



Title	デモラリゼーションに関する研究の動向
Author(s)	森田, 敬史
Citation	生老病死の行動科学. 2006, 11, p. 95-110
Version Type	VoR
URL	<a href="https://doi.org/10.18910/5122">https://doi.org/10.18910/5122</a>
rights	
Note	

*The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA*

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

# デモラリゼーションに関する研究の動向

## A review on research for demoralization

(大阪大学大学院人間科学研究科博士後期課程) 森 田 敬 史

### Abstract

This article reviews demoralization which is proposed that hopelessness, loss of meaning, and existential distress are the core features of the diagnostic category of demoralization syndrome. This syndrome can be differentiated from depression. It is associated with bodily disfigurement, disability, age, dependency on others, perception of loss of dignity, social isolation, and desire for death. However, it is difficult to say that the diagnosis standard concerning demoralization has been established under the present situation. Therefore, it is thought that the situation in which some patients suffer can be improved very much by evaluating the demoralization syndrome as a formal diagnosis category. To alleviate the distress caused by this syndrome, a treatment approach in Japan will have to be established.

Key word: demoralization, existential distress, depression, hopelessness, spirituality

### I はじめに

実存的絶望、スピリチュアルな無気力、無意味、意気消沈、無感動のような状態は、容易に抑うつと混同される、人生に対する思いやりのない態度として何世紀もの間認識されていた (Cohen, Mount, Tomas, & Mount, 1996 ; Fehring, Miller, & Shaw, 1997 ; Finlay-Jones, 1983 ; Weisman & Worden, 1976 ; Ziegler, 1998)。そのような根源的な痛みやスピリチュアルな苦悩 (spiritual distress) の状態は、意味づけや希望の障害として概念化されてきた (Kissane, Clarke, & Street, 2001)。しかし、特に緩和ケア病棟において、医療モデルでは一般的に見落とされていたこの苦痛をカテゴライズするために、デモラリゼーション (demoralization) という単一の構成概念が有効であると考えられた。デモラリゼーションは、医学的あるいは精神医学的に疾病がある段階で一般的に認められて、実存的苦痛、絶望、無力感、そして人生の意味や目的の喪失として経験される (Clarke & Kissane, 2002)。

そこで本論では、先行研究を概観し、わが国の精神医学分野におけるデモラリゼーションという概念の位置づけを提言したい。

### II デモラリゼーションとは

19世紀や20世紀初頭の実存主義哲学者に続いて、実存主義精神科医や心理学者は、不安、抑うつ、そして患者のこれらの実存的危機に対する恐怖の関係をベースにした心理療法を念入りに作り上げた (Frankl, 1963 ; Yalom, 1980)。ここ10年間の心身医学の研究では、実存的危機が心や魂だけではなく、身体にも影響するかどうかを明らかにすることで、さらにこの理解が広まった (Griffith & Gaby, 2005)。

精神障害であると強く実証されたと信じられた苦痛の症候群を一般的に感情的苦痛と関係が

あるが、どんな精神障害とも特定できないと示す考え (Dohrenwend, Shrout, Egri, & Mendelsohn, 1980) が強調されるようになり、デモラリゼーションという概念が生じたと思われる。

このデモラリゼーションについて、Macquarie dictionary (1991) では、'デモラライズ (demoralize)' 'が'ある人に魂、勇気、あるいは自制を与えないこと、欠点や疾患の状態に陥れること'と定義され、これは精神医学ケアを受けている多くの患者に確かに表現されていると言われている (Clarke & Kissane, 2002)。

精神医学の文献では、デモラリゼーションは、不快な、悲惨な個人的失敗の感情、および欠点を包含する診断基準に従って、過去及び未来の継続する連続性における喪失と定義されたり (Mangelli, Fava, Grandi, Grassi, Ottolini, Porcelli, Rafanelli, Rigatelli, & Sonino, 2005)、ストレスフルな状況に効果的に対処することができないと自己知覚したり (無能力感) (Klein, Gittelman, Quitkin, & Rifkin, 1980)、'非特異性の'苦痛 (Dohrenwend et al., 1980 ; Wenger, 1992)、あるいはこれらが合わさったもの (de Figueiredo, 1993) と、様々にみなされている。しかし、Griffith & Gaby (2005) は、デモラリゼーションについて全人類が経験すると見なされるぐらい、一般的に起こるものであるとも示唆している。そのような中、デモラリゼーションの概念は非常に重要であるものと捉えられるようになってきた (Clarke & Kissane, 2002)。

デモラリゼーション症候群 (意気消沈症候群) の中核となる、あるいは本質的な特徴は絶望であり、目的や意味を失った実存的苦痛であり、悲観であり、無力であり、そして孤立の状態である (Kissane et al., 2001)。その主要な要素の一つとして挙げられている絶望をみていくと、心身医学の第一人者の一人である Engel (1967) は彼が「giving up-given up complex」と呼んだ医学的に疾患とする状態と認識し、この特徴とデモラリゼーションは類似的な要素をもつとしている (Clarke, Mackinnon, Smith, McKenzie, & Herrman, 2000 ; Kissane et al., 2001)。これは落胆の状態、対処できないとする感情の状態であり、絶望や無力によって特徴づけられた。さらに、この絶望は、身体疾患や精神疾患の不幸な結果、さらに重要な自殺観念や自殺願望と関連があるとされている (Clarke & Kissane, 2002)。

心身医学の理論的枠組みでは、Schmale (1972) は「あきらめ」を身体的疾患に至らしめる共通の過程であると強調した。病気が健康かの最後の共通的な道筋として「あきらめ」の概念を確立することで、デモラリゼーションを期待に応えられなくなったり、困難な状況に対処することができなくなったりすることで、無力感を感じたり絶望感を感じたり、あるいはあきらめたりすることになる長期の自覚症状として特徴を述べた (Schmale, 1972)。さらに、デモラリゼーションの診断基準を満たすために、他の精神障害がなく医学的障害が伴う、この感情状態が少なくとも一ヶ月間持続している必要があると提案した。

ほぼ同じころに、Gruenberg (1967) は長きにわたって精神障害を患っている患者のデモラリゼーションを述べるために、「social breakdown syndrome」という言葉をつくった。このことは、「施設化」として知られる慢性的に入院させる状態に注意をあてることになった (Kissane et al., 2001)。

一方では、Frank (1974) は心理療法がうまくいく重大な側面としてモラルの回復を説明した。彼はデモラリゼーションを無気力、孤立、絶望の感情に関係するストレスに持続的に対処できないこととして概念化した。生きることに重大な意味づけをおこなっている Frankl (1959) の認識から疑いなく影響を受けているため、Frank (1974) は治療をすすめるために

希望を高めることが重要であると強調した。そして、Frank (1974) はデモラリゼーションのことを、継続的に内的あるいは外的に生じた、ある人や近い人が対処することに期待するようなストレスに対処できないことから生じるものであり、どんな人にも表出される可能性があるわけではないが、その特性は無気力感、疎外感、そして絶望感であるとし、精神症状を呈するたいていの患者が治療を探し求めておらず、そう言う人のことを‘意気消沈した (demoralized)’ 状態であることに気付くとしている。

意気消沈した (demoralized) 多くの人々は他者を遠ざけ、孤立してしまう (Kissane et al., 2001)。だいたい、意気消沈した (demoralized) 患者が次のように言っているのを聞くことができる。「もはやこれ以上、見通しがたたない。こんなことを続けていく理由が見当たらない。」などである (Kissane, Street, & Nithchke, 1998)。こんな患者は死を望んでおり、満足感や達成感に満ちた生というものを知覚することができず、一般的に高齢者にみられるように辛抱強く自分たちの死をまつ (Kissane et al., 2001)。もっと正確に言えば、表面に現れないような微妙な苦痛でも自分の生に対して無意味で早く終わらせてしまいたいと考えようになり、意気消沈した (demoralized) 患者は死を望むことも我慢できなく、自滅的な考えが大きくなる (Kissane et al., 2001)。意気消沈した (demoralized) 人々の認知状態は、否定的に方向付け、悲観的な考えが支配し、世界が白か黒かという見方しかできなくなる考えを含んでしまうため、差し迫った自殺の危険を合図するような苦痛である強い不安を軽減しようと、時折自暴自棄へと走らせる (Kissane et al., 2001)。しかし、そのような患者は抑うつ的ではないため、臨床医にはその患者の人生に対する慈悲深い結末として、理性的に自殺を選択しているのだらうと見受けられるかもしれない (Kissane et al., 2001)。

Frank (1974) によって説明されたデモラリゼーションは、無力感、絶望感、無意味感、主観的無能感、そして自尊感情の低下などが関連した感情がそろい、継続して対処することができないこととして経験される (Clarke & Kissane, 2002)。さらに、Griffith & Gaby (2005) によれば、絶望、無力感に加えて、疾病や治療によって影響を受ける時に、多くの患者が経験する孤立感なども含まれると言及している。個人の状況が衰退していることを考えると、定義できる特徴であり有効である療法であるが、臨床場面では認識されず、分かりやすく合理的なものとしては扱われていない (Clarke & Kissane, 2002 ; Kissane et al., 2001)。しかしながら、Clarke & Kissane (2002) は、単なる非特異性の苦痛ではなく、精神疾患や身体疾患で苦しむ、特に生命や存在の完全性が脅かされた際に、患者に起こる実存的苦痛として明確に定義された症候群であると主張している。

さらに重要なことに、ある人の全体世界についての感情あるいは前提—Jaspers (1972) が環境世界と名づけたもの—は、基本的に自尊心や社会的絆によって決まる (Kissane et al., 2001)。その人の環境世界の乱れが主観的な無力感についての苦痛として生じると、デモラリゼーションを突然引き起こすかもしれない (Kissane et al., 2001)。他者に期待されなくなると、自尊感情 (自尊心) はダメージを受け、生きることにに対する意味や意義が消失し、精神異常が出現するかもしれない (Kissane et al., 2001)。自尊感情が傷つけられ、他者の期待に背くため、拒絶されたと感じ、人生の意味や意義に価値をおいている他者との絆から生じる限りにおいて、疎外感は人生の無意味さ感の原因となる (Frank, 1974)。

疫学的研究では、これを一般成人の非特異的な心理的苦痛のタイプと認識されており、同一視される項目群はデモラリゼーションを現実に表示していると主張している (Dohrenwend

et al., 1980)。

de Figueiredo (1993) は適切な未来への方向付けについての不確かさから生じるため、デモラリゼーションの中核となる特徴は無力感であると主張している。達成感（マスタリー）や統制の所在（ローカス・オブ・コントロール）、自己効力感そして学習性無気力などのような概念は主観的な無力感と交わる部分がある（Kissane et al., 2001）。

絶望や無力は、罨にはまったと感じたり、あるいは何をすべきか分からない経験から生じ、しばしばそれらは疎外や社会的孤立のような状況で発生する（Kissane et al., 2001）。この症候群の中の実存的苦痛は、関係性、さらに掘り下げると自分は一体何者かということに関する様々な感情の喪失を含んだ、生に対する目的や意味づけの喪失と関連した失望や苦悩である（Kissane et al., 2001）。デモラリゼーションは、実存的苦痛の一つの表出である（Kissane, Wein, Love, Lee, Kee, & Clarke, 2004）。

さらに、デモラリゼーションは、適応障害や他の病理学状態と識別されるべきであり（Slavney, 1999）、確立された記述的および予測的妥当性がある重要な構成概念であるため、精神医学学術用語の中に設立する必要性があるとも言及されている（Clarke & Kissane, 2002）。また、デモラリゼーションの概念は、重要な臨床的症候群を区別し、医学的疾患に共通してみられる苦痛症候群を分類するほど重要なものである（Clarke, Smith, Dowe, & McKenzie, 2003）ため、さらなる研究により、これらの概念に関する妥当性や有用性を探究する必要があると考えられる。

### Ⅲ デモラリゼーションと抑うつとの差異

構成概念としてデモラリゼーションを妥当なものにするためには、一般的に重要な作業は抑うつと識別することである（Clarke & Kissane, 2002）。

睡眠や食欲、そしてエネルギーを乱したり、あるいは自殺さえ考えたりするという点で共通しているため、デモラリゼーションは一般的には抑うつと混同される（Griffith & Gaby, 2005）。しかしながら、デモラリゼーション症候群の人々は（現在において）自己完結的な楽しみをし、将来的な楽しみを制限しようかどうか混乱するが、抑うつ症状の人々はその両方の楽しみを消しているということを認識することで、デモラリゼーションと抑うつとの区別がなされている（de Figueiredo, 1993 ; Klein et al., 1980）。後者の中核をなす特徴は無快感症であり、これは諸活動に対する楽しみや興味の喪失である（Snaith, 1987）。抑うつ症状の人は、一般的に楽しみを経験する能力を失う一方で、意気消沈した（demoralized）人は、楽しい予期を非常に心待ちにすることができないが、その時点では笑ったり楽しんだりするかもしれない（Clarke & Kissane, 2002）。意気消沈した（demoralized）人は、何をしたら良いのか分からず、無力感や無能力感を感じるにより行動において抑制した感情をもつが、抑うつ症状の人は、行動の適切な方向性を知っているにもかかわらず、モチベーションや動因が失われている（Clarke & Kissane, 2002）。これは、プライマリーケアの場において、苦痛を感じる患者の調査によって確認されている（Gutkovich, Rosenthal, Galynker, Muran, Batchelder, & Itskhoki, 1999）。ここでは、'苦痛を感じる'状態において快楽能力が持続するが、抑うつ状態の患者においてそれは持続しないことを示している。疾患をもつ患者において精神疾患の罹患率に関する研究では、潜在的症候群の探索的分析でデモラリゼーションと無快感症の次元が分離することを示している（Clarke et al., 2000 ; Clarke et al., 2003）。この区別は臨床的に

特に有用であり、デモラリゼーション・シンドロームの記述的妥当性に対して、幸福感よりもむしろ絶望感が重大な要素となることを強調し、興味や楽しみの喪失は重大な決定要素ではなく、うつ病と区別される (Kissane et al., 2001)。

また、不幸な経験を中断させることは、急速に楽しみを感じたり希望をもったりする能力に回復させるという点で、気分の敏感さは通常保護されるため、大うつ病発作とは異なっているとされる (Griffith & Gaby, 2005)。大うつ病とデモラリゼーションはがん患者にみられる非常に一般的なものである (Angelino & Treisman, 2001) が、デモラリゼーション症候群は抑うつの前兆である一方で、大うつ病に関する正式な診断基準に適合さえしなくなり (APA, 1994)、今日の医学界では積極的な介入を遠ざけてしまう (Kissane et al., 2001)。

そこで実証的研究から、この区別を明らかにできるかどうかをみていくことにする。

まず、疾患をもった多数のオーストラリア人を対象にした研究 (Clarke et al., 2000) では、包括的な症状リストの探索的因子分析を行うことで確証されている。がん患者を含んだ、深刻な疾患を患っている入院患者にインタビューを行った結果、無快感的な抑うつ、デモラリゼーション、そして悲嘆が完全に違う次元に分けられている。

そして、デモラリゼーションと大うつ病の表出を評価することを目的とした Mangelli et al. (2005) の研究では、通院患者807名を対象にした半構造化面接を用いて、DSM-IV (APA, 1994) と DCPR (Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research) の評価基準によって評価されている。その結果、デモラリゼーションは245名 (30.4%) の患者で特定されたが、大うつ病は135名 (16.7%) の患者が表出していた。二つの診断の間には、かなりのオーバーラップがあったが、大うつ病が認められた59名 (43.7%) の患者は、デモラリゼーションとは分類されなかった。さらに、デモラリゼーションが認められた169名 (69.0%) の患者は大うつ病の評価基準を満たしていなかった。

デモラリゼーションはまた、抗うつ剤を処方されても、一般にきちんとした改善がみられないと言う点で抑うつとは異なる (Griffith & Gaby, 2005)。プライマリーケアの内科医や精神科医の両者がしばしば最初に患者の苦痛に対して錠剤を処方することで応える時代において、これは重要な相違であり、デモラリゼーションは、むしろ身体的、あるいは感情的ストレスを改善したり、患者のストレスに対する回復力を高めたりすることによって、最も対抗することができる (Griffith & Gaby, 2005)。

ストレスフルな生活出来事を比較することを目的とした急性冠状動脈性心臓病 (CHD) が確認された入院患者97名と、社会人口学的変数をマッチングした健常者97名を対象にした Rafanelli, Roncuzzi, Milaneschi, Tomba, Colistro, Pancaldi, & Di Pasquale (2005) の調査では、CHD を呈する患者は、コントロール群よりも多くの生活出来事を報告していた ( $p < .001$ )。患者の30%は、大うつ病症状で苦しんでいることが示され、患者の9%は軽い抑うつで、20%がデモラリゼーションで苦しんでいた。大うつ病とデモラリゼーションの間で重複する部分があったが (12%)、大うつ病が認められた患者の17%はデモラリゼーションとは分類されなかった。さらに、デモラリゼーションが認められた患者の7%には大うつ病の基準を満たしていなかった。気分障害に関係なく、患者には、コントロール群よりも生活出来事の平均数が多かった ( $p < .001$ )。

さらに、身体的側面および心理社会的側面を測定した結果に基づいて、運動ニューロン疾患 (MND) 患者126名と転移性がん患者125名の比較をした研究 (Clarke, McLeod, Smith,

Trauer, & Kissane, 2005) では、Beck のうつ尺度スコアは両グループにおいて同様の結果がみられたが、MND 患者はデモラリゼーション、絶望、そして自殺念慮のスコアが有意に高かった。その一方、がん患者においては、無快感症の得点が有意に高かった。抑うつ<sup>1</sup>の質におけるこれらの差異は、二つのグループの疾患の差異を表しており、医学的に抑うつを治療する方法に対する関連性を見出したと示唆されている (Clarke et al., 2005)。

がん専門医が肺がん患者群を対象に抑うつ<sup>1</sup>の評価を探索した同じような実証的研究では、がん専門医は悲しみや涙もろさを認識しているが、無快感症を評価できなかったため抑うつ<sup>1</sup>を見落としていると明らかにされている (Passik, Dugan, McDonald, Rosenfeld, Theobald, & Edgerton, 1998)。苦痛の症状を共有するが、デモラリゼーションは主観的無能力感や無力感、抑うつ<sup>1</sup>は無快感症によって区別される (Clarke & Kissane, 2002)。

最後に、末期患者に関する研究 (Chochinov, Wilson, Enns, & Lander, 1998) では、抑うつ<sup>1</sup>の程度を調べ、抑うつ<sup>1</sup>のレベルを統制したときに絶望が比類無く自殺念慮に寄与すると明らかにしている。Owen Tennant, Levi, & Jones (1992) はがん患者における絶望と自殺行為の関連性を確証し、一方で HIV 感染患者に対して同じように示唆している研究 (Breitbart, Rosenfeld, & Passik, 1996) もある。さらに疾患の末期のいたところで、死への願望を引き起こす精神的な動揺がおこることを表している研究 (Chochinov, Tataryn, Clinch, & Dudgeon, 1999) があり、これは疾患を患っているさなかに、患者が安楽死を考えたり死を早める願望の意味を考えたりする上で重要な報告である (Kissane et al., 2001)。すなわち、抑うつ<sup>1</sup>とデモラリゼーションの区別の妥当性はさらに絶望や抑うつ<sup>1</sup>と区別をつけて関連がある自殺観念、死への願望を示すことによって支持される (Clarke & Kissane, 2002)。

上記の研究は、デモラリゼーションと抑うつ<sup>1</sup>を分ける妥当性を指し示す (Kissane et al., 2001)。しかしながら、一般的には、治療が施されていないデモラリゼーションは臨床的な抑うつ<sup>1</sup>に進展するため、これら二つの状態には重大な関係があるように思える (Kissane et al., 2001)。

実際、プライマリーケアにおけるロシア系ユダヤ人移住者57名を対象に、心理的苦痛と抑うつ<sup>1</sup>のレベルを調査することを目的とした研究では、82.5%が心理的苦痛を経験し、43.9%は臨床的に重大なうつ<sup>1</sup>症状を呈しており、苦痛の状態は現象論的にはデモラリゼーションと似通っていると示した (Gutkovich et al., 1999)。また、心理療法の患者が最も頻度が高い症状である不安や抑うつ<sup>1</sup>は、デモラリゼーションの端的な表現 (Frank, 1974) であるとする知見や、諸外国において、安楽死あるいは医師による自殺幫助に関する法律制定がみられる中で、抑うつ<sup>1</sup>にもっぱら焦点が当てられているため、デモラリゼーションと理解されている状態で苦しんでいる患者グループが見過ごされていると思われる (Kissane et al., 2001) 報告から、この区別に関しては慎重かつ早急な診断およびさらなる研究の知見が求められるべきであろう。

そういった意味で、臨床的知見の蓄積とともに、その特性や程度を把握する自己記入式の測度による実証的研究を実施していく必要があると思われる。それに大いに役立つと予想される測定尺度として、デモラリゼーション・スケール (DS) がある (Kissane et al., 2004)。Kissane et al. (2004) は、がん患者100名を対象に DS の開発および検証を実施した。その結果、高い内的整合性を示した「意味の喪失」、「不快 (情緒不安定)」、「落胆 (気落ち)」、「無力感」、「挫折感」という5因子24項目を抽出した。さらに、McGill Quality of Life Scale, Patient Health Questionnaire, Beck Depression Inventory, Beck Hopelessness Scale, Hunter

Opinions and Personal Expectations Scale, そして Schedule of Attitudes toward Hastened Death の関連性から、収束的妥当性を示していた。また、大うつ病の診断としての DSM-IV (APA, 1994) の分類に適合しない患者群が高いデモラリゼーションを示していたことで、弁別的妥当性が確認されている。

今後は、この尺度を用いた研究を蓄積することで、デモラリゼーションに対する介入による変化を測定し、確証的妥当性を確認する必要がある。

#### IV デモラリゼーションの診断基準

DSM-IV (APA, 1994) や ICD-10 (WHO, 1993) の診断システムが精神医学診断の信頼性を改善している一方で、特に医療の場で、不快な状態や範囲を網羅するのが不十分であり (Kendler & Gardner, 1998)、特に健康状態に影響を及ぼす身体表現性障害や心理的要因に関する部分を強調すべきであると言及されていた (Clarke et al., 2003 ; Fava, Mangelli, & Ruini, 2001)。身体化 (somatization) の精神医学的評価は現在、DSM 評価基準に基づいている (Porcelli, De Carne, & Fava, 2000)。そのような中、コンサルテーション・リエゾン精神医学にとって、精神障害の最新分類では限界があるとし、Fava, Freyberger, Bech, Christodoulou, Sensky, Theorell, & Wise (1995) はデモラリゼーションを含めた12のカテゴリーを診断基準にすべきであると提案した。そして、患者の心理的苦痛を査定するための操作可能なツールとして、過去数十年の精神治療学研究から得られた臨床の洞察に基づいた診断評価基準が開発された (Fava et al., 2001)。それは、「無感情症」、「タイプ A 行動」、「イライラした気分状態」、「デモラリゼーション」、「病気恐怖症」、「死恐怖症」、「健康不安」、「疾患否定」、「精神障害に続く機能的身体症状」、「持続的な身体化 (somatization)」、「転換症状」、「記念日反応」を包含する DCPR として設定された (Fava et al., 2001)。

心臓移植された患者の中で心理学的問題が予想される集団における DSM-IV (APA, 1994) と新しい評価基準である DCPR を比較することを目的とした研究 (Grandi, Fabbri, Tossani, Mangelli, Branzi, & Magelli, 2001) において、対象となった心臓移植手術を受けた患者129名のうち、少なくとも一つの DCPR 診断が85名 (66%) の患者で見つけられたが、少なくとも一つの DSM 診断がみられたのは23名 (18%) の患者であり、ほぼ三倍の診断数であった。さらに、DSM 診断が認められた患者がしばしばさらなる DCPR 診断を持っていた一方、DCPR 評価基準をもっている多くの患者はどの DSM 評価基準も満たしていなかった。また、「デモラリゼーション」、「タイプ A 行動」、「イライラした気分」、および「無感情症」の4つの DCPR 症候群が特に頻繁しているようであった。これより、DSM と DCPR 評価基準の共同使用は、心臓を移植された患者の QOL の悪化をもたらす心理的要因の識別を改善できることを明らかにしている (Grandi et al., 2001)。

乳がん患者105名を対象にした、DCPR と心理社会的な変数の関連性をみた研究において、40名 (38.1%) は少なくとも一つの DCPR 症候群の評価基準を満たす兆候をもち、30名 (28.6%) には、一つ以上の DCPR 症候群が認められた (Grassi, Rossi, Sabato, Cruciani, & Zambelli, 2004)。その DCPR について、「健康不安」、「デモラリゼーション」、および「無感情症」は、最も頻繁にみられると言及し、DCPR 症候群と診断された患者は、DCPR 診断のない患者より、がんに関連する心配が高いレベルであり、QOL が低いとされている。さらに、DCPR の下位尺度である「デモラリゼーション」と Mini-Mental Adjustment to Cancer



(Mini-MAC) の下位尺度である「絶望」との間に高い相関があり、乳がん患者における DCPR の有用性を明らかにしている。また、がん患者への適用において、DSM-IV (APA, 1994) と DCPR を比較することを目的とした研究 (Grassi, Sabato, Rossi, Biancosino, & Marmai, 2005) において、がん患者146名に対して半構造化面接を実施した結果、104名の患者 (71.2%) が少なくとも一つの DCPR 症候群の評価基準を満たす症状を呈していた一方で、65名の患者 (44.5%) が DSM-IV (APA, 1994) 診断基準を満たしていた。Grassi et al. (2004) と同様に、DCPR の「健康不安 (37.7%)」、「デモラリゼーション (28.8%)」、および「無感情症 (26.0%)」の3つの次元が他のものに比べて、頻出していた (Grassi et al., 2005)。さらに、「デモラリゼーション」、「無感情症」、「疾患否定」、および「タイプ A 行動」という4つの DCPR 症候群が特に一般的であったことから、DCPR システムは DSM-IV (APA, 1994) 単体では特定されない心理状態を調査する際に、腫瘍学で役に立つということが明らかにされ、患者の心理的苦痛の査定と記述において、有用な、信頼性のあるアプローチであると思われる (Galeazzi, Ferrari, Mackinnon, & Rigatelli, 2004)。

また、一般的な大学病院の入院患者100名を対象にした研究 (Galeazzi et al., 2004) では、ICD-10 (WHO, 1993) の診断カテゴリーと DCPR との関係を調査した結果、ICD-10 (WHO, 1993) 診断 (75%) より多くの患者が DCPR (87%) の一つあるいはそれ以上の評価基準を満たした。

内分泌腺患者146名 (男性31名女性115名・平均年齢39.4±12.5歳) を対象に、精神医学的 (DSM-IV のために構造化された臨床面接) と DCPR 診断を査定する半構造化面接、および患者自身の QOL 評定のために自記式質問紙が実施された結果、118名 (81%) の患者が、少なくとも一つの精神医学的 (DSM-IV)、あるいは心理学的 (DCPR) 診断が提示された (Sonino, Navarrini, Ruini, Ottolini, Paoletta, Fallo, Boscaro, & Fava, 2004)。全般的にみられた最も頻繁な診断結果は、不安障害 (29%)、大うつ病 (26%)、「イライラした気分状態 (46%)」、「デモラリゼーション (34%)」、および「持続的な身体化 (somatization) (21%)」であった (Sonino et al., 2004)。

少なくとも一つの DSM-IV (APA, 1994) か DCPR 診断があった患者の方が何もなかった患者より、有意にストレスフルな生活事件、心理学的苦痛、および QOL の低下が報告された (Sonino et al., 2004)。

機能的消化器疾患 (FGID) 患者で心理学的問題が予想される集団に対して、DSM-IV (APA, 1994) と新しい評価基準である DCPR を比較することを目的とした研究 (Porcelli et al., 2000) において、12の DCPR 診断の数は DSM 診断のほとんど二倍であった。DSM 診断が認められた患者は頻繁にさらなる DCPR 診断が認められる一方で、DCPR 症候群をもっている多くの患者はどんな DSM 評価基準も満たしていなかった。ここでも、「無感情症」、「持続的な身体化 (somatization)」、「精神障害に続く機能的身体症状」、「デモラリゼーション」の4つの DCPR 症候群が、特に頻繁に出現し、すべての診断の四分の三を占めていることが示された。

心筋梗塞の初期症状の患者92名を対象にした研究では、DSM-IV (APA, 1994) の診断数より DCPR の診断数の方が多く、少なくとも一つの DCPR 診断が対象者全員にみられたのに対し、少なくとも一つの DSM-IV (APA, 1994) 診断がみられたのは、患者の46%であった (Ottolini, Modena, & Rigatelli, 2005)。さらに、この研究の知見より、「イライラした気分状

態」、「デモラリゼーション」を含めたうつ気分、不安や不眠症を示す患者に対しては、冠動脈疾患に発展している危険性があると警告している (Ottolini et al., 2005)。

地域住民の中での DCPR の割合と、これらの症候群と心理社会的変数の関係を評価するために、一般住民347名を対象にした研究において、DCPR 症候群が59%の対象者にみられ、DCPR 症候群がない対象者よりもストレスや苦痛が高く、well-being が低かった (Mangelli, Semprini, Sirri, Fava, & Sonino, 2006)。さらに、「無感情症」、「タイプ A 行動」、「イライラした気分状態」のような DCPR 症候群がしばしばみられ、これらは QOL の低下と関連があると結論づけられている。「デモラリゼーション」や「持続的な身体化 (somatization)」のような他の症候群については、疾患を患っている人々には頻繁に見受けられたが、この集団には稀であった (Mangelli et al., 2006)。

心理的苦痛はしばしば皮膚疾患において報告されるため、様々な皮膚状態で入院している患者539名を対象に DSM-IV (APA, 1994) と DCPR 診断をするため、構造化面接で評価した研究 (Picardi, Porcelli, Pasquini, Fassone, Mazzotti, Lega, Ramieri, Sagoni, Abeni, Tiago, & Fava, 2006) において、DSM-IV (APA, 1994) の出現割合は38% (大抵は、抑うつ障害と不安障害であった) であり、DCPR は48%であった (大抵は、「デモラリゼーション」や「精神障害に続く機能的身体症状」であった)。

総じて、精神障害があろうがなかろうが、DCPR 診断の方が DSM-IV (APA, 1994) カテゴリーより頻出しているため、DSM や DCPR 評価基準の組み合わせによって得られた調査結果は、有用であるとし、心身医学やコンサルテーション・リエゾン精神医学に新たな機会を提供するかもしれないとされている (Fava et al., 2001)。さらに、心理的問題を適切に評価し認識すれば、これらの患者の健康状態は改善されるだろう (Picardi et al., 2006)。

## V デモラリゼーションの関連要因

デモラリゼーションとの関係性が見いだされている変数が多数存在している。身体的欠点 (Kissane et al., 1998)、身体障害 (Singer & Yovanoff, 1993)、高年齢 (Gurland & Toner, 1982 ; Coleman, 1995)、他者への依存性 (Gurland & Toner, 1982 ; Coleman, 1995)、尊厳の喪失の知覚あるいは恐れ (Page & Cole, 1992)、社会的孤立 (Kissane & Kelly, 2000)、そして死への願望あるいは積極的自殺行為 (Chochinov et al., 1998 ; Owen et al., 1992; Breitbart et al., 1996) などが挙げられている。

例えば、体のイメージを変えてしまう美観消失や身体障害は一般的に、デモラリゼーション症候群の特徴と関係し、尊厳を喪失することへの恐れは、増加するかもしれない (Kissane et al., 2001)。また、身体に障害がある子どもを世話する両親のモラルを調査するためにメタ分析を行った研究 (Singer & Yovanoff, 1993) では、デモラリゼーションが一般対象群に比べて二倍の割合でみられたと結論づけている。身体に障害がある人に加えて、高齢者もデモラリゼーション研究の対象グループとされている (Kissane et al., 2001)。Gurland & Toner (1982) は、高齢者におけるデモラリゼーションの割合は抑うつよりも少なくとも二倍の割合でみられるのではないかと示唆している。また、耳が聞こえにくくなるような身体的健康の衰え (生理的老化) は、意味の喪失や希望の減少と関係があるとされる (Coleman, 1995)。エリクソンが人生における最後の発達課題として提唱した回復力は個人の全体性から生じるものである (Erikson, Erikson, & Kivnick, 1986)。つまり生きている人生を容認することや、人

間にみられる自己中心的な観点から超越的な興味に移行することにより、死に対する恐れを気にしなくなるとも考えられている (Kissane et al., 2001)。一方で、孤立したり、ソーシャルサポート (社会的支援) が欠乏していたり、価値あるものとして自身をみることができなくなる人々は大いに意味を喪失し意気消沈してしまう危険性が高くなるように思える (Kissane et al., 2001)。老人ホームなどの施設に入所することで依存性が生じ、さらなる困難を引き起こしてしまう可能性が考えられる。実際、入所者だけではなく、その配偶者や子どもたちも老人ホームの入所に関連した介護役割という状況でデモラリゼーションは高められるという報告もある (Grau, Teresi, & Chandler, 1993)。

また、無気力や無力感のため、デモラリゼーション症候群の人々は死を望むようになり、自殺を行おうとする (Kissane et al., 2001)。末期のがん患者を対象とした、死期を早めたいという願望にどのような要因が関連しているかを調査した探索的研究 (Kelly, Burnett, Pelusi, Badger, Varghese, & Robertson, 2002) において、ホスピスおよび在宅緩和ケア患者72名を対象に半構造化面接を行った結果、抽出された主なテーマにより、死にたいという願望を高くもっている患者は身体的症状や心理的苦痛を心配し、自分たちが他者の重荷になっていると知覚し、高いレベルのデモラリゼーションを経験していることが示唆された。さらに適度に経験している患者あるいは死にたいと望まない患者と比較すると、症状のコントロールについてあまり信用していなかったり、ソーシャルサポートが低かったり、人生に満足していなかったり、宗教的信念が低かったりしていると報告している (Kelly et al., 2002)。どんな状況にあらうとも、意気消沈した (demoralized) 人が、このまま続いていく生に価値を見いだせないという考えを変容しなければならない (Kissane et al., 2001)。

上記以外に、Mohr, Dick, Russo, Pinn, Boudewyn, Likosky, & Goodkin (1999) は、患者の見解からの多発性硬化症 (MS) の心理社会的な効果について調査し、要因分析の結果、「デモラリゼーション」、「有益性の発見」、「悪化した関係」の3つの因子が抽出されたとしている。この Mohr et al. (1999) の研究に倣い、Katz, Flasher, Cacciapaglia, & Nelson (2001) は、がん (N=56)、および狼瘡 (N=31) を患っている患者を対象に調査した結果、Mohr et al. (1999) によって報告されたものと非常に似た3因子構造が示され、「デモラリゼーション」因子のスコアは、すべての気分障害および平均した痛み評定と正の相関が、「有益性の発見」とは負の相関が示された (Katz et al., 2001)。

さらに、米国のハーレム病院とコロンビア・プレスビテリアン・メディカル・センターの胎児期診療所で妊娠している女性が募集され、家計に関して貧困であると報告している女性は他の群の女性より有意に意気消沈していた (demoralized) 女性であった (Wallace, Wallace, & Rauh, 2003)。経済的負担は、主観的健康に悪影響を及ぼすモラルやデモラリゼーションの低下を示す一連の認知や感情の一部であるとも示唆されている (Angel, Frisco, Angel, & Chiriboga, 2003)。

60歳以上のアラブ人およびユダヤ系イスラエル人を対象にした研究 (Shemesh, Kohn, Blumstein, Geraisy, Novikov, & Levav, 2006) では、感情的苦痛は、アラブ人のイスラム教徒が最も高く、次いでアラブ人のキリスト教徒であった。そして、アラブ人高齢者のデモラリゼーション得点が高いのは、現在の急速な社会的変化とともに、少数民族に属していることと関連があるのではないかとしている。

## VI デモラリゼーションの治療法

たいていの人間にとって、疾患は多様な実存的テーマを傷つけ、ある人にとっては無力感が支配し、またある人にとっては絶望感が支配し、さらにある人にとっては無意味さが支配する (Griffith & Gaby, 2005)。異なった実存在的な心構えが結合するとき、デモラリゼーションとはっきり分かるような特徴としてみなされる主観的無能力感が生じ、患者に病気への挑戦を放棄させる (Griffith & Gaby, 2005)。

困難に対する正常な反応であるデモラリゼーションは、精神科医による治療をうけた内科患者および外科患者に共通してみられるものである (Slavney, 1999)。しかし、専門的に正しい DSM-IV (APA, 1994) の診断であるため、精神科医が意気消沈した (demoralized) 人々に対して適応障害の診断を下すべきだと論じるのも無理はない (Kissane et al., 2001)。一方で、内科医の中には、内科治療の予後が芳しくないときに精神医学的な診断がおこなわれるという不名誉に対して了解しない人もいれば、生に対する思いやりのない態度を合理的なものとし、患者の個人的な部分であるスピリチュアルな側面や実存的側面を理解しようとする人もいる (Kissane et al., 2001)。一般的に、臨床医は患者が意気消沈していることを理解するであろうが、「もしあなたがこのような困難な状況にいるなら、あなたではなくなるのではないか？」と批評されるのを聞くしかないため、結果として、意気消沈した (demoralized) 人が援助なしに奮闘しなければならないことになる (Kissane et al., 2001)。デモラリゼーション症候群を正式な診断カテゴリーとして評価することにより、このような状況を大いに改善することができると考えられる。

さらに、ベッドサイドにおける患者に対する心理療法において、実りある方略はどの実存在的な心構えが患者の疾病経験を最も支配しているかを見分けることであり、さらにそれらのテーマに向かって、質問や介入を集中させていくことが求められるのである (Griffith & Gaby, 2005)。

思考の合理性を厳しく強調するよりも心構えや信念が現実的であるかどうかを評価する方が緩和領域では十分である (Kissane et al., 2001)。そのような現実主義はしばしば何かをするというよりも、そこにいるということに重きをおいている (Herth, 1990)。さらに、人の尊厳に関する評価は、過去や貢献に関する知識や人生に付随して生じるものに対して称賛する気持ちを通しながら、何年もの間における価値に基づいている (Cutcliffe, 1995 ; Yalom, 1980)。そのため、人の尊厳に関する話を進めていくためには、その人自身の人生をいかに寄り添いながら、見つめていくことができるかが焦点となる。がん患者には、実際に行われているケアの中で、まだ十分に対処されていないニーズがあるという報告があり (Moadel, Morgan, Fatone, Grennan, Carter, Laruffa, Skummy, & Dutcher, 1999)、このような精神的苦痛の最も深い部分にあるスピリチュアルペイン (Saunders, 1988) という根源的な痛みに対して、緩和ケアは有効に働く (Kearney & Mount, 2000)。そのスピリチュアルペインの軽減は、象徴的な儀式や祈り、瞑想や黙想などを通じて達成できたり (Heyse-Moore, 1996)、しばしば牧師によるケアのサービスを勧めたりすることも有効となる (Kissane et al., 2001)。

以上のことから、デモラリゼーションを治療する際の責務は担当医に責任があるが、コンサルティング精神科医やそれ以外の専門医もまた、正確な診断を行い支持精神療法の過程をすすめていかなければならない (Slavney, 1999)。すなわち、様々な専門家が連携をとっていく中で、一個人としての患者自身を多面的に捉えてケアすることが望まれるのである。

## Ⅶ おわりに

本稿で述べてきたデモラリゼーションという概念は、最近になって特に諸外国の精神医学分野の中で強調されていることが明らかとなった。しかし、わが国における知見はほとんど存在していない。

また、スピリチュアリティ (spirituality) に関する知見が最近特に散見されるようになったが、その大部分において宗教的要素が強調されている。一方で、デモラリゼーションに関しては、一般的にその概念自体を軽視されてきた点では共通しているが、主要素として、絶望、無力感、そして実存的苦痛が挙げられ、宗教的要素があまり強調されていない。そのため、宗教的側面に重きを置かないわが国の精神医学分野へ導入されやすいのではないかと考えられる。また、緩和ケアに重点化されているが、うつ症状が特に問題化されている昨今において、様々な発達段階や生活の場における精神保健上の問題として考えていかなければならない概念であるかもしれない。今後、症候群としての分類上の概念化を行うことにより認識が高められ、最も一般的な臨床現場での多面的な視点の治療に役立てることができるものと考えられる (Kissane et al., 2001 ; Parker, 2004)。

## 引用文献

- American Psychiatric Association 1994 *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th edn. Washington, DC: APA.
- Angel, R. J., Frisco, M., Angel, J. L., & Chiriboga, D. A. 2003 Financial strain and health among elderly Mexican-origin individuals. *Journal of Health and Social Behavior*, 44, 536-551.
- Angelino, A. F., & Treisman, G. J. 2001 Major depression and demoralization in cancer patients : diagnostic and treatment considerations. *Support Care Cancer*, 9, 344-349.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B. D., & Passik, S. D. 1996 Interest in physician-assisted suicide among ambulatory HIV-infected patients. *American Journal of Psychiatry*, 153, 238-242.
- Chochinov, H. M., Wilson, K. G., Enns, M., & Lander, S. 1998 Depression, hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill. *Psychosomatics*, 39, 366-370.
- Chochinov, H. M., Tataryn, D., Clinch, J. J., & Dudgeon, D. 1999 Will to live in the terminally ill. *Lancet*, 354, 816-819.
- Clarke, D. M., & Kissane, D. W. 2002 Demoralization : its phenomenology and importance. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 733-742.
- Clarke, D. M., Mackinnon, A. J., Smith, G. C., McKenzie, D. P., & Herrman, H. E. 2000 Dimensions of psychopathology in the medically ill. A latent trait analysis. *Psychosomatics*, 41, 418-425.
- Clarke, D. M., McLeod, J. E., Smith, G. C., Trauer, T., & Kissane, D. W. 2005 A comparison of psychosocial and physical functioning in patients with motor neurone disease and metastatic cancer. *Journal of Palliative Care*, 21, 173-179.
- Clarke, D. M., Smith, G. C., Dowe, D. L., & McKenzie, D. P. 2003 An empirically-derived taxonomy of common distress syndromes in the medically ill. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 323-330.

- Cohen, S., Mount, B., Tomas, J., & Mount, L. 1996 Existential well-being is an important determinant of quality of life. *Cancer*, 77, 576-586.
- Coleman, P. G. 1995 Facing the challenges of aging : development, coping and meaning in life. In Coupland, J., & Nussbaum, J. F.(Eds.), *Handbook of communication and aging research*. Mahwah: Erlbaum. pp.39-74.
- Cutcliffe, J. R. 1995 How do nurses inspire and instil hope in terminally ill HIV patients? *Journal of Advanced Nursing*, 22, 888-895.
- Delbridge, A., Bernard, J. R. L., Blair, D., Peters, P., & Bulter, S. Eds. 1991 *The Macquarie dictionary*, 2nd edn. Sydney: Macquarie Library.
- Dohrenwend, B. P., Shrout, P. E., Egri, G., & Mendelsohn, F. S. 1980 Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1229-1236.
- Engel, G. L. 1967 A psychological setting of somatic disease : the "giving up-given up complex". *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 60, 553-555.
- Erikson, E. H., Erikson, J. M., & Kivnick, H. Q. 1986 Vital involvement in old age : *The experience of old age in our time*. New York: Norton.
- Fava, G. A., Freyberger, H. J., Bech, P., Christodoulou, G., Sensky, T., Theorell, T., & Wise, T. N. 1995 Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63, 1-8.
- Fava, G. A., Mangelli, L., & Ruini, C. 2001 Assessment of psychological distress in the setting of medical disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 171-175.
- Fehring, R., Miller, J., & Shaw, C. 1997 Spiritual well being, religiosity, hope, depression and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 24, 663-671.
- de Figueiredo, J. M. 1993 Depression and demoralization : phenomenologic differences and research perspectives. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 308-311.
- Finlay-Jones, R. 1983 Disgust with life in general. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 17, 149-152.
- Frank, J. D. 1974 Psychotherapy. The restoration of morale. *American Journal of Psychiatry*, 131, 271-274.
- Frankl, V. E. 1959 *From death—camp to existentialism*. Boston: Beacon Press.
- Frankl, V. E. 1963 *Man's search for meaning*. New York: Simon & Schuster.
- Galeazzi, G. M., Ferrari, S., Mackinnon, A., & Rigatelli, M. 2004 Interrater reliability, prevalence, and relation to ICD-10 diagnoses of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research in consultation-liaison psychiatry patients. *Psychosomatics*, 45, 386-393.
- Grandi, S., Fabbri, S., Tossani, E., Mangelli, L., Branzi, A., & Magelli, C. 2001 Psychological evaluation after cardiac transplantation: the integration of different criteria. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 176-183.
- Grassi, L., Rossi, E., Sabato, S., Cruciani, G., & Zambelli, M. 2004 Diagnostic criteria for psychosomatic research and psychosocial variables in breast cancer patients,

*Psychosomatics*, 45, 483-491.

- Grassi, L., Sabato, S., Rossi, E., Biancosino, B., & Marmai, L. 2005 Use of the diagnostic criteria for psychosomatic research in oncology. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 100-107.
- Grau, L., Teresi, J., & Chandler, B. 1993 Demoralization among sons, daughters, spouses, and other relatives of nursing home residents. *Research on Aging*, 15, 324-345.
- Griffith, J. L., & Gaby, L. 2005 Brief psychotherapy at the bedside: countering demoralization from medical illness. *Psychosomatics*, 46, 109-116.
- Gruenberg, E. M. 1967 The social breakdown syndrome : some origins. *American Journal of Psychiatry*, 123, 1481-1489.
- Gurland, B. J., & Toner, J. A. 1982 Depression in the elderly : a review of recently published studies. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 3, 228-265.
- Gutkovich, Z., Rosenthal, R. N., Galynker, I., Muran, C., Batchelder, S., & Itskhoki, E. 1999 Depression and demoralization among Russian-Jewish immigrants in primary care. *Psychosomatics*, 40, 117-125.
- Herth, K. 1990 Fostering hope in terminally-ill people. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1250-1259.
- Heyse-Moore, L. H. 1996 On spiritual pain in the dying. *Mortality*, 1, 297-315.
- Jaspers, K. 1972 *General psychopathology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Katz, R. C., Flasher, L., Cacciapaglia, H., & Nelson, S. 2001 The psychosocial impact of cancer and lupus: a cross validation study that extends the generality of "benefit-finding" in patients with chronic disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 561-571.
- Kearney, M., & Mount, B. 2000 Spiritual care of the dying patient. In Chochinov, H. M., & Breitbart, W. (Eds), *Handbook of psychiatry in palliative medicine*. New York: Oxford University Press. pp.357-373.
- Kelly, B., Burnett, P., Pelusi, D., Badger, S., Varghese, F., & Robertson, M. 2002 Terminally ill cancer patients' wish to hasten death. *Palliative Medicine*, 16, 339-345.
- Kendler, K. S., & Gardner, C. O. 1998 Boundaries of major depression : an evaluation of DSM-IV criteria. *American Journal of Psychiatry*, 155, 172-177.
- Kissane, D. W., Clarke, D. M., & Street, A. F. 2001 Demoralization syndrome-a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *Journal of Palliative Care*, 17, 12-21.
- Kissane, D. W., & Kelly, B. J. 2000 Demoralisation, depression and desire for death : problems with the Dutch guidelines for euthanasia of the mentally ill. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 325-333.
- Kissane, D. W., Street, A., & Nithchke, P. 1998 Seven deaths in Darwin : case studies under the Rights of the Terminally Ill Act in Northern Territory, Australia. *Lancet*, 352, 1097-1102.
- Kissane, D. W., Wein, S., Love, A., Lee, X. Q., Kee, P. L., & Clarke, D. M. 2004 The demoralization scale : a report of its development and preliminary validation. *Journal of Palliative Care*, 20, 269-276.

- Klein, D. F., Gittelman, R., Quitkin, F., & Rifkin, A. 1980 *Diagnosis and drug treatment of psychiatric disorder: adults and children*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Mangelli, L., Fava, G. A., Grandi, S., Grassi, L., Ottolini, F., Porcelli, P., Rafanelli, C., Rigatelli, M., & Sonino, N. 2005 Assessing Demoralization and Depression in the Setting of Medical Disease. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 391-394.
- Mangelli, L., Semprini, F., Sirri, L., Fava, G. A., & Sonino, N. 2006 Use of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR) in a community sample. *Psychosomatics*, 47, 143-146.
- Moadel, A., Morgan, C., Fatone, A., Grennan, J., Carter, J., Laruffa, G., Skummy, A., & Dutcher, J. 1999 Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psycho-Oncology*, 8, 378-385.
- Mohr, D. C., Dick, L. P., Russo, D., Pinn, J., Boudewyn, A. C., Likosky, W., & Goodkin, D. E. 1999 The psychosocial impact of multiple sclerosis: exploring the patient's perspective. *Health Psychology*, 18, 376-382.
- Ottolini, F., Modena, M. G., & Rigatelli, M. 2005 Prodromal symptoms in myocardial infarction. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 323-327.
- Owen, C., Tennant, C., Levi, J., & Jones, M. 1992 Suicide and euthanasia : patient attitudes in the context of cancer. *Psycho-Oncology*, 1, 79-88.
- Page, R. M., & Cole, G. E. 1992 Demoralization and living alone : outcomes from an urban community study. *Psychological Reports*, 70, 275-280.
- Parker, M. 2004 Medicalizing meaning: demoralization syndrome and the desire to die. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 765-773.
- Passik, S. D., Dugan, W., McDonald, M. V., Rosenfeld, B., Theobald, D. E., & Edgerton, S. 1998 Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 16, 1594-1600.
- Picardi, A., Porcelli, P., Pasquini, P., Fassone, G., Mazzotti, E., Lega, I., Ramieri, L., Sagoni, E., Abeni, D., Tiago, A., & Fava, G. A. 2006 Integration of multiple criteria for psychosomatic assessment of dermatological patients. *Psychosomatics*, 47, 122-128.
- Porcelli, P., De Carne, M., & Fava, G. A. 2000 Assessing somatization in functional gastrointestinal disorders: integration of different criteria. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 198-204.
- Rafanelli, C., Roncuzzi, R., Milaneschi, Y., Tomba, E., Colistro, M. C., Pancaldi, L. G., & Di Pasquale, G. 2005 Stressful life events, depression and demoralization as risk factors for acute coronary heart disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 179-184.
- Saunders, C. 1988 Spiritual pain. *Journal of Palliative Care*, 4, 29-32.
- Schmale, A. H. 1972 Giving up as a final common pathway to changes in health. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 8, 20-40.
- Shemesh, A. A., Kohn, R., Blumstein, T., Geraisy, N., Novikov, I., & Levav, I. 2006 A community study on emotional distress among Arab and Jewish Israelis over the age



- of 60. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 64-76.
- Singer, G. H. S., & Yovanoff, P. 1993 Demoralization in parents of children with disabilities : a meta-analysis. Unpublished manuscript(1992). In Singer, G. H. S., & Powers, L. E.(Eds), *Families, Disability and Empowerment : Active coping skills and strategies for family interventions*. Baltimore: Brookes Publishing. pp.69-71.
- Slavney, P. R. 1999 Diagnosing demoralization in consultation psychiatry. *Psychosomatics*, 40, 325-329.
- Snaith, R. P. 1987 The concepts of mild depression. *British Journal of Psychiatry*, 150, 387-393.
- Sonino, N., Navarrini, C., Ruini, C., Ottolini, F., Paoletta, A., Fallo, F., Boscaro, M., & Fava, G. A. 2004 Persistent psychological distress in patients treated for endocrine disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 78-83.
- Wallace, D., Wallace, R., & Rauh, V. 2003 Community stress, demoralization, and body mass index: evidence for social signal transduction. *Social Science & Medicine*, 56, 2467-2478.
- Weisman, A. D., & Worden, J. W. 1976 The existential plight in cancer : significance of the first 100 days. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 7, 1-15.
- Wenger, G. C. 1992 Morale in old age : a review of the evidence. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 699-708.
- World Health Organization. 1993 *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: WHO.
- Yalom, I. D. 1980 *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Ziegler, J. 1998 Spirituality returns to the fold in medical practice. *Journal of the National Cancer Institute*, 90, 1255-1257.