

DOI: <https://doi.org/10.17816/clinutr640820>

Пищевое поведение у больных раком молочной железы

А.В. Князева¹, Г.А. Ткаченко^{2, 3}, О.А. Обухова⁴, М.С. Трифонова⁴, Д.Т. Маринов⁴,
Н.Ю. Шагина⁵, И.А. Курмуков⁴, М.А. Пестерева⁶

¹ Московская ассоциация аналитической психологии, Москва, Россия;

² Центральная клиническая больница с поликлиникой, Москва, Россия;

³ Центральная государственная медицинская академия, Москва, Россия;

⁴ Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина, Москва, Россия;

⁵ Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия;

⁶ Городской кожно-венерологический диспансер, Санкт-Петербург, Россия

АННОТАЦИЯ

Обоснование. Находящиеся в ремиссии больные раком молочной железы часто имеют лишний вес, однако данных о расстройствах пищевого поведения у этих женщин в мировой литературе нет.

Цель — выявление возможных расстройств пищевого поведения и взаимосвязей таких расстройств с чертами личности и эмоциональным состоянием у женщин, получивших радикальное лечение по поводу рака молочной железы и не имеющих признаков прогрессирования заболевания.

Материалы и методы. Среди 32 женщин, завершивших лечение рака молочной железы без рецидива заболевания в течение года, проведено анкетирование по тестам пищевых установок (Eating Attitude Test, EAT-26), пятифакторному опроснику личности (Big Five), госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS). Статистическая обработка результатов проведена пакетом прикладных программ Microsoft Excel, Statistica 10.0. Критическим уровнем значимости считали значение p менее 0,05.

Результаты. Избыточная масса тела зарегистрирована у 81,3% больных. Серьезное расстройство пищевого поведения выявлено у 1 больной. У 15,6% больных получены данные о неоднозначном отношении к еде. Статистически подтвержденная взаимосвязь обнаружена между «нейротизмом» и «депрессией» ($r=0,362$), а также между «склонностью к согласию» и «уровнем тревоги» ($r=0,37$). Корреляции между уровнем вероятности развития расстройств пищевого поведения и «уровнем тревоги/депрессии» нет.

Заключение. Серьезные расстройства пищевого поведения не характерны для больных раком молочной железы, завершивших противоопухолевое лечение. Обнаружена взаимосвязь внутри следующих пар определений: «склонность к согласию»/«тревожность» и «нейротизм»/«депрессия».

Ключевые слова: рак молочной железы; расстройство пищевого поведения; лишний вес; черты личности.

Как цитировать:

Князева А.В., Ткаченко Г.А., Обухова О.А., Трифонова М.С., Маринов Д.Т., Шагина Н.Ю., Курмуков И.А., Пестерева М.А. Пищевое поведение у больных раком молочной железы // Клиническое питание и метаболизм. 2024. Т. 5, № 1. С. 5–14. DOI: <https://doi.org/10.17816/clinutr640820>

DOI: <https://doi.org/10.17816/clinutr640820>

Eating behavior in patients with breast cancer

Anastasia V. Knyazeva¹, Galina A. Tkachenko^{2, 3}, Olga A. Obukhova⁴, Mariya S. Trifonova⁴,
Dimitr T. Marinov⁴, Natalya Yu. Shagina⁵, Ildar A. Kurmukov⁴, Maria A. Pestereva⁶

¹ International Association for Analytical Psychology, Moscow, Russia;

² Central Clinical Hospital, Moscow, Russia;

³ Central State Medical Academy, Moscow, Russia;

⁴ N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Moscow, Russia;

⁵ Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia;

⁶ City Dermatovenerologic Dispensary, Saint Petersburg, Russia

ABSTRACT

BACKGROUND: Patients with breast cancer in remission tend to be overweight; however, the global literature has no data on eating disorders in this category of women.

AIM: To identify any potential eating disorders and their association with personality traits and emotional condition of women who underwent radical treatment for breast cancer and do not show any disease progression.

MATERIALS AND METHODS: Thirty-two women who completed breast cancer treatment and did not show any disease progression in one year were asked to fill in Eating Attitude Test (EAT-26) and Big Five personality test and were evaluated with the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Microsoft Excel and Statistica 10.0 were used for statistical data processing. The critical significance level was $p < 0.05$.

RESULTS: 81.3% of the patients were overweight. A serious eating disorder was found in one patient. In 15.6% of patients there was evidence of strained relationship food. A statistically significant association was established between Neuroticism and Depression ($r=0.362$) and between Agreeableness and Level of anxiety ($r=0.37$). No correlation was discovered for the probability of an eating disorder and "level of anxiety/depression."

CONCLUSION: Serious eating disorders seem to be uncharacteristic of patients with breast cancer who have completed the treatment. The following pairs of descriptors were found to be associated: Agreeableness/Anxiety and Neuroticism/Depression.

Keywords: breast cancer; eating disorder; overweight; personality traits.

To cite this article:

Knyazeva AV, Tkachenko GA, Obukhova OA, Trifonova MS, Marinov DT, Shagina NYu, Kurmukov IA, Pestereva MA. Eating behavior in patients with breast cancer. *Clinical nutrition and metabolism*. 2024;5(1):5–14. DOI: <https://doi.org/10.17816/clinutr640820>

ОБОСНОВАНИЕ

Несмотря на улучшение диагностики, рак молочной железы (РМЖ) по-прежнему широко распространён среди женщин [1], а осложнения противоопухолевого лечения часто ассоциированы с нарушениями как функционального, так и психического характера. Ведущими среди таких нарушений являются тревога и депрессия [2–5], однако также наблюдаются опасные психические расстройства пищевого поведения (РПП), такие как нервная анорексия (НА) и нервная булимия (НБ) [6]. По данным специализированных исследований, симптомы НА или НБ отмечаются примерно у половины общей популяции онкологических больных [7, 8]. Около 17% женщин, давно находящихся в ремиссии, страдают ожирением. [9]. Причинами РПП, как считают многие исследователи, могут быть психологические факторы: определённые черты личности, низкая самооценка, чувство собственной неполноценности и неуверенности, а также депрессия [10–13]. В мировой литературе мы не нашли исследований о пищевом поведении женщин, получивших лечение по поводу РМЖ и находящихся в ремиссии заболевания. Представляется актуальным изучение особенностей пищевого поведения этой всё более многочисленной когорты больных, а также оценка возможного влияния на него основных черт характера.

ЦЕЛЬ

Выявление возможных РПП и взаимосвязей таких расстройств с чертами личности и эмоциональным состоянием у женщин, получивших радикальное лечение по поводу РМЖ и не имеющих признаков прогрессирования заболевания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Дизайн исследования

В поперечное одноцентровое наблюдательное исследование включены 32 больные РМЖ, последовательно обратившиеся за помощью онколога-реабилитолога.

Критерии соответствия

Критерии включения:

- возраст старше 18 лет;
- завершённое лечение по поводу РМЖ;
- отсутствие признаков рецидива заболевания в течение не менее 12 последних месяцев;
- обращение в Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина к онкологу-реабилитологу по поводу постмастэктомического синдрома;
- добровольное подписание формы информированного согласия на участие в исследовании.

Критерии не включения:

- прогрессирование основного заболевания;
- наличие выраженных психических нарушений или когнитивных изменений;
- отказ от участия в анкетировании.

Период проведения

Анкетирование проводилось в течение 2 мес (с 10.05.2024 по 10.07.2024) в Национальном медицинском исследовательском центре онкологии им. Н.Н. Блохина.

Описание медицинского вмешательства

После подробного разъяснения правил заполнения опросников заранее подготовленные и распечатанные бланки шкал выдавали больным для самостоятельного заполнения вручную. По окончании тестирования результаты переносили в электронную таблицу для последующего анализа. Антропометрические измерения — рост, масса тела, индекс массы тела (ИМТ) — проводили на калиброванных приборах, в тот же день результаты заносили в электронную таблицу.

Основной исход исследования

Основной конечной точкой исследования была распространённость симптомов РПП в исследуемой группе, их взаимосвязь с чертами личности и эмоциональным состоянием участниц исследования.

Методы регистрации исходов

Использовано 3 клинико-психологических метода:

- 1) тест пищевых установок (Eating Attitude Test — EAT-26), оценивающий пищевое поведение [14];
- 2) пятифакторный опросник личности (Big Five), позволяющий изучить характеристики личности;
- 3) госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), дающая информацию об эмоциональном состоянии больных.

Опросник EAT-26 в адаптации О.А. Скугаревского использовали для оценки степени выраженности проблем, типичных для пациентов с нарушениями пищевого поведения, как то: желание похудеть, страх набора массы тела и ограничения в рационе питания. Он представляет собой одномерную шкалу, направленную на выявление девиаций пищевого поведения. Средний балл у здоровых субъектов (студентов) составляет $6,52 \pm 0,34$, у больных (НА, НБ) — $28,66 \pm 2,11$. Суммарная оценка больше 20 баллов говорит о вероятности наличия нарушений в пищевом поведении, в том числе клинически выраженных расстройств (например, НА).

Пятифакторный опросник личности (Big Five) выявляет пять фундаментальных черт личности человека: нейротизм, экстраверсию, склонность к согласию, добросовестность и открытость опыту. Эта анкета состоит из 75 парных, противоположных по своему значению стимульных высказываний, отражающих поведение человека. Полученный материал оценивается по пятибалльной системе (–2; –1; 0; 1; 2). Это позволяет оценить степень выраженности всех 5 факторов [15].

1. **Нейротизм** — эмоциональная лабильность, отражающая чувствительность личности к стрессам. Высокие баллы характерны для людей, у которых легко возникают отрицательные эмоции и негативные переживания. При низких баллах стрессоустойчивость высокая.
2. **Экстраверсия** — черта личности, характеризующая направленность человека на внешний мир. Высокие баллы отмечаются у общительного, несколько импульсивного, физически и вербально активного, дружелюбного человека, который оптимистично настроен и не впадает в отчаяние и депрессию. Низкие баллы указывают на противоположность: погружённость в собственный внутренний мир, закрытость с тенденцией к независимости.
3. **Склонность к согласию** — черта личности, которая является противоположностью эгоцентризма и характеризует такое качество, как альтруизм. При высоких баллах по этой шкале отмечается наличие конформности, доброжелательности, доверия людям и склонность к избеганию конфликтов. Низкие баллы присущи людям с выраженной эгоцентричностью, сосредоточенных на своих потребностях, порой агрессивных и склонных к конфликтам.
4. **Добросовестность** — сознательный контроль человека за своим поведением. При высоких баллах мы имеем дело с человеком, обладающим упорством в достижении цели, организованным и дисциплинированным, ответственным и ориентированным на задачу. Низкие баллы, напротив, отмечаются у людей, которые легко отвлекаются от основной цели, неорганизованных, отличающихся низкой целенаправленностью поведения.

Таблица 1. Социально-демографические характеристики больных раком молочной железы

Table 1. Social and demographic characteristics of the patients with breast cancer

Характеристики	Абсолютное число	%
Возраст		
31–40	2	6,2
41–50	3	9,4
51–60	7	21,9
61–70	15	46,9
71–85	5	15,6
Семейное положение		
Замужем (в браке)	17	53,1
Не замужем (синглетон)	5	15,6
Вдова	4	12,5
Разведена	6	18,8
Образование		
Высшее	16	50,0
Среднее	16	50,0
Профессиональная занятость		
Работает	11	34,4
Не работает	21	65,6

5. **Открытость опыту** — восприимчивость к любому виду новых знаний. Высокие баллы по этому фактору характерны для лиц, открытых для новых подходов и путей решения проблем, с развитой фантазией, гибким умом, оригинальностью и эстетической чувствительностью, отличающихся склонностью к самоанализу и рефлексии; низкие баллы — для лиц, закрытых к опыту, консервативных, с ограниченными интересами [15].

Шкала HADS включает 14 утверждений, 7 из которых соотнесены с оценкой тревожного состояния, а 7 — с депрессией. Пациент оценивает своё психическое состояние и, пользуясь четырёхбалльной шкалой Ликерта — от «всегда» до «никогда», — отмечает нужный вариант ответа в каждом утверждении. Максимальная сумма баллов по каждой из субшкал — 21, при этом нормой или отсутствием тревоги/депрессии считаются значения до 7 баллов; от 8 до 10 баллов включительно — субклинический уровень тревоги/депрессии, выше 11 баллов — клиническая тревога/депрессия [16].

Анализ в группах

В ходе исследования разделение участников на группы не проводили.

Этическая экспертиза

Протокол исследования одобрен этическим комитетом Национального медицинского исследовательского центра онкологии имени Н.Н. Блохина.

Представление результатов исследования и методы статистической обработки

Данные антропометрических измерений представлены как среднее и среднеквадратичное отклонение ($M \pm SD$). Данные поданализа каждого из 3 опросников представлены в процентном отношении ко всей когорте больных (32 пациента — 100%), с точностью до целого. Взаимосвязь внутренних установок, характерных для РПП, и выраженности отдельных черт личности, полученных в результате тестирования, с актуальным ИМТ, выраженностью тревоги и депрессии, оценили путём вычисления коэффициента ранговой корреляции Спирмена r . Критическим уровнем значимости считали значение $p < 0,05$; при численности группы 32 человека такому уровню значимости соответствует значение коэффициента ранговой корреляции Спирмена $r > 0,349$ (прямая зависимость) или $< -0,349$ (обратная зависимость). Статистическую обработку результатов исследования провели с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel, Statistica 10,0.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Участники исследования

Как видно из табл. 1, основная часть больных ($n=20$, 62,5%) относилась к пожилому и старческому возрасту: медиана возраста 62,5 года (от 37 до 85 лет). Меньшая часть пациенток ($n=11$, 34,4%) была профессионально

занята. Большинство женщин были замужем ($n=17$, 53,1%); у 17 пациенток (81,3%) были дети. Половина больных ($n=16$, 50%) имели высшее образование.

ИМТ в среднем составил $30,44 \pm 6,65$ кг/м². На момент обследования избыточная масса тела (ИМТ > 25 кг/м²) и ожирение разной степени выраженности зарегистрированы у большинства больных ($n=26$, 81,3%), дефицита массы тела не выявлено.

Основные результаты исследования

Тест пищевых установок (Eating Attitude Test, EAT-26)

Только у 1 больной (3,1%) по результатам анкетирования выявлено наличие серьёзного РПП. Большинство пациенток ($n=26$, 81,3%) на момент исследования девиации в пищевом поведении не описывают. У 15,6% респондентов ($n=5$) баллы, полученные по методике EAT-26, не являются критическими, но достаточно высоки (14–16 баллов).

Пятифакторный опросник личности (Big Five)

По шкале «нейротизм» средняя степень эмоциональной стабильности присутствует у 81,3% ($n=26$), эмоциональная нестабильность выявлена у 15,6% опрошенных ($n=5$). Только у 1 пациентки (3,1%) уровень эмоциональной стабильности оказался высоким.

По шкале «экстраверсия» половина женщин ($n=16$, 50%) являются в большей степени интровертами, чем экстравертами; у 46,9% респондентов ($n=15$) тенденции экстраверсии и интроверсии оказались уравновешенными. Только 1 пациентка (3,1%) продемонстрировала высокую экстравертность.

По шкале «открытость опыту» 53,1% больных ($n=17$) имеют низкие показатели, у 46,9% больных ($n=15$) этот показатель средний.

Никто из обследованных женщин не показал высокого балла по шкале «склонность к согласию», тогда как низкие показатели выявлены у 65,6% респондентов ($n=21$), у 34,4% ($n=11$) регистрируется значительная переменчивость этого показателя: от добродушия, мягкости, склонности к сотрудничеству и снисходительности к людям — до раздражительности, подозрительности и неуступчивости.

Не получено высоких баллов по шкале «добросовестность/недобросовестность»: 75% пациентов ($n=24$) набрали средние баллы, у 25% респондентов ($n=8$) выявлена низкая степень добросовестности.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS

Средние показатели выраженности уровня тревоги и депрессии находятся в пределах нормы: $6,9 \pm 0,6$ и $6,9 \pm 0,3$ соответственно. Однако у 12,5% обследованных ($n=4$) были отмечены значения, близкие к показателям субклинически выраженной тревоги, а у 6,25% (двое больных) — значения, близкие к показателям субклинически выраженной депрессии.

Анализ не показал убедительных доказательств связи между отдельными чертами личности и актуальным ИМТ

обследованных женщин (табл. 2). Однако полученный коэффициент корреляции ($r=0,313$) мы расценивали как тенденцию к взаимосвязи между склонностью к согласию и ИМТ.

Статистически подтверждённая взаимосвязь обнаружена между нейротизмом и депрессией ($r=0,362$), а также между склонностью к согласию и уровнем тревоги ($r=0,37$). Корреляция между уровнем вероятности развития РПП (по опроснику EAT-26) и уровнем тревоги/депрессии не выявлена (табл. 3). Нежелательные явления в ходе проведения исследования не наблюдались.

ОБСУЖДЕНИЕ

РПП разнообразны как в своих проявлениях, так и в выраженности. Значительный интерес с точки зрения клинической онкологии представляют такие крайние варианты РПП, как НА или НБ, непосредственно влияющие на общую заболеваемость пациентов, повышающие расходы на лечение, а в отношении анорексии — и на выживаемость.

НА — РПП, характеризующееся преднамеренной потерей массы тела, спровоцированной и поддерживаемой пациентом. По статистике чаще всего это расстройство встречается у подростков и молодых девушек, но в последнее время отмечается и у пожилых женщин. Показано, что от анорексии умирает больше людей, чем от других психических расстройств [17].

Таблица 2. Корреляция черт личности и индекса массы тела, тревоги и депрессии

Table 2. Correlation between personality traits, body mass index, and anxiety and depression

Черты личности (по пятифакторному опроснику личности)	Индекс массы тела	Тревога	Депрессия
Нейротизм	–0,221	0,103	0,362*
Экстраверсия	–0,093	–0,007	–0,184
Открытость к новому опыту	–0,116	0,111	0,096
Склонность к согласию	0,313	0,37*	–0,018
Добросовестность	0,131	–0,196	–0,307

* $p \leq 0,05$.

Таблица 3. Корреляция между уровнем вероятности развития расстройства пищевого поведения (по опроснику EAT-26) и уровнем тревоги/депрессии

Table 3. Correlation between the probability of an eating disorder based on EAT-26 and the level of anxiety/depression

Тест пищевых установок	Тревога	Депрессия
EAT-26	–0,14	0,168

НБ — нарушение пищевого поведения, характеризующееся повторяющимися приступами переедания и чрезмерной озабоченностью контролем массы тела, приводящее к чрезмерному употреблению пищи с последующей рвотой или приёмом слабительных средств [18].

Согласно клиническим рекомендациям ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, Европейское общество клинического питания и метаболизма), онкологическим больным, находящимся в ремиссии, рекомендуется поддерживать оптимальную массу тела (ИМТ 18,5–25 кг/м²), вести здоровый образ жизни, быть физически активными и соблюдать диету, богатую овощами, фруктами и цельнозерновыми продуктами с низким содержанием насыщенных жиров, красного мяса и алкоголя [19]. Однако соблюдение этих правил, требующее изменения образа жизни, оказывается тяжёлой задачей для пациентов. Во многом это объясняется психологическими проблемами больных, в том числе наличием РПП. У онкологических пациентов отдельные симптомы РПП, как считает S. Kercher, часто определяются ещё до установления диагноза злокачественного новообразования и обусловлены психологическими проблемами¹. На фоне тяжёлого эмоционального состояния, связанного с постановкой диагноза и последующим противоопухолевым лечением, происходит усиление симптомов РПП. Для скрининга таких нарушений, в том числе доклинических вариантов, используется психологическое

тестирование. В представленном исследовании мы применили один из наиболее верифицированных тестов предварительной оценки пищевого поведения — тест пищевых установок (Eating Attitude Test, EAT-26) [14]. Полученные результаты показали, что у подавляющего числа респондентов нет тяжёлых РПП, однако отмечается неоднозначное отношение к еде и имеются психологические проблемы, связанные с питанием (рис. 1).

Другой чрезвычайно важной проблемой онкологического пациента являются тревожные или депрессивные расстройства. Например, при нейроэндокринных неоплазиях уровень тревоги и депрессии очень высок [20]. У больных РМЖ также диагностируется депрессия, сопровождающаяся тревогой, что считается нормальной реакцией на удаление молочной железы [21]. В нашей когорте больных при тестировании по шкале HADS [16] показатели выраженности тревоги и депрессии находились в пределах нормы, приближаясь к субклинической тревоге или депрессии менее чем у 1/5 женщин. Таким образом, тревожно-депрессивное состояние, обусловленное мастэктомией, сохраняется у некоторых больных РМЖ достаточно длительное время.

Для определения возможного влияния отдельных черт личности на РПП мы использовали опросник Big Five [15]. Анализ результатов нашего исследования показал, что средняя степень выраженности нейротизма характерна для большинства обследованных нами женщин. В целом по результатам пятифакторного опросника мы можем нарисовать следующий портрет больной РМЖ, находящейся в ремиссии основного заболевания: некоторая неуравновешенность, повышенная тревожность, лёгкая возбудимость, излишняя эмоциональность и раздражительность, подозрительность, отсутствие стремления к сотрудничеству. Кроме того, может проявляться склонность к интровертности и экстравертности одновременно. Это указывает на то, что больные РМЖ, находящиеся в ремиссии, могут быть спокойными и уравновешенными, но в определённые моменты жизни также могут быть и тревожными, и излишне эмоциональными. Такие особенности характерны для большинства людей: все мы периодически испытываем тревогу, становимся слишком импульсивными и не можем быть статично спокойными. Однако у онкологических больных это состояние, как отмечают многие исследователи, усугубляется особенностями их заболевания: побочными эффектами противоопухолевого лечения и постоянными переживаниями из-за возможного рецидива заболевания [22–24].

Распределение на экстра- и интровертов по шкале «экстраверсия» среди респондентов было равным. Однако из всех обследованных только одна женщина оказалась полным экстравертом: она отличалась повышенной активностью, коммуникабельностью, общительностью. Половина женщин характеризовались умеренной общительностью и активностью, сочетающихся с осторожностью и рассудительностью. Они имели одинаковые показатели

¹ Kercher S. When Cancer Triggers (or Hides) an Eating Disorder // New York Times. 28 июля 2015 г.

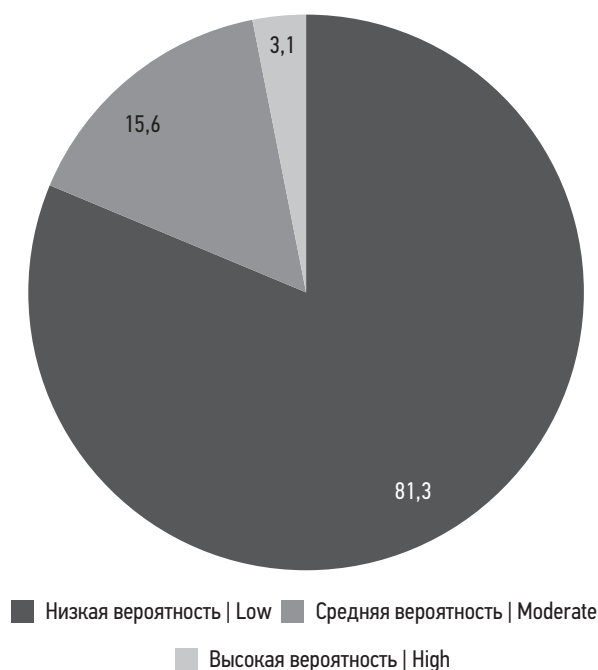


Рис. 1. Распределение больных по вероятности возникновения расстройств пищевого поведения (опросник EAT-26).

Fig. 1. Distribution of patients by probability of an eating disorder (based on EAT-26).

экстраверсии и интроверсии. Интроверты отличались склонностью к уединению, замкнутостью, осторожностью. Такое состояние характерно для онкологических больных, находящихся в депрессии [25].

Неожиданно, что никто из обследованных нами женщин не получил высокие баллы по шкале «склонность к согласию», что говорит о наличии высокого уровня антагонизма: такие люди, как правило, недоверчивы, подозрительны и неохотно участвуют в жизни других. 1/3 больных показали промежуточное значение данного показателя. Эти больные имеют противоположные поведенческие паттерны: иногда бывают добрыми, склонными к сотрудничеству, но могут быть раздражительными и подозрительными. Почти 2/3 пациенток имели низкие показатели по шкале «склонность к согласию», что ассоциировано с раздражительностью, подозрительностью, неуступчивостью.

По шкале «добросовестность» обследованные в основном набрали среднее количество баллов. В целом это ответственные, честные, организованные, настойчивые, ориентированные на успех женщины. Однако иногда они могут вести себя как ненадёжные, безответственные или небрежные люди. Низкая степень добросовестности выявлена у 1/4 опрошенных, что характеризует их как не ориентированных на результат и не следующих принятым правилам. Никто не получил максимально высокие баллы по этой шкале, то есть не обладал такими личностными характеристиками, как настойчивость, ответственность, чувство долга или постоянная и неизменная организованность.

Тестирование на «открытость опыту» не выявило женщин, имевших высокие баллы по данному фактору. Наши испытуемые закрыты и имеют ограниченные интересы, что, вероятно, связано с фиксацией внимания в области их здоровья. Почти половина обследованных имеет средние показатели по шкале «открытости к опыту», следовательно, им характерны амбивалентные тенденции: высокая восприимчивость и интеллектуальность сочетается с некоторой ограниченностью и незрелостью. В то же время более чем у 1/2 больных получены показатели ниже среднего, что указывает на определённую зашоренность взглядов. Подобная картина свидетельствует о консерватизме больных, который проявляется в том числе и в отношении к еде. Несмотря на рекомендации врачей, больные настороженно относятся к ним, сохраняя привычный образ пищевого поведения.

Черты личности обследованных нами больных не имеют статистически подтверждённой взаимосвязи с ИМТ. Исключением является параметр «склонность к согласию». Между этим показателем и ИМТ была обнаружена положительная тенденция к взаимосвязи, что косвенно свидетельствует о влиянии этой черты на увеличение массы тела. Низкие показатели по шкале «черты личности», свидетельствующие о подозрительности, склонности к противопоставлению себя обществу, были выявлены у большинства больных (65,6%), одновременно с этим

около 1/2 пациентов (43,7%) имели избыточную массу тела разной степени выраженности. Таким образом, полноту этих женщин можно расценивать как противопоставление себя обществу и отсутствие желания соответствовать принятому в обществе идеалу.

По результатам пятифакторного опросника мы можем нарисовать следующий портрет пациентки из обследованной нами когорты: некоторая неуравновешенность, повышенная тревожность, лёгкая возбудимость, излишняя эмоциональность и раздражительность, подозрительность, отсутствие расположенности к сотрудничеству. Они могут проявлять склонность к интровертности и экстравертности одновременно. Эти данные согласуются с исследованиями других авторов [26, 27].

Статистически подтверждённой взаимосвязи между чертами личности больных и уровнем тревоги/депрессии нами не обнаружено, за исключением связи «склонность к согласию» — «тревожность» и «нейротизм» — «депрессия». Для людей, имеющих высокие показатели нейротизма, характерна повышенная чувствительность к стрессогенным ситуациям, что вызывает отрицательные эмоции, негативные переживания и развитие депрессии. В данном случае можно говорить, что избыточный приём пищи может быть своеобразной защитой от стресса. Такой тип поведения, описанный ранее другими авторами, характерен для здоровых людей [28, 29]. В то же время у полных женщин по сравнению с женщинами, имеющими нормальный вес, более выражены тенденции к длительному переживанию негативных эмоций с образованием аффективно окрашенной психологической доминанты, подозрительность и обидчивость [30].

Ограничения исследования

Ограничением данного исследования является небольшой размер выборки. Кроме того, в связи с особенностями нашей выборки (для РМЖ характерно преобладание больных более старшего возраста) в результатах отсутствуют больные моложе 30 лет, для которых в большей степени характерно развитие РПП.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наше исследование показало, что наличие серьёзного РПП не характерно для больных РМЖ, завершивших противоопухолевое лечение. У части больных (15,6%) отношение к еде неоднозначное. Это обусловлено определёнными психологическими проблемами, связанными с приёмом пищи. Мы обнаружили взаимосвязь склонности к согласию и уровня тревоги, нейротизма и уровня депрессии. Прослеживается также положительная тенденция между такой личностной особенностью, как склонность к согласию и ИМТ. Данное исследование предназначено для получения предварительных данных, и необходимо проведение дальнейших исследований с включением большего количества больных РМЖ разного возраста.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования и подготовке публикации.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с проведённым исследованием и публикацией настоящей статьи.

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение поисково-аналитической работы и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией. Наибольший вклад распределён следующим образом: А.В. Князева — анализ литературных данных, обработка материала, анализ собственных данных, написание рукописи; Г.А. Ткаченко — идея, планирование, разработка концепции исследования, анализ данных литературы и полученных данных, написание текста статьи; О.А. Обухова — идея, планирование исследования, сбор фактического материала, анализ данных литературы и полученных данных, редактирование текста статьи; М.С. Трофимова — сбор фактического материала, редактирование текста статьи; Д.Т. Маринов — организация технической стороны исследования, редактирование текста статьи; И.А. Курмуков — анализ данных литературы, анализ полученных данных, написание текста статьи; Н.Ю. Шагина — сбор фактического материала,

редактирование текста статьи; М.А. Пестерева — анализ литературных данных.

ADDITIONAL INFORMATION

Funding source. The authors state that there is no external funding for the research and the article publication.

Competing interests. The authors declare no explicit or potential conflicts of interests associated with the study and publication of this paper.

Authors' contribution. All authors confirm that their authorship meets the international ICMJE criteria. All authors made a significant contribution to the development of the concept, conducting the search and analysis, and preparing the manuscript, read and approved the final version before publication. The greatest contribution is as follows. A.V. Knyazeva: analysis of literature data, processing of material, analysis of own data, writing the manuscript; G.A. Tkachenko: idea, planning, development of the study concept, analysis of literature data and the obtained data, writing the text of the article; O.A. Obukhova: idea, planning of the study, collection of factual material, analysis of literature data and the obtained data, editing the text of the article; M.S. Trofimova: collection of factual material, editing the text of the article; D.T. Marinov: organization of the technical side of the study, editing the text of the article; I.A. Kurmukov: analysis of literature data, analysis of the obtained data, writing the text of the article; N.Yu. Shagina: collection of factual material, editing the text of the article; M.A. Pestereva: analysis of literature data.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Состояние онкологической помощи населению России в 2022 году / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2023.
2. Dinapoli L, Colloca G, Di Capua B, Valentini V. Psychological Aspects to Consider in Breast Cancer Diagnosis and Treatment // *Curr Oncol Rep*. 2021. Vol. 23, N 3. P. 38. doi: 10.1007/s11912-021-01049-3
3. Alagizy H.A., Soltan M.R., Soliman S.S., et al. Anxiety, depression and perceived stress among breast cancer patients: single institute experience // *Middle East Curr Psychiatry*. 2020. Vol. 27. P. 29. doi: 10.1186/s43045-020-00036-x
4. Грушина Т.И., Ткаченко Г.А. Психологический дистресс у больных раком молочной железы после различных видов противоопухолевого лечения // *Опухоли женской репродуктивной системы*. 2016. Т. 12, № 1. С. 56–62. doi: 10.17650/1994-4098-2016-12-1-56-62
5. Самушия М.А., Мясникова Л.К. Психические расстройства в онкологической практике // В: *Лекции по психосоматике*. Москва, 2014. С. 117–140. EDN: WDXEBV
6. Егофаров Т.Н., Ткаченко Г.А., Обухова О.А., Дибирова П.А. Нарушение пищевого поведения у онкологических больных (обзор литературы) // *Онкогинекология*. 2023. № 4 (48). С. 63–71. doi: 10.52313/22278710_2023_4_63
7. Neary NM, Small CJ, Wren AM, et al. Ghrelin increases energy intake in cancer patients with impaired appetite: acute, randomized, placebo-controlled trial // *J Clin Endocrinol Metab*. 2004. Vol. 89, N 6. P. 2832–2836. doi: 10.1210/jc.2003-031768
8. Hossein SA, Bahrami M, Mohamadirizi S, Paknahad Z. Investigation of eating disorders in cancer patients and its relevance with body image // *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2015. Vol. 20, N 3. P. 327–333.
9. Обухова О.А., Шагина Н.Ю., Курмуков И.А., Маринов Д.Т. Факторы риска развития постмастэктомического лимфатического отека у больных раком молочной железы. Пилотное исследование // *Онкогинекология*. 2023. № 3 (47). С. 50–60. doi: 10.52313/22278710_2023_3_50
10. Túry F, Güleç H, Kohls E. Assessment methods for eating disorders and body image disorders // *J Psychosom Res*. 2010. Vol. 69. P. 601–661. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.05.012
11. Safavi M, Mahamoodi M, Roshandel A. Assessment of body image and its relationship with eating disorders among female students of Islamic Azad University Tehran center branch // *Med Sci J Islamic Azad Univ Tehran Med Branch*. 2009. Vol. 19. P. 129–134.
12. Bruera E. ABC of palliative care. Anorexia, cachexia, and nutrition // *BMJ*. 1997. Vol. 315, N 7117. P. 1219–1222. doi: 10.1136/bmj.315.7117.1219
13. Barajas Galindo DE, Vidal-Casariago A, Calleja-Fernández A, et al. Appetite disorders in cancer patients: impact on nutritional status and quality of life // *Appetite*. 2017. Vol. 114. P. 23–27. doi: 10.1016/j.appet.2017.03.020
14. Скугаревский О.А. Нарушения пищевого поведения. Минск: БГМУ, 2007.
15. Бурлачук Л.Ф., Королев Д.К. Адаптация опросника для диагностики пяти факторов личности // *Вопр. психологии*. 2000. № 1. С. 126–134.
16. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale // *Acta Psychiatr Scand*. 1983. Vol. 67. P. 361–370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
17. Захарова Л.И. Нервная анорексия: распространенность, критерии диагностики и психосоматические соотношения (обзор) // *Научные результаты биомеди-*

цинских исследований. 2019. Т. 5, № 1. С. 108–121. doi: 10.18413/2313-8955-2019-5-1-0-8

18. Мазаева Н.А., Грачев В.В. Нервная булимия: проблемы клинической дифференциации // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. Т. 114, № 3. С. 103–113. EDN: SDIJJR

19. Иванова А.С., Обухова О.А., Курмуков И.А., Вольф Л.Я. Обзор практических рекомендаций ESPEN-2021 для онкологических больных. Часть 2: частные вопросы нутритивной поддержки // Клиническое питание и метаболизм. 2022. Т. 3, № 4. С. 193–206. doi: 10.17816/clinutr119059

20. Иванова А.С., Обухова О.А., Маркович А.А., Титова Т.А. Распространенность тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с нейроэндокринными неоплазиями, получающими лекарственное лечение // Вопросы онкологии. 2023. Т. 69, № 3S. С. 396–397. EDN: WRGHIY

21. Beckman J., Blichert Toft M., Johansen L. Psychological effects of mastectomy // Dan Med Bull. 1983. Vol. 30, Suppl. 2. P. 7–10.

22. Смулевич А.Б., Иванов С.В., Мясникова Л.К., и др. Диссоциативные расстройства в онкологии: психопатология, аспекты коморбидности с расстройствами личности // Психические расстройства в общей медицине. 2014. № 3-4. С. 4–14. EDN: THSVJZ

23. Naser AY, Hameed AN, Mustafa N, et al. Depression and Anxiety in Patients With Cancer: A Cross-Sectional Study. Front // Psychol. 2021. Vol. 12. P. 585534. doi: 10.3389/fpsyg.2021.585534

24. Niedzwiedz C.L., Knifton L., Robb K.A., Katikireddi S.V., Smith D.J. Depression and anxiety among people living with and beyond cancer:

a growing clinical and research priority // BMC Cancer. 2019. Vol. 19. P. 943. doi: 10.1186/s12885-019-6181-4

25. Самушия М.А. Психические расстройства у больных злокачественными новообразованиями органов женской репродуктивной системы (клиника, эпидемиология, терапия): дис. ... д.м.н. Москва, 2015. EDN: ZPPCWP

26. Шаталова Н.Е. Психопатологическая симптоматика и ее роль в рецидиве онкологического заболевания (на примере больных раком молочной железы). В: Развитие психологии в системе комплексного человекознания / под ред. А.Л. Журавлева, В.А. Кольцовой. М.: Институт психологии РАН, 2012. С. 642–644. EDN: SJOQBB

27. Ткаченко Г.А., Грушина Т.И., Кукшина А.А. Психологическое исследование личности больных раком молочной железы, перенесших радикальное лечение и страдающих отеком верхней конечности на стороне операции // Вестник психотерапии. 2015. № 54 (59). С. 98–110. EDN: UCQZBF

28. Костерева Л.И. Особенности личности людей с избыточным весом // Молодой ученый. 2023. № 32 (479). С. 140–143. EDN: RUHFNN

29. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения. М.: Эксмо, 2007. EDN: QLPJBR

30. Кубекова А.С., Сергеева М.А., Фурси Л.Ф. Индивидуально-психологические особенности женщин с проблемами избыточного веса // Мир науки. Педагогика и психология. 2022. Т. 10, № 2. EDN: ZQBXMN

REFERENCES

1. Kaprin AD, Starinskii VV, Shakhzadova AO, editors. *State of oncological care for the Russian population in 2022*. Moscow: MNIOL im. P.A. Gertsena — filial FGBU "NMITs radiologii" Minzdruva Rossii; 2023. (In Russ.)

2. Dinapoli L, Colloca G, Di Capua B, Valentini V. Psychological Aspects to Consider in Breast Cancer Diagnosis and Treatment. *Curr Oncol Rep*. 2021;23(3):38. doi: 10.1007/s11912-021-01049-3

3. Alagizy HA, Soltan MR, Soliman SS, et al. Anxiety, depression and perceived stress among breast cancer patients: single institute experience. *Middle East Curr Psychiatry*. 2020;27:29. doi: 10.1186/s43045-020-00036-x

4. Grushina TI, Tkachenko GA. Psychological distress in patients with breast cancer after different antitumor treatments. *Tumors of female reproductive system*. 2016;12(1):56–62. doi: 10.17650/1994-4098-2016-12-1-56-62

5. Samushiya MA, Myasnikova LK. Psychiatric disorders in oncologic practice. In: *Lectures on psychosomatics*. Moscow; 2014. P.117–140. (In Russ.) EDN: WDXEBV

6. Egofarov TN, Tkachenko GA, Obukhova OA, Dibirova PA. Eating disorders in cancer patients (literature review). *Oncogynecology*. 2023;(4(48)):63–71. doi: 10.52313/22278710_2023_4_63

7. Neary NM, Small CJ, Wren AM, et al. Ghrelin increases energy intake in cancer patients with impaired appetite: acute, randomized, placebo-controlled trial. *J Clin Endocrinol Metab*. 2004;89(6):2832–2836. doi: 10.1210/jc.2003-031768

8. Hossein SA, Bahrami M, Mohamadiri S, Paknahad Z. Investigation of eating disorders in cancer patients and its relevance with body image. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2015;20(3):327–333.

9. Obukhova OA, Shagina NYu, Kurmuikov IA, Marinov DT. Risk factors for the development of post-mastectomy lymphatic edema in patients with breast cancer. Pilot study. *Oncogynecology*. 2023;(3(47)):50–60. doi: 10.52313/22278710_2023_3_50

10. Túry F, Güleç H, Kohls E. Assessment methods for eating disorders and body image disorders. *J Psychosom Res*. 2010;69:601–661. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.05.012

11. Safavi M, Mahamoodi M, Roshandel A. Assessment of body image and its relationship with eating disorders among female students of Islamic Azad University Tehran center branch. *Med Sci J Islamic Azad Univ Tehran Med Branch*. 2009;19:129–134.

12. Bruera E. ABC of palliative care. Anorexia, cachexia, and nutrition. *BMJ*. 1997;315(7117):1219–1222. doi: 10.1136/bmj.315.7117.1219

13. Barajas Galindo DE, Vidal-Casariago A, Calleja-Fernández A, et al. Appetite disorders in cancer patients: impact on nutritional status and quality of life. *Appetite*. 2017;114:23–27. doi: 10.1016/j.appet.2017.03.020

14. Skugarevskii OA. *Eating disorders*. Minsk: BGMU; 2007. (In Russ.)

15. Burlachuk LF, Korolev DK. Adaptation of the questionnaire for diagnosing the five personality factors. *Vopr. psichologii*. 2000;(1):126–134. (In Russ.)

16. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67:361–370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

17. Zakharova LI. Anorexia nervosa: prevalence, diagnostic criteria and psychosomatic relations (review). *Research Results in Biomedicine*. 2019;5(1):108–121. doi: 10.18413/2313-8955-2019-5-1-0-8

18. Mazaeva NA, Grachev VV. Bulimia nervosa: problems of clinical differentiation. *S.S. Korsakov journal of neurology and psychiatry*. 2014;114(3):103–113. EDN: SDIJJR

19. Ivanova AS, Obukhova OA, Kurmuikov IA, Volf LY. Review of ESPEN-2021 Practice Guidelines for Patients with Cancer. Part 2: Interventions Relevant to Specific Patient Categories. *Clinical nutrition and metabolism*. 2022;3(4):193–206. doi: 10.17816/clinutr119059

20. Ivanova AS, Obukhova OA, Markovich AA, Titova TA. Prevalence of anxiety and depressive disorders in patients with neuroendocrine neoplasia receiving drug treatment. *Problems in oncology*. 2023;69(3S):396–397. EDN: WRGHIY
21. Beckman J, Blichert Toft M, Johansen L. Psychological effects of mastectomy. *Dan Med Bull*. 1983;30 Suppl. 2:7–10.
22. Smulevich AB, Ivanov SV, Myasnikova LK, et al. Dissociative disorders in oncology: psychopathology, comorbidity with personality disorders. *Mental disorders in general medicine*. 2014;(3-4):4–14. EDN: THSVJZ
23. Naser AY, Hameed AN, Mustafa N, et al. Depression and Anxiety in Patients With Cancer: A Cross-Sectional Study. *Front. Psychol*. 2021;12:585534. doi: 10.3389/fpsyg.2021.585534
24. Niedzwiedz CL, Knifton L, Robb KA, Katikireddi SV, Smith DJ. Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority. *BMC Cancer*. 2019;19:943. doi: 10.1186/s12885-019-6181-4
25. Samushiya MA. *Psychiatric disorders in patients with malignant neoplasms of the organs of the female reproductive system (clinic, epidemiology, therapy)* [dissertation]. Moscow; 2015. (In Russ.) EDN: ZPPCWP
26. Shatalova NE. Psychopathological symptomatology and its role in the relapse of oncological disease (on the example of breast cancer patients). In: Zhuravlev AL, Kol'tsova VA, editors. *Development of psychology in the system of complex human science*. Moscow: Institut psikhologii RAN; 2012. P:642–644. (In Russ.) EDN: SJOQBB
27. Tkachenko GA, Grushina TI, Kukshina AA. Psychological study of the personality of patients with breast cancer undergoing radical treatment and suffering from edema of the upper limb on the side of operation. *Vestnik psikhoterapii*. 2015;(54(59)):98–110. EDN: UCQZBF
28. Kostereva LI. Personality characteristics of overweight people. *Molodoi uchenyi*. 2023;(32(479)):140–143. (In Russ.) EDN: RUHFNN
29. Malkina-Pykh IG. *Eating behavior therapy*. Moscow: Eksmo; 2007. (In Russ.) EDN: QLPJBR
30. Kubeikova AS, Sergeeva MA, Fursi LF. Individual psychological characteristics of women with overweight problems. *Mir nauki. Pedagogika i psikhologiya*. 2022;10(2). EDN: ZQBXMN

ОБ АВТОРАХ

*** Обухова Ольга Аркадьевна**, канд. мед. наук;
адрес: Россия, 115478, г. Москва, Каширское шоссе, д. 23
ORCID: 0000-0003-0197-7721;
eLibrary SPIN: 6876-7701;
e-mail: obukhova0404@yandex.ru

Князева Анастасия Вячеславовна;
ORCID: 0009-0002-6920-7299;
e-mail: aknyazeva1986@mail.ru

Ткаченко Галина Андреевна, канд. психол. наук;
ORCID: 0000-0002-5793-7529;
eLibrary SPIN: 1790-3626;
e-mail: mitg71@mail.ru

Трифоновна Мария Сергеевна;
ORCID: 0009-0001-9919-2334;
e-mail: ratushnaya_mariy@mail.ru

Маринов Димитр Тодорович, канд. мед. наук;
ORCID: 0000-0002-3094-362X;
eLibrary SPIN: 8498-2191;
e-mail: d.marinov@ronc.ru

Шагина Наталья Юрьевна, канд. мед. наук;
ORCID: 0000-0003-2902-077X;
eLibrary SPIN: 9541-9030;
e-mail: gonch-ponch@mail.ru

Курмуков Илдар Анварович, канд. мед. наук;
ORCID: 0000-0001-8463-2600;
eLibrary SPIN: 3692-5202;
e-mail: kurmukovia@gmail.com

Пестерева Мария Александровна;
ORCID: 0009-0000-4772-2092;
e-mail: vi-lena1@mail.ru

AUTHORS' INFO

*** Olga A. Obukhova**, MD, Cand. Sci. (Medicine);
address: 23 Kashirskoe hwy, 115478 Moscow, Russia;
ORCID: 0000-0003-0197-7721;
eLibrary SPIN: 6876-7701;
e-mail: obukhova0404@yandex.ru

Anastasia V. Knyazeva;
ORCID: 0009-0002-6920-7299;
e-mail: aknyazeva1986@mail.ru

Galina A. Tkachenko, Cand. Sci. (Psychology);
ORCID: 0000-0002-5793-7529;
eLibrary SPIN: 1790-3626;
e-mail: mitg71@mail.ru

Mariya S. Trifonova, MD;
ORCID: 0009-0001-9919-2334;
e-mail: ratushnaya_mariy@mail.ru

Dimitr T. Marinov, MD, Cand. Sci. (Medicine);
ORCID: 0000-0002-3094-362X;
eLibrary SPIN: 8498-2191;
e-mail: d.marinov@ronc.ru

Natalya Yu. Shagina, MD, Cand. Sci. (Medicine);
ORCID: 0000-0003-2902-077X;
eLibrary SPIN: 9541-9030;
e-mail: gonch-ponch@mail.ru

Ildar A. Kurmukov, MD, Cand. Sci. (Medicine);
ORCID: 0000-0001-8463-2600;
eLibrary SPIN: 3692-5202;
e-mail: kurmukovia@gmail.com

Maria A. Pestereva, MD;
ORCID: 0009-0000-4772-2092;
e-mail: vi-lena1@mail.ru

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author