

УДК 159.99

**Е. С. Лутошлива***Иркутский государственный университет,  
Байкальский государственный университет,  
г. Иркутск, Российская Федерация***Е. С. Воробьева***Иркутский государственный университет,  
г. Иркутск, Российская Федерация***Г. Э. Турганова***Байкальский государственный университет,  
г. Иркутск, Российская Федерация*

## ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНОГО СОСТОЯНИЯ ОНКОБОЛЬНЫХ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

**АННОТАЦИЯ.** Определено, что депрессивное состояние у онкобольных является одной из закономерных реакций на свое заболевание. Однако оно может значительно снизить мотивацию к лечению, преодолению своего недуга, увеличить риск суицидального поведения и в целом ухудшить качество их жизни. Проявления депрессивного состояния у онкобольных схожи с проявлениями депрессивного состояния у больных, страдающих хроническим или смертельным заболеванием. Однако существуют свои особенности, которые зависят от некоторых факторов, самым важным из которых является стадия заболевания. Полученные результаты позволили сделать вывод, что особенности депрессивного состояния на второй стадии заболевания связаны с принятием диагноза, и могут проявляться в чувстве наказанности, утрате интересов к прошлым увлечениям и ограничении общения; особенности депрессивного состояния на третьей стадии определяются динамикой заболевания и дальнейшим прогнозом, и могут проявляться в анализе прошлых ошибок, отсутствием надежд на будущее, отвращении к себе и чувстве бесполезности.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА.** Онкологическое заболевание, депрессивное состояние, особенности депрессивного состояния, стадия онкозаболевания, тип реагирования на болезнь.

**ИНФОРМАЦИЯ О СТАТЬЕ.** Дата поступления 19 октября 2018 г.; дата принятия к печати 10 декабря 2018 г.; дата онлайн-размещения 30 декабря 2018 г.

**E. S. Lutoshliva***Irkutsk State University,  
Baikal State University,  
Irkutsk, Russian Federation***E. S. Vorobyeva***Irkutsk State University,  
Irkutsk, Russian Federation***G. E. Turganova***Baikal State University,  
Irkutsk, Russian Federation*

## FEATURES OF DEPRESSED MOOD OF CANCER PATIENTS AT DIFFERENT STAGES OF THE DISEASE

**ABSTRACT.** It is identified that the depressed mood of cancer patients is one of natural responses to the disease. However, it can considerably reduce motivation to

© Е. С. Лутошлива, Е. С. Воробьева, Г. Э. Турганова, 2018

# Baikal Research Journal

электронный научный журнал Байкальского государственного университета

the treatment, overcoming the illness, increase the risk of suicidal behavior and in general worsen the quality of their life. Manifestations of the depressed mood of cancer patients are similar to manifestations of the depressed mood of the patients having chronic or deadly diseases. However, there are features which depend on some factors, the most important of which is the disease stage. The results obtained allow to draw a conclusion that the features of the depressed mood at the second stage of the disease are connected with acceptance of the diagnosis and can manifest in the feeling of a punishment expectation, loss of interests in previous hobbies and communication restrictions; the features of a depressed mood at the third stage are determined by the disease dynamics and the further forecast, and can manifest in the analysis of the previous mistakes, absence of hopes for the future, disgust for themselves and feeling of uselessness.

**KEYWORDS.** Oncological disease, depressed mood, features of depressed mood, oncological disease stag, types of response to the disease.

**ARTICLE INFO.** Received October 19, 2018; accepted December 10, 2018; available online December 30, 2018.

Проблема рака в современном мире стоит очень остро. Поэтому большое внимание уделяется факторам, влияющим на течение и развитие данного заболевания. К таким факторам, значительно ухудшающим качество жизни, относятся различные дезадаптивные проявления, одним из которых является депрессивное состояние. Степень выраженности депрессивного состояния зависит от формы и локализации новообразований, степени тяжести соматического состояния, стадии развития онкологического заболевания. В тоже время на каждой стадии развития заболевания существуют свои факторы, оказывающие воздействие на формирование депрессивного состояния при онкозаболеваниях.

Онкологическое заболевания является сильным стрессором для любого человека, постановка диагноза «рак» влечет за собой большое количество последствий, которые выражаются не только в ухудшении функционального и морфологического состояний, но и в формировании определенных психологических аспектов заболевания.

Реагирование на заболевание, и, следовательно, психологическое здоровье человека, определяется не только объективной степенью тяжести заболевания, но и субъективной реакцией на болезнь, то какое место она нашла во внутреннем мире человека. Но большее значение имеет именно эмоциональный уровень реакции на болезнь, который отражает различные виды реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия.

Стоит отметить, что в литературе выделяют пять фаз реагирования на злокачественные новообразования (Е. Kubler-Rose). Первая фаза возникает перед постановкой предварительного диагноза, когда есть вероятность отрицательного ответа после обследования; характеризуется отрицанием, убежденностью, что диагноз ошибочен и что с ним такого произойти не могло, данная фаза может быть связана с анозогностическим типом реакции на заболевание. Вторая или дисфорическая фаза возникает уже после точной постановки диагноза; для нее характерен бунт, протест, крайняя степень-аутоагрессия. Затем следует аутоаггестивная фаза — принятие данного диагноза в сочетании с «торгом», пациент готов проходить длительное лечение, чтобы не было болей и т. д. Далее может возникнуть депрессивная фаза, при которой отмечаются пессимизм, утрата надежды, подавленность. Последняя фаза, а именно апатическая, протекает на последнем этапе болезни и выражается в полном принятии своего заболевания и его последствий [1].

Так же в работах отечественных исследователей Е. Ф. Бажина и А. В. Гнездилова предпринята попытка описать психологические особенности онкобольных на разных этапах, выделенных ими: поликлинический (диагностический), этап

поступления в клинику, предоперационный (предлечebный), послеоперационный, этап выписки и катамнестический. Так на первоначальных этапах у пациентов наблюдается тревожно — депрессивное состояние, которое выражается в ощущении полной безнадежности, приближении своей скорой смерти. Однако, могут быть и противоположные реакции: гнев, агрессия, но за ними, вероятно, скрывается тревога и страх за свое будущее. После поступления в стационар интенсивность эмоциональных реакций снижается, однако, тревожно-депрессивное состояние может усилиться чувством страха из-за вероятных последствий операции. Выписка и последующая реабилитация больных связана с необходимостью реадaptации к прошлому образу жизни с учетом нового статуса, но пациенты стремятся к самоизоляции, избеганию общения, утрачивая интерес к прошлым своим увлечениям [2; 3].

В целом, в работах исследователей отмечается, что при онкозаболеваниях для людей характерна низкая самооценка, с чувством отвращения и жалостью к самому себе; наличие напряжения в отношениях со значимыми близкими и сложность в установлении новых контактов; «синдром отчаяния», чувство беспомощности, безнадежности; также наблюдается тенденция к подавлению собственных эмоциональных реакций, сдерживания враждебности, агрессии, тревоги, что ведет к развитию алекситимии и конформизма [4].

Эмоциональное состояние людей с таким диагнозом отличается неустойчивостью, повышенной чувствительностью к воздействиям со стороны, они беспокоятся, что могут произвести неблагоприятное впечатление, стать обузой для близкого круга людей.

Довольно интересной позицией, с нашей точки зрения, являются взгляды Н. А. Русиной, которая пишет о том, что рак — это не просто болезнь, а определенное смысловое пространство и совершенно новый образ жизни для человека. И проявляется он в эмоциональной, мотивационно-потребностной, ценностно-смысловой сферах [5–7].

Е. Ф. Бажина и А. В. Гнездилова выделили типы реагирования на постановку диагноза: тревожно-депрессивный, тревожно-ипохондрический, астено-депрессивный, астено-ипохондрический, обсессивно-фобический, апатический, дисфорический, параноидный и эйфорический [4; 8].

Необходимо отметить, что поскольку постановка такого диагноза является сильным стрессором, острые реакции, такие как тревога, раздражительность, печаль и угнетение физических потребностей, являются нормальным стилем реагирования и обычно длятся не более двух недель. Когда такое состояние сохраняется больше двух недель, вероятно, можно говорить о дезадаптивных процессах в жизни человека. Чаще всего среди таких встречается депрессивное состояние, его проявление у онкобольных по различным исследованиям варьируется от 21 до 58 % [9].

Мы в своей работе определяем депрессивное состояние как психическое состояние, возникающее в результате действия неблагоприятных факторов разного генезиса, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, изменением мотивационной сферы, когнитивных представлений о мире и о себе, в том числе, и общей пассивностью поведения [10, с. 156].

В литературе на основе причин возникновения депрессивного состояния выделяют разные его виды: монополярную и биполярную депрессию, эндогенную и реактивную формы, сезонную, несезонную и осеннюю, психотическую депрессию, невротическую депрессию, маскированную депрессию др. [11; 12]. Необходимо подчеркнуть, что различные формы депрессивного состояния имеют сходные черты, поэтому Всемирная организация здравоохранения в последнее время сохраняет только описательное подразделение депрессивных состояний на легкие, умеренно выраженные и тяжелые [12].

Депрессивное состояние у онкобольных может быть эпизодическим проявлением или хроническим состоянием, возникающим на разных стадиях развития заболевания. Такое состояние может снизить мотивацию к лечению, преодолению своего недуга, увеличивает риск суицидального поведения и в целом ухудшает качество их жизни.

В исследованиях депрессивного состояния онкобольных было выявлено, что на первый план выступают такие явления, как витальная тоска, подавленность, апатия, плаксивость и ангедония [13]. Стоит отметить, что такая тоска и психомоторная заторможенность являются ведущими, «классическими» проявлениями депрессивного состояния. Часто человек переживает идеи виновности, возможны симптомы деперсонализации, суицидные мысли [14].

Так же в структуре депрессивного состояния онкобольных встречается пессимистичная оценка перспектив лечения и возможного исхода заболевания, на первых этапах постановки диагноза [там же]. Данный симптом является классическим проявлением депрессивного состояния, который, например, описывал А. Бэк в разработанной им когнитивной модели депрессии, а именно негативное отношение к собственной персоне, негативная интерпретация текущего опыта и негативное отношение к своему будущему [15].

Швейцарским исследователем Д. Хеллом была выделена такая особенность депрессии, как «изменение общения — отчужденность и пустота»: люди в депрессивном состоянии при общении с другими испытывают опасность потерять самоощущение и превратиться в объект наблюдения со стороны [16].

Депрессивное состояние также связана со снижением способности справляться с трудностями, негативными прогнозами, падением качества жизни, более значительной социальной нагрузкой, ростом медицинских расходов и более высокой вероятностью смертельного исхода собственного заболевания [17–19].

В связи с этими факторами возрастает риск суицидальных тенденций, которые в депрессивной картине занимают определенное место. Вероятность повышается из-за связанного с заболеванием одиночества; нарушение жизненного стереотипа или лишение любимого или привычного вида деятельности [14].

В целом, картина депрессивного состояния онкобольных типична для пациентов, обладающих каким-либо хроническим и смертельным заболеванием [13].

Однако существуют выраженность и тяжесть депрессивное состояние может зависеть от формы и локализации новообразования. Например, есть исследования, согласно которому депрессивное состояние чаще встречается при раке головного мозга и поджелудочной железы, практически не подвержены депрессивным проявлениям больные при раке лимфомы [там же].

Наиболее значимое влияние на частоту, выраженность симптомов оказывает стадия развития заболевания. На первой и второй стадии, когда чаще всего происходит постановка диагноза, депрессивное состояние связано с нозогенными факторами, такими как информация о прогнозе, возможные последствия для здоровья, профессионального и социального статуса человека, проявляющееся в повышенной тревожности, апатии, утрата интереса к вещам, которые когда-то приносили удовольствие. На третьей стадии депрессивное состояние определяется в большей степени динамикой самого заболевания, тем как оно влияет на организм, степенью медицинского вмешательства и его травматического воздействия: радикальная операция, косметические дефекты — и другие [там же]. Чаще всего и более выраженное депрессивное состояние встречается на терминальной стадии онкозаболевания.

Таким образом, постановка диагноза «рак» влечет за собой различные последствия в том числе психологические, которые могут проявляться в различных

дезадаптивных проявлениях, одним из которых является депрессивное состояние, характеризующееся потерей удовлетворения от деятельности, угнетающей печалью, чувством вины и ненавистью к самому себе, качественно ухудшая все сферы их жизни. Особенности проявления депрессивного состояния могут быть связаны с формой и локализацией злокачественной опухоли, личной предрасположенности к аффективным расстройствам, со стадией заболевания и полом.

Обобщая изложенное выше, можно отметить, что представляется важным изучение особенностей депрессивного состояния онкобольных на разных стадиях заболевания, так как это позволит улучшить психологические и психотерапевтические подходы к данному состоянию, и, вероятно, найти новые методы взаимодействия с онкобольными на разных стадиях развития, ведь каждая из них имеет свои факторы, участвующие в формировании депрессивного состояния, а также наметить новые пути реабилитации, ресоциализации после выздоровления.

Исходя из вышеизложенного, целью нашего исследования стало выявление особенностей депрессивного состояния онкобольных в зависимости от стадии заболевания.

Исследование осуществлялось в 2017–2018 гг. на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областной онкологический диспансер» (ГБУЗ ООД).

В исследовании приняли участие 30 человек такими видами онкозаболевания как: рак желудка, поджелудочной железы, пищевода, легких, молочной железы и матки со второй и третьей стадией заболевания с депрессивным состоянием (по 15 человек каждой стадии). На момент проведения исследования все испытуемые находились в стационаре на лечении.

Нами были выбраны именно эти стадии заболевания, т. к. первая стадия диагностируется достаточно редко ввиду того, что больные не часто обращаются на данной стадии из-за неявной выраженной симптоматики. Так же мы не рассматривали четвертую терминальную стадию, поскольку на ней большая выраженность депрессивного состояния по всем симптомам, и нас не допустили до диагностики из-за их тяжелого состояния.

Для диагностики наличия и выраженности депрессивного состояния мы использовали Шкалу депрессии Бека. Также мы использовали Шкалу депрессии В. Зунга, адаптированную Т. И. Балашовой в отделении наркологии НИИ им. Бехтерева [20]. Методика разработана для дифференциальной диагностики депрессивных состояний, состояний, близких к депрессии, для скрининг-диагностики при массовых исследованиях и в целях предварительной, доврачебной диагностики.

Для определения влияния хронического заболевания на социальный статус испытуемого, его положение в обществе, круг интересов и уровень притязаний мы использовали опросник для изучения самооценки социальной значимости болезни (А. И. Сердюк) [21].

Методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) применялась с целью определения эмоционального уровня внутренней картины болезни, диагностики типов отношений к болезни. Тип отношения складывается на основании паттернов поведения больного к самой болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству и будущему, а также к своим витальным функциям (самочувствие, настроение, сон, аппетит).

Результаты, полученные в ходе исследования, были подвергнуты статистической обработке с применением — U-критерия Манна — Уитни, который использовался для оценки различий между двумя независимыми выборками по уровню какого-либо признака, измеренного количественно.

В целом, по результатам методики «ТОБОЛ», можно говорить о том, что эмоциональный аспект внутренней картины болезни онкобольных как на второй, так и на третьей стадии характеризуется преимущественно тревожным, меланхолическим и апатическим типами реагирования, которые, вероятно, и проявляются в депрессивном состоянии. При этом на второй стадии преобладает меланхолический тип с тревожными чертами, а на третьей стадии — меланхолический с апатическими, а также сенситивными чертами (рис. 1.).

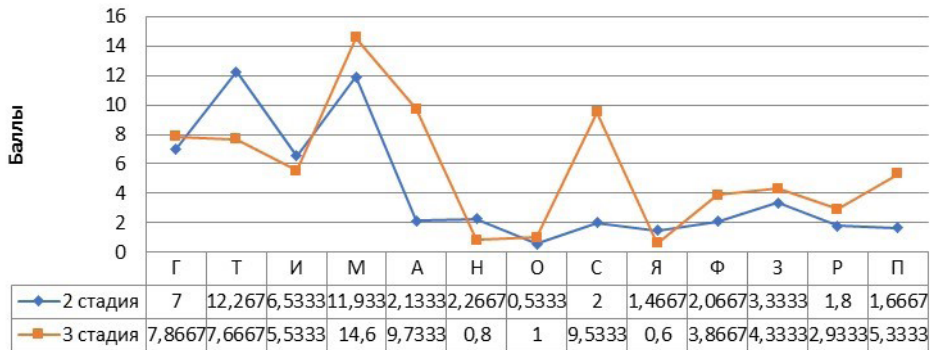


Рис. 1 Профиль типов эмоциональных реакций на заболевания по методике ТОБОЛ для онкобольных второй и третьей стадии

Можно предположить, что на второй и третьей стадии больные проявляют пессимистичный взгляд на жизнь, сомнение в успехе лечения даже при благоприятных объективных данных, неверие в выздоровление. При этом на второй стадии они проявляют большую направленность на поиск возможных вариантов лечения, сбор информации о болезни, каких-либо объективных данных о своем состоянии.

В то время как на третьей стадии больные безразличны к своей судьбе, к исходу болезни. Более апатичны, вялы как в деятельности, так и в межличностных отношениях, также они обеспокоены впечатлением, которое они могут произвести на окружающих своей болезнью, боятся стать обузой, и как следствие ограничивают общение с окружающими. Данные типы реагирования связаны с особенностями депрессивного состояния на второй и третьей стадии заболевания.

Прежде чем перейти к описанию особенностей депрессивного состояния онкобольных на разных стадиях, необходимо отметить общегрупповые тенденции. Так, по результатам проведенного исследования было обнаружено, что по методике «Шкала депрессии Бэка» (рис. 2.) для большинства из выборки характерно наличие легкой степени депрессивного состояния — 57 %, для 33 % — умеренной степени, так же у 7 % баллы находятся в пределах нормы, то есть депрессивное состояние отсутствует, и лишь у 3 % — тяжелая форма депрессивного состояния.

По методике «Шкала депрессии Балашовой» (рис. 3.) у 70 % обнаружена легкая депрессия ситуативного или невротического генеза, у 3 % умеренная форма депрессивного состояния и у 3 % тяжелая форма, у 20 % депрессивное состояние отсутствует.

Результаты по данной методике не противоречат, а дополняют предыдущую, так данная методика в большей степени направлена на клиническую постановку, в то время как «шкала депрессии Бэка» на определение когнитивно-аффективных составляющих депрессивного состояния. При этом легкая депрессия невротического или ситуативного генеза (70 %) чаще всего возникает в результате конфликта с

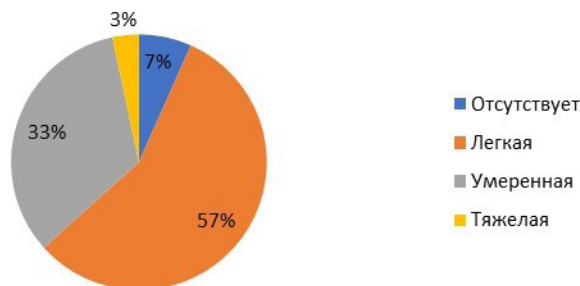


Рис. 2. Процентное соотношение видов депрессии по методике «Шкала депрессии Бэка»

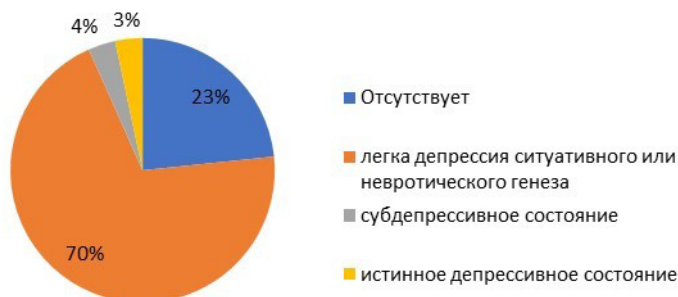


Рис. 3. Процентное соотношение видов депрессии по методике «Шкала депрессии В. Зунга (адаптация Т. И. Балашовой)»

окружением, крушения планов, надежд, стремлений, сложной и трудно разрешимой ситуацией. Как мы уже отмечали выше, именно таковой и является ситуация, в которой оказались онкобольные, им трудно с ней справиться самостоятельно, без поддержки близких, в следствии, может возникнуть депрессивное состояние.

Для большего понимания того, как больные оценивают влияние данной болезни на их жизнь в целом использовалась методика «Социальная значимость болезни» (рис. 4.). Было выявлено, что значительное место в жизни у них занимают материальные проблемы, связанные с затратами на лечение, и как следствие ограничение свободного времени, в сравнении со здоровыми людьми, не тратящих время на больницы, медикаменты и т. д. Не менее важным так же для них является ограничение удовольствий, связанных как с невозможностью заниматься своим хобби, интересами, и даже привычным походом в гости.

В результате математической статистической обработки, а именно с помощью применения критерия Манна — Уитни, были выявлены существенные различия между депрессивным состоянием у онкобольных со второй и третьей стадией развития заболевания.

Наиболее существенные различия между онкобольными второй и третьей стадии заболевания по таким симптомам методики «Шкала депрессии Бэка» как чувство наказанности ( $U=22$ , при  $p>0,05$ ) для второй стадии, а прошлые неудачи ( $U=7,5$ , при  $p>0,05$ ), отвращение к себе ( $U=3$ , при  $p>0,05$ ) и нерешительность ( $U=52,5$ , при  $p>0,05$ ) для третьей. По методике «Шкала депрессии Балашовой» были выявлены отличия по следующим обратным эти показателям: «Аппетит у

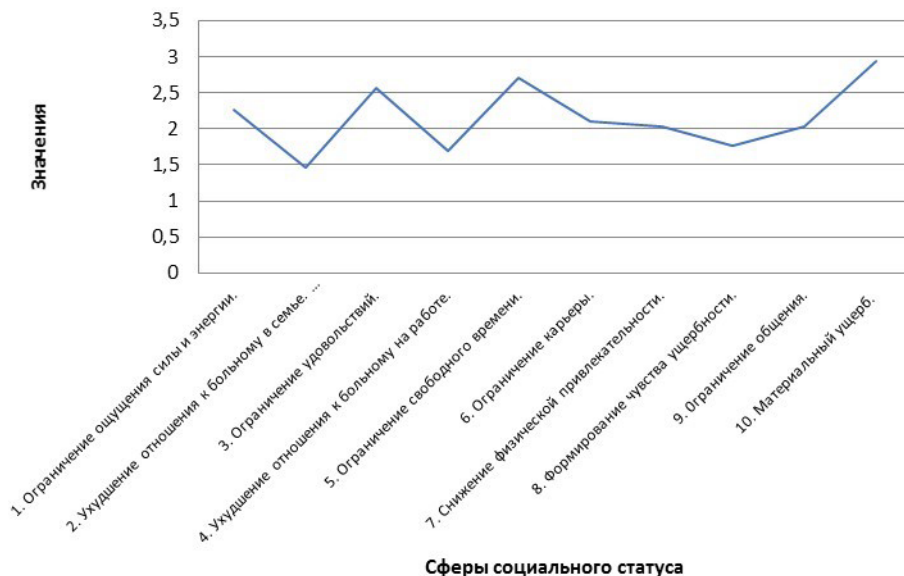


Рис. 4. Средние значения по опроснику «Социальная значимость болезни»

меня не хуже обычного» ( $U=60$ , при  $p>0,05$ ), «Я мыслю так же ясно, как всегда» ( $U=4,5$ , при  $p>0,05$ ), «Мне легко делать то, что я умею» ( $U=60$ , при  $p>0,05$ ), «У меня есть надежды на будущее» ( $U=6$ , при  $p>0,05$ ), «Мне легко принимать решения» ( $U=60$ , при  $p>0,05$ ), «Я чувствую, что полезен и необходим» ( $U=9$ , при  $p>0,05$ ) — данные аспекты являются особенностями для третьей стадии развития злокачественной опухоли, для второй стадии выявлена только одна особенность «Меня до сих пор радует то, что радовало всегда» ( $U=4$ , при  $p>0,05$ ).

Так, по графикам (рис. 5, рис. 6.), отражающим особенности видно, что для онкобольных со второй стадией заболевания характерно более сильное чувство наказанности. Вероятно, это связано с тем, что, чаще всего данный диагноз диагностируют именно на данной стадии развития заболевания, то есть человек, только свыкается с новым статусом «онкобольного», не все верят в то, что у них действительно «рак» и надеются на ошибочность первоначального диагноза, поэтому в связи с его подтверждением, они, вероятно, пытаются найти для себя ответы, почему это случилось именно с ним, за какие-то определенные вещи совершенные раньше, стремятся переосмыслить свою прошлую жизнь. Еще одной особенностью второй стадии развития онкозаболевания является симптом «Меня не радует то, что радовало всегда». Как отмечалось выше, на этапе постановки диагноза и поступления в стационар появляется стадия «шока», выражающаяся в общем беспокойстве, выраженной тревоге, ощущении безнадежности и бесперспективности существования. Вся его жизнь предстает в совершенно другом ракурсе, утрачиваются интересы к общению, хобби, и другим интересовавшим его ранее занятиям, человек стремится перестроить свою жизнь исходя из новой для него роли «ракового больного».

Для онкобольных, находящихся на третьей стадии, характерны такие особенности депрессивного состояния по «Шкале депрессии Бэка» как «прошлые неудачи», «нерешительность» и «отвращение к себе». Что, скорее всего, связано с прохождением определенной терапии, дальнейшим увеличением злокачественных опухолей и переходом на следующую стадию болезни, из-за чего больные



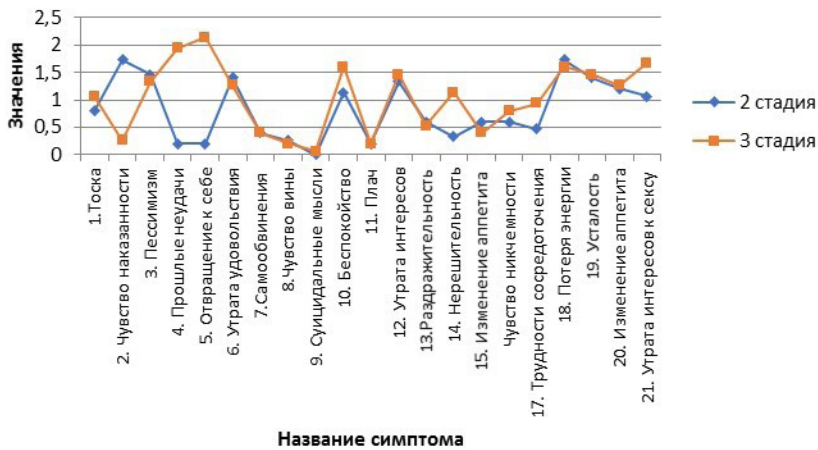


Рис. 5. Результаты, полученные по методике «Шкала депрессии А. Бека» у онкобольных второй и третьей стадии заболевания.

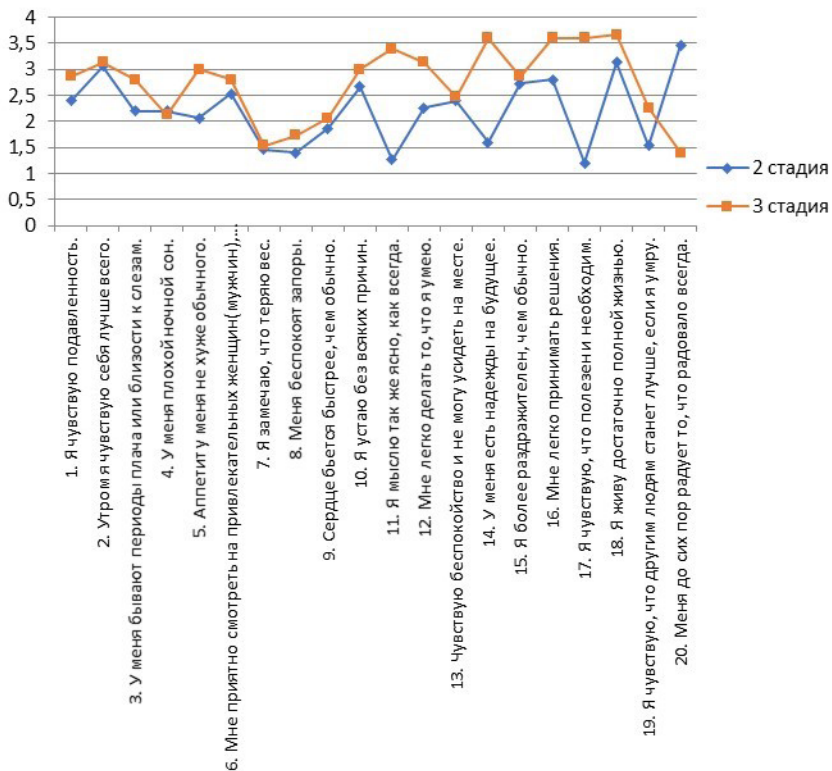


Рис. 6. Результаты, полученные по методике «Шкала депрессии В. Зунга (адаптация Т. И. Балашовой)» у онкобольных второй и третьей стадии заболевания.

чувствуют постепенную утрату надежды, приближение любого исхода. В связи с этим они анализируют свои прошлые неудачи. Такая особенность как «отвращение к себе», возможно, связана с изменением внешности, физической активности,

внутреннего самочувствия, в связи с прохождением терапии, которые во многом влияют на данные аспекты жизнедеятельности человека. Также это, вероятно, может быть связано, не только с оцениванием своей внешности самим человеком, ведь обычно на этой стадии происходят существенные изменения: может измениться голос, человек худеет, бледнеет, может потерять волосы после химиотерапии — что вызывает излишнее внимание окружающих людей, и таким образом больше акцентировать этим внимание, как следствие усугублять их отрицательное отношение к себе, к тому же некоторые испытывают страх соприкоснуться с столь интенсивными переживаниями, опытом смерти, умирания.

Еще одной особенностью депрессивного состояния при третьей стадии развития заболевания является «нерешительность». Можно предположить, что данная особенность связана с двумя предыдущими. Акцентируя внимания на своих прошлых неудачах, ошибках, неуверенность в своем будущем, в том как пройдем лечение, будет ли прогрессировать заболевание, заставляет человека сомневаться и в настоящем времени в принятии тех или иных решений, и может проявляться данная нерешительность в различных сферах, как связанных с лечением, так и в межличностных отношениях.

Стоит отметить, что для третьей стадии среднегрупповая цифра по депрессии несколько выше, чем для второй стадии развития заболевания (рис. 7.).

Этот факт может быть связан с тем, что третья является более тяжелой стадией, шансы вылечиться значительно снижаются, болезнь прогрессирует. Если первоначально была диагностирована вторая стадия, это может говорить о том, что лечение не дает результатов, идет ухудшение состояния. Большая вероятность, что болезнь не перейдет в четвертую стадию.

Вероятно, это может быть обусловлено тем, что на третьей стадии более активно ведется курс терапии, которая оказывает воздействие на организм продолжительное время. Так, существует определенная терапия, при которой используется фармакологический препарат «интерферон» в высоких дозах, побочным эффектом которого отмечается развитие депрессивных состояний.

Таким образом, анализируя результаты исследования, мы можем сделать вывод, что для второй стадии развития онкозаболевания характерны такие особенности депрессивного состояния «чувство наказанности», «Меня не радует то, что радовало всегда» и «ограничение общения» при меланхолически-тревожном типе реагирования на болезнь. Данные особенности, можно предположить, определены тем, что вторая стадия чаще всего совпадает со стадией реакции на диагноз — шоковой, когда на человека наваливается информация о наличии заболевания и его

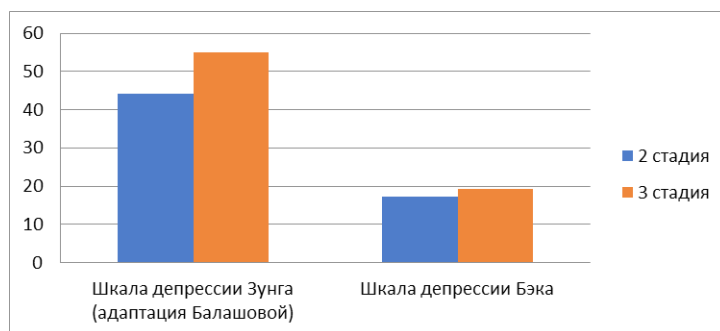


Рис. 7. Среднее значение по уровню депрессивного состояния у онкобольных.

прогнозе. Человек пытается ответить на вопрос «Почему именно Я?», концентрируется на болезни, замыкается в себе и теряет интерес к прошлым своим увлечениям.

У третьей стадии рака особенностями депрессивного состояния связаны с меланхолически-апатическим или сенситивным типом реагирования и проявляются в: «прошлые неудачи», «отвращение к себе», «нерешительность», «Я не мыслю так же ясно, как всегда», «Мне не легко делать то, что я умею», «У меня нет надежды на будущее», «Мне не легко принимать решения», «Я не чувствую, что полезен и необходим». На данной стадии, вероятно, депрессивное состояние в большей степени обусловлено ухудшением здоровья, прогрессированием заболевания, приближением летального исхода, в связи с чем, человек стремится ответить на вопрос «Зачем Я?», найти причины жить дальше, проанализировать свою прошлую жизнь, поскольку уже не видит своего будущего, стоит отметить, что всем размышлениям придается негативный оттенок.

Полученные данные можно учитывать при оказании психологической помощи онкобольным. На второй стадии помощь прежде всего должна направлена на принятие диагноза и выработки определенной стратегии в новой ситуации. В то время как на третьей стадии необходимо увести человека от негативных оценок, суждений, помочь найти причины жить дальше.

### Список использованной литературы

1. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании / Э. Кюблер-Росс. — Киев : София, 2001. — 320 с.
2. Гнездилов А. В. Психические изменения у онкологических больных / А. В. Гнездилов // Практическая онкология. — 2001. — Т. 2, № 1. — С. 5–13.
3. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология : учеб. пособие / В. Д. Менделевич. — 6-е изд. — М. : МЕДпресс-информ, 2008. — 432 с.
4. Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы / Н. В. Тарабрина [и др.]. — М. : Изд-во Ин-та психологии РАН, 2010. — 175 с.
5. Русина Н. А. Эмоции и стресс при онкологических заболеваниях / Н. А. Русина // Мир психологии. — 2002. — № 4. — С. 152–160.
6. Малахаева С. К. Нарративный подход в этнопсихологическом исследовании: возможности и границы метода / С. К. Малахаева // Психология в экономике и управлении. — 2013. — № 2. — С. 155–164.
7. Бахматова Т. Г. Уровень жизни и социальная поддержка населения : материалы кругл. стола, Иркутск, 28 февр. 2006 г. / Т. Г. Бахматова, В. И. Самаруха, Н. М. Токарская ; под ред. Б. Л. Токарского [и др.]. — Иркутск : Изд-во БГУЭП, 2006. — 142 с.
8. Геранюшкина Г. П. Психологические защиты у лиц с признаками выученной беспомощности / Г. П. Геранюшкина, О. Э. Афраймович // Психология в экономике и управлении. — 2014. — № 2. — С. 23–29.
9. Левин Т. Психоонкология: состояние на 2006 г. (расширенный реферат) / Т. Левин, W. D. Kissane // Психические расстройства в общей медицине. — 2007. — Т. 2, № 3. — С. 27–31. — DOI:10.4321/S0213-61632006000300006.
10. Депрессия / под ред. А. Пери, М. Руксталис. — М. : Мир, 2000. — 215 с.
11. Рачин А. П. Депрессивные и тревожные расстройства / А. П. Рачин, Е. В. Михайлова. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 104 с.
12. Синицкий В. Н. Депрессивные состояния (Патофизиологическая характеристика, клиника, лечение, профилактика) / В. Н. Синицкий. — Киев : Наукова думка, 1986. — 264 с.
13. Иванов С. В. Депрессивные расстройства в онкологии (обзор) / С. В. Иванов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2012. — Т. 112, № 11–2. — С. 104–109.
14. Липецкий Н. Н. Психологические особенности отношения к жизни онкологических больных (на примере женщин больных раком молочной железы III ст.) / Н. Н. Липецкий // Молодой ученый. — 2013. — № 7 (54). — С. 372–374.

15. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек [и др.]. — СПб. : Питер, 2003. — 304 с.
16. Ширман А. Депрессия и методы ее лечения. Путь к исцелению / А. Ширман. — М. : Деконт Плюс, 1998. — 110 с.
17. Фрейд З. Основные психологические теории в психоанализе. Очерк истории психоанализа / З. Фрейд. — СПб. : Алетейа, 1999. — 256 с.
18. Фонталова Н. С. Особенности самосознания женщин, ведущих здоровый образ жизни / Н. С. Фонталова // Психология в экономике и управлении. — 2013. — № 1. — С. 44–50.
19. Посттравматическое стрессовое расстройство: профилактика, диагностика, коррекция, реабилитация : учеб. пособие / сост. Т. А. Терехова, Н. С. Фонталова. — Иркутск : Изд-во БГУЭП, 2014. — 290 с.
20. Карелин А. М. Большая энциклопедия психологических тестов / А. М. Карелин. — М. : Эксмо, 2007. — 416 с.
21. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. — М. : Изд-во Эксмо, 2005. — 992 с.

### References

1. Kьbler-Ross E. On Death and Dying. New York, The Macmillan Company, 1969. 260 p. (Russ. ed.: Kьbler-Ross E. *O smerti i umiranii*. Kiev, Sofiya Publ., 2001. 320 p.).
2. Gnezdilov A. V. Psychic changes with oncological patients. *Prakticheskaya onkologiya = Practical oncology*, 2001, vol. 2, no. 1, pp. 5–13. (In Russian).
3. Mendelevich V. D. *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya* [Clinical and medical psychology]. 6<sup>th</sup> ed. Moscow, MEDpress-inform Publ., 2008. 432 p.
4. Tarabrina N. V., Vorona O. A., Kurchakova M. S., Padun M. A., Shatalova N. E. (eds). *Onkopsikhologiya: posttraumaticheskii stress u bol'nykh rakom molochnoi zhelezy* [Oncopsychology: posttraumatic stress of people ill with breast cancer]. Moscow, Institute of Psychology Russian Academy of Sciences Publ., 2010. 175 p.
5. Rusina N. A. Emotions and stress in terms of oncological. *Mir psikhologii = Work of Psychology*, 2002, no. 4, pp. 152–160. (In Russian).
6. Malakhaeva S. K. Narrative approach in ethnopsychological research: possibilities and limits of the method. *Psikhologiya v ekonomike i upravlenii = Psychology in Economics and Management*, 2013, no. 2, pp. 155–164. (In Russian).
7. Bakhmatova T. G., Samarukha V. I., Tokarskaya N. M.; Tokarsky B. L., Nefedeva E. I., Tokarskaya N. M., Zimina E. V. (eds). *Uroven' zhizni i sotsial'naya podderzhka naseleniya*. [Living standards and social support of population]. Irkutsk, Baikal State University Publ., 2006. 142 p.
8. Geranyushkina G. P., Afraymovich O. E. Psychological protection at persons with signs of the learnt helplessness. *Psikhologiya v ekonomike i upravlenii = Psychology in Economics and Management*, 2014, no. 2, pp. 23–29. (In Russian).
9. Levin T., Kissane W. D. Psychooncology — the State of its Development in 2006. *Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine = The European Journal of Psychiatry*, 2007, vol. 2, no. 3, pp. 27–31. DOI:10.4321/S0213-61632006000300006. (In Russian).
10. Peri A., Rukstalis M. (eds). *Depressiya* [Depression]. Moscow, Mir Publ., 2000. 215 p.
11. Rachin A. P., Mikhailova E. V. *Depressivnye i trevozhnye rasstroistva* [Depressive and anxiety disorders]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2010. 104 p.
12. Sinitsky V. N. *Depressivnye sostoyaniya* (Patofiziologicheskaya kharakteristika, klinika, lechenie, profilaktika) [Depressive states. (Pathophysiological characteristic, clinics, treatment, prophylaxis)]. Kiev, Naukova dumka Publ., 1986. 264 p.
13. Ivanov S. V. Depressive disorders in oncology (review). *Zhurnal neurologii i psikhiiatrii S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 2012, vol. 112, no. 11–2, pp. 104–109. (In Russian).
14. Lipetsky N. N. Psychological features of oncological patients' attitude to life (using the example of women ill with third-degree breast cancer). *Molodoi uchenyi = Young Scientist*, 2013, no. 7 (54), pp. 372–374. (In Russian).
15. Beck A., Rush A., Shaw B., Emery G. *Cognitive Therapy of Depression*. New York, Guilford Press, 1979. 425 p. (Russ. ed.: Beck A., Rush A., Shaw B., Emery G. *Kognitivnaya terapiya depressii*. Saint-Petersburg, Piter Publ., 2003. 304 p.).

16. Shirman A. *Depressiya i metody ee lecheniya. Put' k isteleniyu* [Depression and methods of its treatment. The way to curing]. Moscow, Dekont Plyus Publ., 1998. 110 p.
17. Freid Z. *Osnovnye psikhologicheskie teorii v psikhooanalize. Ocherk istorii psikhooanaliza* [Main psychological theories in psychoanalysis. An essay on history of psychoanalysis]. Saint-Petersburg, Aleteia Publ., 1999. 256 p.
18. Fontalova N. S. Characteristics of Self-Awareness of Women Leading a Healthy Lifestyle. *Psikhologiya v ekonomike i upravlenii = Psychology in Economics and Management*, 2013, no. 1, pp. 44–50. (In Russian).
19. Fontalova N. S., Terekhova T. A. (eds). *Posttraumaticheskoe stressovoe rasstroistvo: profilaktika, diagnostika, korrektsiya, reabilitatsiya* [Post-traumatic stress dissociation: prophylaxis, diagnosis, correction, rehabilitation]. Irkutsk, Baikal State University of Economics and Law Publ., 2014. 290 p.
20. Karelin A. M. *Bol'shaya entsiklopediya psikhologicheskikh testov* [Great Encyclopedia of Psychological Tests]. Moscow, Eksmo Publ., 2007. 416 p.
21. Malkina-Pykh I. G. *Psikhosomatika: Spravochnik prakticheskogo psikhologa* [Psychosomatics: Reference book of practical psychologist]. Moscow, Eksmo Publ., 2005. 992 p.

### Информация об авторах

*Лутощлива Екатерина Станиславовна* — кандидат педагогических наук, доцент, базовая кафедра медицинской психологии, Иркутский государственный университет, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека», 664003, г. Иркутск, ул. К. Маркса, 1; кафедра социологии и психологии, Байкальский государственный университет, 664003, г. Иркутск, ул. Ленина, 11, e-mail: eka3676@yandex.ru.

*Воробьева Екатерина Сергеевна* — магистрант, факультет психологии, Иркутский государственный университет, 664003, г. Иркутск, ул. К. Маркса, 1, e-mail: vorobjeva.caterina2016@yandex.ru.

*Турганова Гульнара Эрмаматовна* — старший преподаватель, кафедра социологии и психологии, Байкальский государственный университет, 664003, г. Иркутск, ул. Ленина, 11, e-mail: turganova07@ya.ru.

### Authors

*Ekaterina S. Lutoshliva* — PhD in Pedagogy, Associate Professor, Basic Chair of Medical Psychology, Irkutsk State University, Federal State Budgetary Scientific Institution “Research Center for Family Health Issues and Human Reproduction”, 1 K. Marx St., 664003, Irkutsk; Chair of Sociology and Psychology, Baikal State University, 11 Lenin St., 664003, Irkutsk, e-mail: eka3676@yandex.ru.

*Ekaterina S. Vorobyeva* — Master Degree Student, Chair of Psychology, Irkutsk State University, 1 K. Marx St., 664003, Irkutsk, e-mail: vorobjeva.caterina2016@yandex.ru.

*Gulnara E. Turganova* — Senior Lecturer, Chair of Sociology and Psychology, Baikal State University, 11 Lenin St., 664003, Irkutsk, e-mail: turganova07@ya.ru.

### Для цитирования

Лутощлива Е. С. Особенности депрессивного состояния онкобольных на разных стадиях заболевания / Е. С. Лутощлива, Е. С. Воробьева, Г. Э. Турганова // *Baikal Research Journal*. — 2018. — Т. 9, № 4. — DOI: 10.17150/2411-6262.2018.9(4).8.

### For Citation

Lutoshliva E. S., Vorobyeva E. S., Turganova G. E. Features of Depressed Mood of Cancer Patients at Different Stages of the Disease. *Baikal Research Journal*, 2018, vol. 9, no. 4. DOI: 10.17150/2411-6262.2018.9(4).8. (In Russian).