

## ВЛИЯНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖЕНЩИНЫ НА ПЕРЕНОСИМОСТЬ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РМЖ: ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ

Крупский А.П., Лубенец Н.В., г. Днепропетровск

*В статті розглянута актуальність досліджень проблеми гендера стосовно онкології Наведені існуючі погляди на гендерні відмінності Визначені напрями подальших досліджень і рамках психології гендера*

Здоровье женщины определяет здоровье нации. Это бесспорно. Понятие здоровья, как известно, понятие комплексное и включает в себя три аспекта: физиологический, психологический и социальный. Развивающийся в последнее время в психологической науке гендерный подход позволяет с новой точки зрения

взглянуть на особенности личности, связанные с ее социальным полом

На Украине каждые 35-37 минут одной женщине ставят диагноз «рак молочной железы», каждый час одна женщина умирает от рака молочной железы (РМЖ) За РМЖ в Украине прочно закрепилось первое место среди всех

локализаций злокачественных новообразований у женщин, и количество заболевших продолжает расти с каждым годом [13]. РМЖ – это проблема не только репродуктивного здоровья женщины, а также психологическая и социальная. Таким образом, *актуальным* является изучение влияния индивидуально-психологических особенностей личности (в том числе гендера) на развитие болезни, ее лечение и переносимость лечения.

*Целью данной работы* является акцентирование внимания ученых и практиков на необходимости использования гендерно-ориентированных подходов в онкологии, а также отражение современного состояния данного вопроса

Существует два методологических подхода к объяснению природы половых различий мужчин и женщин. К одному из них относится биологическая парадигма, в которой акцент делается на их биологической обусловленности и чаще используется термин «пол» - например, в работах В. А. Геодакяна [6], Е. П. Ильина [9], Д. Н. Исаева. В. Е. Кагана [10]. В рамках этого подхода маскулинность - феминность рассматриваются как генетически predetermined формы поведения. Маскулинность отождествляется с агрессивностью, стремлением к господству, жесткостью и склонностью к насилию, а феминность - с наличием инстинкта продолжения рода.

Другую позицию занимает социально ориентированная парадигма, сторонники которой чаще всего оперируют термином «гендер» (Bern S. L. [28], Massobу E. E., Jacklin C. N. [34]). В качестве основных категорий, определяющих содержание феноменов маскулинности и феминности, в данном случае рассматриваются категории статуса, роли и социальной функции (И. Н. Тартаковская [19]). Сходные акценты расставляют Т. Parsons и R. Bales [35], которые отождествляют маскулинность с инструментальностью и определяют ее как ориентацию на выполнение предметной деятельности, связанной с преодолением физических трудностей. В основе маскулинности лежат функции руководства, поддержания дисциплины, «добывания», способы совладения с внешней средой и выполнения деятельности. Феминность, базирующаяся на эмоциональной реактивности и заботе о других, отождествляется с экспрессивностью и интерпретируется через ориентацию на выполнение эмоциональных функций, направленных на поддержание равновесия в семье и воспитание детей [35]. М. Leary с соавторами [32] в трактовке маскулинности-феминности уделяют особое внимание образам - репрезентациям мужественности и женственности.

Е. Массобу и С. Jacklin [34] в ходе своих исследований пришли к выводу, что фундаментальных врожденных различий в психологических особенностях мужчин и женщин не существует во многих областях, где раньше эти различия признавались. Например, экспериментально не подтверждается, что активность, соревновательность, способность к творческой деятельности присущи мужчинам, а пассивность, эмоциональность, зависимость - женщинам. Исследователи Дж. Мани и А. Эрхарда [20] показали существенную значимость эффекта социализации в становлении различий в поведении мужчин и женщин. Концепция андрогинии Сандры Бем [2], внесшая

существенные коррективы в представления о маскулинности-феминности, позиционировала понятие андрогинии как гармоничное сочетание традиционно мужских и традиционно женских качеств. В андрогинном поведении отражается реальное отсутствие чисто мужских и чисто женских качеств, всем людям мужского и женского пола позволяется вести себя в соответствии с индивидуальными особенностями, а не с гендерными предписаниями. Исследования Л. В. Поповой [15] показали, что люди андрогинного типа более всего приспособлены к жизни и гораздо реже испытывают стрессы, связанные с полоролевыми конфликтами. Андрогиния является важной психологической характеристикой человека, определяющей его способность менять свое поведение в зависимости от ситуации, она помогает формированию устойчивости к стрессам, способствует достижению успехов в различных сферах жизнедеятельности [12].

Представители гендерного подхода считают, что наиболее ярким и эффективным механизмом формирования традиционного гендерного поведения выступают гендерные стереотипы. Под стереотипами понимаются стандартизированные представления о моделях поведения и чертах характера, соответствующие понятиям «мужского» и «женского» (Воронина О. А., Клименкова Т. А. [5], Юферева Т. Л. [27], Lippa R. [33]). Данный комплекс установок, характеристик поведения, ожиданий и возможностей мужчины и женщины и рассматривается как маскулинность и феминность (Буракова М. [3]). Сторонники этого подхода полагают, что ребенок рождается мужского или женского пола, но становится маскулинным или феминным в результате воспитания и процесса идентификации с соответствующей гендерной ролью (Азарова Е. А., [1]).

В какой-то мере полоролевые стереотипы целесообразны, то есть, соответствуют природе мужчины и женщины, а в какой-то - ошибочны. Е. П. Ильин [9] выделены следующие компоненты негативной роли гендерных стереотипов:

- 1) они подчеркивают различия между мужчинами и женщинами в значительно большей степени, чем это есть в действительности;
- 2) способствуют различной интерпретации и оценке одного и того же события в зависимости от того, к какому полу принадлежит участник этого события;
- 3) тормозят развитие тех качеств, которые не соответствуют данному полу-ролевому стереотипу.

И. С. Клецина [12], выделила три группы гендерных стереотипов. В первую группу она включила стереотипы маскулинности - феминности, согласно которым мужчинам и женщинам приписываются вполне определенные психологические свойства личности. Эти стереотипы, как правило, полярно и иерархически противопоставляют мужчин и женщин. Так, мужчины характеризуются доминантностью, независимостью, компетентностью, самоуверенностью, агрессивностью и склонностью рассуждать логически, а женщины - покорностью, зависимостью, эмоциональностью, конформностью и нежностью. Вторая группа гендерных стереотипов отражается в представлениях о семейных и профессиональных ролях, закрепленных за соответствующим полом, согласно которым мужчин оценивают по профессиональным успехам, женщин - по

наличие семьи и детей Третья группа гендерных стереотипов связана с различиями в содержании труда, предполагается, что женская сфера деятельности - экспрессивная, а мужская - инструментальная

Для того чтобы соотнести понятия пола и гендера в развитии личности, предлагается разделять половые и гендерные характеристики индивида и личности по трем сферам: человеческого организма, самосознания, системы межличностного взаимодействия (Келли Г Ф [11], Тупицына И А. [21]. Уэст К. Зиммерман Д [22]) Первая сфера отражает биологические уровни пола, вторая и третья - гендерная идентичность и категоризация по признаку пола - представляются частями гендера.

Биологические уровни пола проявляются через последовательное формирование генетического (хромосомного), гонадного и гормонального пола в пренатальный период развития. При рождении у человека проявляется морфологический пол, в подростковом возрасте происходит развитие вторичных половых признаков, половое созревание. В период взрослости пол на биологическом уровне проявляется в виде репродуктивного поведения человека (Васильченко Г С., Решетняк Ю А. [4], Ильин Е. П. [9], Келли Г Ф [11]).

В развитии гендерных характеристик личности значимыми периодами для формирования каких-либо изменений можно выделить: пренатальный период, дошкольный период, подростковый возраст, период взрослости [24] Гендерная идентичность-есть переживание человеком себя, как представителя определенного пола Это многофакторный конструкт, включающий в себя, в том числе, и психологические характеристики маскулинности - фемининности, и гендерные представления [12].

Однако результаты работ, посвященных формированию качеств личности в маскулинных и феминных проявлениях, не дают представления об особенностях женщинами с различной силой выраженности андрогинных черт. Нерассмотренным остается вопрос о влиянии личностных особенностей женщин на развитие болезни РМЖ, ей] лечение и переносимость лечения, то есть необходимо ответить на вопрос: влияют ли «женские» черты и какие черты (а возможно «мужские» черты), на течение РМЖ и, соответственно, эффективность лечения

Молочные железы, помимо своего физиологического значения как репродуктивного органа, выполняют ещё косметическую и эстетическую функции. Поэтому заболевания их, а также последствия несвоевременной диагностики и недостаточно компетентного лечения, могут вызвать не только физические, но и тяжелые психологические страдания приводя к невротизации и, зачастую, к социальной самоизоляции пациентки. А хронические стрессы, в свою очередь, усугубляют течение патологического процесса.

Таким образом, патология молочных желез является проблемой глобальной и решение ее должно осуществляться совместными усилиями терапевтов, гинекологов, хирургов, эндокринологов, онкологов, психологов. Во всем мире, а с недавних пор и в Украине, создаются специализированные маммологические центры, однако в нашей стране их пока что единицы, а масштаб проблемы столь велик, что с этой патологией приходится встречаться практикующим врачам любой специальности, а также психологам

Врачи-практики, работающие с онкологическими

больными, стремясь максимально помочь пациенту, порой забывают или полностью отрицают роль психологического фактора в восприятии болезни, ее развитии и лечении. Однако, рассматривая личностные особенности больного раком человека, его внутреннюю картину, некоторые исследователи указывают на особую роль психологического фактора в развитии и течении онкозаболеваний [7, 14, 18, 25, 26, 29, 31, 36] Психосоматическая медицина давно уже отнесла онкологические заболевания к своей группе В современном понимании психосоматическая медицина рассматривается как наука о взаимоотношениях психических и соматических процессов При онкологических заболеваниях негативная окраска затрагивает всю эмоциональную сферу человека. Часто при возникновении психосоматического заболевания конфликтная динамика определяется понятием «стресс». Но это не просто стресс, т. е. нагрузка, которая приводит к болезни. Человек, находящийся в гармоничных отношениях со своей средой, может перенести экстремальные соматические и психические нагрузки, избегнув болезни

Рак – это особое смысловое пространство, особый образ жизни и мироощущений с целым рядом психологических и психотерапевтических проблем. Отрицательные ощущения усиливаются за счет чувства страха смерти, одиночества, уродства, отчуждения, безнадежности

Как правило, выделяют четыре фактора, характеризующих психологическое состояние личности онкологического больного: эмоциональные состояния, отношение к себе и другим, отношение к болезни и лечению, социальный статус При этом сами по себе они не являются пусковым механизмом опухолевых заболеваний, но являются факторами риска и становятся таковыми при длительном взаимодействии между собой и в сочетании с влияниями средовых

Причины онкологических заболеваний имеют как социальный (воздействие стрессоров окружающей среды), так и личностный характер (высокий уровень неэффективных психологических защит с преобладанием архаичных форм, отсутствие копинг-стратегий, психологические особенности личности: незрелость, нередко инфантильность, алекситимичность личности, закрытость эмоциональной сферы).

Так еще в древности существовали подходы к определению болезни и больного человека. Школа Гиппократов утверждала, что «болезнь-расстройство взаимоотношений между человеком и миром... нельзя лечить тело, не лечя душу» [8].

Своеобразное течение рака молочной железы и биологические особенности этой опухоли обуслов-

ливают использование на определенных этапах заболевания всех существующих методов лечения: хирургического, лучевого, гормонального и химиотерапевтического. Лечение длительное, тяжелое, как правило, инвалидизирующее женщину, как в физическом, так и в психо-социальном планах.

В настоящее время все чаще возникает вопрос: «Почему при прочих равных индивидуально-физиологических особенностях (например, возраст, соматическое здоровье, конституциональные особенности, стадия болезни и т.д.) переносимость лечения разная?»

Если операция, послеоперационный период, лучевая терапия занимают в среднем 1,5-2 месяца, то химиотерапевтическое лечение РМЖ продолжается 4-8 месяцев. На наш взгляд, это наиболее перспективное поле деятельности для изучения влияния психологического фактора на переносимость химиотерапии. а затем, в дальнейшем, создание методик для улучшения качества жизни пациентов во время лечения.

Химиотерапия злокачественных опухолей – это использование с лечебной целью лекарственных средств, тормозящих пролиферацию или необратимо повреждающих опухолевые клетки. Противоопухолевые препараты, оказывая максимальное ингибирующее действие на опухолевые клетки, не могут не повреждать нормальные клетки и ткани организма, чем объясняется появление осложнений и побочных реакций. Среди них преобладают реакции, обусловленные поражением быстрообновляющихся (с высоким темпом пролиферации) клеток кроветворных и иммунокомпетентных органов (в первую очередь костного мозга, слизистой оболочки пищеварительного тракта, волосных фолликулов и т.д.). Кроме того, цитостатики способны повреждать с разной частотой практически все нормальные структуры.

Необходимо перечислить наиболее часто встречающиеся симптомы побочных реакций и осложнений, возникающих во время лечения РМЖ. Это позволит понять, какие из них объективны и поддаются количественной оценке и на них сложно влиять немедикаментозными методами. А какие – достаточно субъективны. И, как следствие, на них можно оказать влияние путем превентивного психологического, психотерапевтического или лекарственного воздействия [23]

1 Токсическое действие цитостатиков на кроветворение.

Поражение пролиферирующих клеток костного мозга ведет к понижению количества форменных элементов в периферической крови (лейкоцитов, тромбоцитов, эритроцитов, гемоглобина).

2. Токсическое действие цитостатиков на желудочно-кишечный тракт:

- 1) развитие мукозитов (стоматит, энтерит);
- 2) диарея;
- 3) тошнота, рвота;
- 4) гепатотоксичность

Развитие этих симптомов может происходить по-разному у разных пациентов, несмотря на уровень соматического здоровья и дозу препаратов

3. Токсическое влияние на функцию легких, почек.

4 Кардиотоксичность

*1 Ранние проявления: падение артериального давления, синусовая тахикардия, аритмия, левожелудочковая дисфункция, боли в области сердца. Некоторые из перечисленных симптомов можно зафиксировать на ЭКГ*

*2 Поздние проявления: синдромы миокардита, перикардита с расстройством ритма, функциональными левожелудочковыми нарушениями, инфаркты миокарда*

5. Нейротоксичность может проявляться на всех уровнях нервной системы

*1. Центральная: нарушения внимания, краткосрочной и отсроченной памяти, эмоционально-волевые расстройства, астения.*

*2. Периферическая: полинейропатии, переходящие в стойкие нарушения чувствительности (невриты, парезы кишечника, дистальные полиневриты, нейромышечные расстройства).*

6 Токсическое действие цитостатиков на кожу и ее придатки (волосы, ногти). Особо следует выделить алопецию (облысение), которая является результатом подавления пролиферации эпителия волосных фолликулов. Она обратима, однако является тяжелой психологической травмой, что нельзя не учитывать при лечении пациентов.

Различают 5 степеней интенсивности побочного действия противоопухолевых препаратов. На степень выраженности токсичности цитостатиков оказывает влияние исходное общее состояние больного, определяемое по шкале Карновского или ECOZ (Табл 1.2) [Химиотерапия].

Как видим из таблиц, мы сталкиваемся только с оценкой физического состояния пациентки, не оценивая подвижность и лабильность протекания нервных процессов, психотип, уровень тревожности, социальное положение, ее отношение к себе и болезни, отношения в семье, гендер. А ведь все это – очень важные моменты, формирующие личность и восприятие ею происходящего

Таблица 1

Общее состояние больного (Performance status) по шкале Карновского

Состояние нормальное, жалоб нет	100
Способен к нормальной деятельности, незначительные симптомы или признаки заболевания.	90
Нормальная активность с усилием	80
Обслуживает себя самостоятельно, не способен к нормальной деятельности или активной работе	70
Нуждается порой в помощи, но способен сам удовлетворять большую часть своих потребностей	60
Нуждается в значительной помощи и медицинском обслуживании.	50
Инвалид. Нуждается в специальной помощи, в том числе - медицинской.	40
Тяжелая инвалидность, показана госпитализация, хотя смерть не предстоит.	30
Тяжелый больной. Госпитализация не обходима. Необходимо активное лечение	20
Умиравший	10

Общее состояние больного (Performance status) по шкале ECOG-B03.

0	Нормальная активность
1	Есть симптомы заболевания но ближе к нормальному состоянию
2	Больше 50% дневного времени проводит не в постели, но иногда нуждается в отдыхе лежа
3	Нуждается в пребывании в постели более 50% дневного времени
4	Не способен обслуживать себя Прикован к постели

Наиболее интересными для изучения влияния индивидуально-психологических особенностей (в том числе гендера) на переносимость химиотерапии являются осложнения и побочные эффекты со стороны нервной, сердечно-сосудистой и пищеварительных систем. Если действительно будет доказана связь психологического и гендерного аспекта со степенью интенсивности побочного действия цитостатиков при лечении РМЖ, это даст нам возможность прогнозировать, предотвращать, уменьшать вышеперечисленные побочные действия. Это снизит материальные затраты (при каждом маммологическом центре уже существует психотерапевтическая служба), позволит уменьшить количество фармакологических препаратов, купирующих осложнения химиотерапии, стрессогенные воздействия.

#### Литература

- Азарова Е.А. Влияние культуры на формирование и изменение моральных гендерных стереотипов // Российские женщины и европейская культура. Материалы науч конф - СПб. 2001 - С.213-219
- Бем С Линзы гендера Трансформация взглядов на проблему неравенства полов - М «Российская политическая энциклопедия» (РОССПЭН). 2004 - 336 с
- Буракова М Маскулинность и феминность конструирование «настоящих» мужчин и женщин // Иной взгляд -2000. - №3 -С 18-21
- Васильченко ГС.. Решетняк ЮА Опыт исследования межличностных отношении у сексологических больных // Проблемы современной сексопатологии. - М.. 1972. - С 161-174
- Воронина О.А.. Клименкова Т А. Гендер и культура // Женщины и социальная политика (гендерный аспект) - М..1992. - С 10-22
- Геодакян В А Теория дифференциации полов в проблемах человека //Человек в системе наук. - М . 1989 -С 171-189
- Герасименко В.И.. Артюшенко Ю В (ред). Реабилитация онкологических больных - М Медицина ,1988 -270 с.
- Гиппократ Избранные книги. -М. Биомедгиз. 1936
- Ильин Е.П Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины. - СПб : Питер. 2002. - 544 с
- Исаев Д.Н.. Каган В Е. Половое воспитание и психогигиена пола у детей. - Л Медицина, 1980. -184 с.
- Келли ГФ Основы современной сексологии. - СПб Питер. 2000 - 896 С
- Клецина И С. Гендерная социализация Учебное пособие - СПб : Издательство РГПУ им А. И. Герцена. 1998.- 92 с.
- Мастопатия и рак молочной железы / А. С Зотов. Е. О. Белик. - Киев 2005. - 118 с
- Николаева В.Б Личность в условиях хронического соматического заболевания Автореф дисс. докт. псих, наук - М. 1993 - 36с.
- Попова Л.В Гендерные аспекты самореализации личности: Уч Пос. к спецсеминару. - М., 1996. - 42 с.
- Руководство по медицине. Диагностика и терапия В 2-х т. Т.2 Пер. с англ. / Под ред. Р. Беркоу. Э. Флетчера - М Мир, 1997 - С. 3-7.51-66, 73-76
- Руководство по профилактической медицине. Рекомендации по психической помощи онкобольным Пер. с англ И В Левандовского. - М. Медицина. 1995 - С 49-55
- Саймонтон К.. Саймонтон С Возвращение к здоровью ; Новый взгляд на тяжелые болезни. - Спб Питер. 1995. -171 с.
- Тартаковская И Н Социология пола и семьи - Самара.1997. - 340 с.
- Теория и история феминизма: Учебное пособие / Под ред И. Жеребкиной - Харьков. 1996. - 387 с.
- Тупицына И А Структура развития гендерных характеристик личности // Ананьевские чтения Психология и политика Тезисы научно-практической конференции «Ананьевские чтения - 2002» / Под общ. Ред А.И Юрьева. Л А. Цветковой. - СПб.: Изд-во С.-Петерб Ун-та. 2002. - С. 53-54
- Уэст К.. Зиммерман Д Создание гендера // Хрестоматия феминистских текстов. - СПб: Дмитрий Буланин. 2000. - С. 193-219.
- Химиотерапия опухолевых заболеваний краткое руководство./Под ред Н И Переводчиковой.-М..2000 -392 с
- Хрестоматия к курсу «Основы гендерных исследований» / Под ред. О.А. Ворониной - М . 2000. -396 с
- Шкуропат А.Г.. Харьковский А Н . Щербенко О.И Возможности психотерапии в клинике онкологических заболеваний. - Нетрадиционные методы в онкологии - Ростов -на-Дону.. 1991 - С.55-56
- Шутценбергер А.А. Тяжелобольной пациент (15-летний опыт применения психодрамы для лечения рака) / Вопр.психологии. -1990. - N. 5. - С 94-105
- Юферева Т Л Формирование психологического пола // Формирование личности в переходный период от подросткового к юношескому возрасту. - М . 1987 - С 137-146
- Bern S.L Gender schema theory and its implications for child development Raising gender-schematic children in a gender-schematic society // Signs: Journal of women in culture and society. - 1983. - Vol.8. - № 4 - P 65-78
- Btoom JR. Hoppe R.T.. Fobair P et at Effects of Treatment on the Work Experiences of Long-Term Survivors of Hodgkin Disease. - J of Psychosocial Oncology -1988 - Vol 6(3/4).
- Jacklin C Female and male: Issues of gender/ /American psychologist. - 1989 - №44. - p 127-133.
- LeZarus R.S Baker L.W. Motivation and personality in psychological stress / Psychol. Newlett. 1957- N8- p.166
- Leary M . Neizlek J.. Downs D.. Radford-Devenport J..Martin J.. McMullen A. Self-presentation in everyday interactions effects of target familiarity and gender composition // Journal of personality and social psychology - 1994. - № 4. - P. 664-667.
- Lippa R. On deconstructing and reconstructing masculinity - femininity II Journal of research in personality - 2001 - Vol. 35(2). - P. 168-207
- Maccoby E.E.. Jacklin C N The psychology of sex differences. - Stanford. 1974 - 634 p
- Parsons T, Bales R Family, socialization and interaction process. - London, 1956. - 267 p
- Schmale A.. Morrow G., Schmitt M., Adler L. et al Well-being of cancer survivors Psychosom Med. - 1983. - #45 - p 163-166