

**ВЗАИМОСВЯЗЬ СТРАТЕГИЙ ПОВЕДЕНИЯ В КОНФЛИКТНОЙ СИТУАЦИИ,
ТИПОВ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ
И ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ВРАЧЕЙ**

Correlation between strategy of behaviour in a conflict situation, types of interpersonal relationships and psychological states in professional activity of doctors

**Л.Г. Лаврова
Тверской государственный университет**

Представлены результаты исследования взаимосвязи стратегий поведения в конфликтной ситуации с типами межличностных отношений, доминирующих психических состояний (тревоги, фрустрации, агрессии, ригидности, депрессии) и социально-демографическим характеристикам врачей. Подтверждается представление о практической значимости регулирования конфликтного поведения, доказана взаимосвязь стратегии поведения, межличностных отношений и психических состояний врача в конфликтной ситуации.

Ключевые слова: конфликт, стратегии поведения, межличностные отношения, психические состояния: тревога, фрустрация, агрессия, ригидность, депрессия.

Presents the results of correlation between the study of the strategy of behaviour in a conflict situation and the types of interpersonal relationships, dominating mental states (of anxiety, frustration, aggression, rigidity, depression) and socio-demographic characteristics of doctors. The article confirms practical significance of regulation of conflict behaviour and proves correlation between strategies of behaviour, interpersonal relationships and mental states of doctors in a conflict situation.

Keywords: strategy of behavior, conflict, interpersonal, relationships, psychological states: anxiety, frustration, aggression, rigidity, depression.

Профессиональную деятельность необходимо рассматривать в целостности, во взаимосвязи ее компонентов, реальных условий, особенностей ее протекания, и только в этом случае можно проанализировать и выявить закономерности, условия и возможности ее продуктивной реализации. Однако не всегда профессиональная деятельность проходит бесконфликтно, без явных и скрытых противоречий.

Конфликты являются неизбежными и частыми спутниками профессиональной деятельности врача и могут быть рассмотрены как нарушение процесса врачебного общения.

Именно поэтому условием профессионального преуспевания врача является понимание им основных положений конфликтологии и владение технологиями анализа, разрешения и профилактики конфликтов, что и обусловило актуальность выбранной темы.

Целью нашей статьи является представление результатов исследования взаимосвязи стратегий поведения в конфликтной ситуации, типов межличностных отношений, психических состояний (тревоги, фрустрации, агрессии, ригидности, депрессии) и социально-демографических характеристик врачей.

В ходе эмпирического исследования решались следующие задачи: осуществлялась диагностика выраженности различных стратегий поведения в конфликте, преобладающих типов межличностных отношений, содержания

психических состояний врачей, выявлялись и интерпретировались взаимосвязи между данными феноменами, а также исследовались различия в стратегиях поведения в конфликте в зависимости от социально-демографических характеристик (пола, возраста, стажа) врача.

Гипотеза: существует значимая взаимосвязь между стратегиями поведения в конфликтной ситуации, типами межличностных отношений и психическими состояниями врачей.

Объект исследования: врачи городской больницы №6 (г. Тверь) в количестве 73 человек в возрасте от 24 до 55 лет (31 % мужчин – 22 человека; 69 % женщин – 51 человек).

Предмет исследования: стратегии поведения в конфликтной ситуации, типы межличностных отношений, доминирующие психические состояния (тревога, фрустрация, агрессия, ригидность, депрессия), социально-демографические характеристики врачей.

В процессе исследования использовались следующие методы: анализ литературы, построение теоретико-методологической базы исследования, статистическая и математическая обработка данных (описательные статистики, корреляционный анализ, однофакторный дисперсионный анализ). Психологический инструментарий: «Методика диагностики предрасположенности личности к конфликтному поведению» К. Томаса в адаптации Н.В. Гришиной, «Методика диагностики межличностных отношений» Т. Лири, «Самооценка психических состояний» Г. Айзенка, «Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний» В.А. Жмурова в адаптации Т.И. Балашовой.

Концептуальные подходы к рассмотрению вопросов о причинах конфликтов, их роли в жизнедеятельности отдельных индивидов, а также возможности регулирования восходят к Античности (Платон, Аристотель). Внимание конфликтам уделяли теоретики и практики более поздних времен, а также наши современники (Т. Гоббс, Р. Дарендорф, Т. Парсонс, М. Вебер, Э.Дюркгейм, Н.Спенсер и др.) (см.: [4]).

Российская традиция исследования конфликта сочетает в себе теории и доктрины разного характера – либеральные, религиозные, революционные, каждая из которых использует свои постулаты и категории.

Психологические традиции изучения конфликтов являются наиболее развитыми из всех научных дисциплин, интересующихся конфликтами.

В психоаналитической традиции основным предметом внимания являются внутриспсихические конфликты, в особенности те из них, которые имеют неосознаваемый характер (патогенные у З. Фрейда или невротические у К. Хорни) (см.: [8]).

Когнитивистские подходы определяют конфликт как когнитивный феномен. Благодаря работам К. Левина, общепринятым является представление о том, что «поведение определяет ситуация, как она дана субъекту в его переживании, как она существует для него» (см.: [9]).

С 80-х гг. прошлого столетия, в работах отечественных психологов начали появляться исследования посвященные описанию, анализу и оценке конфликтов (В.Н. Дружинин, Д.С. Конторов и М.Д. Конторов) [6].

Однако общепризнанной концепции конфликта ни в России, ни в странах Запада нет, хотя имеются многочисленные исследования по вопросам возникновения, функционирования и управления ими.

В психологии в общем виде конфликт определяется как столкновение противоположно направленных, несовместимых друг с другом тенденций в сознании отдельно взятого индивида, в межличностных взаимодействиях или межличностных отношениях индивидов и групп людей, связанное с отрицательными эмоциональными переживаниями. Следовательно, основу конфликтных ситуаций в группе между отдельными людьми составляет столкновение между противоположенными интересами, мнениями, целями, различными представлениями о способе их деятельности [4, с. 41].

Адекватное разрешение конфликтной ситуации возможно при учете специфики межличностных отношений врачей и их психических состояний. Наиболее глубокое и обстоятельное исследование, посвященное проблеме межличностных отношений дано в монографии Н.Н. Обозова, где обобщены результаты эмпирических исследований отечественных и зарубежных специалистов [14].

В межличностных отношениях проявляются взаимные ориентации субъектов взаимодействия (система установок, ожиданий, действий), которые развиваются и интериоризируются у индивидов, находящихся в длительном контакте. В то же время межличностные отношения экстериоризируются на основе образа партнера в актах взаимодействия, как реакции, действия, поступки, поведение, направленные на партнера. Особенности межличностных отношений являются: обязательно персонифицированный контакт, длительность и устойчивость контактов, которые основаны на чувствах как устойчивом эмоциональном отношении одного человека к другому. Ядром отношений являются сознательные усилия партнеров, направленные на взаимопонимание, а чувства, выражающиеся в действиях и поступках, задают содержание отношений [11].

Следующим феноменом, который влияет на характер и эффективность профессиональной деятельности врача, являются психические состояния. Это определенный, временный уровень целостности формирования психики, который, будучи устойчивым, закрепляется и повторяется в ее структуре [11]. В настоящее время не существует какой-либо единой точки зрения на проблему психических состояний.

Г. Айзенк отводит психическим состояниям определенное место в психологии личности – промежуточное положение между процессами и свойствами, а часто повторяющиеся состояния способствуют развитию соответствующих свойств личности [3, С. 141-142].

Г. Айзенк утверждал, что люди с недостаточной способностью к формированию условных реакций и автономной реактивности чаще других склонны к страхам, фобиям, навязчивым и другим негативным состояниям [1]. Г. Айзенк и многие отечественные исследователи к негативным психическим состояниям личности обычно относят среди прочих следующие: депрессию, тревогу, фрустрацию, агрессию, ригидность.

Рассматривая связь межличностных отношений с поведением врача в конфликте, следует обратить внимание на основные модели поведения личности в конфликтной ситуации: конструктивную, деструктивную и конформистскую. Каждая из моделей обусловлена предметом конфликта, образом конфликтной ситуации, ценностью межличностных отношений и индивидуально-

психологическими особенностями субъектов конфликтного взаимодействия [9].

Представленные положения являются теоретико-методологической базой исследования.

Описание методического инструментария и процедуры исследования

Исследование проводилось в медицинском учреждении с использованием следующих методик: «Методика диагностики предрасположенности личности к конфликтному поведению» К. Томаса (в адаптации Н.В. Гришиной) по выявлению типичных форм поведения, состоящая из пяти возможных вариантов поведения (соперничество, сотрудничество, компромисс, избегание, приспособление), 12 суждений, сгруппированных в различных сочетаниях в 30 пар; «Методика диагностики межличностных отношений» Т. Лири, предназначенная для исследования представлений субъекта о самом себе и идеальном «Я», а также для изучения стиля и структуры межличностных отношений. Т. Лири выделил 8 общих и 16 более конкретизированных вариантов взаимодействия, представив их в виде круговой психограммы. В нашей работе врачу предлагалось оценить своего коллегу по работе по двум факторам: доминирование и дружелюбие; «Самооценка психических состояний» Г. Айзенка для диагностики психических состояний: тревожности, фрустрации, агрессии, ригидности, состоящая из 40 вопросов с описанием различных психических состояний; «Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний» В.А. Жмурова (в адаптации Т.И. Балашовой), состоящая из 20 вопросов, позволяющая определить уровень депрессии.

Описание и обсуждение результатов исследования

После эмпирического исследования была осуществлена первичная обработка данных, которая занесена в соответствующие таблицы. Первичные результаты обрабатывались с помощью математических методов статистической обработки (пакет SPSS v.10.00 for Windows).

Эмпирические ряды были проверены на соответствие нормальному закону распределения с помощью построения гистограмм распределения. Визуальная экспресс-оценка гистограмм показала, что только около половины рядов распределены в соответствии с нормальным законом, поэтому для дальнейшего статистического анализа применялись непараметрические методы математической обработки.

Ранговый корреляционный анализ позволил установить связи между переменными величинами, а коэффициенты ранговых корреляций мы определили по формуле Спирмена. Выявив корреляционные связи между показателями интерперсонального поведения (типами межличностных отношений) и стратегиями поведения в конфликте, мы получили прямые и обратные связи между изучаемыми признаками (табл. 1–2).

Таблица 1

Матрица корреляций показателей типов межличностных отношений и стратегий поведения в конфликте

		Соперничество	Сотрудничество	Компромисс	Избегание	Приспособление
		1	2	3	4	5
Авторитар-	r	0,239	0,418**	-0,141	-0,091	-0,263

		Соперничество	Сотрудничество	Компромисс	Избегание	Приспособление
		1	2	3	4	5
ность	p	0,203	0,022	0,456	0,634	0,161
	r	0,250	-0,062	0,159	0,016	-0,268
Эгоистичность	p	0,183	0,744	0,402	0,931	0,152
	r	0,437**	0,016	-0,206	-0,323*	-0,171
Агрессивность	p	0,016	0,934	0,275	0,082	0,367
	r	0,179	-0,136	-0,239	-0,042	-0,010
Подозрительность	p	0,344	0,475	0,202	0,825	0,957
	r	-0,116	0,159	0,034	-0,214	0,206
Подчиняемость	p	0,542	0,402	0,857	0,257	0,275
	r	0,101	0,123	-0,474*	-0,177	0,081
Зависимость	p	0,596	0,867	0,008	0,349	0,669
	r	-0,242	0,420**	-0,563*	-0,020	0,358**
Дружелюбность	p	0,197	0,021	0,001	0,915	0,052
	r	-0,071	0,187	-0,457*	-0,118	0,350**
Альтруистичность	p	0,710	0,322	0,011	0,535	0,058
	r	0,264	0,161	0,041	-0,077	-0,324*
Доминирование	p	0,158	0,394	0,831	0,686	0,080
	r	-0,286	0,486**	-0,408*	0,089	0,289
Дружелюбие	p	0,125	0,006	0,025	0,640	0,122

Условные обозначения:

г – значение коэффициента корреляции;

p – уровень значимости;

- 0,455* – разнонаправленная взаимосвязь;

0,455** – однонаправленная взаимосвязь;

0,455 – значимая взаимосвязь;

0,455 – взаимосвязь на уровне тенденции.

- «Сотрудничество» имеет положительную взаимосвязь средней силы с типами интерперсонального поведения «авторитарность» ($r=0,418$), «дружелюбность» ($r=0,420$) и «дружелюбие» в целом ($r=0,486$). Среди социальных ориентаций врачей, предпочитающих стратегию сотрудничества, преобладает дружелюбие и частично доминирование.

- «Соперничество» в конфликте положительно со средней силой связано с установкой на «агрессивность» в межличностных отношениях ($r=0,437$). Высокие значения по предпочтению *стратегий соперничества* свойственны врачам с агрессивной направленностью в интерперсональном поведении.

- «Компромисс» связан отрицательно средними по силе связями с «зависимостью» ($r=-0,474$), «дружелюбием» ($r=-0,408$), «альтруистичностью» ($r=-0,457$), и «дружелюбностью» ($r=-0,563$). *Стратегия компромисса* не портит межличностные отношения, а способствует их положительному развитию.

- «Избегание» на уровне тенденций отрицательно связано с «агрессивностью» ($r=-0,324$). Стратегию избегания чаще используют те врачи, которым не свойственны межличностные отношения по типу «агрессивность».

- «Приспособление» на уровне тенденций отрицательно связано с «доминированием» ($r=-0,324$), положительно – с «дружелюбностью» ($r=0,358$) и «альтруистичностью» ($r=0,350$). У врачей, предпочитающих *стратегию приспособления*, выражены поведенческие установки в межличностных контактах на подчинение, альтруистичность, дружелюбие.

Полученные нами данные позволяют судить о возможной выраженности в поведенческом репертуаре врачей различных стратегий поведения.

Решив следующую задачу исследования по выявлению *взаимосвязи показателей доминирующих психических состояний врачей со стратегиями поведения в конфликте*, мы пришли к следующему результату.

Таблица 2

Матрица корреляций показателей психических состояний и стратегий поведения в конфликте

		Соперничество	Сотрудничество	Компромисс	Избегание	Приспособление
Тревога	r	0,083	0,003	-0,137	0,174	0,360**
	p	0,663	0,988	0,470	0,357	0,051
Фрустрация	r	0,313**	-0,250	-0,044	-0,282	0,154
	p	0,092	0,182	0,816	0,131	0,417
Агрессия	r	0,572**	-0,456*	-0,082	-0,138	0,036
	p	0,020	0,031	0,668	0,467	0,850
Ригидность	r	-0,022	-0,077	-0,105	0,363**	0,229
	p	0,907	0,685	0,581	0,049	0,224
Депрессия	r	-0,004	0,198	-0,128	0,253	0,458**
	p	0,982	0,295	0,502	0,178	0,028

Условные обозначения:

r – значение коэффициента корреляции;

p – уровень значимости;

- 0,455* – разнонаправленная взаимосвязь;

0,455** – однонаправленная взаимосвязь;

0,455 – значимая взаимосвязь;

0,455 – взаимосвязь на уровне тенденции.

- Была выявлена положительная связь стратегии поведения в конфликте «соперничество» с психическим состоянием «агрессия» ($r=0,572$), на уровне тенденции с состоянием «фрустрация» ($r=0,313$). Стратегия «соперничество», как указывают С.М. Емельянов [7], – это стремление настоять на своем путем открытой борьбы за свои интересы, в случае сопротивления противника умение занять жесткую позицию.

- Стратегия «сотрудничества» отрицательно связана с состоянием «агрессия» ($r=-0,456$). «Сотрудничество» предполагает поиск решений, полностью удовлетворяющих интересы обеих сторон в ходе открытого обсуждения.

- Значимых взаимосвязей стратегии «компромисс» с какими-либо психическими состояниями выявлено не было.

- Стратегия «избегание» умеренно положительно связана с состоянием «ригидность» ($r=0,363$). К психологической характеристике ригидности следуют трудности переключения психики на отражение новых условий.

- Стратегия «приспособление» однонаправленно связана с состоянием «депрессия» ($r=0,458$) и на уровне тенденции – с тревогой ($r=0,360$). Приспособление – это стремление сохранить или наладить благоприятные отношения, обеспечить интересы партнера путем сглаживания разногласий, готовность уступить, пренебрегая собственными интересами. Данный вариант поведения врача возможен в состоянии тревоги [12, с. 15].

Следующим этапом нашего исследования была проверка гипотезы о различиях между стратегиями поведения в конфликтах в зависимости от социально-демографических характеристик врачей.

Для этой цели была произведена описательная статистика. Выборка была переформирована на подгруппы в зависимости от пола, возраста, стажа. Эмпирические распределения были подвергнуты проверке на соответствие нормальному закону с помощью визуальной экспресс-оценки. Было выявлено их удовлетворительное соответствие. Гистограмма средних значений выраженности стратегий поведения в зависимости от пола представлена на рис. 1.

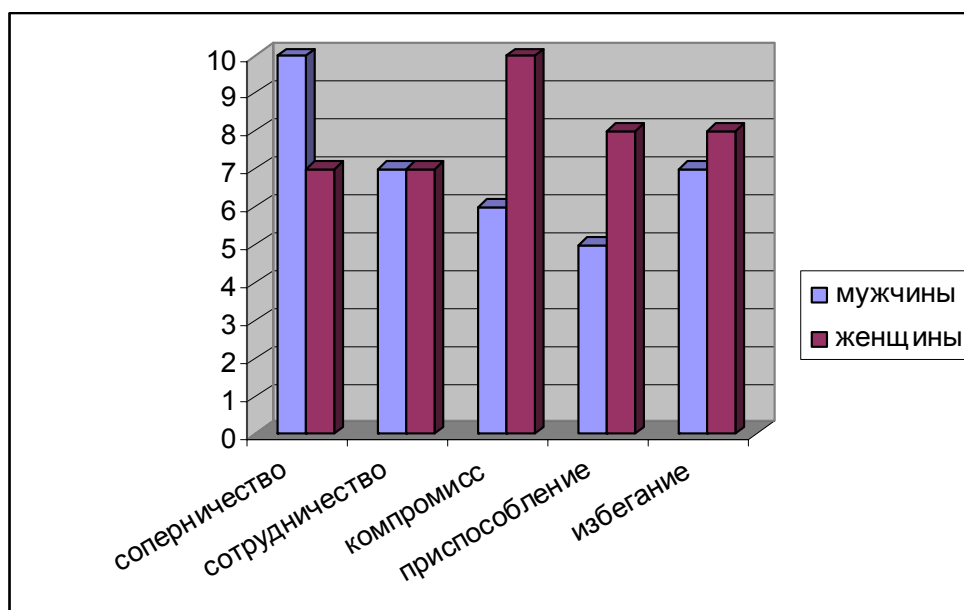


Рис. 1. Гистограмма средних значений выраженности стратегий поведения в конфликте у мужчин и женщин

Для выявления достоверности различий в предпочтении стратегий поведения в конфликте у мужчин и женщин был использован t-критерий Стьюдента для независимых выборок. Результаты представлены в табл. 4.

Таблица 4

Статистика t-критерия Стьюдента

№	Виды стратегий	t-критерий	p
1	Соперничество	2,734	0,056

2	Сотрудничество	0,786	0,245
3	Компромисс	3,134	0,046
4	Приспособление	0,327	0,546
5	Избегание	1,556	0,198

Из анализа табл. 4 следует, что значимые различия между выборками мужчин и женщин существуют по стратегиям «соперничество» ($p=0,056$) и «компромисс» ($p=0,046$). Причем предпочтение стратегии соперничества выше у мужчин, компромисса – у женщин (рис. 1).

Данные результаты, возможно, объясняются тем, что мужчины включают напористость, твердость, соревновательность в достижении поставленной цели и исключают пассивность и смирение. Женщины проявляют больше терпимости и стремления к компромиссному примирению интересов. Половые различия в конфликтах выражаются в следующем:

- мужчины предрасположены к конфликтам, связанным с профессиональной деятельностью;
- женщинам характерна тенденция к большей частоте конфликтов в связи с их личными потребностями [4].

Для выявления различий в стратегиях поведения в зависимости от возраста и стажа был использован критерий различий для сравнения нескольких выборок значений J-Джонкира.

Значения средних по выборкам, сформированным по признаку возраста, представлены в на рис. 2, статистика критерия Джонкира – в табл. 5.

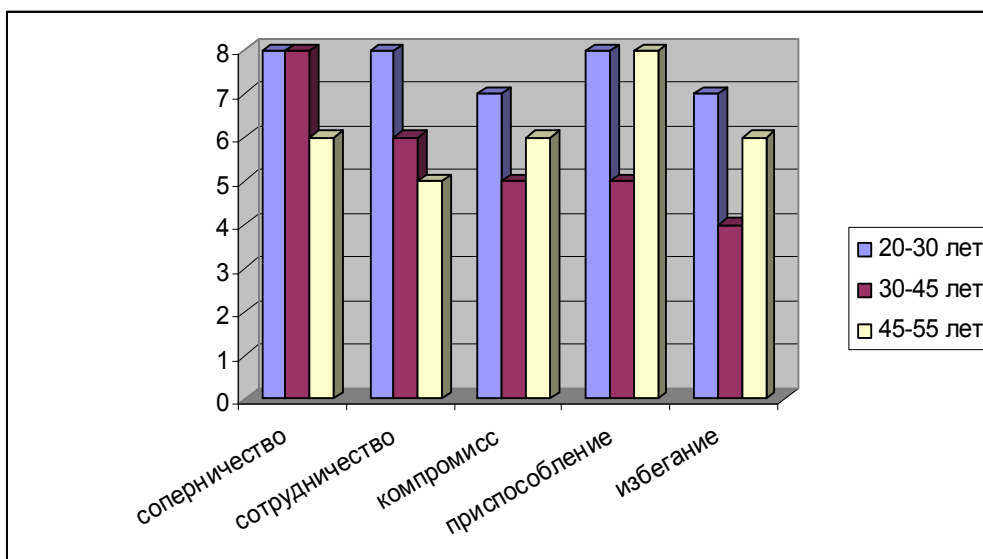


Рис. 2. Гистограмма средних значений предпочитаемых стратегий поведения в конфликте в зависимости от возраста испытуемых

Различия в стратегиях поведения в зависимости от возраста

<i>Виды стратегий</i>	<i>J</i>	<i>p</i>
Соперничество	69	0,549
Сотрудничество	52	0,435
Компромисс	24	0,744
Приспособление	65	0,327
Избегание	76	0,256

Анализируя табл. 5, заметим, что различий в использовании стратегий поведения в конфликте в зависимости от возраста выявлено не было. Возможно, данный факт свидетельствует о том, что стратегии поведения в конфликте – это стилевые особенности личности (Н.В. Гришина [4], Н.А. Козлов [10]). Выбор стратегий поведения определяется под влиянием личностных особенностей: мотивационной сферы, ситуационного контекста, когнитивных и морально-этических аспектов.

Средние значения по предпочтению стратегий поведения в конфликте в зависимости от стажа представлены на рис. 3, статистика критерия Джонкира – в табл. 6.

Таблица 6

Различия в стратегиях поведения в зависимости от стажа

<i>Виды стратегий</i>	<i>J</i>	<i>p</i>
Соперничество	103	0,048
Сотрудничество	54	0,422
Компромисс	43	0,564
Приспособление	39	0,653
Избегание	67	0,342

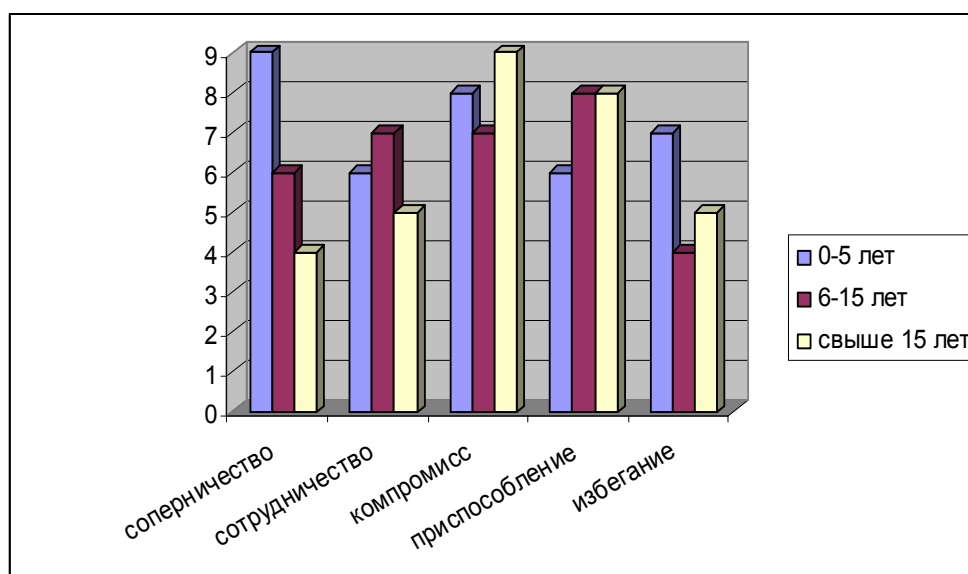


Рис. 3. Гистограмма средних значений предпочитаемых стратегий поведения в конфликте в зависимости от стажа работы испытуемых

Анализируя табл. 6 и рис. 3, заметим, что на значимом уровне существует тенденция уменьшения предпочтения использовать стратегию «соперничества» в конфликте в зависимости от стажа работы. Чем больше проработал врач в медицинском учреждении, тем реже он использует стратегию борьбы, напористости в конфликтных межличностных отношениях. В.В. Знаков указывает, что в процессе профессионального развития происходит социализация субъекта, т. е. усвоение индивидом социальных норм, преобразование социального опыта в собственные профессионально ориентированные установки, ценности и программы деятельности [9]. Результаты нашего исследования убедительно подтверждают этот факт, что в процессе профессиональной социализации врачей, по полученным данным, происходит уменьшение тенденции использовать стратегию «соперничества», т. е. учитывать только свои интересы.

Выводы по эмпирической части исследования

- Стратегия «сотрудничества» положительно связана с установкой на дружелюбие и некоторую авторитарность в межличностных отношениях, отрицательно – с психическим состоянием агрессии.
- Стратегия «соперничество» положительно взаимосвязана с агрессивностью как доминирующим типом межличностных отношений и агрессией, фрустрацией как психическими состояниями.
- «Компромисс» отрицательно связан с зависимостью, дружелюбностью, альтруистичностью.
- «Избегание» отрицательно связано с агрессивностью и положительно – с ригидностью;
- «Приспособление» положительно связано с дружелюбностью, альтруистичностью, отрицательно – с доминированием, а также имеется однонаправленная связь данной стратегии с состоянием тревоги и депрессии.

- Обнаружена достоверная связь в предпочтении стратегии «соперничество» у мужчин, стратегии «компромисс» у женщин. Чем больше стаж врача, тем реже он прибегает к «соперничеству» в межперсональном взаимодействии.

В настоящее время возрастает сложность и напряженность во многих социальных сферах, в том числе и в медицине. Возможно, это связано с высокими требованиями к профессиональным личностным качествам врача, а также значимости последствий некорректного поведения врача. Несомненно, в интересах подготовки квалифицированных и грамотных врачей, управления конфликтами в сфере медицины целесообразной представляется дальнейшая разработка исследуемой проблематики.

Список литературы

1. Айзенк Г. Структура личности. СПб., 1999.
2. Большой психологический словарь / Сост. и общ. ред. Мещеряков, В. Зинченко. СПб., 2003. Б.
3. Ганзен В.А. Системные описания в психологии. Л., 1984.
4. Гришина Н.В. Психология конфликта. СПб., 2000.
5. Дербенев Д.П. Научные основы профессионального врачебного общения. Тверь, 2002
6. Дружинин В.Н., Конторов Д.С., Конторов М.Д. Введение в теорию конфликта. М., 1988.
7. Емельянов С.М. Практикум по конфликтологии. СПб., 2001.
8. Захаров А.И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. М., 2000.
9. Знаков В.В. Понимание в познании и общении. М., 1994.
10. Козлов Н.А. Стратегии в конфликтном взаимодействии // Прикладная психология. 1999. №5. С. 14 – 21.
11. Конюхов Н.И. Прикладные аспекты современной психологии: термины, законы, концепции, методы: Справочное издание. М., 1992.
12. Кочубей Б.И., Новикова Е.В. Снимем маску с тревоги // Семья и школа. 1988. № 11.
13. Левитов П.Д. О психических состояниях человека. М., 1964.
14. Обозов Н.Н. Межличностные отношения. Л., 1979.