

*Т. Д. Грищевич*

Белорусский государственный педагогический университет  
имени М. Танка, Минск

*С. Н. Сысоева*

Минский городской клинический онкологический диспансер,  
Минск

*T. Gritsevich*

Belarusian State Pedagogical University named after M. Tank, Minsk

*S. Sysoyeva*

Minsk City Clinical Oncological Dispensary, Minsk

УДК 159.922.1

## **ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ**

## **GENDER CHARACTERISTICS OF COPING BEHAVIOR OF PATIENT WITH CANCER DISEASE**

*Статья посвящена результатам исследования, изучающего гендерные особенности совладания с ситуацией онкологического заболевания. В статье сравниваются копинг-стратегии, наиболее часто используемые мужчинами и женщинами; приводятся взаимосвязи копинг-стратегий с показателями маскулинности и фемининности.*

*Ключевые слова: онкологическое заболевание; совладающее поведение, копинг-стратегии; пациенты; фемининность; маскулинность.*

*The article is devoted to the results of a study that studies the gender characteristics of coping with the situation of cancer. The article compares the coping strategies most commonly used by men and women; the relationship between coping strategies and indicators of masculinity and femininity is given.*

*Keywords: oncological disease; coping behavior; coping strategies; the patients; femininity; masculinity.*

Рост онкологических заболеваний во многих странах, в том числе и в Республике Беларусь, по-прежнему остается ведущей медико-биологической и психосоциальной проблемой. Факт онкологического диагноза несет в себе витальную угрозу, приводит к переживанию человеком глубокого травматического кризиса. Суть его в том, что неожиданность возникновения и непредсказуемость течения заболевания выходит за рамки имеюще-

гося жизненного опыта, к которым человек, как правило, оказывается не готов. В. Д. Менделевич утверждает, что «ни одно из существующих заболеваний не несёт в себе столь мощной стрессорирующей нагрузки, как злокачественная опухоль» [1, с. 238].

Факт онкологического заболевания для человека является настолько мощным стрессогенным фактором, настолько пронизан острейшими психологическими переживаниями, что может приводить впоследствии к возникновению посттравматического стрессового расстройства. Как показало исследование группы ученых Санкт-Петербурга, «интенсивность его психотравмирующего воздействия не имеет прямой зависимости от уровня риска для жизни, а в большей степени связана с индивидуально-психологическими особенностями личности» [2, с. 7].

Психологическая проблема заключается в том, что ситуация онкологического заболевания требует от заболевшего человека мобилизации всех его ресурсов и активизации стратегий преодоления стресса на различных этапах – от постановки диагноза до начала активного лечения и возможных исходов: ремиссии или прогрессирования.

Следовательно, проблема медицинского излечения или длительной ремиссии не может быть успешно решена без учета психологической составляющей.

С точки зрения медицинской психологии, ситуация онкологического заболевания рассматривается и как экстремальная, и как кризисная. В экстремальной ситуации человеку свойственны непереносимые переживания, сильнейшее внутреннее напряжение, которые в результате оставляют после себя глубокую психологическую травму, нарушают психическое равновесие.

Как кризисная, ситуация онкодиагноза рассматривается в том случае, если заболевший ощущает чувство «переломности» момента. Кризис открывает возможности, несмотря на все тяготы лечения, изменить свое отношение к происходящему, к себе, к вере, к жизни [3].

Следовательно, заболевшие пациенты могут рассматривать свою кризисную ситуацию через разные личностные смыслы: для кого-то «болезнь – это вызов», а для других – «болезнь – это ущербность». В зависимости от подобных установок пациенты выбирают для себя и соответствующие копинг-стратегии.

Второе направление актуальности заключается в том, что среди лечащих врачей-онкологов уровень психологической грамотности все еще оставляет желать лучшего. К сожалению, по-прежнему сохраняется тенденция лечить болезнь, а не человека. Следовательно, знания личностных и гендерных особенностей своих пациентов, их форм реагирования на болезнь, стратегий совладания с экстремальной ситуацией, в которой они оказались, поможет врачам-специалистам направить мотивацию заболевших на выздоровление.

Говоря о силе и важности мотивации, В. Франкл отмечает: «Девизом всех психотерапевтических и психогигиенических усилий может стать мысль, ярче всего выраженная, пожалуй, в словах Ницше: «У кого есть «Зачем», тот выдержит почти любое «Как»» [4]. Иначе говоря, – необходимо помочь онкобольному осознать свое «Зачем», свою жизненную цель. Именно в этом случае заболевший найдет в себе силы перенести все физические и психологические страдания, связанные с операцией и тяжелым длительным лечением, будет готов вытерпеть практически любое «как».

В рамках обозначенной проблемы гендерные различия представляют серьезный научный интерес не только для психологии, но и для медицины. Он касается, в частности, особенностей внутренней картины болезни у мужчин и женщин, восприятия ими боли, отношения к предстоящему лечению и др. Однако в научной литературе всё еще недостаточно информации относительно того, насколько различается их отношение к своему здоровью, насколько по-разному они реагируют на ситуацию, связанную с заболеванием.

Глубокое и комплексное исследование совладающего поведения женщин со злокачественными новообразованиями репродуктивной системы проведено Д. В. Московченко в Российской Федерации. В нём определены стратегии совладания с трудными жизненными ситуациями, выявлены специфические ресурсы совладания с ситуацией болезни. Однако в указанной работе, в силу её специфики, выборка исключительно женская [5].

Как показывает практика, и у мужчин онкозаболевание, особенно если оно приводит к инвалидизации, часто вызывает глубокий экзистенциальный конфликт из-за утраты своей важнейшей социальной функции. Особенно это касается тех, кто воспринимают профессиональную деятельность как самое главное предназначение своей жизни.

Ссылаясь на исследования зарубежных и российских ученых, в своей монографии Е. П. Ильин утверждает, что женщины значительно чаще, в отличие от мужчин, избегают рискованных для здоровья ситуаций; мужчины готовы откладывать обращение к врачу до последнего момента; здоровье как терминальная ценность у женщин находится на первом месте, в то время как у мужчин – лишь на четвертом [6].

В. Д. Менделевич приводит различия, касающиеся уже наличия факта заболевания и типа реагирования в ситуации болезни мужчин и женщин: «Параметр пола человека несомненно оказывает влияние на субъективное отношение к болезни и формирование типа реагирования на заболевание. К особенностям, имеющим корреляции с полом человека, можно отнести известные факты лучшей переносимости женщинами болевого ощущения, состояний длительной ограниченности движений или обездвиженности» [7, с. 235].

Однако в ряде других исследований установлено, что у мужчины с выраженной маскулинностью (по результатам «Полоролевого опросника

С. Бем») демонстрируют более высокий болевой порог, чем у мужчины с низким уровнем маскулинности и женщины. В то же время у женщин степень маскулинности/фемининности не влияла на восприятие боли. Эти результаты подтверждают значимость влияния социально-психологических установок на восприятие боли [8].

Но если речь идет не о физической боли, а о глубоких психотравмирующих переживаниях, то проблема гендерных особенностей реагирования и поведения в различных кризисных ситуациях еще далека от своего решения, и сведения об эффективности использования той или иной копинг-стратегии мужчинами и женщинами неоднозначны. Установлены различия в использовании разных стратегий совладающего поведения: для женщин более характерно искать эмоциональную поддержку в межличностных отношениях, кроме того, они используют более широкий диапазон стратегий, в то время как мужчины чаще направлены на поиски путей решения проблем [8].

Способы, которые использует человек для преодоления кризисных ситуаций, – стратегии и модели преодолевающего поведения (или копинг-стратегии), представляют собой особую категорию ресурсов стрессоустойчивости и совладания с травмирующим событием.

Впервые о копинге заговорили во второй половине XX века по инициативе А. Маслоу, который собственно и ввел это понятие в психологическую науку (копинг – от англ. to cope – справиться, совладать). В своей теории совладания он противопоставляет копинг-поведение и экспрессивное поведение; копинг в большей мере отражает активность и готовность личности к решению жизненных проблем.

Как отмечают С. С. Гончарова, В. И. Слепкова, «копинг, копинг-поведение, преодолевающее поведение, психологическое преодоление, совладание, совладающее поведение – термины одного синонимичного ряда, описывающие один и тот же психологический феномен». Тем не менее, понятие «совладающее поведение» или «совладание» являются наиболее распространенными и общепринятыми в отечественной психологии [9, с. 20]. Именно такого понимания мы придерживаемся в нашей работе.

Психологическое предназначение копинга заключается в том, чтобы адаптировать человека к сложной ситуации, овладеть ею, ослабить или смягчить её, привыкнуть к ней, тем самым снизить или погасить её стрессовое воздействие [10].

Исходя из поставленной проблемы, одной из задач нашего исследования являлось выявление гендерных особенностей совладающего поведения пациентов с онкологическим заболеванием. В нём приняли участие 50 человек с диагностированными злокачественными новообразованиями органов пищеварения, из них 21 мужчина и 29 женщин в возрасте от 20 до 78 лет. Все обследованные пациенты проходили стационарное лечение в УЗ «Мин-

ский городской клинический онкологический диспансер» и дали добровольное согласие на участие в исследовании.

В качестве диагностического инструментария были использованы «Методика диагностики психологического пола, степени маскулинности и фемининности личности» (С. Бем); Методика «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса и С. Фолкмана (в адаптации Т. Л. Крюковой, Е. В. Куфтяк и М. С. Замышляевой).

Результаты исследования гендерных особенностей респондентов по методике С. Бем (табл. 1) свидетельствуют о том, что среди респондентов, принявших участие в исследовании, и женщины ( $m_{\text{ф}} = 13,66$ ;  $m_{\text{м}} = 8,48$ ), и мужчины ( $m_{\text{ф}} = 12,71$ ;  $m_{\text{м}} = 10,90$ ) проявляют в большей степени фемининность. Таким образом, у пациентов обоих полов преобладают такие личностные характеристики как уступчивость, чувствительность, застенчивость, способность к сочувствию и сопереживанию. При этом, как и следовало предполагать, у женщин фемининные проявления выражены более ярко.

Таблица 1

**Показатели гендерных особенностей респондентов мужского и женского пола по методике С. Бем**

Методики	Шкалы	Среднее			Min			Max		
		мужчины	женщины	всего	мужчины	женщины	всего	мужчины	женщины	всего
Методика С. Бем	Фемининность	12,71	13,66	13,26	7,00	5,00	5,00	17,00	18,00	18,00
	Маскулинность	10,90	8,48	9,50	1,00	2,00	1,00	19,00	16,00	19,00
	IS	0,21	0,60	0,44	-1,16	-1,16	-1,16	1,28	1,74	1,74

Согласно полученным данным по методике Р. Лазаруса, наиболее предпочтительной стратегией совладающего поведения всеми респондентами вне зависимости от фактора пола является стратегия самоконтроля ( $m_{\text{м}} = 12,10$ ;  $m_{\text{ж}} = 12,07$ ), для которой характерно преодоление негативных переживаний за счет целенаправленного подавления и сдерживания эмоций, минимизации их влияния на восприятие ситуации, высокий контроль

поведения и стремление к самообладанию. Реже остальных используются стратегии конфронтация ( $m_m = 7,62$ ;  $m_{ж} = 6,17$ ) и принятие ответственности ( $m_m = 6,31$ ;  $m_{ж} = 7,05$ ), по которым обнаружены наибольшие различия между мужчинами и женщинами.



Рис. 2. Показатели совладающего поведения респондентов мужского и женского пола (методика Р. Лазаруса)

Анализ полученных данных позволяет констатировать, что мужчины в большей степени, чем женщины, полагаются на возможность активного противостояния трудностям и стрессогенному воздействию и возможность понимания личной роли в возникновении актуальных трудностей, они чаще способны быстро снижать эмоциональное напряжение в сложной ситуации, целенаправленно и планомерно разрешать ее.

Для женщин более привычно в аналогичных случаях искать социальную поддержку извне и иметь возможность положительно переосмыслить возникшую тяжелую проблему со здоровьем. Респонденты обоих полов в одинаковой степени предпочитают стратегию избегания эмоциогенных импульсивных поступков и настроены на рациональный подход к проблемным ситуациям, в частности, к предстоящему лечению.

Анализ данных методики Р. Лазаруса с помощью U-критерия Манна-Уитни позволил сделать следующие выводы. Несмотря на то, что среди онкопациентов мужчины в большей степени, чем женщины, ориентированы на такие стратегии совладающего поведения, как конфронтация ( $U = 231,00$ ;

$Z = 1,44$ ), принятие ответственности ( $U = 258,50$ ;  $Z = 0,90$ ), бегство-избегание ( $U = 291,50$ ;  $Z = 0,26$ ) и планирование решения проблемы ( $U = 291,50$ ;  $Z = 0,26$ ), а женщины в большей степени предпочитают стратегии поиска социальной поддержки ( $U = 252,50$ ;  $Z = -1,02$ ) и положительной переоценки ( $U = 230,00$ ;  $Z = -1,46$ ), данные различия не достигают уровня статистической значимости.

Различия в проявлении респондентами мужского и женского пола фемининности ( $U = 231,50$ ;  $Z = -1,43$ ) и маскулинности ( $U = 212,00$ ;  $Z = 1,82$ ) также не являются статистически значимыми.

С целью обнаружения взаимосвязей типов совладающего поведения пациентов с их гендерными характеристиками был проведен корреляционный анализ с помощью R-критерия Спирмена. Полученные данные свидетельствуют о том, что в целом по выборке с показателем маскулинности положительно взаимосвязаны стратегия конфронтации ( $0,57$ ;  $p \leq 0,001$ ), стратегия планирования решения проблемы ( $0,43$ ;  $p \leq 0,01$ ), стратегия положительной переоценки ( $0,37$ ;  $p \leq 0,01$ ), стратегия поиска социальной поддержки ( $0,30$ ;  $p \leq 0,05$ ). Иными словами, пациенты, для которых характерны независимость, напористость, склонность к риску и самостоятельность (маскулинность), готовы активно противостоять трудностям и стрессогенному воздействию, решать проблемы за счет привлечения внешних ресурсов, активно искать информационную и эмоциональную поддержку среди своего окружения и у врачей.

Выраженная маскулинность в мужской выборке положительно взаимосвязана с совладающим поведением по типу конфронтации ( $0,77$ ;  $p \leq 0,001$ ) и планирования решения проблемы ( $0,55$ ;  $p \leq 0,01$ ). Следовательно, этот тип мужчин направляет силы на анализ ситуации и перебор возможных вариантов поведения, выработку стратегии разрешения проблемы и планирование собственных действий с учетом объективных условий и личного прошлого опыта.

Маскулинность у женщин положительно взаимосвязана с такими стратегиями совладающего поведения как положительная переоценка ( $0,52$ ;  $p \leq 0,01$ ) и поиск социальной поддержки ( $0,40$ ;  $p \leq 0,05$ ). Статистически значимых коэффициентов корреляции с показателем фемининности не выявлено.

Итак, результаты исследования гендерных особенностей респондентов свидетельствуют о том, что и женщины, и мужчины склонны в большей степени, хоть и статистически незначимой, к фемининности, проявляющейся в таких личностных характеристиках как уступчивость, мягкость, чувствительность, способность к сочувствию.

В целом наиболее приемлемой для онкопациентов является стратегия самоконтроля, для которой характерны преодоление негативных пережива-

ний за счет целенаправленного подавления и сдерживания эмоций, высокий контроль своего поведения и происходящего вокруг.

Заболевшие мужчины чаще, по сравнению с женщинами, предпочитают такие стратегии совладающего поведения как принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы и конфронтация. Женщины чаще ориентированы на поиск социальной поддержки и положительную переоценку, при этом гендерные различия выбора стратегии не достигают уровня статистической значимости.

В соответствии с результатами теоретического и эмпирического изучения гендерных особенностей совладающего поведения онкопациентов, можно выстраивать направления психокоррекционной работы по улучшению их субъективного благополучия и формированию активной мотивации, направленной на выздоровление.

#### **Список использованных источников**

1. Менделевич, В. Д. Клиническая и медицинская психология: практ. рук. / В. Д. Менделевич. – 6-е изд. – М.: Медпресс-информ, 2008. – 432 с.
2. Лукошкина, Е. П. Клинические и психологические факторы риска развития посттравматического стрессового расстройства у пациентов с онкологическими заболеваниями: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Е. П. Лутошкина. – СПб., 2020. – 326 с.
3. Чулкова, В. А. Клинико-психологические аспекты в онкологии / А. В. Чулкова, Е. В. Пестерева // Вестн. С.-Петерб. гос. ун-та. – 2010. – Вып. 1. – Сер. 12. – С. 91–100.
4. Франкл, В. Сказать жизни «Да!»: психолог в концлагере / В. Франкл. – М.: Альпина Нон-фикшн, 2015. – 239 с.
5. Московченко, Д. В. Совладающее поведение женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Д. В. Московченко. – М., 2016. – 218 с.
6. Ильин, Е. П. Пол и гендер / Е. П. Ильин. – СПб.: Питер, 2010. – 688 с. – (Мастера психологии).
7. Менделевич, В. Д. Клиническая и медицинская психология : практ. рук. / В. Д. Менделевич. – 6-е изд. – М.: Медпресс-информ, 2008. – 432 с.
8. Гендерная психология / под ред. И. С. Клещиной. – 2-е изд., испр. и доп. – СПб.: Питер, 2009. – 496 с.
9. Гончарова, С. С. Совладающее поведение: теория, диагностика и результаты исследований: учеб. пособие / С. С. Гончарова, В. И. Слепкова. – Минск: Белорус. гос. пед. ун-т, 2008. – 197 с.
10. Постылякова, Ю. В. Ресурсы совладания со стрессом в разных видах профессиональной деятельности / Ю. В. Постылякова // Психологический журнал. – 2005. – Т. 26, № 6. – С. 35–43.

**(Дата подачи: 25.02.2021 г.)**