

Субъективный возраст женщин с раком молочной железы в системе психологических факторов

Сергиенко Е.А.

*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*

Циринг Д.А.

*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*

Пахомова Я.Н.

*Национальный исследовательский Томский государственный университет
(ФГАОУ ВО НИ ТГУ), г. Томск, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9000-7238>, e-mail: sizova159@yandex.ru*

Пономарева И.В.

*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*

В статье анализируется субъективный возраст и его взаимосвязи с другими психологическими факторами у женщин с раком молочной железы. В исследовании приняли участие 125 женщин в возрасте от 31 года до 80 лет ($M=55,71$; $SD=11,86$) с раком молочной железы (I стадия заболевания — 48 женщин; II стадия — 41 женщина; III стадия — 10 женщин), находящиеся под наблюдением онколога до 6 месяцев с момента постановки диагноза. Кроме социально-демографических данных, изучались субъективный возраст (опросник В. Barak в адаптации Е.А. Сергиенко, 2011), субъективные оценки здоровья (опросник SF-36, J. Ware et. al. в адаптации К.Г. Гуревич, Е.Г. Фабрикант, 2008); способы совладающего поведения (опросник R. Lazarus, S. Folkman в адаптации Т.Л. Крюковой, 2004), базисные убеждения (одноименная шкала R. Janoff-Bulman, адаптация М.А. Падун, А.В. Котельниковой, 2012) и выраженность личностной беспомощности (опросник личностной беспомощности Д.А. Циринг, А.В. Степаненко, 2018). Были выделены три подгруппы по оценкам субъективного возраста: чувствующие себя моложе своего паспортного возраста, адекватно и старше. Результаты исследования показали, что субъективный возраст среди женщин с раком молочной железы позволяет дифференцировать субъективные оценки собственного здоровья, способности к совладающему поведению, изменения базисных убеждений и признаки личностной беспомощности, образующиеся в тяжелой травматической ситуации болезни. Среди респондентов

разного возраста (31–80 лет) наблюдаются значимые различия в паттернах системы психологических ресурсов. Это означает, что кроме общих психологических факторов рака молочной железы (депрессии, тревожности, дистресса), существуют индивидуальные варианты психической организации, связанные с оценкой возрастной идентичности, которая модифицирует актуализацию и оценку собственных психологических ресурсов.

Ключевые слова: субъективный возраст, рак молочной железы, субъективная оценка здоровья, совладающее поведение, базисные убеждения, личностная беспомощность.

Финансирование. Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда, проект № 19-18-00426).

Для цитаты: Сергиенко Е.А., Циринг Д.А., Пахомова Я.Н., Пономарева И.В. Субъективный возраст женщин с раком молочной железы в системе психологических факторов [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 1. С. 67–89. DOI: 10.17759/cpse.2022110104

Subjective Age of Women with Breast Cancer in the System of Psychological Factors

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*

Diana A. Tsiring

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

Yana N. Pakhomova

*National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9000-7238>, e-mail: 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*

The article analyzes the subjective age and its relationship with other psychological factors in women with breast cancer. The study involved 125 women aged 31 to 80 years (M=55.71; SD=11.86) diagnosed with breast cancer (stage I of the disease — 48 women; stage II — 41 women; stage III — 10 women), under the supervision of an oncologist up to 6 months from

the moment of diagnosis. In addition to socio-demographic data, subjective age was studied (B. Barak questionnaire adapted by E.A. Sergienko, 2011), subjective health assessments (SF-36 questionnaire, J. Ware et. al. in the adaptation of K.G. Gurevich, E.G. Fabricant, 2008); methods of coping behavior (R. Lazarus questionnaire, S. Folkman in the adaptation of T.L. Kryukova, 2004), basic beliefs (R. Janoff-Bulman scale of the same name, adaptation by M.A. Padun, A.V. Kotelnikova, 2012) and the severity of personal helplessness (D.A. Tsiring questionnaire of personal helplessness, A.V. Stepanenko, 2018). Three subgroups were identified according to estimates of subjective age: those who feel younger than their passport age, adequately and older. The results of the study showed that the subjective age among women with breast cancer makes it possible to differentiate subjective assessments of their own health, ability to cope with behavior, changes in basic beliefs and signs of personal helplessness formed in a severe traumatic situation of the disease. Among respondents of different ages (31–80 years old), there are significant differences in the patterns of the system of psychological resources. This means that in addition to the general psychological factors of breast cancer (depression, anxiety, distress), there are individual variants of mental organization associated with the assessment of age identity, which modifies the actualization and evaluation of their own psychological resources.

Keywords: subjective age, breast cancer, subjective assessment of health, coping behavior, basic beliefs, personal helplessness.

Funding. The reported study was funded by Russian Science Foundation, project number 19-18-00426.

For citation: Sergienko E.A., Tsiring D.A., Pakhomova Y.N., Ponomareva I.V. Subjective Age of Women with Breast Cancer in the System of Psychological Factors. *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia=Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 1, pp. 67–89. DOI: 10.17759/cpse.2022110104 (In Russ., abstr. in Engl.).

Введение

Рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место среди всех других видов онкологии во всем мире. Ежегодно в мире регистрируют примерно 1 250 000 новых случаев рака груди, из них 54 000 в России. Заболеваемость РМЖ в большинстве стран растет, это связано с различными факторами. Несмотря на значительные и впечатляющие успехи в лечении данного заболевания, количество летальных исходов остается достаточно высоким. Анализ динамики доли летальных случаев в России за 10 лет (2004–2014 гг.) показывает, что она изменяется не столь существенно (29,78 смертей на 100 000 женщин в 2004 г. и 29,08 — в 2014 г.) [7].

РМЖ вызывает у женщин дистресс, тревогу, отчаяние, ведет к изменению образа жизни, рабочего и семейного статусов. Роль психологических факторов в борьбе с этим тяжелым и смертельным недугом имеет важнейшее значение для выживания и психологического благополучия женщин.

Результаты исследований, проводимых во всем мире, направлены на поиски тех психологических факторов, которые, с одной стороны, прояснят психологические

риски заболевания, а с другой — продемонстрируют роль психологических факторов в борьбе с болезнью, а также их возможности в области прогноза длительности жизни после постановки диагноза.

В метаанализе 31 исследования различных психосоциальных параметров у пациентов с РМЖ показано, что 25 работ демонстрируют статистически значимые эффекты между хотя бы одним из изученных факторов и исходом РМЖ [10]. Лучший прогноз РМЖ был связан с социальной поддержкой, минимизацией серьезности заболевания и снижением депрессии, тогда как подавление эмоций было сопряжено со снижением выживаемости. Однако авторы указывают, что исследования отличались по набору параметров. Кроме того, разные авторы используют тесно связанные термины не синонимично. Так, минимизация и отрицание, которые связаны с лучшим выживанием, отличаются от подавления эмоций, которое прогнозирует более короткий срок жизни. Отрицание означает убеждение, что болезни нет, тогда как минимизация — это субъективное снижение серьезности болезни. Подавление эмоций не тождественно отрицанию и минимизации, поскольку оно может быть и без отрицания или снижения тяжести заболевания. Также авторы обзора отмечают, что все эти факторы могут изменяться в разные периоды болезни и не связаны с формой (хроническое или острое) и стадией РМЖ.

Исследование стресса и рака на выборке из 3 177 человек, проводившееся в течение 24 лет, выявило, что депрессия ассоциируется с высоким риском развития рака, значимо увеличивает вероятность РМЖ [11]. Наблюдение за 33 819 женщинами с диагностированной депрессией на протяжении 5 лет показало, что они имели более высокий риск заболевания РМЖ [11]. Однако имелись и работы, не обнаружившие взаимосвязи между РМЖ и психологическими факторами. Так, К. Heikkilä с коллегами провели метаанализ 12 когортных исследований, включающих 11 606 человек 17–70 лет, наблюдение за которыми осуществлялось на протяжении 12 лет [12]. Они не обнаружили связи между стрессом с риском РМЖ. Аналогичные данные были получены К. Lillberg с коллегами на 10 519 респондентах, участвовавших в мониторинге на протяжении 20 лет. Согласно данным этого исследования, наличие стресса также не ассоциировалось с РМЖ [14].

В работе М. Yeh и Т. Lee представлено исследование роли психологических факторов в реакции на диагноз РМЖ [23]. Оценивались уровень стресса, тревожности и депрессии, а также социально-демографические характеристики 1 160 женщин из Тайваня. Сравнивались две группы, выделенных на основании результатов проведенной маммографии: женщины с диагнозом РМЖ и без него. Обнаружилось, что тревожность была в 2,6 раз выше у женщин с диагнозом РМЖ, а депрессия — в 4,1 раза выше. В исследовании А.Л. Gross с коллегами, проведенном на большой популяции женщин, проходящих маммографию, не было обнаружено значимых корреляций между наличием РМЖ и эмоциональным подавлением [11]. Эти различия авторы связывают с социокультурными особенностями жизни на Тайване, где быстрые изменения социальной жизни требуют от женщин выполнения множества социальных ролей, что увеличивает эмоциональный стресс, тревожность и депрессию. Именно эти психологические факторы сопряжены с высоким уровнем риска РМЖ и более молодым возрастом у заболевших им (40–49 лет на Тайване и 60–69 лет в США) [11].

Роль психологических факторов и физической активности в качестве жизни изучалась у 171 женщины из Греции после лечения РМЖ спустя 1,5 года [15]. Оценивались уровень депрессии, тревожности, самооценки и качество жизни. Сравнивались две группы: женщины до 51 года и старше 52 лет, физически активные и неактивные. Обнаружено, что физическая активность сопряжена с меньшей депрессией, связана с самооценкой и более низкой тревожностью. У более молодых женщин физическая активность играла более важную роль в снижении депрессии и тревожности и увеличении уровня самооценки и качества жизни. Значения для этой группы имели также уровень образования, доходов и стадия рака. Однако выраженность тревожности и депрессии у молодой группы были выше, чем у старшей. По сравнению с более молодыми, у женщин после 52 лет также большое значение имела физическая активность, воздействующая на тревожность, депрессию, самооценку и качество жизни; семейный статус также начинал играть важную роль, в то время как стадия рака — нет.

Последствия химиотерапии при РМЖ, влияющие на когнитивное функционирование, и роль психологических факторов в качестве жизни после лечения РМЖ изучались С. Reid-Arndt с коллегами [16]. В исследовании приняли участие 46 женщин спустя 1 месяц после прохождения химиотерапии. Было обнаружено снижение в когнитивном функционировании: дефицит исполнительных функций и вербальной беглости, что связано со снижением продуктивности, коммуникативной вовлеченности и социально-ролевого функционирования. Обеднение повседневной жизни (снижение качества жизни) предсказывались депрессией и необходимостью социальной поддержки, но не когнитивным функционированием.

Как показали исследования, не у всех людей развиваются симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) после тяжелой травматизации, т.е. существуют факторы, снижающие действие травмы [8; 10; 14]. Для нашего исследования наиболее значимыми являются индивидуально-психологические предикторы отношения к заболеванию и прогнозу его последствий. Так, было показано, что реакция на заболевание спустя 3 месяца после операции влияет на состояние больного и через 5 лет [8]. Выживание без рецидивов наблюдалось в большей степени среди больных, отрицающих или настроенных на «противоборство», чем у тех, кто стоически принимал болезнь, отличался беспомощностью и чувством безнадежности [8]. Через 10 лет психологическая реакция на заболевания была наиболее значимой среди 8 прогностических факторов для прогноза времени смерти по любой причине, времени смерти от РМЖ и времени первого рецидива. Значимых корреляций с такими факторами, как возраст, тип операции и размер опухоли, установлено не было. Показано также, что избегающий стиль поведения менее адаптивен для переживания заболевания нежели активный стиль поведения [8].

В исследовании Н.В. Тарабриной и коллег были выявлены значимые личностные характеристики в развитии признаков ПТСР у больных РМЖ [8]. У больных с высоким уровнем ПТСР отмечались высокий уровень ситуативной и личностной тревожности, убеждения о враждебности окружающего мира, собственном бессилии, искажение жизненной перспективы как безнадежной (не имеющей будущего).

Приведенный краткий обзор исследований, несмотря на противоречивость приведенных в них данных, указывает на значимую роль психологических факторов в лечении РМЖ. Причиной таких противоречий могут быть методические различия в проведении исследований, субъективные факторы и психологические ресурсы людей измеряются самоотчетными методами, что может порождать значительную вариабельность в результатах их оценок. В наших исследованиях в большей степени был сделан акцент на оценках психологических ресурсов, выраженных в личностных и субъектных характеристиках женщин с РМЖ [2; 6; 17].

В интенсивно развивающейся области онкопсихологии все большее значение уделяется субъективным факторам и ресурсам как предикторам возникновения, течения и исхода тяжелого заболевания, угрожающего жизни. Как было показано в ряде исследований, люди с онкологическим заболеванием испытывали значительную травматизацию в жизненных событиях и продолжительный посттравматический стресс до момента постановки диагноза [13; 14]. Кроме того, онкологический диагноз и течение заболевания являются сильнейшим стрессом и угрозой жизни и даже при благополучном исходе приводят к резкому перелому в жизни [2; 8]. РМЖ отличается интенсивностью психотравмирующего воздействия, поскольку не только угрожает жизни, но и затрагивает психологические, сексуальные и социальные аспекты жизни женщин.

Мы предполагаем, что одним из показателей прогноза лечения и продолжительности жизни женщин с РМЖ 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 психологических ресурсов [5]. Как показали исследования, СВ человека тесно связан с его физическим и психологическим здоровьем, удовлетворенностью жизнью, временной перспективой и индивидуально-психической организацией [цит. по 6]. Так, в исследовании Y. Stephan и коллег, проведенном на выборке в 17 000 человек, изучался СВ как предиктор смертности. СВ был включен в факторы показателей здоровья [20]. СВ, демографические факторы, список болезней, функциональные ограничения, депрессивные симптомы и физическая неактивность оценивались как базовые данные, а дата смерти прослеживалась в течение 20 лет. Респонденты воспринимали себя на 15-16% моложе по сравнению с хронологическим возрастом. СВ на 8, 11 и 13 лет старше хронологического был связан с повышением риска смерти на 18%, 29% и 25% соответственно. Мультивариативный анализ показал, что болезни, физическая неактивность, функциональные ограничения и когнитивные проблемы — все исследуемые переменные, кроме депрессивных симптомов — указывают на связи с СВ и смертностью. Риск смертности был выше среди индивидов, кто чувствовал себя старше в сравнении с теми, кто чувствовал себя моложе. Эта связь наблюдалась не только в выборке пожилых людей, но также среди взрослых среднего возраста. Эти данные подтверждают роль СВ как биопсихосоциального маркера старения. Эти же авторы на выборке 4120 пожилых людей показали, что более молодой СВ взаимосвязан с более низким CRP (С-реактивным протеином, маркером систематического воспаления) [21]. Их данные указывают на то, что СВ может

служить предиктором иммунных дисфункций, заболеваемости и смертности, что, по-видимому, отражается в субъективных ощущениях возраста.

Следует отметить, что СВ (на сколько лет человек воспринимает себя) и оценка субъективной близости смерти (СБС), отражающая его представления о том, сколько времени осталось до смерти, тесно взаимодействуют, что было продемонстрировано в исследовании [18]. В исследованиях роли СВ в переживании травмы и появлениях ПТСР было продемонстрировано, что более старший относительно хронологического СВ ассоциируется как с эпизодом травмы, так и с симптомами посттравматического расстройства [13; 14]. Также было продемонстрировано, что более молодой СВ смягчает эффекты ПТСР при старении [13].

Оценка взаимосвязи СВ, чувства одиночества и уровня психического здоровья (депрессивные симптомы, тревожность, симптомы травматизации) у пожилых людей в период локдауна во время пандемии COVID-19 показала, что более старший СВ повышает риск негативных последствий одиночества, следовательно, СВ играет роль буфера травмирующих событий [19]. Таким образом, СВ и СБС теоретически взаимосвязаны и отражают субъективное восприятие собственных ресурсов и возможностей справляться с трудными ситуациями.

Анализ литературы показал, что СВ выступает в качестве предиктора смерти, психологического благополучия, оценки жизненной перспективы (близости смерти), возможности совладания с тяжелой травматической ситуацией (онкологическим заболеванием), что препятствует развитию психогений, симптоматики ПТСР и более благополучному прогнозу течения болезни.

Целью настоящей работы является исследование СВ как показателя психологических ресурсов женщин с РМЖ.

Основная гипотеза исследования: СВ выступает показателем психологических ресурсов женщины и буфером в стрессовых ситуациях.

Учитывая, что оценка СВ как показателя субъективных ресурсов и одновременно личностных установок и ценностей включена в анализ личностных характеристик женщин (базисных убеждений, личностной беспомощности, совладания, субъективной оценки собственного физического и психического здоровья), можно сформулировать частную гипотезу. **Частная гипотеза:** СВ позволяет дифференцировать субъективные оценки собственного здоровья, способность к совладающему поведению, изменения базисных убеждений и признаки личностной беспомощности, образующиеся в тяжелой травматической ситуации болезни у женщин с РМЖ.

Материалы и методы исследования

Выборка. В исследовании принимали участие 125 женщин в возрасте от 31 года до 80 лет с диагнозом РМЖ разной стадии, находящиеся под наблюдением онколога до 6 месяцев с момента постановки диагноза. Работа проводилась на базе ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины». В табл. 1 представлены социально-демографические характеристики выборки.

Таблица 1

Социально-демографические характеристики выборки

Параметры	Число женщин (чел.)
Возраст	
31–40 (M=36; SD=2,34)	18
41–50 (M=46; SD=3,31)	22
51–60 (M=56,5; SD=2,75)	36
61–70 (M=66; SD=2,37)	39
71–80 (M=73,5; SD=3,62)	10
Стадии РМЖ	
I	48
II	41 (32 — IIa; 9 — IIb)
III	10 (3 — IIIa; 3 — IIIb; 4 — IIIc)
Семейное положение	
Замужем	76 (из них 4 женщины в гражданском браке)
Не замужем	50 (из них 13 женщин не замужем; 11 — разведены; 26 — вдовы)
Рабочий статус	
Заняты	65 (из них 6 женщин работают не официально)
Не заняты	61 (из них 12 женщин не работают; 49 — на пенсии)
Образование	
Среднее	9
Среднее профессиональное	72
Высшее профессиональное	45
Субъективная оценка уровня дохода	
Средний и выше среднего	82 (из них выше среднего — 10 женщин)
Ниже среднего и низкий	45 (из них низкий — 23 женщины)

Использовались 6 личностных **методик**.

1. Шкала базисных убеждений Р. Янофф-Бульман (World Assumptions Scale) в адаптации М.А. Падун и А. В. Котельниковой [4]. Методика включает 37 утверждений,

распределенных по пяти шкалам: Образ «Я», Доброжелательность окружающего мира, Справедливость, Удача, Убеждение о контроле. Ответы респондентов распределяются по шестибальной шкале Ликерта. Теоретической основой методики является концепция психической травмы Р. Янофф-Бульман, согласно которой люди структурируют опыт и формируют свое поведение с помощью когнитивных убеждений. Методика позволяет измерить имплицитные когнитивные убеждения больных злокачественными новообразованиями. Нами был проведен анализ надежности метода на клинической выборке женщин с РМЖ. Коэффициент согласованности α Кронбаха по каждой шкале методики находится в диапазоне 0,67–0,76 что указывает на условно достаточный уровень согласованности.

2. Опросник способов совладания Р. Лазаруса в адаптации Т.Л. Крюковой [3]. Опросник состоит из 50 утверждений, группируемых в 8 шкал, и используется с целью определения копинг-стратегий: Конфронтация, Дистанцирование, Самоконтроль, Поиск социальной поддержки, Принятие ответственности, Бегство–избегание, Планирование решения проблемы и Положительная переоценка. Испытуемому необходимо выбрать, как часто он прибегает к использованию предложенных в опроснике способов поведения в трудных жизненных ситуациях. Показатели надежности α Кронбаха для каждой субшкалы методики находятся в диапазоне 0,75–0,79.

3. Опросник личностной беспомощности (Циринг Д.А., Степаненко А.В.) определяет наличие системных характеристик (личностной беспомощности/самостоятельности) у больных злокачественными новообразованиями. В опроснике предлагается 131 утверждение, по отношению к которым испытуемому необходимо выразить степень согласия или несогласия. Опросник включает четыре шкалы в соответствии со структурой личностной беспомощности/самостоятельности: Когнитивный компонент, Мотивационный компонент, Эмоциональный компонент и Волевой компонент. Каждая из шкал включает ряд показателей, конкретизирующих содержание компонента. Шкала Когнитивного компонента включает показатели атрибутивного стиля, ригидности мышления, продуктивности дивергентного мышления. Шкала Мотивационного компонента включает показатели локуса контроля, уровня притязаний, мотивации избегания неудач, самооценки. Шкала Эмоционального компонента основана на таких характеристиках, как уровень тревожности, эмоциональная неустойчивость, склонность к депрессии, выраженность астении. Шкала Волевого компонента включает показатели несамостоятельности, низкой настойчивости, низкого самообладания, нерешительности, робости. Опросник нацелен на диагностику как общего уровня личностной беспомощности/самостоятельности, так и на покомпонентное выявление ее содержания. Показатели α Кронбаха по субшкалам методики находятся в диапазоне 0,76–0,92.

4. Русскоязычная версия Опросника качества здоровья (SF-36), созданная J. Ware и коллегами и рекомендованная Межнациональным центром исследования субъективной оценки здоровья; в России шкала адаптирована К.Г. Гуревич, Е.Г. Фабрикант [1; 22]. Опросник позволяет оценить субъективное восприятие физического, ментального здоровья и включает шкалы: Физическое функционирование, Роль в функционировании, 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 компонент здоровья (1–4 шкалы) и психический (5–8 шкалы). Значения α Кронбаха по субшкалам методики в текущем исследовании находились в диапазоне 0,78–0,87.

5. Опросник Субъективного возраста человека, разработанный В. Barak в 2009 году и адаптированный Е.А. Сергиенко в 2011 году [5; 9]. 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 Кронбаха составил 0,98.

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

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

Результаты исследования

В приложении 1 представлены результаты оценки СВ по всем его составляющим. Вся выборка была разбита на три подгруппы в зависимости от оценок СВ (± 1 стандартное отклонение): моложе хронологического, равная ему и старше хронологического.

Количество женщин, у которых СВ равен хронологическому, составило 17 человек, а тех, у кого СВ превышает хронологический, — 9 человек. Такая малочисленность подгрупп может выступать некоторым ограничением для осуществления репрезентативных выводов исследования. Данное ограничение связано со спецификой клинической выборки. Наибольшее число женщин (99 человек) чувствует себя моложе своего возраста. При этом разница в средних значениях биологического СВ в группе субъективно более молодых составляет почти 15 лет; по остальным составляющим СВ разница с хронологическим возрастом также значительна. У женщин, оценивающих себя старше хронологического возраста, максимальная разница (почти 9 лет) обнаруживается между биологическим СВ и хронологическим возрастом, а эмоциональный СВ фактически равен хронологическому.

Сравнительный анализ средних значений СВ и хронологического возраста у выделенных групп показал, что различия между показателями значимы (табл. 2). Межгрупповые различия в оценках субъективного возраста оказались значимыми по всем показателям, кроме субъективного, эмоционального и социального возраста между подгруппами участниц исследования, занижающих и завышающих свой возраст. Также не было обнаружено различий между средними значениями хронологического возраста и СВ в подгруппах, адекватно оценивающих свой возраст

и завышающих его. Различия в разнице между хронологическим возрастом и СВ являются значимыми для всех подгрупп респондентов.

Таблица 2

Уровни значимости различий средних значений и разницы хронологического возраста, а также составляющих субъективного возраста у женщин с РМЖ 31–80 лет, завышающих, занижающих и адекватно оценивающих свой возраст

Группы	ХВ	Значимость Р	Возраст				
			Средний субъективный	Биологический (чувствует)	Эмоциональный (выглядит)	Социальный	Интеллектуальный (интересы)
< и =	0,99	между средними	0,020	0,011	0,090	0,019	0,014
		между разницей	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
< и >	0,06	между средними	0,149	0,005	0,906	0,260	0,100
		между разницей	<0,001	<0,001	0,001	<0,001	<0,001
= и >	0,22	между средними	0,857	0,485	0,737	0,897	0,816
		между разницей	<0,001	<0,001	0,243	<0,001	<0,001

Примечание. «<» — женщины с РМЖ, у которых субъективный возраст меньше хронологического; «=» — женщины с РМЖ, у которых субъективный возраст равен хронологическому; «>» — женщины с РМЖ, у которых субъективный возраст больше хронологического. ХВ — Хронологический возраст.

В приложении 2 представлены корреляции СВ и его составляющих со шкалами субъективной оценки здоровья (физического и психического). У женщин, чувствующих себя моложе, СВ и его составляющие ассоциируются с ролевым функционированием, связанным с эмоциональным состоянием, и с общей оценкой психического здоровья: чем моложе СВ, тем выше ролевое функционирование и лучше ментальное здоровье. У женщин, адекватно оценивающих свой СВ (близко к хронологическому), как и у женщин, чувствующих себя старше, наблюдаются взаимосвязи СВ и его составляющих с ролевым функционированием, обусловленным физическим состоянием: чем старше СВ, тем менее эффективно ролевое функционирование. Можно предположить, что более молодой СВ смещает акценты в оценке ролевого функционирования на эмоциональные состояния по сравнению с женщинами, чувствующими себя старше и фокусирующимися на физических состояниях.

Анализ взаимосвязей СВ с копинг-стратегиями представлен в приложении 3. Женщины с РМЖ, чувствующие себя моложе и/или адекватно своему хронологическому возрасту, прибегают к социальной поддержке. Более молодой СВ также связан с положительной переоценкой ситуации, поиском ее решений, принятием ответственности (связи с общим показателем СВ и биологическим СВ).

В отличие от этих двух групп, у женщин, чувствующих себя старше своего возраста, только социальный СВ (возраст действий) в меньшей степени взаимосвязан с конфронтационным копингом (противоборством с ситуацией болезни и изменений жизни). Проведенный анализ субъективного восприятия возраста в ассоциации с копинг-стратегиями позволяет показать различия между женщинами с РМЖ. Более молодой субъективный возраст отличается более выраженными связями с социальной поддержкой, необходимостью переоценки ситуации и принятием ответственности. В этой же подгруппе обнаруживается наибольшее число взаимосвязей между СВ и его составляющими с показателями ролевого функционирования, обусловленного эмоциональными состояниями, и ментального здоровья. А в подгруппе с адекватной оценкой СВ социальная поддержка как стратегия совладания сопряжена с ролевым функционированием, связанным с физическими состояниями, так же, как и в подгруппе женщин с завышенным СВ.

В приложении 4 представлены результаты корреляционного анализа СВ и базисных убеждений у женщин с РМЖ. Результаты указывают на то, что чем моложе чувствуют себя женщины с РМЖ, тем в большей степени мир кажется им враждебным, несправедливым, неподконтрольным и грозящим утратой образа Я. В группах женщин с адекватной оценкой возраста и женщин, чувствующих себя старше хронологического возраста, корреляции (отрицательные) наблюдаются с Образом Я. Также среди женщин с завышенным СВ выявлены взаимосвязи между эмоциональным и социальным СВ и убеждением о контроле.

Далее был проведен анализ взаимосвязей СВ с личностной беспомощностью. Обнаружены значимые (при $p < 0,01$ и $p < 0,05$) корреляции СВ (общего показателя и отдельных компонентов СВ) с отдельными показателями личностной беспомощности — склонностью к депрессии, тревожностью и астенией — в группе женщин с более молодым СВ (склонность к депрессии и: общий СВ — $r = 0,28$; эмоциональный СВ — $r = 0,26$; социальный СВ — $r = 0,31$, интеллектуальный СВ — $r = 0,38$; склонность к тревожности и: общий СВ — $r = 0,21$, эмоциональный СВ — $r = 0,20$; склонность к астении — от $r = 0,28$ до $r = 0,24$ по всем показателям СВ, кроме эмоционального возраста). Кроме того, общий показатель СВ в данной группе был связан с общим показателем личностной беспомощности ($r = 0,23$).

Другая картина наблюдается в группе женщин, адекватно оценивающих свой возраст. У них выявлены значимые (при $p < 0,01$ и $p < 0,05$) корреляции с низким уровнем притязаний (общий СВ — $r = 0,54$; эмоциональный СВ — $r = 0,56$, социальный и интеллектуальный СВ — $r = 0,54$ для обоих). Повышенная тревожность имеет отрицательные корреляции с СВ и его компонентами (в диапазоне от $r = -0,51$ до $r = -0,59$), что указывает на снижение ее значения, также как в случае с эмоциональной неустойчивостью (корреляции в диапазоне от $r = -0,54$ до $r = -0,59$). Значимых корреляций между СВ и склонностью к депрессии не выявлено. Высокие (при $p < 0,01$ и $p < 0,05$) корреляции СВ в данной группе были обнаружены с астенией ($r = 0,52$), а также с параметрами волевого компонента личностной беспомощности — робостью и нерешительностью (в диапазоне от $r = 0,51$ до $r = 0,61$), что может указывать на проблемы с волевыми усилиями у женщин с РМЖ.

Несколько иной паттерн связей СВ и компонентов личностной беспомощности был выявлен у женщин, чувствующих себя старше своих лет. Значимых корреляций

между СВ и составляющими эмоционального компонента личностной беспомощности не обнаружено. Но значимые связи наблюдались между робостью и нерешительностью и социальным, а также интеллектуальным СВ (в диапазоне от $r=0,67$ до $r=0,88$), между экстернальным локусом контроля и СВ (в диапазоне от $r=0,67$ до $r=0,78$) и между мотивацией избегания неудач и социальным СВ ($r=0,67$), а также интеллектуальным СВ ($r=0,71$). Общий показатель личностной беспомощности в данной подгруппе женщин был связан с интеллектуальным СВ ($r=0,74$). На основе полученных данных, можно предположить, что женщины, чувствующие себя старше своего возраста, в большей степени беспомощны в силу мотивационных изменений, волевых дефицитов, что отличает их от женщин, моложе своего возраста и адекватно оценивающих СВ.

По числу корреляций среди подгрупп наибольшее количество было обнаружено в выборке женщин, адекватно оценивающих свой СВ (25 связей), тогда как у подгрупп женщин, оценивающих свой СВ моложе и старше хронологического возраста — только 12 и 11 корреляций соответственно. По-видимому, течение болезни и угроза жизни для женщин, более реально идентифицирующих себя по возрасту, актуализируют преимущественно мотивационные и волевые компоненты личностной беспомощности, обнаруживая проблемы именно в данных психических ресурсах.

При сравнении разницы хронологического возраста (ХВ) и СВ у испытуемых с разной стадией заболевания (1 и 2 стадии) взаимосвязей обнаружено не было ($p=0,119$ для разницы ХВ и СВ; $p=0,337$ для разницы ХВ и биологического СВ; $p=0,094$ для разницы ХВ и эмоционального СВ; $p=0,065$ для разницы ХВ и социального СВ; $p=0,188$ для разницы ХВ и интеллектуального СВ).

Обсуждение результатов

Обобщая полученные данные, следует указать, что анализ СВ и его различий среди женщин с РМЖ позволяет дифференцировать как субъективные оценки собственного здоровья, способности к совладающему поведению, изменения базисных убеждений и признаки личностной беспомощности, образующиеся в тяжелой травматической ситуации болезни. Таким образом, выдвинутая нами гипотеза подтверждается.

Женщины, чувствующие себя значительно моложе своего паспортного возраста, адресуются к собственным ресурсам и в целом их субъективные оценки здоровья указывают в большей степени на ролевое функционирование, связанное с эмоциональным состоянием, и на общую оценку психического здоровья: чем моложе СВ, тем выше ролевое функционирование и лучше ментальное здоровье. Более субъективно молодые женщины в большей степени прибегают к социальной поддержке, переоценке ситуации и принятию ответственности как копинг-стратегиям. Эти данные позволяют предположить, что СВ играет роль гибкого психологического механизма, модифицирующего усилия по совладанию с травмирующим тяжелым заболеванием. Представляется, что, чувствуя себя более молодыми, женщины с РМЖ прилагают больше усилий для борьбы с болезнью, нуждаются и обращаются в большей мере к социальной поддержке. Их базовые убеждения претерпевают реорганизацию представлений о мире и себе по всем компонентам.

В целом, данные о разрушении привычных представлений о мире укладываются в общее состояние женщин с РМЖ, которые находятся в дистрессе и состоянии противоборства болезни и испытывают неуверенность в будущем и перестройку привычного образа жизни. Признаки личностной беспомощности указывают в основном на эмоциональные компоненты.

Женщины с адекватным представлением об СВ испытывают проблемы с ролевым функционированием, связанным с физическим состоянием, так же, как и женщины, чувствующие себя старше. Но если у женщин, адекватно оценивающих свой возраст, только социальная поддержка выступает основной стратегией копинга, то у женщин, чей СВ больше хронологического, социальная поддержка перестает играть роль, а остается только взаимосвязь социального СВ с конфронтацией; при этом чем старше СВ, тем меньше выражено противоборство с ситуацией. В области базовых личностных убеждений в подгруппах с адекватной завышенной оценкой СВ связи концентрируются на образе Я. Компоненты личностной беспомощности, сопряженные с СВ, вовлекают уже не эмоциональные составляющие, а мотивационные и волевые, что свидетельствует о высоком напряжении их психологических ресурсов.

Можно предположить, что женщины, субъективно оценивающие себя как более молодых, испытывают больше эмоциональных проблем, но и адресуются к более широкой системе психологических ресурсов, борясь с травматическим переживанием. Несмотря на то, что хронологический возраст всех подгрупп в среднем близок (от 50 до 57 лет), мы наблюдаем значительные различия в паттернах системы психологических ресурсов. Это означает, что кроме общих психологических факторов РМЖ (депрессии, тревожности, дистресса) существуют индивидуальные варианты психической организации, связанные с СВ, который становится субъективным механизмом оценки собственных ресурсов.

Данное предположение нуждается в дальнейшей проверке и аргументации.

Ограничением данной работы является малочисленность подгрупп с адекватной оценкой СВ и особенно — превышающей хронологический возраст. Кроме того, необходимо учитывать влияние клинических показателей, таких как тяжесть заболевания, наличие осложнений, особенности терапии и стадии заболевания на субъективную оценку своего возраста у женщин с РМЖ, так как СВ может меняться под воздействием травматического опыта болезни и быть следствием эмоционального состояния пациента.

Заключение

Исследование СВ как показателя психологических ресурсов женщин с РМЖ, связанного с их личностными характеристиками, показало, что СВ позволяет дифференцировать субъективные оценки собственного здоровья, стратегий совладающего поведения, изменения базисных убеждений и признаки личностной беспомощности, образующиеся в тяжелой травматической ситуации болезни у женщин с РМЖ. Среди женщин разного возраста (31–80 лет) наблюдаются значимые различия в паттернах системы психологических ресурсов. Это означает, что кроме

общих психологических факторов рака молочной железы (депрессии, тревожности, дистресса), существуют индивидуальные варианты психической организации, связанные с оценкой возрастной идентичности, которая модифицирует актуализацию и оценку собственных психологических ресурсов. Результаты данного исследования расширяют представления о возможных предикторах течения рака молочной железы, а также могут быть полезны при построении прогнозов течения болезни и ее исходов.

Литература

1. Гуревич К.Г., Фабрикант Е.Г. Методические рекомендации по организации программ профилактики хронических неинфекционных заболеваний // ГОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет. 2008. URL: http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/ORGZDRAV/Orgproga/org_proga.html (дата обращения: 14.02.2022).
2. Климова М.О., Циринг Д.А. Личностная беспомощность как фактор течения болезни при онкозаболеваниях (теоретический анализ) // Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2020. Том 9. № 1 (30). С. 362–366. DOI: 10.26140/anip-2020-0901-0088
3. Крюкова Т.Л. Методы изучения совладающего поведения: три копинг-шкалы. 2-е изд., испр., доп. Кострома: изд-во КГУ им. Н.А. Некрасова, 2010. 62 с.
4. Падун М.А., Котельникова А.В. Модификация методики исследования базисных убеждений личности Р. Янофф-Бульман // Психологический журнал. 2008. Том 29. № 4. С. 98–106.
5. Сергиенко Е.А. Роль субъективного возраста в регуляции жизнедеятельности // Психология повседневного и травматического стресса: угрозы, последствия и совладание / Под ред. А.Л. Журавлева, Н.В. Тарабриной, Е.А. Сергиенко, Н.Е. Харламенковой. М.: изд-во «Институт психологии РАН», 2016. С. 50–84.
6. Сергиенко Е.А. Субъективный возраст как предиктор течения тяжелой болезни // Вестник РГГУ. Серия «Психология. Педагогика. Образование». 2020. № 1. С. 25–39. DOI: 10.28995/2073-6398-2020-1-25-39
7. Статистика рака молочных желез в мире и России [Электронный ресурс]. URL: <https://www.oncoforum.ru/o-rake/statistika-raka/statistika-raka-molochnykh-zhelez-v-mire-i-rossii.html> (дата обращения: 02.03.2022)
8. Тарабрина Н.В., Ворона О.А., Курчакова М.С. и др. Онкопсихология. Посттравматический стресс у больных раком молочной железы. М.: изд-во «Институт психологии РАН», 2010. 175 с.
9. Barak B. Age identity: A cross-cultural global approach // International Journal of Behavioral Development. 2009. Vol. 33. № 1. P. 2–11. DOI: 10.1177/0165025408099485
10. Falagas M.E., Zarkadoulia E.A., Ioannidou E.N. et al. The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: A systematic review // Breast Cancer Research. 2007. Vol. 9. № 4. R44. DOI: 10.1186/bcr1744

11. Gross A.L., Gallo J.J., Eaton W.W. Depression and cancer risk: 24 year of follow-up of the Baltimore epidemiologic Catchment area sample // *Cancer Causes Control*. 2010. Vol. 21. № 2. P. 191–199. DOI: 10.1007/s10552-009-9449-1
12. Heikkila K., Nyberg S.T., Theorell T. et al. Work stress and risk of cancer: meta-analysis of 5700 incident cancer events in European men and women // *BMJ*. 2013. Vol. 346. F165. DOI: 10.1136/bmj.f165
13. Hoffman Y. S., Shrira A., Cohen-Fridel S. et al. Posttraumatic stress disorder symptoms as a function of the interactive effect of subjective age and subjective nearness to death // *Personality and Individual Differences*. 2016. Vol. 102. P. 245–251 DOI: 10.1016/J.PAID.2016.07.017
14. Lillberg K., Verkasalo P.K., Kaprio J. et al. Stress of daily activities and risk of breast cancer: prospective cohort study in Finland // *International Journal of Cancer*. 2001. Vol. 91. № 6. P. 888–893. DOI: 10.1002/1097-0215(200002)9999:9999<::aid-ijc1138>3.0.co;2-d
15. Patsou E.D., Alexias J.T., Anagnostopoulos F.G. et al. Physical activity and sociodemographic variables related to global health, quality of life and psychological factors in breast cancer survivors // *Psychology Research and Behavior Management*. 2018. Vol. 11. P. 371–381. DOI: 10.2147/PRBM.S170027
16. Reid-Arndt S.A., Hsieh C., Perry M.C. Neuropsychological functioning and quality of life during the first year after completing chemotherapy for breast cancer // *Psycho-Oncology*. 2010. Vol. 19. № 5. P. 535–544. DOI: 10.1002/pon.1581
17. Sergienko E.A., Tsiring D.A., Ponomareva I.V. et al. Coping behavior strategies and quality of life in women having breast cancer under the favorable and unfavorable course of the disease // *Eurasian Journal of Biosciences*. 2020. Vol. 14. P. 4807–4813.
18. Shrira A., Bodner E., Palgi Y. The interactive effect of subjective age and subjective distance-to-death on psychological distress of older adult // *Aging and Mental Health*. 2014. Vol. 18. № 8. P. 1066–1070. DOI: 10.1080/13607863.2014.915925
19. Shrira A., Hoffman Y., Bodner E. et al. COVID-19-related loneliness and psychiatric symptoms among older adults: the buffering role of subjective age // *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2020. Vol. 28. № 11. P. 1200–1204. DOI: 10.1016/j.jagp.2020.05.018
20. Stephan Y., Sutin A.R., Terracciano A. Subjective Age and Mortality in Three Longitudinal Samples // *Psychosomatic Medicine*. 2018. Vol. 80. № 7. P. 10–23. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000613
21. Stephan Y., Sutin A.R., Terracciano A. Younger subjective age is associated with lower C-reactive protein among older adult // *Drain, Behavior and Immunity*. 2015. Vol. 43. P. 33–36. DOI: 10.1016/j.bbi.2014.07.019
22. 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. 316 p.

23. Yeh M., Lee T. A Prospective Study of the Relationship between Psychological Factors and Breast Cancer // *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2016. Vol. 3. № 2. P. 170–175. DOI: 10.4103/2347-5625.170223

References

1. Gurevich K.G. Fabrikant E.G. Metodicheskie rekomendatsii po organizatsii programm profilaktiki khronicheskikh neinfektsionnykh zabolevanii [Methodological recommendations for the organization of programs for the prevention of chronic non-communicable diseases]. *Moskovskij gosudarstvennyj mediko-stomatologicheskij universitet=Moscow State Medical and Dental University*, 2008. URL: http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/ORGZDRAV/Orgproga/org_proga.html (Accessed: 14.02.2021) (In Russ., abstr. In Engl.).
2. Klimova M.O., Tsiring D.A. Lichnostnaya bespomoshchnost' kak faktor techeniya bolezni pri onkozabolevaniyakh (teoreticheskii analiz) [Personal helplessness as a factor of the course of the disease in oncological diseases (theoretical analysis)]. *Azimut nauchnykh issledovaniy: pedagogika i psikhologiya=Azimuth of Scientific Research: Pedagogy and Psychology*, 2020, vol. 9, no. 1 (30), pp. 362–366. (In Russ., abstr. In Engl.). DOI: 10.26140/anip-2020-0901-0088
3. Kryukova T.L. Metody izucheniya sovladayushchego povedeniya: tri koping-shkaly [Methods of studying coping behavior: three coping scales]. 2nd ed. Kostroma: publ. of KSU im. N.A. Nekrasova, 2010. 62 p. (In Russ.).
4. Padun M.A., Kotel'nikova A.V. Modifikatsiya metodiki issledovaniya bazisnykh ubezhdenii lichnosti R. Yanoff-Bul'man [Modification of the methodology for studying the basic beliefs of the personality R. Yanoff-Bulman]. *Psikhologicheskii zhurnal=Psychological Journal*, 2008, vol. 29, no. 4, pp. 98–106. (In Russ., abstr. In Engl.).
5. Sergienko E.A. Rol' sub"ektivnogo vozrasta v regulyatsii zhiznedeyatel'nosti [The role of subjective age in the regulation of vital activity]. In A.L. Zhuravlev, N.V. Tarabrina, E.A. Sergienko, N.E. Harlamenkova (eds.), *Psikhologiya povsednevnogo i travmaticheskogo stressa: ugrozy, posledstviya i sovladanie=Psychology of Everyday and Traumatic Stress: Threats, Consequences and Coping*. Moscow: Publ. of Institute of Psychology, 2016, pp. 50–84. (In Russ.).
6. Sergienko E.A. Sub"ektivnyi vozrast kak prediktor techeniya tyazheloi bolezni [Subjective age as a predictor of the course of a serious illness]. *Vestnik RGGU. Seriya «Psikhologiya. Pedagogika. Obrazovanie»=Bulletin of the Russian State University for the Humanities. The series "Psychology. Pedagogy. Education"*, 2020, vol. 1, pp. 25–39. DOI: 10.28995/2073-6398-2020-1-25-39 (In Russ., abstr. In Engl.)
7. Statistika raka molochnykh zhelez v mire i Rossii [Statistics of breast cancer in the world and Russia]. URL: <https://www.oncoforum.ru/o-rake/statistika-raka/statistika-raka-molochnykh-zhelez-v-mire-i-rossii.html> (Accessed: 03.03.2022)
8. Tarabrina N.V., Vorona O.A., Kurchakova M.S. et al. Onkopsikhologiya. Posttravmaticheskii stress u bol'nykh rakom molochnoi zhelezy [Oncopsychology. Post-traumatic stress in breast cancer patients]. Moscow: Publ. of Institute of Psychology, 2010. 175 p. (In Russ.).

9. Barak B. Age identity: A cross-cultural global approach. *International Journal of Behavioral Development*, 2009, vol. 33, no. 1, pp. 2–11. DOI: 10.1177/0165025408099485
10. Falagas M.E., Zarkadoulia E.A., Ioannidou E.N. et al. The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: A systematic review. *Breast Cancer Research*, 2007, vol. 9, no. 4, r44. DOI: 10.1186/bcr1744
11. Gross A.L., Gallo J.J., Eaton W.W. Depression and cancer risk: 24 year of follow-up of the Baltimore epidemiologic Catchment area sample. *Cancer Causes Control*, 2010, vol. 21, no. 2, pp. 191–199. DOI: 10.1007/s10552-009-9449-1
12. Heikkila K., Nyberg S.T., Theorell T. et al. Work stress and risk of cancer: meta-analysis of 5700 incident cancer events in European men and women. *British Medical Journal*, 2013, vol. 346, f165. DOI: 10.1136/bmj.f165
13. Hoffman Y.S., Shrira A., Cohen-Fridel S. et al. Posttraumatic stress disorder symptoms as a function of the interactive effect of subjective age and subjective nearness to death. *Personality and Individual Differences*. 2016, vol. 102, pp. 245–251. DOI: 10.1016/J.PAID.2016.07.017
14. Lillberg K., Verkasalo P.K., Kaprio J. et al. Stress of daily activities and risk of breast cancer: prospective cohort study in Finland. *International Journal of Cancer*, 2001, vol. 91, no. 6, pp. 888–893. DOI: 10.1002/1097-0215(200002)9999:9999<:aid-ijc1138>3.0.co;2-d
15. Patsou E.D., Alexias J.T., Anagnostopoulos F.G. et al. Physical activity and sociodemographic variables related to global health, quality of life and psychological factors in breast cancer survivors. *Psychology Research and Behavior Management*, 2018, vol. 11, pp. 371–381. DOI: 10.2147/PRBM.S170027
16. Reid-Arndt S.A., Hsieh C., Perry M.C. Neuropsychological functioning and quality of life during the first year after completing chemotherapy for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 2010, vol. 19, no. 5, pp. 535–544. DOI: 10.1002/pon.1581
17. Sergienko E.A., Tsiring D.A., Ponomareva I.V. et al. Coping behavior strategies and quality of life in women having breast cancer under the favorable and unfavorable course of the disease. *Eurasian Journal of Biosciences*, 2020, vol. 14, pp. 4807–4813.
18. Shrira A., Bodner E., Palgi Y. The interactive effect of subjective age and subjective distance-to-death on psychological distress of older adult. *Aging and Mental Health*, 2014, vol. 18, no. 8, pp. 1066–1070. DOI: 10.1080/13607863.2014.915925
19. Shrira A., Hoffman Y., Bodner E. et al. COVID-19-related loneliness and psychiatric symptoms among older adults: the buffering role of subjective age. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2020, vol. 28, no. 11, pp. 1200–1204. DOI: 10.1016/j.jagp.2020.05.018
20. Stephan Y., Sutin A.R., Terracciano A. Subjective Age and Mortality in Three Longitudinal Samples. *Psychosomatic Medicine*, 2018, vol. 80, no. 7, pp. 10–23. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000613
21. Stephan Y., Sutin A.R., Terracciano A. Younger subjective age is associated with lower C-reactive protein among older adult. *Drain, Behavior and Immunity*, 2015, vol. 43, pp. 33–36. DOI: 10.1016/j.bbi.2014.07.019

22. 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. 316 p.

23. Yeh M., Lee T. A Prospective Study of the Relationship between Psychological Factors and Breast Cancer. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 2016, vol. 3, no. 2, pp. 170–175. DOI: 10.4103/2347-5625.170223

Приложение 1

Показатели субъективного возраста и их разница с хронологическим возрастом у женщин с РМЖ

N	Группа	Возраст					Интеллектуальный (интересы)
		Хронологический	Средний субъективный	Биологический (чувствует)	Эмоциональный (выглядит)	Социальный	
		Ст. откл.	Ст. откл.	Ст. откл.	Ст. откл.	Ст. откл.	
		Разница	Разница	Разница	Разница	Разница	
		Среднее	Среднее	Среднее	Среднее	Среднее	
99	СВ<ХР	11,26	9,67	11,44	11,44	10,71	11,26
			10,79	14,89	8,42	9,54	10,84
		56,32	45,52	41,24	47,89	46,78	45,48
17	СВ=ХР	13,64	14	15,95	14,54	13,54	13,33
			1,82	3,58	1,82	1,23	1,47
		56,29	54,47	52,76	54,47	55,05	54,82
9	СВ>ХР	12,82	10,32	12,35	12,46	11,54	11,43
			-5,22	-7,88	-0,77	-5,77	-6,33
		47,88	53,11	55,77	48,66	53,66	54,22

Примечания. СВ — субъективный возраст. ХР — хронологический возраст, Ст. откл. — стандартное отклонение.

Приложение 2

**Связи между составляющими субъективного возраста и показателями
 физического и психического здоровья у женщин с РМЖ разного возраста**

Женщины 33–80 лет (М — 56,32 лет), оценивающие себя моложе (CB < XP), n=99								
CB и его составляющие	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Среднее значение CB	-0,05	0,05	-0,02	-0,08	-0,18	-0,05	-0,23*	-0,21*
Биологический возраст (чувствует)	-0,07	0,05	-0,04	-0,01	-0,12	-0,01	-0,17	-0,13
Эмоциональный возраст (выглядит)	-0,05	0,05	0,01	-0,19	-0,14	-0,02	-0,16	-0,16
Социальный возраст (действует)	0,01	0,05	0,00	-0,05	-0,16	-0,03	-0,23*	-0,14
Интеллектуальный возраст (интересы)	-0,08	0,05	-0,07	-0,02	-0,20*	-0,09	-0,21*	-0,26**
Женщины 31–73 лет (М — 56,29 лет), адекватно оценивающих свой возраст (CB = XP), n=17								
CB и его составляющие	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Среднее значение CB	-0,30	-0,49*	-0,01	-0,38	-0,14	-0,01	-0,27	-0,17
Биологический возраст (чувствует)	-0,42	-0,58*	-0,07	-0,41	-0,25	-0,10	-0,33	-0,22
Эмоциональный возраст (выглядит)	-0,25	-0,49*	-0,01	-0,36	-0,15	-0,01	-0,27	-0,20
Социальный возраст (действует)	-0,24	-0,48*	0,00	-0,36	-0,13	0,00	-0,25	-0,17
Интеллектуальный возраст (интересы)	-0,28	-0,50*	-0,01	-0,36	-0,13	0,01	-0,24	-0,16
Женщины 33–65 лет (М — 47,88 лет), оценивающих себя старше (CB > XP), n=9								
CB и его составляющие	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Среднее значение CB	0,24	-0,88**	0,28	0,09	0,00	-0,09	-0,61	-0,20
Биологический возраст (чувствует)	0,31	-0,84**	0,34	0,15	0,11	0,02	-0,55	-0,07
Эмоциональный возраст (выглядит)	0,29	-0,92**	0,22	0,15	-0,06	-0,21	-0,66	-0,28
Социальный возраст (действует)	0,60	-0,80**	0,46	0,45	0,28	0,11	-0,50	0,10
Интеллектуальный возраст (интересы)	0,37	-0,81**	0,35	0,19	0,11	-0,02	-0,56	-0,02

Примечания. PF — Физическое функционирование, RP — Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, BP — Интенсивность боли, GH — Общее состояние здоровья, MH — Психическое здоровье, RE — Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, SF — Социальное функционирование, VT — Жизненная активность. * — связи значимы при $p \leq 0,05$; ** — при $p \leq 0,01$.

Приложение 3

**Связи между составляющими субъективного возраста и показателями
 совладающего поведения у женщин с РМЖ разного возраста**

Женщины 33–80 лет (Me — 57 лет), оценивающие себя моложе (CB < XP), n=99								
СВ и его составляющие	КК	Д	С	ПСП	ПО	БИ	ПРП	ПП
Среднее значение СВ	-0,22*	0,11	0,02	-0,3**	0,23*	-0,18	-0,17	-0,23*
Биологический возраст (чувствует)	-0,13	0,15	0,02	-0,19	0,24*	-0,10	-0,11	-0,25*
Эмоциональный возраст (выглядит)	-0,26**	0,09	0,07	-0,29**	0,17	-0,21*	-0,09	-0,23*
Социальный возраст (действует)	-0,17	0,09	0,02	-0,29**	0,14	-0,19	-0,21*	-0,14
Интеллектуальный возраст (интересы)	-0,18	0,06	0,02	-0,33**	0,15	-0,15	-0,15	-0,20*
Женщины 31–73 лет (M — 56,29 лет), адекватно оценивающих свой возраст (CB = XP), n=17								
Среднее значение СВ	-0,31	0,09	0,01	-0,76**	0,11	0,03	0,02	0,08
Биологический возраст (чувствует)	-0,32	0,14	-0,02	-0,65**	0,08	0,01	0,08	0,09
Эмоциональный возраст (выглядит)	-0,31	0,09	0,01	-0,78**	0,13	0,04	0,04	0,07
Социальный возраст (действует)	-0,33	0,09	0,02	-0,78**	0,12	0,04	0,04	0,08
Интеллектуальный возраст (интересы)	0,31	0,09	0,02	-0,76**	0,11	0,02	0,04	0,10
Женщины 33–65 лет (M — 47,88 лет), оценивающих себя старше (CB > XP), n=9								
Среднее значение СВ	-0,55	-0,03	-0,4	0,30	0,00	0,51	-0,45	-0,33
Биологический возраст (чувствует)	-0,54	-0,04	-0,40	0,32	-0,07	0,43	-0,52	-0,36
Эмоциональный возраст (выглядит)	-0,59	-0,06	-0,35	0,24	0,06	0,53	-0,39	-0,39
Социальный возраст (действует)	-0,68*	0,06	-0,12	0,30	-0,15	0,33	-0,53	-0,59
Интеллектуальный возраст (интересы)	-0,56	0,18	-0,13	0,42	-0,14	0,53	-0,39	-0,44

Примечания. КК — Конфронтационный копинг, Д — Дистанцирование, С — Самоконтроль, ПСП — Поиск социальной поддержки, ПО — Принятие ответственности, БИ — Бегство-избегание, ПРП — Планирование решения проблемы, ПП — Положительная переоценка. * — связи значимы при $p \leq 0,05$; ** — при $p \leq 0,01$.

**Связи между составляющими субъективного возраста и базисными
 убеждениями у женщин с РМЖ разного возраста**

Женщины 33–80 лет (Me — 57 лет), оценивающие себя моложе (CB < XP), n=99					
CB и его составляющие	ДОМ	С	ОЯ	У	УК
Среднее значение CB	-0,23*	-0,27**	-0,27**	-0,39**	-0,26**
Биологический возраст (чувствует)	-0,14	-0,33**	-0,3**	-0,36**	-0,21*
Эмоциональный возраст (выглядит)	-0,18	-0,28**	-0,24*	-0,32**	-0,28**
Социальный возраст (действует)	-0,26**	-0,27**	-0,22*	-0,37**	-0,21*
Интеллектуальный возраст (интересы)	-0,29**	-0,18	-0,24*	-0,42**	-0,24*
Женщины 31–73 лет (M — 56,29 лет), адекватно оценивающих свой возраст (CB = XP), n=17					
Среднее значение CB	0,05	0,16	-0,53*	-0,25	-0,29
Биологический возраст (чувствует)	0,01	0,28	-0,47*	-0,20	-0,24
Эмоциональный возраст (выглядит)	0,04	0,07	-0,60**	-0,29	-0,37
Социальный возраст (действует)	0,05	0,09	-0,59**	-0,28	-0,35
Интеллектуальный возраст (интересы)	0,07	0,12	-0,58*	-0,25	-0,33
Женщины 33–65 лет (M — 47,88 лет), оценивающих себя старше (CB > XP), n=9					
Среднее значение CB	0,07	-0,33	-0,92**	-0,48	-0,62
Биологический возраст (чувствует)	0,06	-0,39	-0,91**	-0,54	-0,71*
Эмоциональный возраст (выглядит)	0,01	-0,40	-0,88**	-0,51	-0,54
Социальный возраст (действует)	0,02	-0,59	-0,79*	-0,59	-0,69*
Интеллектуальный возраст (интересы)	0,17	-0,52	-0,76*	-0,40	-0,61

Примечания. ДОМ — Доброжелательность окружающего мира, С — Справедливость, ОЯ — Образ Я, У — Удача, УК — Убеждение о контроле. * — связи значимы при $p \leq 0,05$; ** — при $p \leq 0,01$.

Информация об авторах

Сергиенко Елена Алексеевна, доктор психологических наук, главный научный сотрудник лаборатории психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических 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

Циринг Диана Александровна, доктор психологических наук, главный научный сотрудник лаборатории психофизиологии, Национальный исследовательский Томский государственный университет (ФГАОУ ВО НИ ТГУ), г. Томск, Российская Федерация; директор Уральского филиала Финансового университета при Правительстве Российской Федерации (Уральский филиал Финуниверситета), г. Челябинск, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7065-0234>, e-mail: l-di@yandex.ru

Сергиенко Е.А., Циринг Д.А., Пахомова Я.Н. и др.
Субъективный возраст женщин с раком молочной
железы в системе психологических факторов
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 67–89.

Sergienko E.A., Tsiring D.A., Pakhomova Y.N. et al.
Subjective Age of Women with Breast Cancer
in the System of Psychological Factors
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 67–89.

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

Пономарева Ирина Владимировна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории психофизиологии, Национальный исследовательский Томский государственный университет (ФГАОУ ВО НИ ТГУ), г. Томск, Российская Федерация; заведующий 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

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

Diana A. Tsiring, Doctor of Psychology, Principal researcher, Laboratory of Psychophysiology, National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia; Director, Ural Branch of the Financial University under the Government of the Russian Federation, Chelyabinsk, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7065-0234>, e-mail: 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

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

Получена: 10.09.2021

Received: 10.09.2021

Принята в печать: 14.02.2022

Accepted: 14.02.2022