**Внутренний конфликт человека: феноменология, диагностика и психотерапия**

**Фанталова Е.Б.**

**Москва**

**Аннотация.** В статье рассматривается понятие внутреннего конфликта как рассогласования между «ценностью» и « доступностью». Представлена методика диагностики внутреннего конфликта и его психотерапия.

**Ключевые слова:**  внутренний конфликт, ценность, доступность, расхождение, методика

**Abstract.** In article the concept of the internal conflict as divergence between "value" and "accessibility " is considered. The technique of diagnostics of the internal conflict and its psychotherapy is presented.

**Keywords:**  internal conflict, value, accessibility, divergence, technique

 Понятие «конфликт» происходит от латинского «conflictus», что означает столкновение противоположно направленных, несовместимых друг с другом тенденций в сознании отдельного человека, в межличностных взаимодействиях и отношениях людей. Переживание конфликта субъектом, как правило, связано с острыми негативными эмоциями. Внутренний конфликт определяется существованием противоположных желаний, тенденций, мотивов и позиций личности, внешний – столкновением нарушенных отношений личности с требованиями окружающей среды. Поэтому внутренний и внешний конфликты взаимосвязаны и разделение их носит условный характер.

 Область фокусировки внутреннего конфликта, порождающего множество психогенных и психосоматических расстройств, - это всегда область «внутреннего Я» человека, а потому и изучение ее неразрывно связано с философской антропологией, раскрывающей ценностное ви́дение человека и мира, с экзистенциальными направлениями в философии и психологии, раскрывающими способы существования отдельной человеческой личности. Современное состояние клинической психологии и психотерапии неразрывно связано с изучением глубинности «внутреннего Я» человека, немыслимого без обращения к феноменологии клинических расстройств Карла Ясперса [8 ], к экзистенциальному анализу клинических случаев Людвига Бинсвангера [1 ], к экзистенциальной психотерапии Ирвина Ялома[ 7 ], Личность и мир, ценность и неразрешенность, «внутренее Я» и конфликт – вот та приблизительная ось развития внутренних конфликтных состояний человека, лежащих в основе психологических факторов возникновения самых различных заболеваний, включая соматические, психосоматические и психогенные.

 Психологический анализ различных внутренних конфликтов по В.Н.Мясищеву [2 ], позволяет выделить три их типа: противоречие между возможностями личности и завышенными требованиями к себе, чрезмерный уровень притязаний и недооценка реальных объективных условий, противоречие между желанием и долгом, между моралью и привязанностью.

 Автором данной работы была предпринята попытка рассмотрения внутреннего конфликта как рассогласования между «ценностью» и «доступностью» в различных сферах деятельности. В связи с этим была создана методика « Уровень соотношения “ценности” и “доступности” в различных жизненных сферах» (УСЦД), примененная в настоящий момент в ряде клинико-психологических, общепсихологических и социальных исследованиях внутреннего конфликта. Остановимся подробнее на содержании этой методики [3-6 ],

Первоначальной целью создания методики УСЦД было подтверждение гипотезы диссертационного исследования автора о том, что больные артериальной эссенциальной гипертензией (психосоматическое заболевание по классификации ВОЗ) обладают достоверно более высоким уровнем рассогласования в ценностно-мотивационной сфере по сравнению с больными вторичной почечной симптоматической артериальной гипертонией (непсихосоматическое заболевание) и здоровыми лицами. Последнее, согласно терминологии методики, осуществлялось с помощью сравнительного анализа индекса расхождения «Ценность – Доступность» (RЦ-Д). Созданная методика позволила также устанавливать локализацию и выраженность внутренних конфликтов (ВК), распознаваемых как значительное превышение «Ценности» (Ц) над «Доступностью» (Д) в той или иной жизненной сфере, а также внутренних вакуумов (ВВ), имеющих обратное соотношение этих показателей – для внутренних вакуумов Д значительно выше Ц. Позднее было введено понятие «нейтральной зоны» (НЗ), где Ц и Д в достаточной степени совпадают.

Остановимся подробнее на возможностях методики УСЦД в индивидуальной психотерапии и консультировании. Имея результаты по методике УСЦД, мы заметили, что вскоре после диагностики, они с легкостью становятся предметом обсуждения в психотерапевтических беседах с больным. Мы имели возможность наблюдать различные эмоциональные реакции больных на их результаты по методике УСЦД. Подводя итоги, можно сказать, что в основном мы встречались с двумя типами реакций. Одни больные узнавали в результатах самих себя, как бы подтверждая «образ своего Я» уже другими, научными данными. Другая группа больных не совсем соглашалась сразу, т. к. очень многие ВК и ВВ этих больных находились на бессознательном уровне, в состоянии вытеснения. Мы говорили им при этом, что это только объективные факты, но в силу своей проблематичности в жизни они могут и не осознаваться, но совсем «забыть» о себе связанные с этими фактами жизненные обстоятельства также не дадут и будут часто напоминать о себе в силу их, опять же, острой проблематичности.

Тактика психологической беседы с больным строилась таким образом, чтобы предоставить ему возможность рефлексивного сокращения разрыва между «Ценностью» и «Доступностью» в плане его неразрешенных проблем. Теоретически здесь предполагалось сближение смыслообразующего мотива, выходящего на определенную жизненную ценность, с представлением о путях его реализации. Особое внимание при этом уделялось усилению и расширению функций всех механизмов целеполагания, прямо или косвенно связанных с ценностно-ориентированным смыслообразующим мотивом, что в терминах методики может быть охарактеризовано как «подъем доступности». Беседа с больным проходила, как правило, в диалогическом стиле «активного вслушивания в клиента», предложенным Карлом Роджерсом. Важным элементом ее было установление достаточного эмпатического контакта и диалогической формы общения, к которой многие из наших больных не привыкли, идентифицируя поначалу психолога с врачом и некоторое время ожидая установления знакомой им традиционной директивой формы общения : «вопрос врача – ответ пациента». И лишь позднее можно было затронуть наиболее актуальные для клиента проблемы, которые «размещались» в «глубине разрыва» между «Ценностью» и «Доступностью» в случае более высокого показателя по “Ценности” в определенной жизненной сфере. Они по сути своей являлись содержательными, аффективно заряженными компонентами этого «разрыва», перешедшими в процессе отрефлексирования их в конкретные переживания. Такое направление диалога «по разрывам» охотно подхватывалось больными, поскольку это обеспечивало непосредственный «выход» на их внутренние конфликты, лежащие в основе длительного ощущения неудовлетворенности, напряжения, скованности. Самораскрытие больного в беседе обеспечивалось, во-первых, благодаря появлению возможности психологического манипулирования проблемой, ее дополнительного осмысления (снятия прессинга со стороны смыслообразующего мотива), во-вторых, благодаря “акцентированию” возможностей его компенсаторного фонда или “фонда доступности”, который им до сих пор отвергался. Специфика проводимых с клиентами бесед каждый раз зависела от конкретной ситуации, индивидуальности клиентов, которые не поддаются алгоритмизации. Однако, если все же попытаться структурировать беседу с клиентом на основе результатов, полученных по методике УСЦД, то условно можно выделить три содержательных аспекта ее проведения.

**Первый аспект** – попытка пересмотреть отношение к «Доступности» в случаях, когда «Ценность» резко превышает «Доступность» (ВК). Предусмотреть возможность сокращения «разрыва» за счет подъема уровня «Доступности», достигаемого благодаря актуализации всех резервных, неиспользованных возможностей решения проблемы. Прицельно остановиться на специфике переживаний больного относительно того, что представляет собой заблокировавшая смыслообразующий мотив «недоступность», ***чем*** она является для него в экзистенциальном плане рассмотрения его проблем, а именно – в контексте внутренней логики и рефлексии всей его жизни.

**Второй аспект** – попытка нейтрализовать субъективную, болезненную остроту недоступной ценности. Иными словами, переключить по возможности «фокус внимания» на временную перспективу решения жизненно важных проблем, на относительность и преходящий характер того, что внутренне принято считать “недостижимым идеалом”. Если анализировать диалог «психолог – больной», содержательно проходящий в этом направлении, то со стороны может показаться, что психолог как бы сознательно стремится «принизить» для больного значимость недоступной ценности. На самом деле в этом случае речь должна идти не о дезактуализации ценности как таковой (т. е. не о снятии смыслообразующего мотива), а скорее об изменении ее эмоциональной переработки, снятии аффективных компонентов в переживании благодаря допустимой мобилизации других смыслообразующих мотивов, а также путем изменения способов переживания в отношении имеющихся «идеальных объектов».

**Третий аспект** ведения беседы может включать в себя последовательное сочетание первого и второго аспектов. Конечный выбор тактики диалога с клиентом возможен лишь в ходе самой беседы на этапе, когда уже четко вырисовывается специфика конкретного случая.

Говоря о применении методики УСЦД в целях индивидуальной психотерапии и консультирования, следует в заключении упомянуть еще об одном моменте. Он выражается в том, что *само знакомство больного с* результатами методики позволяет затронуть ряд актуальных для него проблем и создает как бы “импульс” для такого самораскрытия, которое раньше в силу обстоятельств и отсутствия подходящей ситуации было для него недоступным. Больные часто бывают удивлены неожиданной осведомленностью психолога относительно своих проблем, о которых они «постоянно думают» и по поводу которых испытывают длительные мучительные переживания. Нередко можно услышать вопрос типа: «Как можно при помощи таких тестов все это узнать?» Беседы по конкретному разбору результатов по УСЦД проходят обычно с большой заинтересованностью со стороны больных и часто они сами стремятся их продлить.

В заключении настоящей статьи хотелось бы добавить, что создание автором методики УСЦД в дальнейшем получило свое продолжение. Она вошла в авторскую ценностно-ориентированную систему «Диагностика внутреннего конфликта» (ДВК) , состоящую из четырех методик ( УСЦД, «Семь состояний», «Шкала оценки дискомфорта», «Свободный выбор ценностей») [3,4,6 ], Спектр диагностики внутренних конфликтов с помощью предлагаемого комплекса методик следующий:

- распознавание внутренних конфликтов как *расхождений* между «*ценностью*» и «*доступностью*» с превышением показателя по ценности в одной или нескольких жизненно важных сферах (локализация, выраженность и содержание внутренних конфликтов), осуществляемое с помощью 1-ой методики УСЦД. Нахождение *индекса рассогласования* между «ценностью» и «доступностью», являющегося интегральным показателем методики УСЦД;

*- диагностика эмоциональной регуляции* внутренних конфликтов и внутренних вакуумов (2-ая методика «Семь состояний»);

*- оценка уровня дискомфорта* в целях сопоставления объективно установленного уровня рассогласования в ценностно-мотивационной сфере с субъективным ощущением возникающего при этом дискомфорта (3-я методика – «Шкала оценки дискомфорта»);

 *- выявление уникального «ценностного ядра»* человека с помощью составления индивидуального списка жизненных ценностей при неограниченном их свободном выборе (4-ая методика – «Свободный выбор ценностей»).

Относительно общего взаимодействия и функционирования методик системы ДВК можно отметить, что *2-ая методика* «Семь состояний» выявляет эмоциональную регуляцию *внутренних конфликтов* и *внутренних вакуумов*, диагностированных с помощью *1-ой методики* (УСЦД), а *3-я методика* «Шкала оценки дискомфорта» выявляет уровень *субъективно* ощущаемого дискомфорта (УД) с *объективно* установленным по *1-ой методике* показателем дезинтеграции в ценностно- мотивационной сфере - индекс расхождения «Ценность – Доступность» (RЦ-Д). *; 4-ая методика*  «Свободный выбор ценностей» позволяет выявить дополнительные ценностные приоритеты и связанные с ними внутренние конфликты личности.

К настоящему моменту *система ДВК* применяется в целях личностной психодиагностики, индивидуальной психотерапии и психокоррекции широкого контингента лиц с наличием дезинтеграции в ценностно - мотивационной сфере и сопровождающих ее внутренних конфликтов.

 *Л И Т Е Р А Т У Р А*

1. *Бинсвангер Л.* Бытие-в-мире. — М.: КСП+; СПБ.: Ювента, 1999. — 300 с.
2. *Мясищев В.Н.* Личность и неврозы. Л.: изд-во Ленинградского университета, 1960.-428с.
3. *Фанталова Е.Б*. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта : монография . – М.-Берлин: Директ-Медиа, 2015. – 72 с. URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=278849> (дата обращения 13.01.2016)
4. *Фанталова Е.Б.* Ценности и внутренние конфликты: теория, методология, диагностика: монография . –М. –Берлин, Директ –Медиа, 2015. - 141 с. URL: (<http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=278848> (дата обращения 13.01.2016)
5. .*Фанталова Е.Б.* Об одном методическом подходе к исследованию мотивации и внутренних конфликтов ( на контингенте больных артериальной гипертонией и здоровых лиц). – Психол.журн., 1992. Т.13. №1. С.107-117.
6. *Фанталова Е.Б.* Новые методы диагностики в клинической психологии // Клиническая психология в социальной работе / ред. Б.А.Маршинина М.: Академия, 2002.- Гл.4. - С.177-217.
7. *Ялом, Ирвин*. Дар психотерапии. - Серия « Практическая психотерапия» - Москва- Эксмо, 2005. -352 с.
8. *Ясперс, Карл.*  Духовная ситуация времени. – Серия «Новая философия» - Москва,  [АСТ](http://www.ozon.ru/brand/855962/), [Neoclassic](http://www.ozon.ru/brand/21102722/%22%20%5Co%20%22Neoclassic)- 2013.- 288 с.