапии.

На основании изложенного выше могут быть сделаны следующие **выводы**.

1. Уровень организации, или уровень функционирования личности, – понятие, введенное в психоанализе (О. Кернберг, Г. Мастерсон, Н. Мак-Вильямс) для обозначения уровня развития личности как специфической структуры, включающей это, супер-эго и ид. Уровень организации личности является отражением ее развития на оральной, анальной, фаллической стадиях и тесно связан с благополучием/неблагополучием прохождения данных стадий.

2. Психоаналитические исследования позволяют говорить о психотическом, пограничном и невротическом уровнях организации личности. Психотический уровень возникает вследствие серьезных проблем развития на оральной стадии и связан с патологиями дифференциации Я и не-Я в результате серьезных психологических травм. Пограничный уровень возникает вследствие нарушений детско-родительских отношений на фазе сепарации-индивидуации, а также, по-видимому, генетической и конституциональной предрасположенности. Невротический уровень возникает вследствие психологических проблем поздних фаз анальной стадии и фаллического этапа, когда в целом идентичность ребенка является достаточно интегрированной. Данный уровень организации личности связан с достаточной развитостью наблюдающего аспекта Эго.

3. Ключевыми критериями, разработанными в психоанализе для дифференциальной диагностики уровней организации личности, являются способность к тестированию реальности, степень интеграции идентичности и привычные психологические защиты. В психоаналитических исследованиях была показана важность дифференциальной диагностики уровня организации личности на старте психотерапевтического процесса, так как он имеет качественно специфичные особенности в работе с клиентами различного уровня функционирования.

4. Представления об уровнях организации

личности, обоснованные в рамках психоанализа, широко применяются в клинической психиатрической диагностике и отчасти получили официальный статус благодаря введению в зарубежные и отечественные медицинские классификаторы специфических понятий («пограничное расстройство личности», «невротическое расстройство»).

5. Инструментом диагностики уровня организации личности в рамках психоанализа является структурное интервью. В клиент-центрированной психотерапии таким инструментом является процессуальная диагностика (В. Кайль) как непрерывный процесс порождения и уточнения гипотез относительно личности клиента на основании негативного резонанса терапевта.

## Литература

1. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии. – М. : Класс, 2000. – 365 с.
2. Кайль В. Герменевтическая эмпатия в клиент-центрированной психотерапии // Esser, U., Pabst, H., Speierer, G.-W: (Eds.): The power of the person-centered approach. – Köln : GwG, 1996. – Рр. 65–80. Перевод с немецкого: Elisabeth Zinschitz. – <http://carl-rogers.ru/articles/105-empathy-w-kail.html>
3. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. – М. : Класс, 2015. – 592 с.
4. Соколова Е.Т. Психотерапия: теория и практика. – М. : Академия, 2010. – 368 с.