

総説

## 臨床医学におけるデモラリゼーションの重要性 —その概念と治療的関わり（対応・対処法）を中心に—

中川東夫

恵寿総合病院 心療内科

### 【要旨】

デモラリゼーションは、心的または外的ストレスの対処への失敗を繰り返すことによって引き起こされる心理的反応である。それは無力感、絶望感、苦痛、孤立感、自尊心の低下などの感情が生じ、人生の目的や意味を喪失する体験をいう。近年、デモラリゼーションの研究は、臨床医学領域において腫瘍学や緩和ケアのがん患者で盛んに行われ、社会的・実存的幸福、QOL、生命予後にも影響を及ぼすことが示唆されている。また、心臓疾患、膠原病、運動ニューロン疾患、神経疾患、機能的胃腸障害、皮膚疾患などの身体疾患における報告も散見される。他方、精神疾患を有する患者にも出現し、抑うつや不安などの近縁症状、神経症性障害やうつ病性障害との鑑別が必要となる。さらに、早世や自殺との関連性が指摘され、より早期の診断が求められる。その対応と対処は、まず医師が、患者の話しを共感的に傾聴し、個々の患者が持つ疾病の意味と心理状態を考慮することから始まる。そのうえでデモラリゼーションと看做された場合、その構成要素を探索し、一つ一つの要素に向けて質問や介入を集中し発生機序と内容・形式を分析・評価していくことが求められる。一方で、それは正常な心理反応であり回復する症状であることを伝え、患者自身の実存的苦痛を理解することが重要である。さらに、医師と患者で新たな目標を見出し、失った人生の目的や意味づけの再構築と強化を図ることで、患者は勇気や希望を持ち、やがてモラル（士気／志気）の回復がもたらされる。本稿ではデモラリゼーションの概念と定義付けを述べ、臨床医学における重要性と治療的関与の在り方（対応・対処法）について論じた。

Key Words : デモラリゼーション, モラル, 概念と治療的関わり

### 【はじめに】

医学的疾患を持つ患者の多くは、医療という特定の状況で苦境（predicament）や逆境（adversity）に直面し、身体症状に加えて心理的な苦しみを抱え、やがて無力感（incompetence）、実存的苦痛（existential distress）、絶望感（hopelessness）、孤立感（isolation）、自尊心の低下（low self-esteem）などを体験する。この心理状態を反映する構成概念として、デモラリゼーション（demoralization）<sup>1)</sup>という用語が使われている。この感情状態は、心的または外的ストレスへの対処に失敗し続けることで引

き起こされる心理的反応で<sup>1)</sup>、人生の目的や意味の喪失（loss of purpose and meaning）が誘起される。デモラリゼーションの概念は、1970年代に欧米の精神医学分野において、Frank<sup>2)</sup>によって心理療法の文脈で導入され、その後、多くの研究者が臨床医学における記述現象学的なアプローチを通して、その構成要素の分析を試みた<sup>1)</sup>。それにより、患者の体験世界の基礎的な構造や本質が、次第に明らかになりつつある。

1980年代になり、心理学者のYalom<sup>3)</sup>が、個人の存在に根ざした実存的苦痛に焦点を当ててデモラリ

ゼーションを論考し、人の内面の実存的葛藤 (existential conflict) に対処する資源の不足によって生じるとの見解を示した。のちに、de Figueiredo<sup>3)</sup>は、ストレスの多い状況や社会的絆 (social bonds) の希薄な状態で、主観的無力感に実存的苦痛が加わることで発生すると考えた。

1990年代に入り、心身医学の研究から得られたデモラリゼーションの概念的枠組みと評価を目的に、DCPR (Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research)<sup>4)</sup>が運用ツールとして作成された。その後、医療現場でDCPRを用いた系統的なアプローチが実践されるようになり、がん患者や進行性疾患など生命にかかわる疾病でデモラリゼーションの発生率の高いことが明らかになった<sup>5)6)</sup>。

近年ではデモラリゼーションは腫瘍学や緩和ケアの領域における重要な臨床的テーマの一つとなり<sup>7)8)</sup>、コンサルテーション・リエゾン精神医学の分野での研究も盛んになっている。

本邦においては、今世紀になりようやくその概念が認知され始め、腫瘍学や緩和ケアの領域のみならず、精神医学領域をはじめとする他の臨床医学領域でも関心が集まるようになった。しかし、デモラリゼーションは不安や抑うつなどの近縁症状と混同されたり、適応障害やうつ病性障害との鑑別が困難なことから、その診断には注意を要する。また、この感情状態は社会的・実存的な幸福、生活の質 (Quality of life; QOL)、生命予後にも影響を及ぼし、患者本人だけでなく、家族や医療者にも起こり得る徴候であるため、精神科医ばかりでなく身体科医も持つべき重要な視点と思われる。

そこで、本稿ではデモラリゼーションの概念と治療的関わり (対応・対処法) を中心に述べ、臨床医学における重要性について考察した。

### 【デモラリゼーションの概念】

デモラリゼーションは、モラル (morale) の低下を意味する用語である。Merriam-Websterのオンライン辞書によると、“morale”とは目的意識 (sense of purpose)、将来への確信 (confidence in the future) などの要因に基づく個人の心理的幸福

(psychological well-being) の水準と定義されている。また、Encarta World English Dictionaryでは“demoralization”は人や集団の勇気 (courage)、自信 (confidence)、希望 (hope) が損なわれること、もしくは破壊 (destruction) されることを意味する。本邦においては、士気/志気の低下、意気阻喪 (沮喪) / 消沈 (銷沈) などと訳されている。広辞苑第七版によると、志気は物事をしようとする意気、意気込み。また、意気阻喪は物事に取り組む気力を失ってしまうこと、意気消沈は元気をなくして沈みこむこと、と記述されている。大辞林第四版では、志気は物事をしようとする気持ち、こころざし、また、意気阻喪は意気込みがくじけること、とある。“士気をくじく”という言葉は、日常でも使われているが、「人の精神や勇気を奪い、人を混乱させたり、落胆させたり、当惑させたりする」ことを意図する。

デモラリゼーションは、軽度の自信喪失 (disheartenment: 意気消沈) から希望と目的を失い始めた状態 (despondency: 落胆)、そしてすべての希望を失った状態 (despair: 絶望)、さらには意味と目的を失った重度の精神状態 (loss of morale: 志気の喪失) に至るまでのスペクトラム (連続体) として捉えられている<sup>9)</sup>。重度な状態に陥ると、満足感や達成感などの「生の感覚」を知覚することができず、時に死を望むことも厭わなくなる。そのため、この感情状態は、自殺念慮と密接に関連する徴候でもある。

Frankl<sup>10)</sup>は、生きる意味を求めることが人の根本動機 (geno-motives) であり、この意味への意志が満たされない時に陥る意味喪失感 (feeling of meaninglessness) を実存的空虚感 (existential emptiness) と呼んだ。そして、自分の生きている意味を見出し、将来に向けて具体的な新しい価値を模索することの重要性を説いた。他方、Frankl<sup>11)</sup>は、デモラリゼーションの概念に併せて「身体疾患や精神障害など、生命や存在の完全性を脅かす重篤な状態にある患者に生じる実存的苦痛を有する症候群」と定義付けた。のちに彼と de Figueiredo<sup>3)</sup>は、臨床的に主観的無力感と苦痛 (不安; anxiety, 抑うつ; depression, 怒り; anger, 悲しみ; sadness, 恨み;

grudge) が渾然一体となることで発生し、それに対する自己認識力の不足によって、将来への不確実性がもたらされると主張した。さらに Dohrenwend<sup>11)</sup>は、ストレスの多い状況や社会的絆の希薄な状態で自尊心が損なわれた時に生じる非特異的な心理的苦痛 (nonspecific psychological distress) が、Frank<sup>12)</sup>の記載したデモラリゼーションと非常に類似することを見出した。

他方、Sansone<sup>13)</sup>は、デモラリゼーションが医学的疾患に罹患している患者の三分の一にみられる一般的な臨床現象で、精神医学とプライマリ・ケアの境界を繋ぐ臨床的な関心事項であると述べた。また、Slavney<sup>13)</sup>は精神疾患として扱うのではなく、多くの苦難 (例えば社会構造の崩壊、悲惨な貧困、差別など) に対する人の正常な反応 (逆境に対する正常な反応: normal response to adversity) と考えるのが適切であると主張した。そして、彼はデモラリゼーションが精神疾患と誤診された場合、患者と主治医との関係性が希薄となり、治療関係が主治医から精神科医に転化することを危惧した。このように、デモラリゼーションは、心因性抑うつの一部として位置づけられ、正常な心理的反応と考えられている。

今世紀に入り Kissane<sup>14)</sup>、Clarke<sup>15)</sup>が再定義化を試み、実存的苦痛、絶望、人生における意味と目的の喪失をはじめとする心理・社会的な臨床的特徴を有する臨床集合体 (Demoralization syndrome) として捉えることを提案した。また、多くの研究者が、臨床医学の場で患者の否定的感情に関する用語を用いて、デモラリゼーションの輪郭を描出してきた。その中でも無力感と絶望感はその心理的基盤として普遍的に扱われてきた。

医学的疾患に罹患した多くの患者にとって、疾病は複数の実存的テーマに触れており、そのうちの幾つかは他のテーマよりも切実なものである。ある人は無力感に支配され、ある人は絶望に打ちひしがれ、ある人は生きることの無意味さを感じている。やがて複数の否定的感情が混合し、人生の目的と意味を持ってなくなり、デモラリゼーションが生じる。従ってデモラリゼーションは、患者が疾病という困難か

ら退却するためのさまざまな実存的姿勢の集大成として捉えることも可能である。

## 【臨床医学領域におけるデモラリゼーション】

### 1. がんと緩和ケアからみたデモラリゼーション

がん患者が経験する多くの否定的な感情の中で、最も一般的にみられる心理的苦痛は不安と抑うつであるが、デモラリゼーションが存在するにも関わらず軽視され、その対応や対処もなおざりにされることが多い。しかし、がん患者で発生するデモラリゼーションの有病率は 13~18%に及ぶことが指摘されている<sup>8)</sup>。がん患者がデモラリゼーションに陥る要因として、がん治療の多様性、生理的機能 (痛み、疲労、睡眠障害など)、感情 (不安、抑うつ、無力感、絶望感、意味の喪失など)、社会的支援の不足が挙げられている<sup>8)</sup>。繰り返される治療と副作用によるストレス、特に化学療法による身体的不快感や術後の外見の変化は、患者のモラルを著しく低下させ、早世や自殺とも強く関連する<sup>14)</sup>。それ故、デモラリゼーションは、がん患者を治療する際に医師にとって留意すべき徴候と考えられる。この感情状態を知ることによって、がんに関連する様々な外傷性ストレスから生じる患者の苦痛や苦悩の実存的側面を理解し、がん患者の心理・社会的側面の識別の精度を上げることに繋がる。

### 2. がん患者以外の身体疾患のデモラリゼーション

Rafanelli<sup>16)</sup>は、97人の心臓疾患の患者 (初発の急性心筋梗塞: 91名、不安定狭心症: 6名) と97人の健常者を対象に DCPR を実施し、患者の 20% がデモラリゼーションを発生し、健康に悪影響を及ぼすことを確認した。また、全身性エリテマトーデス<sup>16)</sup>の患者が、がん患者よりも発生率が高く、運動ニューロン疾患<sup>17)</sup>の患者が転移性がん患者よりもデモラリゼーション、絶望感、および自殺念慮が有意に高かったことが示された。その他パーキンソン病、機能性胃腸障害、皮膚疾患など生命を脅かさない疾患による報告も散見される。それらの疾患は、いずれもがん医療とは経過や治療法は異なるものの、治療よりも QOL が医療のケアの焦点となるという点で共通している。しかしながら、疾病の種類がデ

モラリゼーションに及ぼす影響については、これまで殆ど研究されてこなかった。

### 3. 精神疾患とデモラリゼーションの関連

精神疾患を有する患者は、尊厳の喪失への恐れ (fear of loss of dignity) , 社会的孤立 (social isolation) , 他者への依存度の高さ (feelings of greater dependency on others) , 重荷であるという認識 (perception of being a burden) がデモラリゼーションを引き起こす素因となる<sup>18)</sup>。

デモラリゼーションとの鑑別診断が必要な疾患として、適応障害とうつ病性障害 (内因性うつ病) が挙げられる。デモラリゼーションは、適応障害やうつ病性障害と共通する多くの精神症状 (悲しみ, 不安, 苦しみ, 睡眠障害, 食欲減退など) を有している。適応障害とデモラリゼーションは、一過性の経過を辿り、発生の了解が可能な反応である。ICD-10における適応障害の診断基準には、①不安障害, 気分障害, うつ病性障害など他の精神障害が原因ではなく、ストレスが死別反応などによるものではないこと、②ストレス因子が排除された場合、半年以内に症状がなくなること、が掲げられている。換言すれば、適応障害はストレスに関連した発症要因があり、その時期や回復までの期間が限定されている非精神病性障害と考えられる。一方、デモラリゼーションは困難な状況に対する“正常な心理的反応 (normal psychological response)”<sup>12)</sup>を含む感情状態である。したがって、適応障害はデモラリゼーションよりも症状の程度が重度と言える。

デモラリゼーションとうつ病性障害との関連性が指摘されているが<sup>19)</sup>、両者は精神症候学的に異なることが示されている<sup>19)</sup>。臨床的にうつ病性障害とデモラリゼーションが併存したり、うつ病性障害にデモラリゼーションが重畳することも少なくないため、その妥当性を確立する上でも両者の鑑別が欠かせない。ICD-10 診断基準において、うつ病性障害の中核症状のひとつにアンヘドニアが掲げられている。アンヘドニアは「快楽を享受する能力の喪失」を意味し、“欲求行動の喜び (appetitive pleasure)”と“完了行動の喜び (consummatory pleasure)”を感じる両方の能力が喪失する<sup>20)</sup>。一方、デモラリゼーシ

ョンは“欲求行動の喜び”を知覚できなくなるが、“完了行動の喜び”が損なわれることはない<sup>20)</sup>。また、うつ病性障害では適切な行動の方向性がわかっているにもかかわらず (motivation) が低下し、前へ進めなくなる<sup>19)</sup>。そのため、逆境 (adversity) が克服しても不快感から自分自身を解放することができない。これに対してデモラリゼーションの患者は、苦痛を終わらせようとする意欲があり、逆境が克服するにつれ希望が芽生え、やがて余暇や休暇を楽しむことができる。そして、大切な友人や知人からの訪問に応じて気分の改善を感じられるようになる。

#### 【デモラリゼーションの対応・対処法】

医師の本質的な役割は、患者の疾病という経験に立ち会い、それを承認し、正常化することである。そのためには、緩和できる症状 (疼痛, 吐き気, 便秘, 抑うつ, 不安感, 焦燥感など) を適時に把握し、治療しなければならない。一方で、患者の多くは自分の置かれた状況に困惑し孤立感や絶望感を抱き、その状況に留まり前に進めずにいる。医師はこのように、モラルの低下した患者の心の状態に対する対応や対処を避けて通ることはできない。

Frank<sup>11)</sup>は、医学的な診断名を問わず心理療法を受けようとする人の多くにデモラリゼーションが生じることを重視した。希望や勇気はモラルを維持するための重要な素地であり、自尊心, 自由意志, そして人生における個人的価値観の概念と密接に関連している。奪われた希望や勇気を取り戻すことこそデモラリゼーションの対処における最終目標と言える。これまでの研究によって、個々に生じるデモラリゼーションは、その感情 (無力感, 孤立感, 絶望感, 苦痛, 疎外感, 自尊心の喪失, 自信喪失感など) の組み合わせと、その程度によって具現化されることが明らかになっている。無力感は、デモラリゼーションを生じている患者が共有している感情であり、疾病に対して対処することができない時に、知覚する。孤立感は、疾病によって社会的繋がりを引き裂かれ引きこもりを助長し、絶望感に陥った患者は希望を失い、生きることをあきらめ (giving up) , 自らを死に追いやる。疾病によって自信喪失感や自

尊心を喪失した患者は、勇気を奪われて臆病になり自責的思考にとらわれる。自責感が昂じると疎外感を抱き、自分が必要とされない存在と感じる。そのため、デモラリゼーションを生じた患者は、人生の目的や意味を喪失し、適切な行動の方向性の確実性が担保できなくなる。それ故、まず医師は時間をかけて患者の話の共感的に傾聴し、信頼関係を構築しつつ、患者の感情からデモラリゼーションを構成している要素を分析し、その発生機序、内容・形式を探索し、評価することが重要である。そして、疾病に関連する実存的なテーマについて話し合い、患者が経験しているデモラリゼーションは、疾病がもたらす正常な心理反応であり精神疾患の現れではないこと、回復する体験であることを伝え、安心感を与える必要がある。一方で、医師は適切な情報を提供し、患者の歪んだ考えを疾病教育によって明らかにすることで、患者が疾病に対する考えを改め、治療へ立ち向かう勇気を与えることにも留意しなければならない。さらに、医師と患者が協働して一定の目標を設定することで、目的意識を取り戻し有意義な人間関係や活動に再び参加できることが期待される。これらの対応や対処によって、モラルの低下していた患者は、人としての価値観や自信を取り戻し、無力感、疎外感、自責感が軽減する。これが結果的に適切な行動の方向性を導くことに繋がれば、希望が芽生えモラルの回復（Remoralization）がもたらされ、喜びを感じる能力が高まるのである。

次に、慢性疾患やがんを持つ患者にうつ病性障害もしくはデモラリゼーションのいずれかが重畳している場合、先述のように、両者の症候学的な鑑別が必須となる。何故ならば、その後の治療方針が大きく異なってくるためである。つまり、内因性うつ病には三環系抗うつ剤や身体療法が奏効するが、デモラリゼーションでは薬物療法の有効性が極めて乏しく、精神療法が効果を発揮するからである<sup>20)</sup>。これは、プライマリ・ケア医も精神科医も患者の苦痛に対して、まず薬物の処方によって対応することが多い時代にあつて、重要な相違点と言える。

デモラリゼーションの具体的な治療法として、一般的に認知的アプローチが有効とされる。人生の希

望と意味に対する態度の探求に焦点を当てた認知行動療法、自ら将来に向けて具体的な新しい価値を模索するロゴセラピー（Logotherapy）、患者が失敗と悲しみの個人的な物語をモラルの回復と希望の再構成に役立たせるナラティブセラピー（Narrative therapy）などが考案されている。何よりもデモラリゼーションを早い段階で正確に診断し、患者が身体的かつ精神的に適切なケアを受けられることが重要と言える<sup>12)</sup>。

この総説に含まれる研究には次の制限を考慮する必要があった。第一に、デモラリゼーションには標準的な定義がないため、適用可能な診断基準を欠いている。第二に「デモラリゼーション」と「デモラリゼーション症候群」の概念を遡及的に適用するのは容易でなく、両者の整合性がとれなかったことである。

今後、疫学的研究や記述現象学によって裏付けられたデモラリゼーションの定義付け、さらには様々な母集団より抽出された対象から得られたデータに基づく臨床研究を重ね、その評価や診断カテゴリーが向上し精神疾患との鑑別がより明らかになることが望まれる。

### 【結語】

医学的疾患を抱えている患者は、医療現場という人生の特定の状況で苦境や逆境に直面し、心理的な苦しみとしてデモラリゼーションを体験する。それを乗り越えていくには、医師と患者が協調し、将来も続いていく患者の生に対する価値観を高め、患者の人生における目標や意味を見出すことが重要な鍵となる。その苦境や逆境から開放されることで患者にモラルの回復がもたらされ、自己効力感（self-efficacy）が高まり生きる勇気や希望を持つことができるものと思われる。

COI：本論文に関して開示すべき利益相反はない。

【参考文献】

- 1) Frank JD: Psychotherapy: The restoration of morale. *Am J Psychiatry* 131: 271-274, 1974
- 2) Yalom ID: *Existential Psychotherapy*. New York, NY: Yalom Family Trust, 1980
- 3) de Figueiredo JM, Frank JD: Subjective incompetence, the clinical hallmark of demoralization. *Compr Psychiatry* 23: 353-363, 1982
- 4) Fava GA, Freyberger HJ, Bech P, et al.: Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychother Psychosom* 63: 1-8, 1995
- 5) Kissane DW, Clarke DM, Street AF: Demoralization syndrome--A relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *J Palliat Care* 17: 12-21, 2001
- 6) Clarke DM, Kissane DW: Demoralization: Its phenomenology and importance. *Aust N Z J Psychiatry* 36: 733-742, 2002
- 7) Jacobsen JC, Maytal G, Stern TA: Demoralization in medical practice. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 9: 139-143, 2007
- 8) Robinson S, Kissane DW, Brooker JA, et al.: A systematic review of the demoralization syndrome in individuals with progressive disease and cancer: a decade of research. *J Pain Symptom Manage* 49: 595-610, 2015
- 9) de Figueiredo JM: Distress, demoralization and psychopathology: Diagnostic boundaries. *Eur J Psychiatry* 27: 61-73, 2013
- 10) Frankl VE: Paradoxical intention and dereflection. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 12: 226-237, 1975
- 11) Dohrenwend BP, Shrout PE, Egri G, et al.: Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology: Measures for use in the general population. *Arch Gen Psychiatry* 37: 1229-1236, 1980
- 12) Sansone RA, Sansone LA: Demoralization in patients with medical illness. *Psychiatry* 7: 42-45, 2010
- 13) Slavney PR: Diagnosing demoralization in consultation psychiatry. *Psychosomatics* 40: 325-329, 1999
- 14) Vehling S, Kissane D, Lo C, et al.: The association of demoralization with mental disorders and suicidal ideation in patients with cancer. *Cancer* 23: 3394-3401, 2017
- 15) Rafanelli C, Roncuzzi R, Milaneschi Y, et al.: Stressful life events, depression and demoralization as risk factors for coronary artery disease. *Psychother Psychosom* 74: 179-184, 2005
- 16) Katz RC, Flasher L, Cacciapaglia H, et al.: The psychosocial impact of cancer and lupus: A cross validation study that extends the generality of "benefit-finding" in patients with chronic disease. *J Behav Med* 24: 561-571, 2001
- 17) Clarke DM, McLeod JE, Smith GC, et al.: A comparison of psychosocial and physical functioning in patients with motor neuron disease and metastatic cancer. *J Palliat Care* 21: 173-179, 2005
- 18) Berardelli I, Sarubbi S, Rogante E, et al.: The role of demoralization and hopelessness in suicide risk in schizophrenia: A review of the literature. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*. 55(5):200. 2019. DOI: 10.3390/medicina 55050200.
- 19) de Figueiredo JM: Depression and demoralization: Phenomenologic differences and research perspectives. *Compr Psychiatry* 34: 308-311, 1993
- 20) Klein DF, Gittelman R, Quitkin F, et al.: *Diagnosis and drug treatment of psychiatric disorders: adults and children*, 2<sup>nd</sup> ed. The Williams and Wilkins Company, Baltimore, 1980