

*Эмпирические основания выбора мишеней психологической помощи  
и психотерапии в различных сферах медицины*

*Empirical Basis for Choosing Targets for Psychological Assistance and Psychotherapy  
in various Fields of Medicine*

**РОЛЬ СУБЪЕКТИВНОГО ВОЗРАСТА  
В СИСТЕМЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ  
ФАКТОРОВ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ  
У МУЖЧИН С РАКОМ  
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.  
ЧАСТЬ I. СУБЪЕКТИВНЫЙ ВОЗРАСТ  
И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ  
У МУЖЧИН С РАКОМ  
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Е.А. СЕРГИЕНКО**

Институт психологии Российской академии наук  
(ФГБУН ИП РАН),  
г. Москва, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4068-9116>,  
e-mail: [elenas13@mail.ru](mailto:elenas13@mail.ru)

**Д.А. ЦИРИНГ**

Национальный исследовательский  
Томский государственный университет  
(ФГАОУ ВО «НИ ТГУ»),  
г. Томск, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7065-0234>,  
e-mail: [l-di@yandex.ru](mailto:l-di@yandex.ru)

## Я.Н. ПАХОМОВА

Национальный исследовательский

Томский государственный университет

(ФГАОУ ВО «НИ ТГУ»),

г. Томск, Российская Федерация;

Челябинский государственный университет

(ФГБОУ ВО «ЧелГУ»),

г. Челябинск, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9000-7238>,

e-mail: [sizova159@yandex.ru](mailto:sizova159@yandex.ru)

## И.В. ПОНОМАРЕВА

Национальный исследовательский

Томский государственный университет

(ФГАОУ ВО «НИ ТГУ»),

г. Томск, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8600-3533>,

e-mail: [ivp-csu@yandex.ru](mailto:ivp-csu@yandex.ru)

**Актуальность.** Рак предстательной железы остается одной из серьезных проблем общественного здравоохранения во всем мире, поскольку сопровождается высокими показателями заболеваемости и смертности населения. **Цель.** Исследование посвящено изучению роли субъективного возраста в системе психологических факторов течения болезни у мужчин с раком предстательной железы. Работа состоит из двух частей. В первой части статьи внимание сфокусировано на выявлении взаимосвязи субъективного возраста и качества жизни. **Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 127 мужчин в возрасте от 53 до 85 лет ( $M = 68$ ;  $Me = 69$ ;  $SD = 10,27$ ) с диагнозом рак предстательной железы (I стадия заболевания — 16 мужчин; II стадия — 64; III стадия — 13; IV — 34; благоприятное течение болезни — 40 чел., неблагоприятное — 61). Кроме социально-демографических данных изучались субъективный возраст (опросник В. Вагак в адаптации Е.А. Сергиенко, 2011), качество жизни — субъективные оценки здоровья (опросник SF-36 в адаптации К.Г. Гуревич, Е.Г. Фабрикант, 2008). Для достижения цели исследования выборка была разделена на три группы в зависимости от показателя субъективного возраста: чувствующие себя моложе своего паспортного возраста (80 чел.), адекватно своему возрасту (44 чел.) и старше (3 чел.). **Результаты и выводы.** Проведен анализ особенностей восприятия субъективного возраста у мужчин с благоприятным и неблагоприятным течением болезни. Показано, что мужчины, чувствующие себя моложе, концентрируются на физических аспектах здоровья и собственной витальности, опасаясь за уровень собственной активности и соответствие гендерному функционированию независимо от благополучного/неблагополучного течения болезни.

**Ключевые слова:** рак предстательной железы, субъективный возраст, составляющие субъективного возраста, психологические факторы, качество жизни, субъективная оценка физического здоровья, субъективная оценка психического здоровья.

**Финансирование.** Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 21-18-00434 (URL: <https://rscf.ru/project/21-18-00434/>).

**Для цитаты:** Сергиенко Е.А., Циринг Д.А., Пахомова Я.Н., Пономарева И.В. Роль субъективного возраста в системе психологических факторов течения болезни у мужчин с раком предстательной железы. Часть I. Субъективный возраст и качество жизни у мужчин с раком предстательной железы // Консультативная психология и психотерапия. 2024. Том 32. № 2. С. 104—126. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320206>

# **THE ROLE OF SUBJECTIVE AGE IN THE SYSTEM OF PSYCHOLOGICAL FACTORS IN THE COURSE OF THE DISEASE IN MEN WITH PROSTATE CANCER. PART I. SUBJECTIVE AGE AND QUALITY OF LIFE IN MEN WITH PROSTATE CANCER**

**ELENA A. SERGIENKO**

Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4068-9116>,  
e-mail: [elenas13@mail.ru](mailto:elenas13@mail.ru)

**DIANA A. TSIRING**

National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7065-0234>,  
e-mail: [l-di@yandex.ru](mailto:l-di@yandex.ru)

**YANA N. PAKHOMOVA**

National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia.  
Chelyabinsk State University, Chelyabinsk, Russia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9000-7238>,  
e-mail: [sizova159@yandex.ru](mailto:sizova159@yandex.ru)

**IRINA V. PONOMAREVA**

National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8600-3533>,  
e-mail: [ivp-csu@yandex.ru](mailto:ivp-csu@yandex.ru)

**Relevance.** Prostate cancer remains one of the major public health problems worldwide, as it is accompanied by high rates of morbidity and mortality. Purpose. The work is devoted to the study of the role of subjective age in the system of psychological factors of the course of the disease in men with prostate cancer; in this part of the work, attention is focused on the relationship between subjective age and quality of life. **Materials and methods.** The study involved 127 men aged 53 to 85 years ( $M=68$ ;  $Me=69$ ;  $SD=10,27$ ) diagnosed with prostate cancer (stage I of the disease — 16 men; stage II — 64; stage III — 13; IV — 34; favorable course of the disease — 40 people, unfavorable — 61). In addition to socio-demographic data, subjective age was studied (B. Barak questionnaire in adaptation by E.A. Sergienko, 2011), quality of life — subjective health assessments (SF-36 questionnaire in adaptation by K.G. Gurevich, E.G. Fabrikant, 2008). This work consists of two parts describing the role of subjective age in the system of psychological factors in men with prostate cancer. Part I of the article is devoted to the analysis of the role of subjective age and quality of life assessments. Three subgroups were identified according to estimates of subjective age: those who feel younger than their passport age (80 people), adequate to their age (44 people) and older (3 people). **Results and conclusions.** The analysis of men with different perceptions of subjective age with a favorable and unfavorable course of the disease was carried out. It is shown that men who feel younger concentrate on the physical aspects of health and their own vitality, fearing for the level of their own activity and compliance with gender functioning, regardless of the prosperous/dysfunctional course of the disease.

**Keywords:** prostate cancer, subjective age, components of subjective age, psychological factors, quality of life, subjective assessment of physical health, subjective assessment of mental health.

**Funding.** The research has been funded by the Russian Science Foundation, grant № 21-18-00434 (URL: <https://rscf.ru/project/21-18-00434/>).

**For citation:** Sergienko E.A., Tsiring D.A., Pakhomova Ya.N., Ponomareva I.V. The Role of Subjective Age in the System of Psychological Factors in the Course of the Disease in Men with Prostate Cancer. Part I. Subjective Age and Quality of Life in Men with Prostate Cancer. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2024. Vol. 32, no. 2, pp. 104—126. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2024320206> (In Russ.).

## Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения, в 2018 г. зарегистрировано 1,3 миллиона новых случаев постановки диагноза рака предстательной железы (РПЖ) и 359 тысяч смертей вследствие этого заболевания, в связи с чем РПЖ был вторым по распространенности злокачественным новообразованием и пятой по значимости причиной смерти у мужчин во всем мире [4; 8].

При изучении географической вариабельности РПЖ самые высокие показатели были зарегистрированы в Австралии и Новой Зеландии, са-

мые низкие уровни заболеваемости РПЖ — в Юго-Центральной Азии в Восточной Азии [4; 13; 24]. За период 2011—2021 г.г. в Российской Федерации «грубый» показатель заболеваемости РПЖ вырос в 2,2 раза (число зарегистрированных первичных больных на 100 тыс. населения в 2011 г. — 4,6 чел., в 2021 г. — 187,3 чел.) [7].

Заболеваемость РПЖ представлена неравномерно в разных странах и среди разных рас и этносов [17; 24]. В работах, посвященных исследованию причин таких различий, выделяется спектр эпигенетических факторов. Генетическая предрасположенность изучалась как потенциальный фактор риска РПЖ. На основании обзора 23 исследований [8] проводилась оценка объединенного относительного риска: он оказался выше у тех, кто имел больного РПЖ родственника первой степени родства, по сравнению с теми, у кого был болен родственник второй степени. Более того, риск значительно выше у мужчин, у которых есть брат с данным заболеванием, по сравнению с теми, у кого болел отец [10]. Эти данные свидетельствуют о том, что гены, зафиксированные семейным анамнезом, могут, по крайней мере частично, способствовать риску РПЖ и чем ближе родственник, тем выше риск. Социальные факторы, включая социально-экономический статус и расовую сегрегацию, а также психологические факторы, такие как депрессия и тревога, связаны с риском заболевания РПЖ, который увеличивается в связи с действием определенных биологических, поведенческих и эмоциональных процессов. Психосоциальные стрессоры вызывают депрессивные состояния, которые могут активировать физиологические системы [20]. Постоянная активация этих физиологических систем может нарушать их функции и истощать иммунную систему организма для защиты от раковых клеток [25]. Такая дисрегуляция из-за хронических стрессоров и дистресса часто называется аллостатической нагрузкой и характеризуется повышенной (или подавленной) физиологической активностью во многих регуляторных системах, включая сердечно-сосудистые и метаболические процессы, иммунную систему, симпатическую нервную систему и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему. Все больше данных свидетельствует о том, что эпигенетические модификации вносят важный вклад в развитие РПЖ [23]. Фактически все исследования, посвященные РПЖ, в мировой литературе подчеркивают роль психологических факторов в развитии и течении заболевания.

Для мужчин диагноз РПЖ становится сильнейшим стрессовым фактором. Он затрагивает реализацию мужественности, а при радикальном лечении (простоектомии) и представления о собственной телесности, сексуальности, работоспособности.

Так же, как и при других формах рака, для мужчин с РПЖ характерна триада выраженных психологических факторов: депрессия, тревож-

ность, дистресс. Изучение РПЖ на больших выборках (Канадское, Североамериканское, Австралийское, Немецкое исследования) выявило факторы риска, связанные с заболеванием [12; 13; 15; 16; 19; 21; 24; 26; 27]. В целом показано, что распространенность депрессии при данном заболевании выше, чем в популяционной выборке, показатели тревожности также превышают популяционные значения. Примерно у 60% мужчин с РПЖ возникают серьезные внутриличностные трудности, в том числе связанные с риском суицида, при этом 8,2% больных имеют клинически значимую депрессию [28].

В диссертационном исследовании М.В. Вагайцевой [1], изучавшей психологические характеристики мужчин с РПЖ после хирургического лечения, было показано, что интенсивность эмоциональных переживаний в связи с оперативным вмешательством зависит от возраста, отношения к болезни, оценки психического здоровья. У большинства мужчин (70%) наблюдаются глубокие аффективные переживания из-за заболевания и последующего хирургического лечения. Мужчины, состоящие в браке, достоверно реже, чем одинокие, демонстрируют интенсивные негативные переживания в связи с болезнью, такие как отчаяние и безнадежность. По данным немецкого исследования РПЖ, более молодые пациенты и пациенты с метастазами или химиотерапией в большей степени подвержены повышенному риску дистресса в силу специфических для заболевания симптомов (проблемы с сексуальностью и недержанием мочи) [15].

Андрогенная депривационная терапия (АДТ) так же способствует развитию депрессивных расстройств. Она обычно используется при локальном и метастатическом РПЖ. В исследованиях на большой выборке пациентов с РПЖ при сравнении групп, получавших гормональную терапию и без нее, была показана выраженность случаев депрессии при АДТ [3; 11].

Оценка качества жизни или субъективная оценка состояния здоровья становится общей характеристикой адаптивных возможностей больных раком. В английском лонгитюдном исследовании старения (N = 8182) общее самочувствие не было связано с самооценкой диагнозов рака в течение 8-летнего периода даже после поправки на социально-демографические данные. При рассмотрении конкретных факторов психологического благополучия результаты немецкого когортного исследования (N = 48411 чел.) показали, что более низкий уровень удовлетворенности жизнью был связан с более высоким риском рака среди женщин, но не мужчин в следующие 8 лет [16]. В то время как контроль над гневом в первую очередь оценивался как детерминанта риска рака молочной железы [22], его влияние на риск РПЖ рассматривалось только в одном проспективном когортном исследовании. Среди 19730 взрослых австралийцев

лучший контроль над гневом был положительно связан с развитием РПЖ в течение 9 лет, что позволяет предположить, что минимизация/подавление гнева может играть небольшую роль в развитии РПЖ [30].

В североамериканском исследовании на выборке 1016 мужчин с РПЖ Д. Эрим с коллегами [14] показали связь уровня удовлетворенности качеством жизни и депрессии с показателями подшкалы психического здоровья (MG) опросника SF-12 (оценивает плохое настроение/нервозность) и подшкалы функционирования эмоциональной роли (оценивает субъективную потерю продуктивности). Кроме того, риск вероятной депрессии был значительно выше у участников с клинически более тяжелыми формами РПЖ.

Краткий обзор исследований, несмотря на противоречивость представленных в них данных, указывает на травматичность диагноза РПЖ для мужчин и значимую роль психологических факторов, которые могут оказывать влияние на характер течения болезни, успешность лечения и продолжительность жизни при РПЖ.

В данной части работы мы остановились на значении субъективной оценки физического и психического здоровья как важнейшего из психологических факторов течения болезни. Однако при анализе литературы были обнаружены противоречивые данные. Например, в большинстве зарубежных исследований указывается на снижение субъективной оценки качества жизни при РПЖ, а по данным Вагайцевой [1], большая часть выборки мужчин с РПЖ (после простатэктомии) характеризуется нормативным уровнем оценок. Причиной таких противоречий могут быть методические различия в проведении исследований (различия применяемых тестов, разница в численности выборок и др.). Мы предполагаем, что одним из показателей прогноза лечения и продолжительности жизни мужчин с РПЖ является субъективный возраст (СВ), т. е. самовосприятие своего возраста, который может отличаться или быть равен хронологическому. Ранее было показано, что СВ выступает как генерализованная субъективная оценка собственных ресурсов [5]. Как показали западные и отечественные исследования, СВ человека тесно связан с его физическим и психологическим здоровьем, удовлетворенностью жизнью, временной перспективой и индивидуально-психической организацией [5]. Было обнаружено, что СВ женщин с РМЖ позволяет дифференцировать субъективные оценки собственного здоровья, стратегии совладающего поведения, изменения базисных убеждений и признаки личностной беспомощности, образующиеся в тяжелой травматической ситуации болезни у женщин с РМЖ [6]. Среди женщин разного возраста (31—80 лет) наблюдаются значимые различия в паттернах системы психологических ресурсов. Это означает, что кроме

общих психологических факторов РМЖ (депрессии, тревожности, дистресса), существуют индивидуальные варианты психической организации, связанные с оценкой возрастной идентичности, которая модифицирует актуализацию и оценку собственных психологических ресурсов. Аналогичные данные об СВ у мужчин с РПЖ в литературе на данный момент нами не обнаружены. Картина болезни, помимо угрозы жизни, затрагивает целый спектр травмирующих операций и лечения, связанных с собственной гендерной идентичностью и образом жизни как женщин, так и мужчин, вызывая острые психологические проблемы.

*Целью* настоящей работы является исследование роли СВ в системе психологических факторов течения болезни у мужчин с раком предстательной железы; в данной части работы внимание сфокусировано на взаимосвязи СВ и качества жизни.

*Основная гипотеза* исследования: СВ выступает показателем психологических ресурсов мужчин и буфером в стрессовых ситуациях. Учитывая, что оценка СВ как показателя психологических ресурсов и одновременно личностных установок и ценностей включена в анализ личностных характеристик мужчин (базисных убеждений, личностной беспомощности, совладания, субъективной оценки собственного физического и психического здоровья), можно сформулировать частную гипотезу относительно рассматриваемых в данной части работы феноменов: СВ позволяет дифференцировать субъективные оценки собственного качества жизни и здоровья в тяжелой травматической ситуации болезни у мужчин с РПЖ.

## Материалы и методы исследования

*Выборка.* В исследовании принимали участие 141 мужчина в возрасте от 53 до 85 лет с диагнозом РПЖ разных стадий, находящиеся под наблюдением онколога. 14 протоколов были исключены по причине их частичного заполнения. Таким образом, в исследование были включены 127 мужчин (возраст: 53—85 лет,  $M = 68$  лет;  $Me = 69$  лет;  $SD = 10,27$  лет). Работа проводилась на базе ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины». В табл. 1 представлены социально-демографические характеристики выборки.

В исследовании роли субъективного возраста в системе психологических факторов течения болезни у мужчин с раком предстательной железы использовались 6 личностных методик. В части I работы рассматриваются результаты, полученные при анализе данных только двух методик и социально-демографической анкеты.



Таблица 1

**Социально-демографические характеристики выборки**

	<b>Параметры</b>	<b>Н, чел.</b>
Стадия РПЖ	I	16
	II	64
	III	13
	IV	34
Течение болезни	Благоприятное течение болезни, всего: 40	
	Ремиссия	14
	Стабилизация	26
	Неблагоприятное течение болезни, всего: 64	
	Прогрессия	26
	Рецидив	23
	Генерализация	5
	Второй рак	7
	Смерть	3
Точное течение не установлено, пациент в процессе лечения	23	
Семейное положение	Нет ответа	2
	Женат	99
	Не женат	3
	Разведен	7
	Вдовец	16
Наличие детей	Один и более	114
	Нет детей	7
	Нет ответа	6
Рабочий статус	Официально трудоустроен	19
	Работаю неофициально	4
	Работаю неполный день	1
	Не работаю	84
	Пенсионер	16
Образование	Среднее общее	16
	Среднее профессиональное	54
	Высшее профессиональное	55
Субъективная оценка уровня дохода	Средний и выше среднего	79
	Ниже среднего и низкий	46

Для выявления взаимосвязи субъективного возраста и качества жизни мужчин с РПЖ применялись следующие методики исследования:

1. Русскоязычная версия Опросника качества жизни (SF-36), созданная и рекомендованная Межнациональным центром исследования субъективной оценки здоровья. Опросник позволяет оценить субъективное восприятие физического и ментального здоровья (Ware, Kosinski, 1994 [29]; Гуревич Фабрикант, 2008 [2]). Опросник включает следующие шкалы: «Физическое функционирование», «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием», «Интенсивность боли», «Общее состояние здоровья», «Жизненная активность», «Социальное функционирование», «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» и «Психическое здоровье». Все шкалы опросника объединены в два суммарных измерения — физический (1—4 шкалы) и психический (5—8 шкалы) компоненты здоровья.

2. Опросник «Субъективный возраст человека», разработанный В. Вагак в 2009 г. и адаптированный Е.А. Сергиенко в 2011 г. [5]. Опросник позволяет оценить общий СВ, биологический СВ (на сколько лет человек себя чувствует), эмоциональный СВ (на сколько лет он выглядит), социальный СВ (какому возрасту соответствуют его действия) и интеллектуальный СВ (какому возрасту соответствуют интересы). Коэффициент надежности  $\alpha$  Кронбаха составил 0,98.

3. Анкета для сбора данных социально-демографических характеристик респондентов.

Анализ данных осуществлялся с применением следующих статистических методов: описательная статистика (среднее арифметическое, медиана), корреляционный анализ (г-критерий Спирмена), сравнительный анализ (U-критерий Манна—Уитни). Анализ данных проводился в программе SPSS Statistics v. 24.

## **Результаты исследования**

В табл. 2 представлены результаты оценки СВ по всем его составляющим.

Дифференциация мужчин с РПЖ по СВ указывает на значительные различия. Большинство мужчин (80 чел.) считают себя моложе паспортного возраста; особенно значительна разница в социальном субъективном возрасте (какому возрасту соответствуют действия) — 13,7 лет и интеллектуальном (какому возрасту соответствуют интересы и установки) — 13 лет. При этом среди мужчин, занижающих свой возраст, 20 чел. относятся к группе с благоприятным течением болезни (ремиссия, стабилизация), а 40 чел. — к неблагоприятному течению (прогресс, рецидив, генерализа-

Таблица 2

**Составляющие субъективного возраста и разница между ними и хронологическим возрастом у мужчин с РПЖ в возрастной группе 53—85 лет**

Кол-во человек (всего 127)	Возрастные группы	Хронологический возраст	Средний субъективный возраст	Биологический возраст (чувствует)	Эмоциональный возраст (выглядит)	Социальный возраст (действует)	Интеллектуальный возраст (интересы)					
								Медиана	Медиана	Медиана	Медиана	Медиана
								Разница	Разница	Разница	Разница	Разница
								Среднее	Среднее	Среднее	Среднее	Среднее
80	СВ < ХВ	69	55	55	60	57	59,5					
			12,52	13,6	9,9	13,7	13					
			68,5	55,98	54,9	58,6	54,8	55,5				
44	СВ = ХВ	71	70	70	70	70	70					
			1	1,1	1,2	0,7	1,1					
			70,1	69,1	69	68,9	69,4	69				
3	СВ > ХВ	68	75	80	70	80	70					
			-7	-8,6	-5,3	-8,6	-5,3					
			68	75	76,6	73,3	76,6	73,3				

*Примечание:* «СВ < ХВ» — группа респондентов, у которых субъективный возраст меньше хронологического; «СВ = ХВ» — группа респондентов, у которых субъективный возраст равен хронологическому; «СВ > ХВ» — группа респондентов, у которых субъективный возраст больше хронологического.

ция, второй рак). Субъективно оценивают свой возраст близко к хронологическому 44 мужчины с РПЖ, из них 20 чел. имеют благоприятное, а 24 чел. — неблагоприятное течение болезни. Только 3 пациента считают свой возраста выше календарного (в среднем на 7 лет).

В табл. 3 представлена значимость различий субъективного (СВ) и хронологического (ХВ) возрастов для всех групп.

Данные табл. 3 демонстрируют, что при сравнении компонентов СВ («между средними») в группах мужчин занижающих свой возраст и оценивающих свой субъективный возраст адекватно хронологическому получены статистически значимые различия. Аналогичный результат был достигнут и при сравнении изучаемых показателей в группах пациентов, занижающих и завышающих свой возраст. При сравнении компонен-

Таблица 3

**Значимость различий между разницей хронологического (ХВ) и субъективного (СВ) возрастов (U критерий Манна—Уитни)**

Сравниваемые группы	Хронологический возраст (сравнение средних значений)	Уровни значимости	Средний субъективный возраст	Биологический возраст (чувствует)	Эмоциональный возраст (выглядит)	Социальный возраст (действует)	Интеллектуальный возраст (интересы)
< и =	0,085	<i>p</i> (между средними)	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
		<i>p</i> (между разницей)	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
< и >	0,75	<i>p</i> (между средними)	0,005	0,005	0,007	0,004	0,005
		<i>p</i> (между разницей)	0,003	0,003	0,005	0,003	0,004
= и >	0,326	<i>p</i> (между средними)	0,115	0,076	0,319	0,078	0,274
		<i>p</i> (между разницей)	0,003	0,002	0,004	0,001	0,003

*Примечание.* Группы сравнений: «< и =» — СВ респондента меньше ХВ и СВ респондента равен ХВ; «< и >» СВ респондента больше ХВ и СВ респондента меньше ХВ; «= и >» СВ респондента равен ХВ и СВ респондента больше ХВ.

тов СВ «между разницей» статистически значимые различия получены между всеми группами.

В табл. 4 даны результаты корреляционного анализа СВ и показателей качества жизни (методика SF-36) субъективной оценки физического и психического здоровья.

Таблица 4

**Корреляционный анализ показателей качества жизни (SF-36) и субъективного возраста (СВ) у подгрупп мужчин, занижающих и адекватного оценивающих СВ**

Мужчины с РПЖ подгруппы 53—85 лет (средний — 68,53, медиана — 69), занижающих свой возраст (СВ < ХР, N = 80)								
СВ и его составляющие	<i>PF</i>	<i>RP</i>	<i>BP</i>	<i>GH</i>	<i>VT</i>	<i>SF</i>	<i>RE</i>	<i>MH</i>
Среднее значение СВ	-0,23*	-0,15	-0,18	-0,33**	-0,08	-0,13	-0,001	-0,08

Биологический СВ (чувствует)	-0,23*	-0,14	-0,12	<b>-0,27*</b>	-0,12	-0,09	-0,01	-0,11
Эмоциональный СВ (выглядит)	-0,12	0,001	-0,07	<b>-0,29**</b>	-0,003	-0,05	-0,06	-0,01
Социальный СВ (действует)	-0,25*	-0,23*	-0,15	<b>-0,33**</b>	-0,05	-0,19	-0,07	-0,06
Интеллектуальный СВ (интересы)	-0,17	-0,04	-0,14	<b>-0,24*</b>	0,05	-0,07	0,07	0,01
<b>Мужчины с РПЖ подгруппы 5–85 лет (средний — 70,11, медиана — 71), адекватно оценивающих свой возраст (СВ = ХР, N = 44)</b>								
Среднее значение СВ	-0,37*	-0,17	-0,35*	0,02	-0,45**	-0,23	-0,04	-0,02
Биологический СВ (чувствует)	-0,32*	-0,21	-0,34*	-0,07	<b>-0,47**</b>	-0,24	-0,05	-0,04
Эмоциональный СВ (выглядит)	-0,34*	-0,19	-0,29	0,006	<b>-0,43**</b>	-0,21	-0,07	-0,01
Социальный СВ (действует)	-0,36*	-0,14	<b>-0,33*</b>	0,03	<b>-0,35*</b>	-0,14	-0,03	0,04
Интеллектуальный СВ (интересы)	-0,39**	-0,12	<b>-0,34*</b>	0,06	<b>-0,44**</b>	-0,22	-0,06	-0,04

*Примечание:* GH — общее состояние здоровья; PF — физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок; RP — влияние физического состояния на ролевое функционирование; RE — влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование; SF — социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение); BP — интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью; VT — жизнеспособность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным); MH — самооценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

Анализ табл. 4 показывает, что у мужчин с РПЖ, чувствующих себя субъективно моложе, корреляции общего показателя СВ и его составляющих сопряжены с субъективной оценкой общего показателя физического здоровья (GH), оценкой физического функционирования (PF), отражающей степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок. Отрицательные связи указывают на то, что чем моложе оценивают себя пациенты, тем выше оценки физического здоровья в целом и связанных с ним ограничений. У мужчин, адекватно оценивающих свой СВ, структура взаимосвязей изменяется, помимо физических ограничений добавляются связи с болевыми ощущениями (BP), мешающими физическому функционированию, и с общей оценкой витальности (VT), подразумевающей ощущение себя полным сил и энергии или,

напротив, обессиленным. В нашем случае — это отрицательные связи, указывающие на проблемность жизнеспособности. Однако взаимосвязей у подгруппы с адекватной оценкой СВ и общей оценкой физического состояния (РР) не обнаружено.

Как отмечалось выше, в подгруппе с адекватной оценкой своего возраста имеется сходное количество пациентов с благоприятным и неблагоприятным течением болезни. Дополнительный корреляционный анализ, проведенный с учетом характера течения болезни, показал, что независимо от течения болезни СВ и его составляющие отрицательно связаны с оценкой витальности, что указывает на снижение субъективных ощущений жизнеспособности. В подгруппе пациентов, чувствующих себя моложе ХВ, большая часть мужчин — с неблагоприятным течением болезни.

Распределение испытуемых в зависимости от стадии болезни и характера ее течения представлено в табл. 5. Данные 23 человек были исключены из анализа, поскольку точное течение заболевания на момент проведения исследования установлено не было, пациенты находились в процессе лечения.

Таблица 5

**Соотношение стадий РПЖ и течения болезни у мужчин**

Показатели		Течение болезни, чел.		Всего, чел.
		благоприятное (ремиссия, стабилизация)	неблагоприятное (прогресс, рецидив, генерал, 2-й рак)	
Стадия заболевания	1	7	6	13
	2	11	45	56
	3	9	4	13
	4	13	9	22
Всего		40	64	104

В табл. 6 представлен анализ изучаемых показателей в группе, занимающей свой СВ, с учетом характера течения болезни. В число пациентов с РПЖ группы «СВ < ХР» не было включено 20 человек, успешность лечения которых на момент исследования нельзя было оценить.

Результаты корреляционного анализа (табл. 6) показывают, что независимо от течения болезни у мужчин, чувствующих себя моложе, СВ (общий показатель и социальный возраст) взаимосвязан с общей витальностью (VT), биологический СВ — с особенностями ролевого функционирования, предполагающего оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повсед-

Таблица 6

**Корреляционные связи субъективного возраста и его составляющих с показателями физического и психического здоровья в подгруппе участников, занижающих свой возраст при разном течение болезни**

<b>Мужчины с РПЖ подгруппа СВ &lt; ХР, 53—85 лет (средний возраст — 67,8, медиана — 68), с неблагоприятным течением болезни (N = 40)</b>								
Субъективный возраст и его составляющие	<i>PF</i>	<i>RP</i>	<i>BP</i>	<i>GH</i>	<i>VT</i>	<i>SF</i>	<i>RE</i>	<i>MH</i>
Среднее значение СВ	0,06	0,04	0,08	-0,15	0,43*	0,12	0,35	0,19
Биологический СВ (чувствует)	0,04	0,05	0,05	-0,13	0,33	-0,01	<b>0,44*</b>	0,13
Эмоциональный СВ (выглядит)	0,18	0,16	0,24	0,03	0,4	0,34	0,29	0,32
Социальный СВ (действует)	0,02	-0,06	0,07	-0,23	<b>0,42*</b>	0,09	0,15	0,21
Интеллектуальный СВ (интересы)	-0,03	-0,003	-0,07	-0,2	0,38	0,03	0,31	0,03
<b>Мужчины с РПЖ подгруппа СВ &lt; ХР, 62—82 года (средний возраст — 69,5, медиана — 68,5), с благоприятным течением болезни (N = 20)</b>								
Среднее значение СВ	0,06	0,04	0,08	-0,15	0,43*	0,12	0,35	0,19
Биологический СВ (чувствует)	0,04	0,05	0,05	-0,13	0,33	-0,01	<b>0,44*</b>	0,13
Эмоциональный СВ (выглядит)	0,18	0,16	0,24	0,03	0,4	0,34	0,29	0,32
Социальный СВ (действует)	0,02	-0,06	0,07	-0,23	<b>0,42*</b>	0,09	0,15	0,21
Интеллектуальный СВ (интересы)	-0,03	-0,003	-0,07	-0,2	0,38	0,03	0,31	0,03

*Примечание:* GH — общее состояние здоровья; PF — физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок; RP — влияние физического состояния на ролевое функционирование; RE — влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование; SF — социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение); BP — интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью; VT — жизнеспособность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным); MH — самооценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

невной деятельности (RE). При этом в отличие от подгруппы с адекватной оценкой своего возраста эти корреляции положительные, что указывает на то, что чем моложе оценивает себя пациент, тем в большей степени эмоциональное состояние сказывается на эффективном функционировании.

Таким образом, проведенный статистический анализ показал, что СВ, позволяющий дифференцировать мужчин с РПЖ по величине данного показателя, дает нам возможность представить различную картину субъективного качества жизни больных с данной тяжелой болезнью.

### **Обсуждение результатов**

Проведенное исследование на выборке мужчин с РПЖ, в отличие от аналогичных зарубежных работ, было сконцентрировано на субъективной оценке качества жизни, на которую могут оказывать влияние другие факторы помимо уже хорошо изученных депрессии, тревоги и общего дистресса. Наши предыдущие исследования женщин с РМЖ показали важность учета показателя субъективного возраста (СВ), который позволил в большей степени описать индивидуальные паттерны психологических ресурсов, направленных на борьбу с болезнью [6]. В настоящем исследовании в соответствии с оценкой СВ были выделены три подгруппы мужчин с РПЖ: 1) СВ меньше ХВ, 2) СВ адекватен ХВ и 3) СВ больше ХВ. Сравнение проводилось только по двум группам, поскольку в третьей группе было всего 3 пациента, показатели их качества жизни (субъективной оценки физического и психического здоровья) были значительно ниже даже других пациентов с РПЖ.

Характерными для первых двух подгрупп является наличие взаимосвязей между СВ и оценками физического здоровья. Но в группе мужчин с адекватными оценками СВ появляется также связь с витальностью. При введении более дробного деления этих подгрупп на пациентов с благоприятным и неблагоприятным прогнозом было обнаружено, что люди, чувствующие себя моложе независимо от благополучного или неблагоприятного течения болезни, концентрируются вокруг проблемы витальности и влияния эмоционального состояния на ролевое функционирование, что предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности. При этом в отличие от подгруппы с адекватной оценкой своего возраста эти корреляции положительные, что указывает на то, что чем моложе оценивает себя пациент, тем выше степень эмоциональных проблем, мешающих эффективной регуляции поведения.

В отличие от мужчин с РПЖ, женщины с РМЖ фокусируются на ролевом функционировании, т. е. на возможностях активно участвовать в семейной, профессиональной жизни, и на общем психическом здоровье, что отмечается в подгруппе женщин, чувствующих себя моложе ХВ [6]. Их психическое здоровье становится центральной субъективной проблемой, в отличие от мужчин с фокусом на физическом самочувствии. Взаимосвязи СВ с жизнеспособностью (витальностью) при благоприятном и неблагоприятном



гоприятном течении болезни в большей степени указывают на проблему общей активности жизни. Более широкий анализ психологических факторов, который будет представлен в части II нашей работы, в еще большей мере позволяет подчеркнуть гендерные различия в актуализации психологических факторов в борьбе с тяжелой смертельной болезнью.

## Выводы

1. Полученные в исследовании результаты указывают на существование индивидуальных вариантов субъективного восприятия качества жизни, ассоциированного со здоровьем.

2. Для всей выборки мужчин с РПЖ оценки физического здоровья становятся более существенными, чем в отдельной подгруппе пациентов с субъективно молодым возрастом.

3. Независимо от благоприятного/неблагоприятного течения болезни, жизнеспособность (витальность) приобретает особое значение для пациентов с РПЖ. И чем моложе СВ, тем более проблематичной становится самоощущение собственных возможностей.

4. Для мужчин с РПЖ, чувствующих себя моложе, характерно более драматическое отношение к болезни, что проявляется в субъективных оценках качества жизни.

5. Среди мужчин с РПЖ, воспринимающих себя моложе хронологического возраста, вдвое больше пациентов с неблагоприятным течением болезни. Опираясь на полученные данные, мы приходим к выводу, что субъективное самовосприятие возраста моложе хронологического, также свидетельствует о попытке субъективно сохранить стиль жизни до болезни и функционально соответствовать гендерной роли.

По общему признанию психологов и клиницистов субъективная оценка качества жизни становится предиктором не только отношения к болезни, но и успешности ее лечения, поскольку в ней отражается интуитивное восприятие собственных ресурсов для борьбы с недугом. В связи с полученными данными о психологическом восприятии собственного здоровья мужчинами с РПЖ встает вопрос о специфике психологической помощи пациентам-мужчинам. Психологическая помощь требует специальных программ и усилий, предполагающих необходимость расширения представлений о гендерных ролях, имеющих культурную специфику.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вагайцева М.В. Отношение к болезни у мужчин с диагнозом рака предстательной железы после хирургического лечения: дисс. ... канд. психол. наук. СПб, 2017. 197 с.

2. Гуревич К.Г., Фабрикант Е.Г. Методические рекомендации по организации программ профилактики хронических неинфекционных заболеваний [Электронный ресурс]. М.: ГОУ ВПО Московский государственный медикостоматологический университет, 2008. URL: [http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/ORGZDRAV/Orgproga/org\\_proga.html](http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/ORGZDRAV/Orgproga/org_proga.html) (дата обращения: 14.08.2023).
3. Кельн А.А., Алифов Д.Г., Звезда С.А., Засорина М.А. Взаимосвязь рака предстательной железы с развитием депрессии и суицидальных мыслей // Вестник урологии. 2022. № 10(1). С. 104—109. DOI:10.21886/2308-6424-2022-10-1-104-109
4. Салихар Р.И., Туманбаев А.М., Керимов А.Д., Камарли З.П., Макимбетов Э.К. Эпидемиология рака предстательной железы // Научное обозрение. Медицинские науки. 2020. № 3. С. 15—20.
5. Сергиенко Е.А. Субъективный возраст как предиктор течения тяжелой болезни // Вестник РГГУ. Серия «Психология. Педагогика. Образование». 2020. № 1. С. 25—39.
6. Сергиенко Е.А., Циринг Д.А., Пахомова Я.Н., Пономарева И.В. Субъективный возраст женщин с раком молочной железы в системе психологических факторов // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 1. С. 67—89.
7. Состояние онкологической помощи населению России в 2021 году / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2022. 239 с.
8. Brown T.H. Diverging Fortunes: Racial Ethnic Inequality in Wealth Trajectories in Middle and Late Life // Race Soc Probl. 2016. № 8. P. 29—41. DOI:10.1007/s12552-016-9160-2
9. Lima M.M., Tobias Machado M. Suicide in patients with genitourinary malignancies [Электронный ресурс] // European journal of cancer care. 2017. Vol. 26. № 6. e12635. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28134462/> (дата обращения: 01.07.2023)
10. Dickey S.L., Motolani E., Pharm O.B. Quality of Life Among Black Prostate Cancer Survivors: An Integrative Review // American Journal of Men's Health. 2018. Vol. 12. № 5. P. 1648—1664. DOI:10.1177/1557988318780857
11. Dinh K.T., Reznor G, Muralidhar V., Mahal B.A., Nezoslosky M.D., Choueiri T.K., Hoffman K.E., Hu J.C., Sweeney C.J., Trinh Q.D., Nguyen P.L. Association of Androgen Deprivation Therapy With Depression in Localized Prostate Cancer // J Clin Oncol. 2016. Vol. 34. № 16. P. 1905—1912. DOI:10.1200/JCO.2015.64.1969
12. Ediebah D. E., Quinten C., Coens C., Ringash J., Dancey J., Zikos E. Canadian Cancer Trials Group and the European Organization for Research and Treatment of Cancer. Quality of life as a prognostic indicator of survival: a pooled analysis of individual patient data from Canadian cancer trials group clinical trials // Cancer. 2018. Vol. 124. № 16. P. 3409—3416.
13. Epidemiology of Prostate Cancer // World J Oncol. 2019. Vol.10. № 2. P. 63—89. DOI:10.14740/wjon1191
14. Erim D.O., Bennett A.V., Gaynes B.N., Basak R.S., Usinger D, Chen R.C. Associations between prostate cancer-related anxiety and health-related quality of life // Cancer Med. 2020. Vol. 9. № 12. P. 467—473. DOI:10.1002/cam4.3069

15. Esser P., Mehnert-Theuerkauf A, Friedrich M., et al. Risk and associated factors of depression and anxiety in men with prostate cancer: Results from a German multicenter study // *Psycho-oncology*. 2020. Vol. 29. № 10. P. 1604—1612.
16. Feller S., Teucher B., Kaaks R., Boeing H., Vigel M. Life satisfaction and risk of chronic diseases in the European prospective investigation into cancer and nutrition (EPIC)-Germany study [Электронный ресурс] // *PloS one*. 2013. Vol. 8. № 8. e73462. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0073462> (дата обращения: 01.06.2023)
17. Fenton J.J., Weyrich M.S., Durbin S., Liu Yu., Bang H., Melnikow J. Prostate-Specific Antigen—Based Screening for Prostate Cancer. Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force // *JAMA*. 2018. № 319(18). P. 1914-1931. DOI:10.1001/jama.2018.3712
18. Groarke A., Curtis R., Skelton J., Groarke J.M. Quality of life and adjustment in men with prostate cancer: Interplay of stress, threat and resilience [Электронный ресурс] // *PLoS ONE*. 2020. Vol. 15. № 9. e0239469. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239469> (дата обращения: 01.08.2023)
19. Jahnen M., Lehner L., Meissner V.H., Dinkel A., Schiele S., Schulwitz H., Herkommer K. Cancer-related self-perception in men affected by prostate cancer after radical prostatectomy // *Journal of Cancer Survivorship*. 2022. № 18(2). P. 10—41.
20. Krishnan V., Nestler E.J. Linking Molecules to Mood: New Insight Into the Biology of Depression // *Am J Psychiatry*. 2010. № 167. P. 1305—1320. DOI:10.1176/appi.ajp.2009.10030434
21. Lavalette C., Tretarre B., Rebillard X. Abdominal obesity and prostate cancer risk: epidemiological evidence from the EPICAP study // *Oncotarget*. 2018. № 9. P. 485—494. DOI:10.18632/oncotarget.26128
22. Lepore S.J., Helgeson V.S. Social constraints, intrusive thoughts and mental health after prostate cancer // *J Soc Clin Psychol*. 1998. № 17. P. 89—106.
23. McGinley K.F., Tay K.J., Moul J.W. Prostate cancer in men of African origin // *Nat Rev Urol*. 2017. № 13. P. 99—107. DOI:10.1038/nrurol.2015.298
24. Odedina F.T., Akinremi T.O., Chinegwundoh F. Prostate cancer disparities in Black men of African descent: a comparative literature review of prostate cancer burden among Black men in the United States, Caribbean, United Kingdom, and West Africa // *Infect Agent Cancer*. 2009. № 4. P. 2. DOI:10.1186/1750-9378-4-S1-S2
25. Reiche E.M.V., Nunes S.O.V., Morimoto H.K. Stress, depression, the immune system, and cancer // *Lancet Oncol*. 2004. № 5. P. 617—625. DOI:10.1016/S1470-2045(04)01597-9
26. Schroder F.H. Prostate cancer around the world: an overview // *Urol Oncol*. 2010. Vol. 28. P. 663—667.
27. Smith R.A., Andrews K.S., Brooks D., Fedewa S.A., Manassaram Baptiste D., Saslow D., Wender R.C. Cancer screening in the United States, 2019: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening // *Cancer journal for clinicians*. 2019. Vol. 69. № 3. P. 184—210.
28. Tripp D.A., Mihajlovic V., Fretz K., Fervaha G., Izard J., Corby R., Siemens D.R. Quality of life, depression, and psychosocial mechanisms of suicide risk in prostate cancer // *Can Urol Assoc J*. 2020. Vol. 14. № 10. P. 487—492. DOI:10.5489/auaj.6310

29. Ware J.E.J., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 physical and mental health summary scale: a user's manual. Boston, MA: New England Medical Centre, 1994. 188 p.
30. White V.M., English D.R., Coates H., Lagerlund M., Borland R., Giles G.G. Is cancer risk associated with anger control and negative affect? Findings from a prospective cohort study // *Psychosomatic medicine*. 2007. Vol. 69. № 7. P. 667—674.
31. Zamora D., Gordon-Larsen P., Jacobs D.R., Popkin B.M. Diet quality and weight gain among black and white young adults: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study (1985—2005) // *Am J Clin Nutr*. 2010. № 92. P. 784—793. DOI:10.3945/ajcn.2010.29161

## REFERENCES

1. Vagajceva M.V. Otnoshenie k bolezni u muzhchin s diagnozom raka predstatel'noj zhelezy posle hirurgicheskogo lecheniya [Attitude to the disease in men diagnosed with prostate cancer after surgical treatment]. Dissertaciya na soiskanie uchenoj stepeni kandidata psihologicheskikh nauk = Dissertation for the degree of Candidate of Psychological Sciences. St. Petersburg, 2017. 197 p. (In Russ.)
2. Gurevich K.G., Fabrikant E.G. Metodicheskie rekomendacii po organizacii programm profilaktiki hronicheskikh neinfekcionnyh zabolevanij [Methodological recommendations for the organization of programs for the prevention of chronic non-communicable diseases] [Elektronnyj resurs]. Moskva: GOU VPO Moskovskij gosudarstvennyj mediko-stomatologicheskij universitet = Methodological recommendations for the organization of programs for the prevention of chronic non-communicable diseases, 2008. URL: [http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/ORGZDRAV/Orgproga/org\\_proga.html](http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/ORGZDRAV/Orgproga/org_proga.html) (Accessed 14.08.2023).
3. Kel'n A.A., Alifov D.G., Zvezda S.A., Zazorina M.A. Vzaimosvyaz' raka predstatel'noj zhelezy s razvitiem depressii i suicidal'nyh myslej [The relationship of prostate cancer with the development of depression and suicidal thoughts]. *Vestnik urologii = Bulletin of Urology*, 2022, № 10 (1), pp. 104—109. DOI:10.21886/2308-6424-2022-10-1-104-109. (In Russ., abstr. in Engl.)
4. Salihar R.I., Tumanbaev A.M., Kerimov A.D., Kamarli Z.P., Makimbetov E.K. Epidemiologiya raka predstatel'noj zhelezy [Epidemiology of prostate cancer]. *Nauchnoe obozrenie. Medicinskie nauki. = Scientific review. Medical sciences*, 2020, № 3, pp. 15—20. (In Russ., abstr. in Engl.)
5. Sergienko E.A. Sub"ektivnyj vozrast kak prediktor techeniya tyazheloj bolezni [Subjective age as a predictor of the course of a serious illness]. *Vestnik RGGU. Seriya «Psihologiya. Pedagogika. Obrazovanie» = Bulletin of the Russian State University. The series "Psychology. Pedagogy. Education"*, 2020, № 1, pp. 25—39. (In Russ., abstr. in Engl.)
6. Sergienko E.A., Tsiring D.A., Pahomova YA.N., Ponomareva I.V. Sub"ektivnyj vozrast zhenshchin s rakom molochnoj zhelezy v sisteme psihologicheskikh faktorov [Subjective age of women with breast cancer in the system of psychological factors]. *Klinicheskaya i special'naya psihologiya = Clinical and special psychology*, 2022, vol. 11, № 1, pp. 67—89. (In Russ., abstr. in Engl.)
7. Sostoyanie onkologicheskoy pomoshchi naseleniyu Rossii v 2021 godu [The state of oncological care to the population of Russia in 2021]. Pod red. A.D. Kaprina, V.V. Starinskogo, A.O. SHahzadovoj. M.: MNIOI im. P.A. Gercena, 2022. 239 p. (In Russ.).

8. Brown T.H. Diverging Fortunes: Racial Ethnic Inequality in Wealth Trajectories in Middle and Late Life. *Race Soc Probl.*, 2016, vol. 8, pp. 29—41. DOI:10.1007/s12552-016-9160-2
9. Lima M.M., Tobias Machado M. Suicide in patients with genitourinary malignancies [Elektronnyi resurs]. *European journal of cancer care*, 2017, vol. 26, № 6, e12635. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28134462/> (Accessed 01.07.2023).
10. Dickey S.L., Motolani E., Pharm, O.B. Quality of Life Among Black Prostate Cancer Survivors: An Integrative Review. *American Journal of Men's Health*, 2018, vol. 12, № 5, pp. 1648—1664. DOI:10.1177/1557988318780857
11. Dinh K.T., Reznor G, Muralidhar V., Mahal B.A., Nezoslosky M.D., Choueiri T.K., Hoffman K.E., Hu J.C., Sweeney C.J., Trinh Q.D., Nguyen P.L. Association of Androgen Deprivation Therapy With Depression in Localized Prostate Cancer. *J Clin Oncol.*, 2016, vol. 34, № 16, pp. 1905—1912. DOI:10.1200/JCO.2015.64.1969
12. Ediebah D. E., Quinten C., Coens C., Ringash J., Dancey J., Zikos E. Canadian Cancer Trials Group and the European Organization for Research and Treatment of Cancer. Quality of life as a prognostic indicator of survival: a pooled analysis of individual patient data from Canadian cancer trials group clinical trials. *Cancer*, 2018, vol. 124, № 16, pp. 409—416.
13. Epidemiology of Prostate Cancer. *World J Oncol*, 2019, vol.10, № 2, pp. 63—89. DOI:10.14740/wjon1191/.
14. Erim D.O., Bennett A.V., Gaynes B.N., Basak R.S., Usinger D, Chen R.C. Associations between prostate cancer-related anxiety and health-related quality of life. *Cancer Med.*, 2020, vol. 9, № 12, pp. 4467—4473. DOI:10.1002/cam4.3069
15. Esser P., Mehnert-Theuerkauf A, Friedrich M., et al. Risk and associated factors of depression and anxiety in men with prostate cancer: Results from a German multicenter study. *Psycho-oncology*, 2020, vol. 29, № 10, pp. 1604—1612.
16. Feller S., Teucher B., Kaaks R., Boeing H., Vigl M. Life satisfaction and risk of chronic diseases in the European prospective investigation into cancer and nutrition (EPIC)-Germany study [Elektronnyi resurs]. *PloS one*, 2013, vol. 8, № 8, e73462. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0073462> (Accessed 01.06.2023).
17. Fenton J.J., Weyrich M.S., Durbin S., Liu Yu., Bang H., Melnikow J. Prostate-Specific Antigen—Based Screening for Prostate Cancer.Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*, 2018, № 319 (18), pp. 1914—1931. DOI:10.1001/jama.2018.3712
18. Groarke A., Curtis R., Skelton J., Groarke J.M. Quality of life and adjustment in men with prostate cancer: Interplay of stress, threat and resilience [Elektronnyi resurs]. *PLoS ONE*, 2020, vol. 15, № 9, e0239469. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239469> (Accessed 01.08.2023).
19. Jahnhen M., Lehner L., Meissner V.H., Dinkel A., Schiele S., Schulwitz H., Herkommer K. Cancer-related self-perception in men affected by prostate cancer after radical prostatectomy. *Journal of Cancer Survivorship*, 2022, № 18 (2), pp. 18—41.
20. Krishnan V., Nestler E.J. Linking Molecules to Mood: New Insight Into the Biology of Depression. *Am J Psychiatry*, 2010, vol. 167, pp. 1305—1320. DOI:10.1176/appi.ajp.2009.10030434

21. Lavalette C., Tretarre B., Rebillard X. Abdominal obesity and prostate cancer risk: epidemiological evidence from the EPICAP study. *Oncotarget*, 2018, vol. 9, pp. 485—494. DOI:10.18632/oncotarget.26128
22. Lepore S.J., Helgeson V.S. Social constraints, intrusive thoughts and mental health after prostate cancer. *J Soc Clin Psychol*, 1998, vol. 17, pp. 89—106.
23. McGinley K.F., Tay K.J., Moul J.W. Prostate cancer in men of African origin. *Nat Rev Urol*, 2017, vol.13, pp. 99—107. DOI:10.1038/nrurol.2015.298
24. Odedina F.T., Akinremi T.O., Chinegwundoh F. Prostate cancer disparities in Black men of African descent: a comparative literature review of prostate cancer burden among Black men in the United States, Caribbean, United Kingdom, and West Africa. *Infect Agent Cancer*, 2009, vol. 4, pp. 2. DOI:10.1186/1750-9378-4-S1-S2
25. Reiche E.M.V., Nunes S.O.V., Morimoto H.K. Stress, depression, the immune system, and cancer. *Lancet Oncol*, 2004, vol. 5, pp. 617—625. DOI:10.1016/S1470-2045(04)01597-9
26. Schroder F.H. Prostate cancer around the world: an overview. *Urol Oncol*, 2010, vol. 28, pp. 663—667.
27. Smith R.A., Andrews K.S., Brooks D., Fedewa S.A., Manassaram Baptiste D., Saslow D., Wender R.C. Cancer screening in the United States, 2019: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *Cancer journal for clinicians*, 2019, vol. 69, no 3, pp. 184—210.
28. Tripp D.A., Mihajlovic V., Fretz K., Fervaha G., Izard J., Corby R., Siemens D.R. Quality of life, depression, and psychosocial mechanisms of suicide risk in prostate cancer. *Can Urol Assoc J*, 2020, vol. 14, № 10, 487—492. DOI:10.5489/cuaj.6310
29. Ware J.E.J., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 physical and mental health summary scale: a user's manual. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Centre, 1994.188 p.
30. White V.M., English D.R., Coates H., Lagerlund M., Borland R., Giles G.G. Is cancer risk associated with anger control and negative affect? Findings from a prospective cohort study. *Psychosomatic medicine*, 2007, vol. 69, № 7, pp. 667—674.
31. Zamora D., Gordon-Larsen P., Jacobs D.R., Popkin B.M. Diet quality and weight gain among black and white young adults: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study (1985—2005). *Am J Clin Nutr*, 2010, vol. 92, pp. 784—793. DOI:10.3945/ajcn.2010.29161

### **Информация об авторах**

Сергиенко Елена Алексеевна, доктор психологических наук, главный научный сотрудник лаборатории психологии развития субъекта в нормальных и пост-травматических состояниях, Институт психологии Российской академии наук (ФГУН ИП РАН), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4068-9116>, e-mail: [elenas13@mail.ru](mailto:elenas13@mail.ru)

Цириг Диана Александровна, доктор психологических наук, главный научный сотрудник лаборатории психофизиологии, Национальный исследовательский Томский государственный университет (ФГАОУ ВО «НИ ТГУ»), г. Томск, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7065-0234>, e-mail: [1-di@yandex.ru](mailto:1-di@yandex.ru)

*Пахомова Яна Николаевна*, кандидат психологических наук, научный сотрудник лаборатории психофизиологии, Национальный исследовательский Томский государственный университет (ФГАОУ ВО «НИ ТГУ»), г. Томск, Российская Федерация; доцент кафедры психологии, Челябинский государственный университет (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»), г. Челябинск, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9000-7238>, e-mail: [sizova159@yandex.ru](mailto:sizova159@yandex.ru)

*Пономарева Ирина Владимировна*, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории психофизиологии, Национальный исследовательский Томский государственный университет (ФГАОУ ВО «НИ ТГУ»), г. Томск, Российская Федерация; заведующая кафедрой психологии, Челябинский государственный университет (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»), г. Челябинск, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8600-3533>, e-mail: [ivp-csu@yandex.ru](mailto:ivp-csu@yandex.ru)

### **Information about the authors**

*Elena A. Sergienko*, Doctor of Psychology, Principal researcher, Laboratory of Psychology of the development of the subject in normal and post-traumatic states, Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4068-9116>, e-mail: [elenas13@mail.ru](mailto:elenas13@mail.ru)

*Diana A. Tsiring*, Doctor of Psychology, Principal researcher, Laboratory of Psychophysiology, National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7065-0234>, e-mail: [l-di@yandex.ru](mailto:l-di@yandex.ru)

*Yana N. Pakhomova*, PhD in Psychology, Researcher, Laboratory of Psychophysiology, National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia; Assistant Professor, Department of Psychology, Chelyabinsk State University, Chelyabinsk, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9000-7238>, e-mail: [sizova159@yandex.ru](mailto:sizova159@yandex.ru)

*Irina V. Ponomareva*, PhD in Psychology, Senior Researcher, Laboratory of Psychophysiology, National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia; Head of the Department of Psychology, Chelyabinsk State University, Chelyabinsk, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8600-3533>, e-mail: [ivp-csu@yandex.ru](mailto:ivp-csu@yandex.ru)

Получена 08.09.2023

Received 08.09.2023

Принята в печать 23.03.2024

Accepted 23.03.2024