

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ / CLINICAL PSYCHOLOGY

Научная статья / Research Article
<https://doi.org/10.11621/npj.2024.0205>
УДК/UDC 159.99

Деморализация в контексте дифференциальной диагностики патологических процессов психической деятельности тяжелобольных пациентов с риском для жизни

А.Ю. Панфилов ✉

Московский физико-технический институт (национальный исследовательский университет), Москва, Российская Федерация

✉ panfilov.au@mipt.ru

Резюме

Актуальность. Своевременное и корректное включение деморализации в процесс дифференциальной диагностики позволяет определить характерные для данного феномена субъективные и объективные факторы, формирующие актуальное состояние пациента, и отграничить их от признаков психических нарушений, тем самым более направленно наметить мишени терапевтического воздействия, потенциально способствуя нормализации психологического состояния пациента.

Цель. Выявить специфику и определить критерии разграничения содержания понятия деморализации от часто встречающихся в работе медицинского психолога с тяжелобольными пациентами различной соматической нозологии патологических психических состояний на основе представленной специализированной литературы.

Результаты. На основе сопоставления феномена деморализации и психических нарушений, наиболее часто встречающихся в клинике тяжелых соматических заболеваний, показаны признаки, являющиеся существенными и определяющими для феномена деморализации. Представлены эпидемиологические данные о частоте проявления и выраженности, а также сочетаемости деморализации с различными симптомами и состояниями нарушенной психической деятельности среди тяжелобольных пациентов различной соматической нозологии.

Выводы. Как психологическое состояние деморализация наблюдается как среди пациентов лечебных учреждений, так и в популяции в целом, может выступать в качестве отдельного, самостоятельного явления или быть коморбидной различным психическим расстройствам, при этом сохраняя существенные для нее признаки, среди которых подверженность дистрессу, переживание субъективной несостоятельности и сохранность мотивационной направленности пациента. Распознавание состояния деморализации может иметь терапевтическое и прогностическое значение.

Ключевые слова: деморализация, большое депрессивное расстройство, дистимия, расстройство приспособительных реакций, острая реакция на стресс, посттравматическое расстройство, дистресс, соматическое заболевание

Для цитирования: Панфилов, А.Ю. (2024). Деморализация в контексте дифференциальной диагностики патологических процессов психической деятельности тяжелобольных пациентов с риском для жизни. *Национальный психологический журнал*, 19(2), 60–67. <https://doi.org/10.11621/npj.2024.0205>

Demoralization in the Context of Differential Diagnosis of Mental States in Severely Ill Patients with Hazard of Death

Alexander Yu. Panfilov ✉

Moscow Institute of Physics and Technology, Moscow, Russian Federation

✉ panfilov.au@mipt.ru

Abstract

Background. Timely and accurately conducted introduction of demoralization into the differential diagnostics makes it possible to define the objective and subjective factors essential to demoralization, which constitute the actual psychological state of a patient. It also helps to differentiate these factors from the variety of syndrome signs and, therefore, to stabilize an individual's mental condition by making therapeutic interventions more targeted.

Objectives. The aim is to elicit specific features of and to discern criteria for distinguishing the notion of demoralization from a variety of other concepts frequently used in clinical psychologist's activity to describe pathological mental states that patients with severe somatic disease may have.

Results. Based on the comparison of the demoralization concept and mental distortions frequently observed in a clinic of severely ill somatic patients, essential and pivotal signs of the phenomenon of demoralization are shown. The epidemiological data on occurrence and intensity rates, as well as demoralization comorbidity to a number of disturbed mental activity symptoms and states amid patients with different somatic nosology are given.

Conclusions. As a psychological state, demoralization can be diagnosed among either inpatients or outpatients. It might also present itself singularly or be comorbid to any mental distortion yet maintaining its seminal qualities, such as distress, subjective incompetence experience, and preservation of motivation. Discrimination of the demoralization state might have both therapeutic and prognostic value.

Keywords: demoralization, major depressive disorder, dysthymic disorder, adjustment disorder, acute stress, posttraumatic stress disorder, distress, somatic disease

For citation: Panfilov, A.Yu. (2024). Demoralization in the Context of Differential Diagnosis of Mental States in Severely Ill Patients with Hazard of Death. *National Psychological Journal*, 19(2), 60–67. <https://doi.org/10.11621/npj.2024.0205>

Введение

Ранее был представлен обзор исследуемого понятия (Панфилов, 2023), где отражены противоречивые тенденции в раскрытии его содержания с позиций различных авторов. В настоящей работе данный конструкт рассматривается с позиции дифференциальной диагностики, в сопоставлении с некоторыми патологическими состояниями психики, которые могут возникать в клинике тяжелых соматических заболеваний.

Пациенты, имеющие тяжелое соматическое заболевание, потенциально связанное с риском для жизни, испытывают спектр «негативных» чувств и переживают различные, связанные с ними дисфункциональные состояния, непосредственно влияющие и определяющие субъективную оценку качества жизни пациента, оценку себя, своей болезни, динамику ее течения и успешность лечения, что может способствовать или препятствовать выздоровлению. В связи с этим понимание и выделение критериев деморали-

зации, а также их различие в сопоставлении с психическими расстройствами представляется целесообразным как для выбора оптимального направления лечения, так и для большего понимания развития и течения данного феномена (Figueiredo, 2013).

Дифференциальная диагностика — определение критериев

Кратковременный или неспецифический дистресс

Исследования свидетельствуют, что распространенность деморализации среди населения в целом существенно ниже, чем среди пациентов медицинских учреждений (Porcelli, Rafanelli, 2010; Vehling et al., 2013; Figueiredo, 2013; Bobevski et al., 2022), следовательно, нельзя отождествлять деморализацию и типовой психологический дистресс. Дистресс может становиться менее выраженным по мере медикаментозного лечения, психотерапии, их одновременного применения или без какого-либо воздействия.

Наличие у пациента одновременно переживания субъективной несостоятельности и дистресса (депрессия, тревога, негодование) приводит к возникновению деморализации (Figueiredo, 2013). Непатологическое горе является примером дистресса без субъективной несостоятельности и, соответственно, отличается от деморализации и эндогенной депрессии (Clarke et al., 2005). Субъективная несостоятельность может иметь место и без дистресса.

Подпороговая депрессия и тревога

В настоящий момент определение понятия подпороговой депрессии и соответствующих ему критериев (симптомов) является предметом дальнейшей исследовательской деятельности (Rodriguez et al., 2012). Дистресс, проявляющийся симптомами подпороговой депрессии или тревоги (депрессия или тревога, которые не отвечают критериям DSM-IV-TM для большого депрессивного расстройства, дистимического расстройства, генерализованного тревожного расстройства или иных диагностических категорий) не являются деморализацией. Такие симптомы могут проявляться без коморбидной субъективной несостоятельности и, таким образом, сами по себе не будут отвечать признакам понятия деморализации. Симптомы, относимые к категориям «неспецифического дистресса», или «подпороговой депрессии или тревоги» могут быть частью деморализации (Figueiredo, 2013). В то же время, деморализация включает в себя субъективную несостоятельность, как было отмечено выше.

Стоит учитывать, что иногда остаются непонятными критерии различения у пациентов, одновременно находящихся в состоянии подпороговой депрессии и деморализации. Это может быть связано с тем, что некоторые определения подпороговой депрессии исключают депрессивное настроение и ангедонию как инклюзивные критерии (такие признаки, которые с необходимостью входят в содержание понятия, то есть один из них обязательно должен наблюдаться), в то время как в других исследованиях эти критерии присутствуют (Rodriguez et al., 2012).

Расстройства приспособительных реакций

Иногда у деморализованных пациентов ошибочно диагностируют расстройство приспособительных реакций, зачастую по причине того, что деморализация не находится в классификациях DSM и МКБ (международная классификация болезней) и не имеет четких критериев. В свою очередь споры в отношении однозначности диагностических критериев и валидности расстройства приспособительных реакций ведутся на протяжении десятилетий до сегодняшних дней (Casey et al., 2001; Maercker, Lorenz, 2018). В соответствии с DSM-IV-TM расстройство приспособительных реакций представляет собой «эксклюзивный диагноз», (то есть, констатируемый путем исключения иных, релевантных по симптоматике синдромов), требующий произвольного заключения, о том,

что уровень дистресса существенно выше, чем можно было бы ожидать от конкретного фактора (стрессора) (Zelviene, Kazlauskas, 2018). Это означает, что расстройство приспособительных реакций не может быть диагностировано, если диагностированы пороговые величины других расстройств. Так же диагноз не может быть поставлен без подтверждения того, что симптомы длятся не дольше чем шесть месяцев с момента прекращения действия самого стрессогенного фактора или его последствий (Figueiredo, 2013). Для конструкта деморализации в подобных критериях нет необходимости, и поэтому некорректно ошибочно спутывать деморализацию с расстройством приспособительных реакций. При менее тяжелых формах заболевания деморализация может иметь схожую симптоматику с расстройством приспособительных реакций (например, неудача в адаптации и преодолении) (Bobevski et al., 2022). Несмотря на то, что диагноз «расстройство приспособительных реакций» имеет изменчивые, противоречивые описание и предсказательную достоверность, а также неудовлетворительные критерии различения с другими нозологиями, поскольку не обладает характерным психометрическим и нейробиологическим своеобразием (Fernandez et al., 2012), наличие как минимум двух критериев позволяет достоверно отличить его от деморализации: утрата смысла и субъективная несостоятельность (Wellen, Wise, 2010).

Острая реакция на стресс и посттравматическое расстройство

Деморализация, острая реакция на стресс и посттравматическое расстройство связаны с приспособлением к стрессовой ситуации. Согласно определению, в МКБ-10 острая реакция на стресс возникает как непосредственный ответ на стрессовую ситуацию и стихает через несколько часов или дней после окончания действия стрессогенного фактора. Посттравматическое стрессовое расстройство проявляется лишь через некоторое время после окончания действия стрессогенного фактора, от нескольких недель до шести месяцев и, соответственно, оба расстройства не могут совпадать (МКБ 10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра, 2019). Поскольку для каждого из трех расстройств требуется, чтобы пациент оказался в тяжелой стрессовой ситуации, и поскольку каждое из этих расстройств способно повлечь за собой появление таких симптомов, как беспомощность (прогрессирующая стадия субъективной несостоятельности) и дистресс, чрезвычайно важно корректно различать их между собой.

Необходимо учитывать, что не каждая стрессовая ситуация с необходимостью вызывает острую реакцию на стресс или посттравматическое расстройство. Согласно DSM-V, постановка данных диагнозов требует, чтобы пациент был подвергнут воздействию травматической ситуации или события, непосредственно угрожающего жизни или здоровью самого пациента или его близких, что не соответствует описанию

деморализации, которая подразумевает наличие прошлой, актуальной, ожидаемой или воображаемой стрессовой ситуации. Более того, острая реакция на стресс и посттравматическое расстройство сопровождаются и другими симптомами, такими как диссоциативные состояния, повторяющиеся переживания травматических событий, избегание действий и ситуаций, напоминающих о травме, оцепенение, общая заторможенность реагирования, повышенная возбудимость (American Psychiatry Association, 2013, p. 271, p. 281). Ни один из этих симптомов не входит в определение деморализации. В тоже время деморализация может быть коморбидной острой реакции на стресс и посттравматическому расстройству.

Дистимия

Согласно DSM-V (American Psychiatry Association, 2013) и МКБ-10 (МКБ 10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра, 2019), дистимия является хроническим депрессивным настроением, продолжающимся по меньшей мере несколько лет, которое является недостаточно тяжелым или при котором отдельные эпизоды недостаточно длительны, чтобы можно было поставить диагноз рекуррентного депрессивного расстройства. При дистимии не наблюдается характерного для деморализации признака — переживания субъективной несостоятельности (или его более острой формы — беспомощности). Единственное исключение составляет переживание безнадежности, поскольку оно так же является симптомом состояния беспомощности. Если безнадежность диагностируется у пациента при дистимии, то пациента также признают деморализованным (Figueiredo, 2013).

Большое депрессивное расстройство (Major Depressive Disorder — MDD)

Существуют убедительные сведения о том, что значительное в процентном отношении количество деморализованных пациентов не могут быть отнесены к категории больных с депрессивным состоянием (Robinson et al., 2015; Costanza et al., 2020). С клинической точки зрения, методом, с помощью которого возможно провести отличия между деморализацией и большим депрессивным расстройством, является рассмотрение ангедонии и нигилизма, часто сопутствующих большому депрессивному расстройству. В отношении эндогенной депрессии Д. Кларк с коллегами провели исследование с участием 312 соматических больных и обнаружили различия между депрессией и деморализацией в способах совладания, особенностях физиологического функционирования, социальной и семейной жизнедеятельности (Clarke et al., 2000; Wellen, Wise, 2010). В некоторой степени это может объяснять нигилистическое мышление, для которого свойственны выражения типа: «мне никогда не станет лучше», или «никто не сможет мне помочь», что часто наблюдается у пациентов с большим депрессивным расстройством. Согласно Дж. Шилдкрауту

и Д. Клейн, ангедония является характерной чертой большого депрессивного расстройства (Figueiredo, 2013), в то время как деморализованные пациенты в большей степени страдают от переживания чувства собственной несостоятельности при совладании со стрессовой ситуацией, чем от ангедонии и поэтому потенциально готовы воспринимать помощь при установлении доверительных отношений.

Деморализация может быть отграничена от клинической депрессии (соответствующей DSM) с помощью исследования мотивационной компоненты переживаний и поведения пациента (Keeffe, Ranjith, 2007). Мотивацию можно рассматривать как вектор определенной амплитуды и направленности. У пациента деморализация начинает проявляться с возникновением неуверенности в отношении того, какие дальнейшие действия ему следует предпринять, интенсивность мотивации при этом сохраняется (имеется в виду, что больной, в случае подсказки, указания необходимых действий, с высокой долей вероятности проявит необходимую активность). Так, деморализованные пациенты могут испытывать подъемы настроения при своевременном купировании болевого синдрома, встрече с друзьями и близкими (при сохранении доверительных отношений) или непродолжительной выписке (Nanni et al., 2017; Wellen, Wise, 2010). В случае с клинической депрессией, уровень мотивированности пациента является низким с самого начала заболевания, при том, что пациент может отчетливо осознавать, какие конкретные действия ему следует предпринять. Некоторые депрессивные пациенты могут сохранять интенсивность мотивации, но затрудняются с выбором действий, другие же, зная, что нужно делать, не имеют для этого должной мотивации (Clarke, Kissane, 2003). Наконец последние могут одновременно не понимать, что нужно делать и, тем более, не иметь должной мотивации. Дж. Фигейреду считает, что первая группа деморализована и не имеет клинических проявлений депрессии, вторая группа находится в состоянии клинической депрессии, при этом не деморализована, и, наконец, третья группа одновременно находится в состоянии деморализации и клинической депрессии (Figueiredo, 2013). Данное наблюдение было подтверждено исследованием психопатологических особенностей соматических больных. Используя различные шкалы, Д. Киссане с коллегами осуществил выборку нескольких подгрупп больных с онкологическими заболеваниями, которые показали высокие значения по шкале клинической депрессии (Kissane Demoralization Scale — KDS), и при этом имели низко выраженные показатели по шкалам депрессии (как формы неспецифического дистресса), эндогенной депрессии и большого депрессивного расстройства (Kissane, Clarke, 2001). Кларк и коллеги, используя скрытый анализ особенностей, выяснили, что спектр применимости деморализации может отличаться от эндогенной депрессии (Clarke et al., 2003).

Применение метода «Диагностические Критерии Психосоматических Исследований» (DCPR) для измерения критериев деморализации и DSM-IV для измерения выраженности большого депрессивного расстройства, позволило показать, что в клинических условиях возможно и необходимо различать деморализацию и большое депрессивное расстройство. Так среди соматических больных было выявлено 30,4% пациентов в состоянии деморализации, при этом лишь у 16,7% той же выборки было диагностировано большое депрессивное расстройство. При этом 43,7% депрессивных пациентов не соответствовали критериям деморализации, а 69% деморализованных пациентов не соответствовали критериям большого депрессивного расстройства (Figueiredo, 2013). И. Бобевски с коллегами провела масштабное исследование на выборке из 1527 пациентов с онкологическими заболеваниями из Германии, в ходе которого исследователи выявили внутренние взаимосвязи между депрессией и деморализацией. В ходе проведенного разведочного анализа данных были выделены следующие группы симптомов: утрата надежды и смысла; неспецифическая эмоциональность; чувство загнанности в ловушку; депрессивные симптомы. Депрессивные симптомы, за исключением суицидальных мыслей, сгруппировались в отдельный устойчивый кластер, отчетливо отграниченный от деморализации. Суицидальные мысли и мысли о смерти оказались в большей степени приближены к деморализации, чем к депрессивным симптомам, а самая сильная связь образовалась с чувством безнадежности. Страх неудачи оказался связан и с деморализацией, и с депрессивными симптомами. Также выявились перекрестные связи с тремя кластерами деморализации (Bobevski et al., 2022). Можно предположить, что если пациент достаточно удачлив, и ему удалось восстановиться после болезни, причастной к возникновению деморализации, то, как правило, частота проявлений депрессивных симптомов так же снижается, как только пациент снова ощущает контроль над заболеванием и чувствует осмысленность своей жизни.

Деморализация и соматическое заболевание, сопряженное с риском для жизни

Как было отмечено выше, существует взаимосвязь между деморализацией, с одной стороны, и нарастающими проблемами со здоровьем, ухудшением качества жизни, желанием умереть с другой. Так, С. Вехлинг с коллегами провела исследование 750 респондентов, представленных онкологически и паллиативными больными, среди которых у 24% были выявлены симптомы, характерные для деморализации средней и тяжелой степени (Vehling et al., 2013). В исследовании А. Менерт и ее коллег,

среди выборки из 516 пациентов с прогрессирующими формами онкологического заболевания 202 человека (39,1%) находились в состоянии тяжелой деморализованности (Mehnert et al., 2011). Ученые из Центрального Южного Университета (Китай) в ходе исследования взаимоотношения степени выраженности деморализации и копинг-стратегий пациентов с тяжелыми заболеваниями (на примере больных раком груди) выявили низкий уровень деморализации у 63 респондентов (16,8%), средней уровень у 273 респондентов (72,8%), высокий уровень у 39 респондентов (10,4%) от общего числа респондентов (Li, Liu, Xu et al., 2020). Подобное исследование было проведено их коллегами из Мемориального Госпиталя имени Д.Л. Маккея, в Тайване, на выборке возрастных пациентов с различной онкологической нозологией. Среди респондентов 21 (18,6%) показали средний уровень деморализации, 43 (38,1%) показали высокий уровень деморализации. Таким образом 56,7% респондентов от общей выборки находились в состоянии деморализации средней или тяжелой степени (Ko et al., 2018). Д. Кларк и Д. Киссане приводят следующие данные: среди пациентов медицинских учреждений, проходящих стационарное лечение, в состоянии деморализации находятся 29% пациентов с раком груди и 34% с заболеваниями эндокринной системы (Clarke et al., 2005). Среди пациентов с мутацией гена BRCA 1/2, провоцирующей возникновение рака яичников, симптомы деморализации обнаружили у 45 респондентов (16%) от общей выборки. 15 пациентов (5,2%) проявили среднюю степень деморализации, 30 пациентов (10,4%) высокую степень деморализации (Jong et al., 2018). В исследовании пациентов с хроническими головными болями, выражающих суицидальные мысли, среди 44 респондентов 18 (40,9%) переживали состояние тяжелой деморализации (Koo et al., 2021). Плохо контролируемые физиологические симптомы, такие как боль, могут в кратчайшие сроки понизить сопротивляемость пациента и его моральный дух (Robinson et al., 2015). Другая группа исследователей из Тайваня, среди пациентов больных раком легких, лейкемией и лимфомой, склонных к проявлению суицидального поведения, обнаружили, что 84 пациента (42%) от общей выборки находились в состоянии тяжелой деморализации (Fang et al., 2014).

Стоит понимать, что по своей природе соматические заболевания оказывают деморализующее воздействие, особенно при длительном и тяжелом их течении. Тяжело больной человек становится зависимым. С этой точки зрения некоторый регресс может выполнять адаптивную функцию и не должен рассматриваться как проявление безнадежности. Тем не менее затяжная болезнь делает невозможным для пациента выполнение многих социальных ролей, тем самым уменьшая для него возможности почувствовать удовлетворение и чувство своей компетентности при их осуществлении (Clarke, Kissane, 2003).

С. Григ и М. Уотсон описали беспомощность и безнадежность как одну из пяти характерных реакций пациентов на прогрессирование онкологического заболевания, — оставшиеся: рост боевого духа; избегание или отрицание; фатализм (стоическое принятие); тревожная озабоченность. Эти реакции обусловлены взглядом пациента на свое заболевание, способностью его контролировать и его пониманием прогноза течения заболевания (Pereira, Santos, 2016). Безнадежность является фактором возникновения ряда соматических заболеваний, ассоциированных с высоким риском развития гипертонии, атеросклероза и инфаркта сердечной мышцы. Характерно, что этот риск не коррелирует с депрессивным расстройством.

Одно из наиболее ранних и точных описаний безнадежности и беспомощности, встречающихся у соматически больных пациентов, дал Дж. Энгель в "Giving Up — Given Up Complex" концепции. Интересуясь психологическими состояниями, которые могут способствовать возникновению заболевания, он и его коллеги рассмотрели симптомы, предшествующие возникновению соматических заболеваний. В большем количестве случаев заболеванию предшествовала потеря, результатом чего являлось физиологическое замедление функционирования организма (например, снижение частоты сердечных сокращений), а также переживания беспомощности и безнадежности (Engel, 1967).

Выводы

Деморализация является широко распространенным психологическим феноменом как в популяции в целом, так и среди пациентов лечебных учреждений с тяжелыми формами соматических заболеваний. При этом деморализации в большей степени характерна для второй группы. В зависимости от нозологии и тяжести актуального состояния, среди общего количества обследованных, деморализованными в средней и тяжелой форме оказываются от 16% до более чем 83% пациентов.

Ряд психических нарушений, таких как расстройство приспособительных реакций, острая реакция на стресс и посттравматическое стрессовое расстройство, дистимия и другие, могут сопутствовать протеканию деморализации. Наиболее часто сопоставимое с деморализацией большое депрессивное расстройство существенно отличается наличием ангедонии, не характерной для деморализации, при которой мотивационная направленность пациента, как правило, сохраняется. Исследования также свидетельствуют, что суицидальные мысли и мысли о смерти, которые традиционно связывают с переживанием депрессивного состояния, в большей степени характерны для деморализованных пациентов. Таким образом, дальнейшая разработка конструкта деморализации может оказаться целесообразной в контексте изучения суицидального поведения.

Список литературы

- МКБ 10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра. (2019). URL: <https://mkb-10.com/index.php?pid=4257> (дата обращения: 05.04.2022).
- Панфилов, А.Ю. (2023). Деморализация тяжелобольных пациентов с риском для жизни. *Национальный психологический журнал*, 18(4), 90–98.
- American Psychiatry Association. (2013). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, 50th Edition. Arlington: American Psychiatric Association.
- Bobevski, I., Kissane, D.W., Vehling, S., Mehnert-Theuerkauf, A., Belvederi Murri, M., Grassi, L. (2022). Demoralization and its link with depression, psychological adjustment and suicidality among cancer patients: A network psychometrics approach. *Cancer Med*, (11), 815–825.
- Casey, P., Dowrick, C., Wilkinsom, G. (2001). Adjustment disorders: Fault line in the psychiatric glossary. *British Journal of Psychiatry*, (179), 479–481.
- Clarke, D.M., Kissane, D.W., Trauer, T., Smith, G.C. (2005). Demoralization, anhedonia and grief in patients with severe physical illness. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 4(2), 96–105.
- Clarke, D.M., Mackinnon, J., Graeme, D., McKenzie, D.P., Herrman, H.E. (2000). Dimensions of psychopathology in the medically ill. *A Latent Trait Analysis Psychosomatics*, 41(5), 418–425.
- 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.
- Clarke, M.D., Kissane, D.W. (2003). Demoralization: its phenomenology and importance. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(6), 733–742.
- Engel, G.L. (1967). A Psychological Setting of Somatic Disease: The 'Giving Up- Given Up' Complex. *Section of Psychiatry President Desmond Pond Meeting*, (60). URL: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/003591576706000618> (access date: 08.06.2022).
- Fang, C-K., Chang, M-C., Chen, P-J. (2014). A correlational study of suicidal ideation with psychological distress, depression, and demoralization in patients with cancer. *Support Care Cancer*, (22), 3165–3174.
- Figueiredo, J.M. (2013). Distress, demoralization and psychopathology: diagnostic boundaries. *European journal of Psychiatry*, 27(1), 61–73.
- Jong, M.A-de., Dejong, C.A.J., Hermens, R.P., Kissane, D.W., Massuger, L.M., Hoogerbrugge, N., Prins, J.B., deHullu, J.A. (2018). High demoralization in a minority of oophorectomized BRCA 1/2 mutation carriers influences quality of life. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 39(2), 94–106.

- Keeffe, N.O., Ranjith, G. (2007). Depression, demoralization or adjustment disorder? Understanding emotional distress in the severely medically ill. *Clinical Medicine*, 7(5).
- Kissane, D., Clarke, D. (2001). Demoralization syndrome: A relevant psychiatric diagnosis for Palliative Care. *Journal of Palliative Care*, 17(1).
- Ko, K-T., Lin, C-J., Pi, S-H. (2018). Demoralization Syndrome Among Elderly Patients with Cancer Disease. *International Journal of Gerontology*, (12), 12–16.
- Koo, B.B., Bayoumi, A., Albanna, A., Abusuliman, M., Burrone, L., Sico, J.J., Schindler, E.A.D. (2021). Demoralization predicts suicidality in patients with cluster headache. *Journal of Headache and Pain*, 22(28).
- Li, J., Liu, X., Xu, L., Jin, Z. (2020). Current status of demoralization and its relationship with medical coping style, self-efficacy and perceived social support in Chinese breast cancer patients. *The European Journal of Psychiatry*, 34(4), 211–218.
- Maercker, A., Lorenz, L. (2018). Adjustment disorder diagnosis: Improving clinical utility. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 19(1), 3–13.
- Mehnert, A., Vehling, S., Hocker, A., Lehmann, C., Koch, U. (2011). Demoralization and Depression in Patients with Advanced Cancer: Validation of the German Version of the Demoralization Scale. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(5), 768–776.
- Nanni, M.G., Caruso, R., Sabato, S., Grassi, L. (2017). Demoralization and Embitterment in Psychological Trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(1), 14–21.
- Pereira, F.M.P., Santos, C.S.V.de. (2016). Psychological adaptation and its impact on the quality of life and spiritual well-being: A cross-sectional study of end of life cancer patients medically ill. *Nursing Palliative Care*, 5(1), 101–105.
- Porcelli, P., Rafanelli, C. (2010). Criteria for Psychosomatic Research (DCPR) in the Medical Setting. *Current Psychiatry Reports*, (12), 246–254.
- Robinson, S., Kissane, D.W., Brooker, J., Burney, S. (2015). A Systematic Review of the Demoralization Syndrome in Individuals with Progressive Disease and Cancer: A Decade of Research. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(3), 595–610.
- Rodriguez, M.R., Nuevo, R., Chatterji, S., Ayuso-Mateos, J.L. (2012). Definitions and factors associated with subthreshold depressive conditions: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 12(181).
- Vehling, S., Oechsle, K., Koch, U., Mehnert, A. (2013). Receiving Palliative Treatment Moderates the Effect of Age and Gender on Demoralization in Patients with Cancer. *PLoS One*, 8(3), e59417.
- Wellen, M., Wise, T. (2010). Demoralization in the medical setting. *Psychosomatic Medicine: An Introduction to Consultation-Liaison Psychiatry*, (26), 235–241.
- Zelviene, P., Kazlauskas, E. (2018). Adjustment disorder: current perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, (14), 375–381.

References

- American Psychiatry Association. (2013). Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, 50th Edition. Arlington: American Psychiatric Association.
- Bobevski, I., Kissane, D.W., Vehling, S., Mehnert-Theuerkauf, A., Belvederi Murri, M., Grassi, L. (2022). Demoralization and its link with depression, psychological adjustment and suicidality among cancer patients: A network psychometrics approach. *Cancer Med*, (11), 815–825.
- Casey, P., Dowrick, C., Wilkinsom, G. (2001). Adjustment disorders: Fault line in the psychiatric glossary. *British Journal of Psychiatry*, (179), 479–481.
- Clarke, D.M., Kissane, D.W., Trauer, T., Smith, G.C. (2005). Demoralization, anhedonia and grief in patients with severe physical illness. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 4(2), 96–105.
- Clarke, D.M., Mackinnon, J., Graeme, D., McKenzie, D.P., Herrman, H.E. (2000). Dimensions of psychopathology in the medically ill. *A Latent Trait Analysis Psychosomatics*, 41(5), 418–425.
- 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.
- Clarke, M.D., Kissane, D.W. (2003). Demoralization: its phenomenology and importance. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(6), 733–742.
- Engel, G.L. (1967). A Psychological Setting of Somatic Disease: The 'Giving Up — Given Up' Complex. *Section of Psychiatry President Desmond Pond Meeting*, (60). URL: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/003591576706000618> (access date: 08.06.2022).
- Fang, C-K., Chang, M-C., Chen, P-J. (2014). A correlational study of suicidal ideation with psychological distress, depression, and demoralization in patients with cancer. *Support Care Cancer*, (22), 3165–3174.
- Figueiredo, J.M. (2013). Distress, demoralization and psychopathology: diagnostic boundaries. *European journal of psychiatry*, 27(1), 61–73.
- ICD 10 (2019). International Classification of Diseases 10th revision. URL: <https://mkb-10.com/index.php?pid=4257> (access date: 05.04.2022). (In Russ.).
- Jong, M.A-de., Dejong, C.A.J., Hermens, R.P., Kissane, D.W., Massuger, L.M., Hoogerbrugge, N., Prins, J.B., deHullu, J.A. (2018). High demoralization in a minority of oophorectomized BRCA 1/2 mutation carriers influences quality of life. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 39(2), 94–106.
- Keeffe, N.O., Ranjith, G. (2007). Depression, demoralization or adjustment disorder? Understanding emotional distress in the severely medically ill. *Clinical Medicine*, 7(5).
- Kissane, D., Clarke, D. (2001). Demoralization syndrome: A relevant psychiatric diagnosis for Palliative Care. *Journal of Palliative Care*, 17(1).
- Ko, K-T., Lin, C-J., Pi, S-H. (2018). Demoralization Syndrome Among Elderly Patients with Cancer Disease. *International Journal of Gerontology*, (12), 12–16.
- Koo, B.B., Bayoumi, A., Albanna, A., Abusuliman, M., Burrone, L., Sico, J.J., Schindler, E.A.D. (2021). Demoralization predicts suicidality in patients with cluster headache. *Journal of Headache and Pain*, 22(28).

- Li, J., Liu, X., Xu, L., Jin, Z. (2020). Current status of demoralization and its relationship with medical coping style, self-efficacy and perceived social support in Chinese breast cancer patients. *The European Journal of Psychiatry*, 34(4), 211–218.
- Maercker, A., Lorenz, L. (2018). Adjustment disorder diagnosis: Improving clinical utility. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 19(1), 3–13.
- Mehnert, A., Vehling, S., Hocker, A., Lehmann, C., Koch, U. (2011). Demoralization and Depression in Patients with Advanced Cancer: Validation of the German Version of the Demoralization Scale. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(5), 768–776.
- Nanni, M.G., Caruso, R., Sabato, S., Grassi, L. (2017). Demoralization and Embitterment in Psychological Trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(1), 14–21.
- Panfilov, A.Yu. (2023). Demoralization of Severely Ill Patients with Death Hazard. *National Psychological Journal*, 18(4), 90–98. (In Russ.).
- Pereira, F.M.P., Santos, C.S.V.de. (2016). Psychological adaptation and its impact on the quality of life and spiritual well-being: A cross-sectional study of end of life cancer patients medically ill. *Nursing Palliative Care*, 5(1), 101–105.
- Porcelli, P., Rafanelli, C. (2010). Criteria for Psychosomatic Research (DCPR) in the Medical Setting. *Current Psychiatry Reports*, 12), 246–254.
- Robinson, S., Kissane, D.W., Brooker, J., Burney, S. (2015). A Systematic Review of the Demoralization Syndrome in Individuals with Progressive Disease and Cancer: A Decade of Research. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(3), 595–610.
- Rodriguez, M.R., Nuevo, R., Chatterji, S., Ayuso-Mateos, J.L. (2012). Definitions and factors associated with subthreshold depressive conditions: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 12(181).
- Vehling, S., Oechsle, K., Koch, U., Mehnert, A. (2013). Receiving Palliative Treatment Moderates the Effect of Age and Gender on Demoralization in Patients with Cancer. *PLoS One*, 8(3), e59417.
- Wellen, M., Wise, T. (2010). Demoralization in the medical setting. *Psychosomatic Medicine: An Introduction to Consultation-Liaison Psychiatry*, (26), 235–241.
- Zelviene, P., Kazlauskas, E. (2018). Adjustment disorder: current perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, (14), 375–381.



ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ / ABOUT THE AUTHOR

Александр Юрьевич Панфилов, клинический психолог, психолог-консультант психологической службы Московского физико-технического института (национальный исследовательский университет), panfilov.au@mipt.ru, <https://orcid.org/0009-0007-4258-8294>

Alexander Yu. Panfilov, Clinical Psychologist, Counsellor at Psychological Service, Moscow Institute of Physics and Technology (National Research University), panfilov.au@mipt.ru, <https://orcid.org/0009-0007-4258-8294>

Поступила: 07.06.2022; получена после доработки: 15.07.2023; принята в печать: 07.04.2024.

Received: 07.06.2022; revised: 15.07.2023; accepted: 07.04.2024.