

Diplomarbeit

**Das Demoralisationssyndrom -
eine Entität in der Palliativmedizin?**

eingereicht von

Stephanie Katharina Lüftenegger

Mat.Nr.: 0112015

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktorin der gesamten Heilkunde
(Dr. med. univ.)**

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Klinik für Medizinische Psychologie und Psychiatrie

**Asklepios - Klinik Hamburg - Barmbek
Abteilung für Onkologie und Palliativmedizin**

unter der Anleitung von

Univ.-Prof. Dr. Walter Pieringer

OA Dr. Imke Strohscheer, MSc

Ort, Datum

(Unterschrift)

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am

Unterschrift

Vorwort

*„Selig sind die, die Leid tragen; denn sie sollen
getröstet werden.“*

*Neues Testament, Matthäus 5,4
Bergpredigt: Seligpreisungen*

Abbildung 1 - Trauer (1)

Danksagung

Besonders herzlich bedanke ich mich hiermit bei meinen Betreuern, Frau *OA Dr. Imke Strohscheer* und Herrn *Prof. Walter Pieringer*, für die ausgezeichnete fachliche Begleitung meiner Diplomarbeit.

Beide Personen sind Experten auf ihrem Gebiet, welche mich mit ihrem enormen Fachwissen, vor allem aber mit ihrer persönlichen Begeisterung an ihrer beruflichen Tätigkeit immer wieder faszinierten!

Nachdem sich Frau Dr. Strohscheer als Palliativmedizinerin schon länger mit dem Phänomen „Demoralisation“ beschäftigt und für den gewählten Arbeitstitel verantwortlich ist, gilt sie als „Mutter meiner Diplomarbeit“ und ich fühle mich geehrt, dass bei der Suche nach einem interessierten Diplomanden ihre Wahl auf mich gefallen ist.

Ich bin mir auch dessen bewusst, dass nach Dr. Strohscheers beruflichem Wechsel nach Deutschland ohne Prof. Pieringers spontane Bereitschaft zur Mitwirkung an meiner Diplomarbeit die formalen Bedingungen nicht mehr erfüllt und mein Projekt somit zum Scheitern verurteilt gewesen wäre.

Aufgrund des Engagements meiner Betreuer war es letztlich aber doch möglich, diese Arbeit fertig zu stellen, und im Endeffekt konnte ich mich über eine mehr als positive Arbeitsbasis freuen: Frau Dr. Strohscheer blieb mir weiterhin als verlässliche Mitbetreuerin und Koryphäe auf dem Gebiet Palliativmedizin erhalten; Herr Prof. Pieringer stand mir - dank Intervention von Frau Dr. Strohscheer - als neuer Hauptbetreuer unterstützend zur Seite. Er lieferte mit seinen Anregungen viele weitere wichtige Verknüpfungspunkte zur medizinischen Psychologie, insbesondere zur Psychosomatik, und bereicherte hiermit wesentlich.

Nachdem die vorliegende Diplomarbeit das Ende meiner universitären Ausbildung zur Doktorin der Medizin darstellt und einen wesentlichen Meilenstein in meiner persönlichen Lebensplanung bildet, möchte ich an dieser Stelle auch die Gelegenheit ergreifen, mich bei meinen größten Vorbildern und wichtigsten Wegbegleitern zu bedanken: *Maria und Johann Lüftenegger*, meine Eltern. Sie haben mich durch ihr Vorleben wesentlich geprägt und sind durch die Vermittlung

eines positiven Menschenbildes sowie die Motivation für soziales Engagement an meiner Berufswahl sicher mitverantwortlich. Danke!

Zusammenfassung

Der Begriff des *Syndroms der Demoralisation* gewinnt in der Therapie von Patienten mit fortgeschrittenen, inkurablen malignen Erkrankungen sowie chronischen Schmerzen zunehmend an Beachtung und wird v.a. im palliativmedizinischen Setting als mögliche Alternativdiagnose zur Depression, als eigene medizinische Entität wissenschaftlich diskutiert.

Als Ausgangspunkt gilt massiver *existentieller Stress*, welcher in Form von Betrübtheit, Hoffnungslosigkeit, einem Gefühl eigener Inkompetenz, Insuffizienz und Nutzlosigkeit zum Ausdruck kommen kann. Erklärungen hierfür sind physiologische Trauer, eine klassische Depressio oder Demoralisation.

Die Unterscheidung genannter Stress - Dimensionen kann sich in der klinischen Tätigkeit manchmal als schwierig erweisen. Aus diesem Grund wird in der vorliegenden Arbeit neben einer Vorstellung der bereits vorhandenen *theoretischen Grundlagen* zum Thema Demoralisation (u.a. KISSANEs Kriterien für Demoralisation, Prozessentwicklung, Trigger, Schutzfaktoren, Behandlungs- und Präventionsmöglichkeiten) sowie der Abgrenzbarkeit von einer Major Depression (z.B. keine positive Wirkung von Antidepressiva bei einer reinen Demoralisation) auch der Anspruch als tatsächlich separates *Syndrom* geprüft und die *Praktikabilität* dieses neuen Krankheitskonzeptes kritisch hinterfragt.

Mit der Vorstellung eines Modells zur Differenzierung gelingt es schließlich, wichtige Grundlagen des Demoralisationssyndroms in die palliativmedizinische Arbeit zu adaptieren und somit einen Bogen zwischen Theorie und Praxis zu spannen.

Abstract

The *syndrome of demoralisation*, recognisable particularly in palliative care settings, is considered a new medical disorder that can be distinguished from major depression.

With increasing numbers of patients suffering from incurable health conditions such as progressive malignant diseases or chronic pain, demoralisation and its specific therapeutic interventions has recently become more and more important.

KISSANE postulates despair, hopelessness, helplessness as well as the feelings of incompetence and inadequacy as key features of demoralisation and proposes this phenomenon as one of three dimensions explaining existential distress: grief, major depression and demoralisation.

Although demoralisation fulfils the theoretical status “syndrome” and its entitlement to a separate diagnostic category can be scientifically proven, clinical experience shows that medical staff is confronted with difficulties in recognising the symptoms of demoralisation at present. Thus many individuals suffering from demoralisation are not diagnosed and treated appropriately. These findings confirm the need to investigate the role of demoralisation as a separate theoretical and clinical category and underline the importance of understanding and applying new concepts for palliative care.

The main aims of this diploma thesis are the presentation of the underlying theories (e.g. KISSANEs core features of demoralisation, the process of demoralisation, trigger or protecting factors, therapeutic management or prevention strategies), the differentiation from depression (e.g. the lack of therapeutic benefit from antidepressants) as well as the practicability of “the concept of demoralisation”.

Finally, with the presentation of an adapted model, it is possible to incorporate important fundamentals of the syndrome of demoralisation into palliative care and bridge the gap between theory and practice.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	ii
Danksagung.....	iii
Zusammenfassung.....	v
Abstract.....	vi
Inhaltsverzeichnis.....	vii
Glossar und Abkürzungen.....	viii
Abbildungsverzeichnis.....	ix
Tabellenverzeichnis.....	x
1. Einleitung.....	1
1.1 Palliativmedizin.....	4
1.1.1 Definition „Palliativmedizin“.....	4
1.1.2 Aufgaben und Inhalte der Palliativmedizin.....	5
1.2 Demoralisation.....	10
1.3 Fragestellung.....	12
2. Material und Methoden.....	13
3. Ergebnisse.....	14
3.1 Literaturbestand.....	14
3.2 Begriffsentstehung und Definition von Demoralisation.....	27
3.3 FRANKs Konzept der Demoralisation.....	28
3.4 Historische Entwicklung von Demoralisation.....	29
3.5 KISSANEs Kriterien für Demoralisation.....	33
3.6 Charakteristika demoralisierter Patienten.....	35
3.7 Das Demoralisationssyndrom.....	39
3.8 Demoralisation versus Depression.....	44
3.9 Behandlung und Prävention des Demoralisationssyndroms.....	45
3.9.1 Behandlung.....	46
3.9.2 Prävention.....	49
4. Diskussion.....	51
4.1 Grundsätzliches Problem bei der Bearbeitung des DS.....	51
4.2 Existenz des Demoralisationssyndroms.....	52
4.3 Limitationen dieser Arbeit.....	53
5. Zukunft und Ausblick.....	54
6. Literaturverzeichnis.....	57

Glossar und Abkürzungen

Abb.	Abbildung
bzw.	beziehungsweise
DCPR	Diagnostic Criteria of Psychosomatic Research (Diagnostische Kriterien psychosomatischer Forschung)
DS	Demoralisationssyndrom
DSM	Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und statistisches Manual mentaler Erkrankungen)
et al.	et alii (und Andere)
etc.	et cetera (und Weiteres)
hl.	heiliger, heilige, heiliges
ICD	International Classification of Diseases (Internationale Klassifizierung von Krankheiten)
lat.	lateinisch
Mat.Nr.	Matrikelnummer
SOC	Sense of Coherence (Sinn für Kohärenz, Zusammenhang, Stimmigkeit)
sog.	so genannter, so genannte, so genanntes
u.a.	unter anderem
v.a.	vor allem
WHO	World Health Organisation (Welt - Gesundheitsorganisation)
z.B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 - Trauer.....	ii
Abbildung 2 - Das Pilgerhospital und die Kirche des Hl. Grabes in Jerusalem.....	6
Abbildung 3 - Literaturbestand zum Thema „Demoralisation“	16
Abbildung 4 - Modell der Demoralisation.....	34

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 - Literaturgliederung - theoretische Arbeiten.....	24
Tabelle 2 - Literaturgliederung - Arbeiten mit palliativmedizinischem Bezug.....	26
Tabelle 3 - Gegenüberstellung von Demoralisation und Depression.....	45
Tabelle 4 - Strategien zur Hilfe demoralisierter Personen	47
Tabelle 5 - Potenzielle Differenzierungspunkte	54

1. Einleitung

Die vorliegende Diplomarbeit nimmt inhaltlich auf einen bedrückenden, vielmals tabuisierten Abschnitt menschlichen Daseins Bezug: maligne Krankheit im prä-/terminalen, inkurablen, so genannten „austherapierten“ Stadium.

Thematisiert werden u.a. die Auseinandersetzung mit eigener Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, der Umgang des Patienten mit dem bevorstehenden Tod und die ärztliche Begleitung dieser letzten, meist beschwerlichen Phase menschlichen Lebens.

Neben der Berücksichtigung palliativmedizinisch betreuter Nicht - Tumorpatienten wie z.B. Menschen mit chronisch internistischen, neurologischen sowie geriatrischen Krankheiten im fortgeschrittenen Stadium (2) steht der irreversibel maligne erkrankte, leidende, „dem Tod geweihte“ Patient und seine individuellen, aus jener speziellen Situation resultierenden Bedürfnisse, Ängste und Konflikte im Mittelpunkt. Der im Volksmund genannte „Krebspatient“ befindet sich angesichts seiner ausweglosen Lage in vielen Fällen in einem Extremzustand, in welchem eine existentielle Grenzsituation nicht nur am eigenen Leib, sondern auch in der eigenen Seele erlebt wird.

Ausgehend von massiven physischen Problemen kommt es beim betroffenen Individuum zu emotionalem Stress und einer zunehmenden psychischen Imbalance. Gefühle der eigenen Inkompetenz, Insuffizienz und Entmutigung sind Ausdruck eines drohenden Ich - Verlustes, einer „existentiellen Krise“.

An dieser Stelle ist es für alle Beteiligten in Bezug auf Diagnose, Therapie und Prognose von großer Bedeutung, welcher Art eine derartige psychische Verfassung ist: Liegt eine adäquate Reaktion wie z.B. antizipatorische Trauer oder Traurigkeit vor? Oder steht man einer behandlungsbedürftigen Pathologie wie z.B. einer Depression oder extremen Angstzuständen gegenüber?

In den letzten Jahren hat in der Palliativmedizin in diesem Zusammenhang ein Begriff zunehmend an Bedeutung gewonnen: das so genannte *Demoralisationssyndrom*.

Unter den Fachleuten wird kontrovers diskutiert, ob jenes Syndrom tatsächlich ein reproduzierbares Phänomen darstellt. Erklärungsmodelle hierfür findet man sowohl in der humanistischen, als auch naturwissenschaftlichen Medizin. Beide Theorien, gleichwohl Viktor von Weizsäckers Idee der Integration in eine „ganzheitliche, anthropologische Medizin“, sollen dieser Arbeit als Referenz dienen (3).

Angelehnt an die bereits von Asklepios, Hippokrates, Hildegard von Bingen und Theophrastus von Hohenheim (Paracelsus) vertretenen These, dass der Mensch immer gleichsam als Objekt und Subjekt beachtet werden müsse, gehen wir auch heute wieder von einer notwendigen Vereinigung von „Physikum und Philosophikum“ in der ärztlichen Tätigkeit aus (3).

Dies bedeutet, dass neben Störungen, die körperliche Existenz, Funktion, Konstitution sowie Struktur betreffend (z.B. Tumorerkrankung), auch Störungen des seelischen Wohlbefindens (z.B. Demoralisation) größtes medizinisches Interesse wecken und im Sinne des modernen „biopsychosozialen Modells“ (4) einer ganzheitlichen Therapie bedürfen. Jene setzt sich neben adäquater Symptomkontrolle sowie effektiver Schmerztherapie ebenso aus psychotherapeutischen Maßnahmen zusammen. Immerhin nimmt eine negative, vorwiegend pessimistische Grundstimmung Einfluss auf die persönliche Lebensqualität, eines der letzten möglichen Potentiale des schwersterkrankten Menschen.

Die Rolle des Arztes entwickelt sich folglich vom bloßen Reparatteur in einem mechanistischen, ausschließlich naturwissenschaftlich geprägten Weltbild des 19. und frühen 20. Jahrhunderts (Prinzip des „Defekt - Reparatur - Modells“ der empirisch - analytischen Erkenntnistheorie) (3) hin zum zusätzlich multidisziplinär agierenden Schnittstellenmanager, einem Vermittler zwischen Patient, Familie und verschiedenen medizinischen Fachrichtungen, insbesondere aber zum aktiven Zuhörer, Begleiter und Sympathisanten des Patienten.

Blickt man in die Zukunft, wird unverhüllt klar, dass angesichts einer fortwährend steigenden Lebenserwartung gepaart mit prozentuell immer höher werdenden

Krebsinzidenzen und anderen inkurablen Erkrankungen, die Zahl der Alten, Gebrechlichen und unheilbar Kranken zunehmen wird.

Somit ergibt sich die gegenwärtige Aktualität und Bedeutung des gewählten Themas.

Das Ziel meiner Diplomarbeit ist eine kritische, objektive, sprich wissenschaftlich fundierte Hinterfragung des Anspruchs des „Phänomens der Demoralisation“ im palliativmedizinischen Kontext als tatsächlich eigenständige, von der Depression eindeutig abzugrenzende Entität.

Basierend auf einer Literaturrecherche soll der Terminus „Demoralisation“, welcher bis dato noch keineswegs gänzlich geklärt ist, näher beleuchtet werden. Darüber hinaus wird durch die Präsentation eines Modells auf die Bedeutung der Demoralisation in der klinischen Tätigkeit hingewiesen und schließlich ein Bogen zwischen Theorie und Praxis gespannt.

Hinweis bezüglich „Gendering“:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text auf eine Unterscheidung der weiblichen und männlichen Schreibweise verzichtet. Sofern nicht ausdrücklich auf Frauen oder Männer Bezug genommen wird, sind stets beide Geschlechter gleichermaßen angesprochen!

1.1 Palliativmedizin

Das Wort Palliativmedizin hat seine etymologische Wurzel im lateinischen Wort „*pallium*“ (Mantel) (5) und bezieht sich im übertragenen Sinn auf eine „schützende“, „wärmende“, den Patienten „in einen Mantel hüllende“ Medizin. Hiermit ist im Wesentlichen gemeint, dass Schwerstkranke und Sterbende, für die es nach derzeitigem Wissenstand keine kurative Heilung mehr gibt, nicht alleine gelassen, sondern neben einer kompetenten Linderung ihres Leidens empathisch begleitet werden (6).

1.1.1 Definition „Palliativmedizin“

Die Welt - Gesundheitsorganisation (WHO) definiert den Begriff *palliative care* - gleichzusetzen mit dem deutschen Terminus *Palliativmedizin* - derzeit (Stand Februar 2010) folgendermaßen:

„Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life - threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. Palliative care provides relief from pain and other distressing symptoms; affirms life and regards dying as normal process: intends neither to hasten or postpone death; integrates the psychological and spiritual aspects of patient care; offers a support system to help patients live as actively as possible until death; offers a support system to help the family cope during the patients illness and in their own bereavement; uses a team approach to address the needs of patients and their families, including bereavement counselling, if indicated; will enhance quality of life, and may also positively influence the course of illness; is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy or radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications.“ (7)

Die eben vorgestellte aktuelle Definition ist stark an ihre Vorversion aus dem Jahre 2002 angelehnt, deren gekürzte Übersetzung aus dem englischsprachigen Original ins Deutsche durch die im Jahre 1993 gegründete *Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin* erfolgte:

„Palliativmedizin/Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen.“ Dies geschieht durch

- Vorbeugen und Lindern von Leiden,
- frühzeitiges Erkennen, Einschätzen und Behandeln von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art. (2)

Im deutschsprachigen Raum hat man sich dafür entschieden, *Palliative Care* mit Palliativmedizin zu übersetzen. Gleichwohl ist der multidisziplinäre Ansatz darin auch enthalten.

1.1.2 Aufgaben und Inhalte der Palliativmedizin

Um wesentliche Aufgaben, Inhalte und Ziele der Palliativmedizin umfassend bzw. grundlegend zu verstehen, muss man sich zunächst mit dem Ursprung einer bereits sehr lange etablierten medizinischen Disziplin auseinandersetzen:

Die Anfänge der Palliativmedizin reichen weit zurück. Im Gegensatz zur verbreiteten Fehlmeinung, es handle sich um eine völlig neue Sparte unserer modernen Spitzenmedizin, ist die palliative Betreuung - so HUSEBO und KLASCHIK - wahrscheinlich die älteste medizinische Tätigkeit überhaupt, „denn früher gab es bei fast keiner Erkrankung einen kurativen Ansatz“ (8).

Zentraler Ausgangspunkt ist die so genannte *Hospizidee* (*hospitium*, lateinische Bezeichnung für Gastfreundschaft, Herberge, Quartier, Ruheplatz) (9), deren Wurzeln im Mittelalter, zur Zeit der Kreuzzüge, 11. bis 13. Jahrhundert, zu finden sind.

In jener düsteren, von Gewalt und Krankheit geprägten Epoche kam es im Jahre 1048 in Jerusalem erstmals zur Gründung einer Hospitalgemeinschaft. Als Finanzier fungierte Mauro di Pantaleone, ein Kaufmann aus Amalfi, welcher Benediktinermönche mit der medizinischen Pflege von Berufskollegen und Pilgern betraute.



Abbildung 2 - Das Pilgerhospital und die Kirche des Hl. Grabes in Jerusalem (10)

Die Einrichtung (siehe Abb. 2) erwies sich v.a. im Rahmen der Eroberung von Jerusalem (1099) als Heil versprechendes Refugium für zahlreiche verwundete Kreuzritter. Nach erfolgter Rekonvaleszenz ließen diese aus Dankbarkeit dem Hospital größere Geldspenden und Ländereien zukommen. Ein Weiterbestehen war somit wirtschaftlich gesichert (11).

1113 wurden die Mönche schließlich von Papst Paschalis II zu „Hospitaliter des Heiligen Johannes von Jerusalem“ ernannt. Daraus entwickelte sich der Johanniterorden, dessen Anhänger bis heute noch unter dem Symbol des achtspitzigen Kreuzes im Sinne der christlichen Nächstenliebe tätig sind (12).

Von Jerusalem aus zogen die Johanniter später auch nach Malta. Dort errichteten sie als „Malteserritter“ Herbergen und Krankenhäuser und sorgten hiermit für den Einzug von Hygiene und medizinischer Versorgung.

Im Zuge der Säkularisierung zu Beginn des 19. Jahrhunderts kam es jedoch zur radikalen Auflösung sämtlicher Klöster und Hospize. Dennoch sollte die Hospizidee von damals nicht gänzlich verloren gehen.

Anfang der 1960er Jahre gelang nach jahrzehntelanger Dominanz eines rein naturwissenschaftlich, streng mechanistisch orientierten Denkens und Handelns ein bahnbrechendes Umdenken:

Die amerikanisch - schweizerische Psychiaterin und Sterbeforscherin Dr. Elisabeth Kübler - Ross (1926 - 2004) bewirkte mit ihren Arbeiten (z.B. „Interviews mit Sterbenden“, 1969) einen wahren Tabubruch. Sie rückte die unliebsamen, weit verdrängten Themen Sterben und Tod ins Rampenlicht und zeigte eine komplett neue, bis dahin völlig unbekannte Art von Kommunikation mit Schwerstkranken. Das erfolgte in einer Zeit, in welcher es noch allgemein Usus war, Menschen zum Sterben alleine zu lassen, sie mit ihren Ängsten in eine stille Kammer, wenn nicht anders möglich auch in die Toilette oder den Waschraum abzuschieben (13).

Im Jahre 1967 gründete die englische Ärztin, Krankenschwester und Sozialarbeiterin Dame Ciceley Saunders in London das *St. Christopher` s Hospice*, das erste Hospiz im Sinne der modernen Hospizbewegung, und legte hiermit den Grundstein für eine erstaunlich rasche sowie fulminante Verbreitung der Hospizidee nicht nur in Großbritannien, sondern auf dem gesamten Erdkreis.

Das Fach Palliativmedizin per se entwickelte sich schließlich „durch die Integration der Hospizidee in die Schulmedizin“. So wurde 1975 die weltweit erste Palliativstation im *St. Louis Hospital* in New York eröffnet (14).

Aufgrund ihrer geschichtlichen Entwicklung basiert unsere moderne Palliativmedizin des späten 20. und frühen 21. Jahrhunderts unweigerlich auf den Grundprinzipien der Hospizidee und setzt dieser Tradition ein Gesamtkonzept von neuen bzw. neu erarbeiteten Inhalten hinzu.

Das grundsätzliche Anliegen der Palliativmedizin wird von der *Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin* - orientiert an der WHO - Definition für Palliativmedizin - folgendermaßen formuliert:

- Behandlung und Begleitung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung
- Bejahung des Lebens; Anerkennung des Sterbens als natürlichen Prozess
- multiprofessionelles Arbeiten; Kooperation (2)

HUSEBO und KLASCHIK fassen diese Ideen in anderen Worten zu den *wesentlichen palliativmedizinischen Zielen* zusammen:

- Hospizidee („neuer Umgang mit Sterben und Tod; neuer mitmenschlicher Umgang durch Wiedereinbindung von Familie, Freunden und weiterem sozialen Umfeld, Respekt vor Autonomie und Würde Schwerstkranker und Sterbender“) (15)
- exzellente Schmerz- und Symptomkontrolle
- „Integration der psychischen, sozialen und seelsorgerischen Bedürfnisse der Patienten, der Angehörigen und des Behandlungsteams sowohl während der Erkrankung des Patienten als auch bei seinem Sterben und in der Zeit danach“ (16)
- „Akzeptanz des Sterbens als Teil des Lebens“ (16)
- Kommunikation und Ethik

Zweifellos sind einige der genannten Punkte (z.B. Kommunikation, Ethik, Autonomie oder Würde) nicht nur obligat für die Palliativmedizin, sondern treffen gleichsam für die gesamte Medizin zu. Es gibt viele gemeinsame Schnittstellen, dennoch ist eine konkrete Differenzierung möglich:

Der größte Unterschied zwischen einer palliativen Versorgungseinheit und allen anderen medizinischen Fächern liegt wohl im primären Ziel der Lebensqualität des Patienten. Dies bedeutet, dass eine kausale Therapie mit dem Sinn einer Lebensverlängerung oder gar Heilung nicht vorrangig bzw. nicht mehr möglich ist.

Kuration wird folglich durch Palliation ersetzt!

Hiermit ist jedoch keinesfalls gemeint, dass Palliativmedizin unterstützende Therapiemaßnahmen wie z.B. Chemotherapie oder Radiatio, geschweige denn operative Eingriffe kategorisch ablehnt. Wichtig ist aber immer eine objektive Risiko - Nutzen - Abwägung.

Verspricht eine Behandlung unter dieser Betrachtung einen klaren Vorteil wie zum Beispiel eine Verbesserung des Befindens oder der Gesamtprognose, wird sie dem Patienten selbstverständlich nicht vorenthalten. Bringt eine diagnostische oder therapeutische Intervention aber nur geringen persönlichen Benefit, sollte dem Patienten nach dem „Schutzprinzip“ der Palliativmedizin jene unnötige Strapaze dringlich erspart bleiben.

Neben dem Streben nach Lebensqualität gilt die ganzheitlich orientierte Kontrolle auftretender Symptome, sei es körperlicher oder seelischer Art, als weiteres Spezifikum der *palliative care*. So ergeben sich nach DONNERLY et WALSH unweigerlich die *Hauptindikationen für die Zuweisung an eine Palliativstation*:

- Schmerzen
- Schwäche/Kachexie
- Luftnot
- (Lymph-)Ödeme
- Übelkeit/Erbrechen
- Unruhe/Verwirrtheit
- Depression/Angst (17)

Hält man sich jene Konflikte des auf den Tod zugehenden Menschen vor Augen, wird klar, dass eine mögliche Lösung nur in einem multidisziplinären Herangehen zu finden ist.

Um ein umfassendes, biopsychosoziales Behandlungskonzept offerieren zu können, ist die Integration medizinischer, psychologischer und spiritueller Aspekte unumgänglich. Palliativmediziner arbeiten mit Kollegen anderer Fachrichtungen (z.B. Onkologen, Radiologen, Internisten) sowie Psychologen, Seelsorgern, Sozialarbeitern, Physiotherapeuten und anderen Berufsgruppen eng zusammen und sorgen für eine umfassende, patientenzentrierte, sprich subjektorientierte

Betreuung, welche nach WEIZSÄCKERs Axiom der *Medizinischen Anthropologie* „wissenschaftlich nach der Freiheit und den Grenzen des kranken Menschen, nach dem Sinn von Leiden und Krise und nach dem sozialen Wesen menschlicher Erkrankung fragt“ (3).

Der Schlüssel zur erfolgreichen Umsetzung sämtlicher palliativmedizinischer Ideen und Inhalte ist unumstritten gut funktionierende Kommunikation. Sie macht erstens konstruktive Teamarbeit unter den agierenden Therapeuten möglich und ist zweitens das maßgebliche „Werkzeug“ für das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient.

Jener viel zitierten *Arzt - Patienten - Beziehung* wird gerade in der Palliativmedizin wesentliche Bedeutung zugeschrieben. Die aufrichtige, fürsorglich getragene Partnerschaft zwischen Helfer und Hilfsbedürftigen ist angesichts der Sinnkrise von unheilbar Kranken oder Sterbenden wahrscheinlich noch spezieller bzw. inniger als in einem kurativen Setting und fordert vor allem deshalb vom zuständigen Behandlungsteam besondere Kompetenz.

1.2 Demoralisation

Das deutsche Wort *Demoralisation* ist in seiner Bedeutung ein Synonym für „Entmutigung (18), Zermürbung (19), zerstörte Moral (20)“. Als Adjektiv oder Adverb gebraucht beschreibt *demoralisiert* einen dysthymen psychischen Zustand und bedeutet „deprimiert, niedergeschmettert, niedergedrückt“ (20).

Im allgemeinen Sprachgebrauch findet dieser Terminus sehr häufig, jedoch recht unspezifisch Verwendung. So sprechen wir z.B. von innerer Demoralisation im Zusammenhang mit schlechten Wahlergebnissen, Arbeitslosigkeit, Terrorismus oder Feindschaft (21).

Betrachtet man *Demoralisation* streng wissenschaftlich, schlägt man eine psychologische bzw. psychiatrische Richtung ein. In medizinischen Datenbanken stößt man via Internetrecherche neben Flüchtlingen (22), Soldaten (23), Kriegs- oder Hurrikan - Opfern (24), medizinischem Personal (v.a. Krankenschwestern) (25), Singles bzw. Alleinlebenden (26), Studenten (27), homosexuellen

Jugendlichen (28) oder Drogenabhängigen (29) auf zwei meist betroffene Personengruppen: Inhaftierte und terminal Erkrankte.

Bei Ersteren handelt es sich um Gefängnisinsassen, welche aufgrund ihrer sozialen Isolation unter massiven Verlustängsten leiden und angesichts ihrer Ausweglosigkeit in Demoralisation oder Depression (eine genaue Differenzierung folgt in Kapitel 4.7) verfallen.

Zweitgenannte, vorwiegend Krebspatienten, sind ebenfalls verstärkt mit Gefühlen der „Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Konfusion und eigener Inkompetenz“ (30) konfrontiert. Maßgeblich hierfür ist eine weit fortgeschrittene oder chronisch inkurable, mit Sicherheit todbringende physische Erkrankung.

Aus jenen Umständen resultieren massive Verlustängste und gipfeln schließlich in tatsächlicher Todesangst.

Der deutsche Psychiater und Existenzialphilosoph Karl Theodor Jaspers (1883 - 1969) (31) sieht darin die logische Antwort auf eine lebensbedrohende Situation, auf die man unweigerlich zusteuert. Er spricht in diesem Zusammenhang von „Angst vor dem Vorgang des Todes“, so genannter „vitaler Angst“ oder „existenzieller Angst“, einer äußerst tief sitzenden Angst, und konstatiert, dass keiner das Schaudern vor dem Gedanken des Nichtseins aufzuheben vermag (32).

Weiters verwendet JASPERS den Begriff der *existenziellen Grenzsituation*, die von einem in seiner körperlichen sowie seelischen Existenz - bedrohten Individuum wie z.B. einem Tumorpatienten unmittelbar erlebt wird und sich von der so genannten Grundsituation, dem allgemeinen Bewusstsein um den eigenen Tod, überwiegend in ihrer Unabwendbarkeit unterscheidet. In JASPERS Worten sind Grenzsituationen „wie eine Wand, an die wir stoßen, an der wir scheitern. Sie sind durch uns nicht zu verändern, sondern nur zur Klarheit zu bringen [...]“ (33).

So erkennt in JASPERS` beschriebener Krise menschlicher Existenz der terminal Erkrankte nach und nach seine ernste gesundheitliche Lage. Er hadert mit seinem Schicksal und verharrt letztendlich mangels Perspektiven in einem emotionalen „Sonderzustand“, einer permanent andauernden Gefühlslage geprägt von Angst,

Beklemmung, Schuldzuweisungen, fehlendem Antrieb, Freud- und Hoffnungslosigkeit.

Genannte psychische Symptome gelten - so die bisherige Fachmeinung - als pathologisch und die zugrunde liegende emotionale Verfassung wird sehr bald als klassische *Depressio*, „major depression“, klassifiziert.

Der Begriff *Demoralisation* findet in unseren jetzigen Codierungssystemen noch keinen Platz, somit wäre eine Diagnosestellung nach ICD - 10 und DSM - IV derzeit nicht möglich. Dennoch existiert ein theoretischer Hintergrund zum so genannten *Demoralisationssyndrom* (siehe u.a. „the concept of demoralization described by Jerome Frank“) (34).

David Kissane und David Clarke betrachten dieses Syndrom der *Demoralisation* erstmalig in einem konzeptionellen Zusammenhang mit der Palliativmedizin.

Gerade hier beschäftigen sich Ärzte im Zuge ihrer Arbeit mit „innerlich gebrochenen“ Patienten neben dem wichtigen Thema Depression auch mit dem neuen *Konzept der Demoralisation* (34), eine in gewissem Maß normale Reaktion bei Krebspatienten.

Dies sei der Anstoß für eine kritische Hinterfragung der bereits vielerorts erhobenen These: „Ja, es gibt ein *Demoralisationssyndrom* und zwar als eigene palliativmedizinische Entität!“ („[...] the concept of demoralization as a separate entity to depression [...]“) (35)

1.3 Fragestellung

Als relevante Fragestellung ergibt sich somit: „Existiert das *Demoralisationssyndrom* als eigene medizinische Entität und inwiefern ist dieses gerade in der Palliativmedizin von klinischer Bedeutung?“

2. Material und Methoden

Zur Exploration der verwendeten wissenschaftlich belegten Daten wurde als Methode zur Informationsgewinnung eine *Literaturrecherche* gewählt.

Ziel war es, mittels Analyse und kritischer Hinterfragung sowie Gegenüberstellung fachlich relevanter Quellen den derzeitigen Wissensstand über Demoralisation bzw. das Demoralisationssyndrom zu erheben und neben den theoretischen Grundlagen jenes noch wenig erforschten Kapitels der Palliativmedizin auch einen eventuellen praktischen Bezug herzustellen.

Verwendete Literatur konnte ich einerseits wissenschaftlich etablierten, Evidenz - basierten medizinischen Datenbanken (insbesondere *Pubmed*, *Medline* und *Cinhal*) (36,37,38) über den Server der Medizinischen Universität Graz in elektronischer Form entnehmen, andererseits dienten Fachzeitschriften (z.B. *Journal of Palliative Care*), die nicht in Datenbanken gelistet werden, als inhaltliche Referenz.

Als *Suchwörter* bei der Online - Datensuche wurden folgende Kombinationen herangezogen: „demoralisation“, „demoralization“, „syndrome of demoralisation“ „demoralisation AND palliative care“, „demoralisation AND palliative medicine“.

Zur Umsetzung dieser Diplomarbeit wurden keine Ressourcen im Sinne von Fachmitteln universitärer Einrichtungen benötigt.

3. Ergebnisse

Das Demoralisationssyndrom als eigene Entität in der Palliativmedizin scheint derzeit ein überzeugendes Modell zu sein.

Obwohl sich die Zahl v.a. stark theoriebasierter Arbeiten noch in Grenzen hält, ist bis dato eine objektive Grundhaltung der führenden Autoren zum Thema Demoralisation erkennbar und somit eine nähere Darstellung des Begriffes möglich.

3.1 Literaturbestand

Rein quantitativ betrachtet, konnte ich im Rahmen der durchgeführten Literaturrecherche sehr bald feststellen, dass das Thema meiner Diplomarbeit ein bei weitem noch nicht großflächig veröffentlichtes bzw. erforschtes Kapitel der palliativmedizinischen Tätigkeit darstellt. Genau das Gegenteil ist hier der Fall: Obgleich der Begriff *Demoralisation* in seiner simplen Grundbedeutung von „Entmutigung“ (40), „Auflösung, Untergrabung von Sitte und Moral“ (41) in unzähligen Texten Verwendung findet, handelt es sich hierbei im streng psychologischen, psychiatrischen oder speziell palliativmedizinischen Kontext um völliges „Neuland“. Nur wenige Autoren beziehen sich konkret auf das Demoralisationssyndrom als wichtige Differentialdiagnose zur Depression, als eindeutig selbstständige Entität in der *palliative care*. Daher ist die Zahl der derzeit diesbezüglich existierenden Fachartikel noch sehr gering.

Jene Aussage möchte ich mit folgendem Beispiel unterlegen bzw. veranschaulichen:

Verwendet man zur Online - Datensuche das häufig in der Palliativmedizin verwendete Schlagwort *xerostomia* (Trockenheit der Mundhöhle, ein v.a. in der terminalen Phase auftretendes Symptom) (42) ergeben sich 11 426 Artikel im *Pubmed*. Gibt man zum Vergleich in derselben medizinischen Datenbank den

Begriff *demoralisation* (englisch) ein, stößt man nur mehr auf 31 fachlich relevante Journals.

Zieht man für die Suche ergänzend *demoralization* (amerikanisch) heran, ergeben sich immerhin 238 Treffer. Somit liefert die amerikanische Schreibweise mit einer Differenz von 207 eindeutig mehr Ergebnisse als die englische Variante. Trotzdem ist der Gesamt - Output für *Demoralisation* - in Relation zu anderen palliativmedizinischen Themen - zahlenmäßig bescheiden.

Das offensichtliche Verwendungsungleichgewicht zwischen englischem und amerikanischem Terminus ist eventuell auf die allgemein bekannte, gute Positionierung der Forschung im amerikanisch - sprachigen Raum zurückzuführen und belegt so die Dominanz des Substantivs *demoralization*.

Eine andere Erklärung hierfür könnte in einer sprachlichen Reflexion der geografischen Verteilung der momentan auf dem Gebiet der Demoralisation führenden Autoren zu finden sein: David W. Kissane (USA), David M. Clarke (Australien) (39) sowie John M. de Figueiredo (USA) (43) offerieren bereits wertvolle theoretische Grundkenntnisse zum Demoralisationssyndrom.

Anzumerken sei, dass deutschsprachige Literatur zu Demoralisation bis dato noch nicht vorhanden ist. Sämtliche verfügbare Artikel sind in englisch/amerikanischer Schrift abgehandelt.

Insgesamt wurden hiervon 43 Arbeiten zur Aufbereitung dieser Diplomarbeit verwendet.

Nach Erhebung numerischer Daten bzw. Resultate einzelner wichtiger Schlagworte und Sammlung essentieller Werke folgte eine erste, grobe Gliederung der Literatur. Als Einschlusskriterien dienten vorwiegend thematische Relevanz und der unmittelbare palliativmedizinische Bezug.

Daraus ergibt sich im Überblick für *demoralization* (amerikanische Schreibweise) und *demoralisation* (englische Schreibweise) folgendes Baumdiagramm:

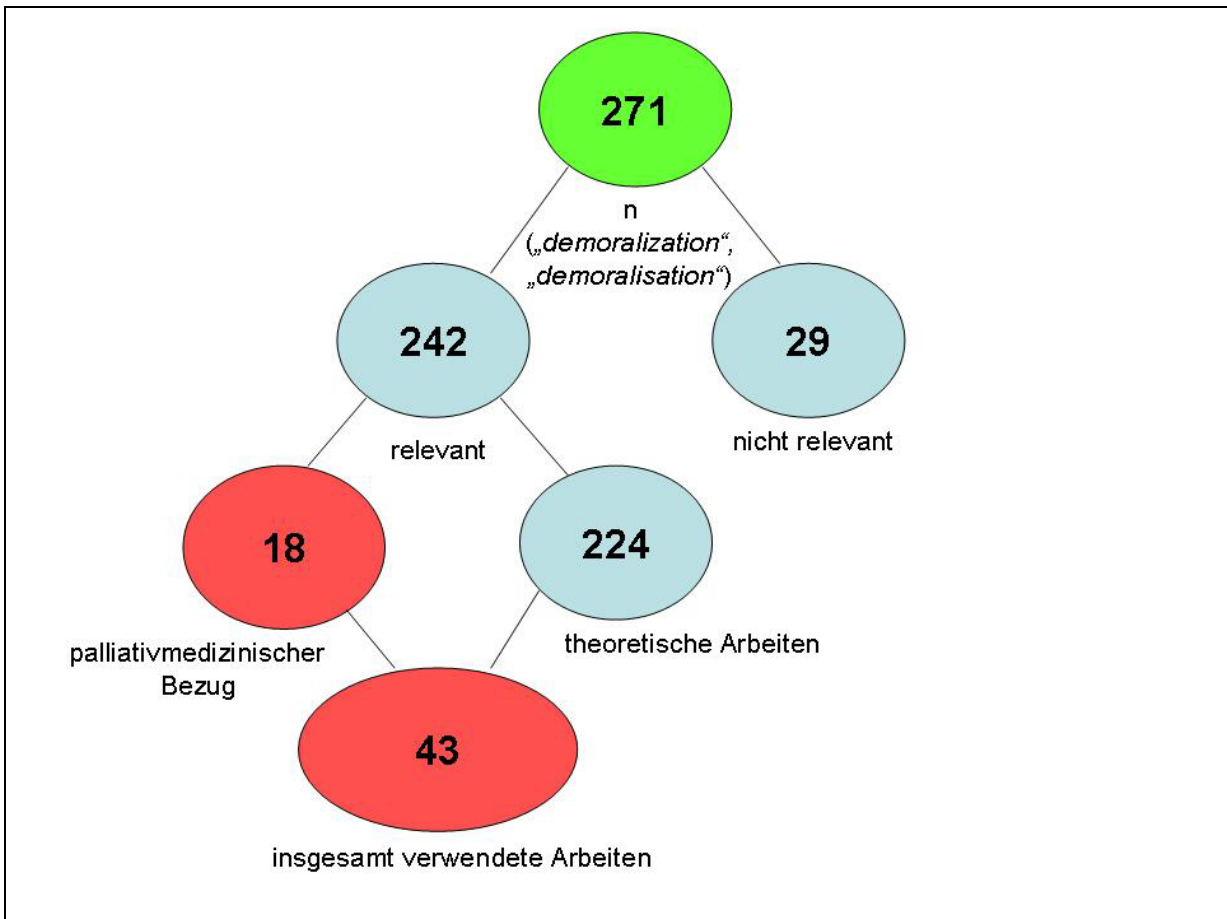


Abbildung 3 - Literaturbestand zum Thema „Demoralisation“ (Quelle: medizinische Datenbanken)

Im Anschluss wurde jene Übersichtseinteilung auf eine bereits differenziertere, inhaltliche Strukturierung der tatsächlich relevanten Arbeiten ausgeweitet. Diese Katalogisierung der vorhandenen Literatur (siehe Tabellen 1 und 2) ermöglicht eine erste Einschätzung des derzeitigen Wissensstandes hinsichtlich Theorie, Diagnostik und Therapie des Demoralisationssyndroms und dessen spezieller Bedeutung in der Palliativmedizin.

Betonen möchte ich, dass sich die Suche nach klinischem Wissen als besonders schwierig gestaltete. Grund dafür ist ein bis dato offensichtlich vorliegender Informationsmangel speziell an praxisorientierten Erkenntnissen, den HUSEBO und KLASCHIK allgemein in der Palliativmedizin feststellen: „Die Forschung in der Palliativmedizin steckt immer noch in den Anfängen und ist immer noch zu wenig patientenorientiert“ (44).

Angesichts des derzeit vorhandenen Literaturangebots kann man zusammenfassend behaupten, dass das Demoralisationssyndrom sehr wohl,

wenn auch noch in beschränktem Rahmen, einen fixen Bestandteil evidenter wissenschaftlicher Forschung darstellt. Insbesondere auf dem Gebiet der Palliativmedizin kann der Begriff der Demoralisation als relevant bezeichnet werden.

Man kann daher davon ausgehen, dass dem Demoralisationssyndrom, einem erst ansatzweise geklärten Thema, in Zukunft noch einige wertvolle Publikationen gewidmet werden. Dies lässt schließlich auf eine endgültige, präzise sowie umfangreiche Klärung des „Phänomens der Demoralisation“ (39) hoffen!

Arbeit	Autoren	Inhalt	relevante Ergebnisse
Demoralisation in Medical Practice	Jacobsen, C et al.; 2007	Definition von Demoralisation, Differentialdiagnosen, allgemeine Voraussetzungen für adäquate Behandlung	extreme externe Faktoren können selbst bei an sich resilienten/belastbaren Personen eine Demoralisation auslösen
The Demoralisation Scale: A Report of Its Development and Preliminary Validation	Kissane, D. et al.; 2004	Entwicklung eines Assessment (Bewertungs-) - Instruments zur Erhebung von Demoralisation	Demoralisation kann klinisch von einer Depression unterschieden werden
Assessing Demoralization and Depression in the Setting of Medical Disease	Mangelli, L et al.; 2005	Studie an hospitalisierten Patienten mittels DPCR (diagnostische Kriterien für Demoralisation)	hohe Prävalenz der Demoralisation; Überlappung zwischen Depression und Demoralisation möglich
Psychospiritual and existential distress	Kissane, D W; 2000	Bedingungen für Demoralisation; Definition von existentiellen Stress	Definition von diagnostischen Kriterien für Demoralisation
Diagnosing Demoralization in Consultation Psychiatry	Slavney, P R; 1999	Fallberichte	Demoralisation stellt keine psychiatrische Störung dar, sondern ist eine normale Reaktion auf bestimmte Umstände
Sense of coherence as a protective factor for demoralisation in women with a recent diagnosis of gynaecological cancer	Boscaglia N et Clarke, D M; 2007	„Sense of Coherence“ (SOC) als Indikator für Demoralisation; Definition und Prozess der Demoralisation; Abgrenzung zu Anhedonie; „Demoralisation Scale“ als Messmethode für Demoralisation (Erklärung)	protektive Faktoren als wichtige Anhaltspunkte hinsichtlich Behandlung der Demoralisation (SOC, soziale Beziehungen, Optimismus, positiver Umgang mit Lebenskrisen bzw. persönlichen Herausforderungen etc.); limitierte Forschungsergebnisse bezüglich Demoralisation
Models of Demoralisation	Hinshelwood, R D; 1988	Begriff der „Demoralisationsfalle“ und Versuch einer grafischen Darstellung	therapeutische Ansätze (u.a. Kommunikation, „leadership“)

Arbeit	Autoren	Inhalt	relevante Ergebnisse
Major depression and demoralization in cancer patients: diagnostic and treatment considerations	Angelino, A F et al.; 2000	Unterscheidung zwischen Demoralisation und Major Depression (diagnostische Spezifität); hohe Komorbidität von Depression und Demoralisation bei Krebspatienten	genaue Diagnosestellung für effektive Therapie nötig; besseres Ansprechen der Demoralisation auf supportive Psychotherapie, Hoffnung und therapeutischen Optimismus als auf Pharmaka
Demoralisation, depression and desire for death: problems with the Dutch guidelines for euthanasia of the mentally ill	Kissane, D W et Kelly B; 2000	Review/Überprüfung der klinischen Rolle eines Psychiaters hinsichtlich Beurteilung von Patienten, die Euthanasie oder assistierten Suizid wünschen	Hoffnungslosigkeit als „Kernstück“ der Demoralisation; Bedeutung von frühzeitigem Erkennen und Behandeln der Demoralisation; therapeutische Hinweise (Arzt - Patienten - Beziehung, Rolle des Therapeuten als „Emotionsgefäß“); klare Differenzierung zwischen Anhedonie, Demoralisation und Trauer; Demoralisation als eigenes Syndrom
Depression and Demoralization: Phenomenologic Differences and Research Perspectives	De Figueiredo, J M; 1993	Inkompetenz als größtes Problem des Demoralisierten (Ursache hierfür: Richtung des Handelns ist nicht bekannt); historische Bedeutung des Wortes „Demoralisation“; „nicht - spezifischer Stress“ als Demoralisation interpretiert	Demoralisation versus Depression (Unterscheidungskriterien wie z.B. normaler Schlaf bei Demoralisation); „exogenomorphe Depression“ als Teil der Demoralisation
Obfuscating clinical and political views on demoralization	Kissane, D; 2005	Stellungnahme zu PARKERs kritischem Artikel „Medicalizing meaning: demoralization syndrome and the desire to die“; drei Formen des „rationalen Suizids“	Vorkommen von Demoralisation völlig unabhängig von Depression, jedoch erhöhte Komorbidität; besondere Vulnerabilität von massiv Demoralisierten und Notwendigkeit ihres Schutzes; nur eine extreme Form von existentiellem Stress kann als potenziell pathologisch eingestuft werden

Arbeit	Autoren	Inhalt	relevante Ergebnisse
Subjective Incompetence, the Clinical Hallmark of Demoralization	De Figueiredo J M et Frank J D ;1982	Demoralisation als wesentliches Public - Health - Problem; Konzept der „subjektiven Inkompetenz“; Messung bzw. Bewertung von Demoralisation (Schwerpunkte und Probleme)	Entwicklung der Demoralisation (Modell); Einflussfaktoren (persönliche „Umwelt“, soziokulturelle Desintegration und Veränderung, negative „life events“ etc.)
Dimensions of Psychopathology in the Medically Ill	Clarke, D M et al.; 2000	Definition von Demoralisation; Demoralisation versus Depression; Korrelation zwischen Demoralisation, Angst, Anhedonie und somatischer Symptome; Symptome und Konzepte von Demoralisation; Separierung von Depression, Trauer und Anhedonie (Hinweis auf therapeutische Relevanz einer Differenzierung)	für die Verschreibung psychologischer oder pharmakologischer Therapien wird gesteigerte Spezifität gefordert; Demoralisation ermöglicht ein besseres Verstehen einer Minor Depression bei medizinisch Erkrankten, d.h. Demoralisation wird hier zwar als psychopathologische Dimension beschrieben, lässt sich aber nicht einfach mit einer Depression gleichsetzen
Psychotherapy: The Restoration of Morale	Frank, J D; 1974	primäre Funktion jeder Psychotherapie: Bekämpfung von Demoralisation; hohe Inzidenz von Demoralisation in Psychiatrie; therapeutische und prognostische Überlegungen zu Demoralisation	charakteristische Merkmale der Demoralisation; Demoralisation als „Symptom - Verstärker“; Restauration der Moral als zentraler therapeutischer Ansatzpunkt einer Demoralisation
Myofascial face pain: seasonal variability in pain intensity and demoralization	Gallagher, R M et al; 1995	Studie über saisonale Variabilität von Schmerz, Demoralisation und Bruxismus bei Patienten mit myofascialem Gesichtsschmerz	erhöhte Intensität von Schmerz und Demoralisation in finsternen, sonnenarmen Monaten; keine medikamentöse Beeinflussung des Zusammenhangs zwischen Saison und Demoralisation

Arbeit	Autoren	Inhalt	relevante Ergebnisse
An empirically derived taxonomy of common distress syndromes in the medically ill	Clarke, D M et al.; 2002	strukturiertes psychiatrisches Interview (<i>the Monash Interview for Liaison Psychiatry</i>) bei 312 medizinisch Kranken	Assoziation von Demoralisation mit jungem Alter, psychiatrischer Vorgeschichte und somatoformen Störungen; Demoralisation in Kategorie der „Trauer - Symptome“; Demoralisation v.a. bei chronischen Erkrankungen; Bedeutung einer eindeutigen Differenzierung einzelner Dimensionen für klinisches Management (Antidepressiva ja oder nein?) und kausalem Krankheitsverstehen
Depression and Demoralization Among Russian - Jewish Immigrants in Primary Care	Gutkovich, Z et al.; 1999	Studie an russisch - jüdischen Immigranten bezüglich psychologischem Stress und Depression	deutlich erhöhtes Risiko für Demoralisation bei der getesteten Personengruppe; erhaltene „hedonistische Kapazität“ bei Demoralisation („passive Freude“); Anlehnung des Konzepts der Demoralisation an SELINGMANS Konzept der gelernten Hilflosigkeit; Hoffnungslosigkeit und subjektive Inkompetenz als wesentliche Demoralisationsfaktoren; eigener Symptomenkomplex und spezifische Behandlungsstrategien des Demoralisationssyndroms
Use of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCRP) in a Community Sample	Mangelli, L et al; 2006	Bewertung der Prävalenz der DPCR - Kriterien anhand eines semistrukturierten Interviews bei 347 Personen der allgemeinen Bevölkerung	Demoralisation tritt in der Allgemeinbevölkerung nicht häufig auf, jedoch lässt sich ein erhöhtes Vorkommen im medizinischen Setting feststellen; charakteristische Symptome der Demoralisation; „persistierende Somatisierung“ als mögliche Ursache für Demoralisation; mangelnde Forschung bezüglich Demoralisation

Arbeit	Autoren	Inhalt	relevante Ergebnisse
Demoralization Revisited	Shader, R I; 2005	Zusammenfassung der führenden Autoren und ihrer jeweiligen Beschreibung für Demoralisation	Definition von Demoralisation; spärlicher Literaturbestand über Demoralisation; Fähigkeit demoralisierter Patienten, auf Belohnung, Erfolg, Stressreduktion oder Erholung zu reagieren; kein bekanntes Ansprechen der Demoralisation auf Antidepressiva; therapeutische Überlegungen
Demoralization and Psychotherapy: A Tribute to Jerome D. Frank; MD; PhD (1909-2005)	De Figueiredo, J M; 2007	historische Betrachtung des Begriffes „Demoralisation“	Begriffsdefinition; FRANKs Konzept der Demoralisation; zwei Dimensionen der Demoralisation (Stress und subjektive Inkompetenz); Fähigkeit des Demoralisierten, „konsummatorische Freude“ zu empfinden; Kontext der Demoralisation; therapeutische Hinweise (keine Medikation ohne Psychotherapie); Auslöser und Komorbiditäten der Demoralisation; negative Korrelation zwischen Demoralisation und Integration; Demoralisation ist laut DSM - IV keine separate Diagnose
A qualitative Examination of the Experience of „Depression“ in Hospitalized Medically Ill Patients	Clarke, D M et al.; 2006	Separierung zwischen Erfahrungen des „Deprimiert - Seins“, welche typischerweise mit einer Depression einhergehen, von Erfahrungen, die häufig bei medizinisch Kranken auftreten, anhand qualitativer Interviews (Testgruppe: 47 hospitalisierte, medizinische Patienten)	Demoralisation als charakteristische emotionale Erfahrung bei hospitalisierten, medizinisch Kranken; „nicht - depressive Patienten“ versus „depressive Patienten“ (wesentliche Diskussionspunkte: Gedankenkreisen, Optimismus, Abhängigkeit, Antriebslosigkeit, Schlafstörungen, Schuld und Bedauern); „par excellence“ - Ansprechen auf Psychotherapie bei Demoralisation

Arbeit	Autoren	Inhalt	relevante Ergebnisse
Brief Psychotherapy at the Bedside: Countering Demoralization From Medical Illness	Griffith, J L et Gaby L; 2005	Bedeutung der „Psychotherapie am Krankenbett“ in der Bekämpfung von Demoralisation	Behandlungsschwerpunkte der Demoralisation (Kohärenz, Gemeinschaft, Hoffnung, Ziele, Handlungsfähigkeit, Mut, Dankbarkeit); Unterscheidung zwischen Depression und Demoralisation; kein effektives therapeutisches Ansprechen von Antidepressiva bei Demoralisation; Begriff der „existenziellen Krise“
Depression, demoralisation or adjustment disorder? Understanding emotional distress in the severely medically ill	O' Keeffe, N et Ranjith, G; 2007	emotionaler Stress (Definition); Notwendigkeit einer Differenzierung von Depression (z.B. „sekundäre Depressio“, „iatrogene Depressio“); Demoralisation und Anpassungsstörung als mögliche Alternativdiagnosen von Depression; kritische Betrachtung dieser Entitäten; DCPR - Kriterien für Demoralisation	Bedeutung einer präzisen Diagnose von emotionalem Stress bei medizinisch Kranken (voreilige Diagnose „Depression“ → überflüssige Medikalisierung; Gefahr des medizinischen Labellings von physiologischen Reaktionen); formale Kriterien für Depression bei Patienten mit emotionalen Problemen in medizinischem Setting nur selten erfüllt; Schwierigkeiten bei Differenzierung zwischen Demoralisation, Depression und Anpassungsstörung (nicht alle Depressiven sind demoralisiert et vice versa); Anhedonie bei Depression; Anpassungsstörung: unmittelbares Vorhandensein des Stressors; Fehlen von antizipatorischer Freude bei Demoralisation; Cluster - Analyse nach CLARKE et al. als Differenzierungshilfe
Global meaning and meaning - related life attitudes: exploring their role in predicting depression, anxiety, and demoralization in cancer patients	Vehling, S et al., 2010	Studie über den Zusammenhang zwischen „Bedeutung“ und existenziellen Stress an 270 Krebspatienten	Bedeutungsfindung als protektiver Faktor in der Entwicklung von Stress - Syndromen

Arbeit	Autoren	Inhalt	relevante Ergebnisse
Distress in palliative care patients: Developing patient - centred approaches to clinical management	Williams, M L et al.; 2008	Demoralisation als separate Entität, „disorder of meaning and hope“ (Störung von Bedeutung und Hoffnung); Demoralisation als pathologische Störung; Notwendigkeit weiterer praxisorientierter Forschung; negativer Einfluss von emotionalem Stress auf physisches Leiden; immense Bedeutung eines adäquaten Stressmanagements;	ganzheitliches Konzept der palliativen Betreuung; Unterscheidbarkeit klinischer Depression von „normalen Traurigkeit“ bei schwerer körperlicher Erkrankung; Charakteristika von Depression und Demoralisation (zwei völlig unterschiedliche Krankheitskonzepte); Demoralisation als Krankheit; diagnostische Kriterien nach KISSANE; „Demoralisation Scale“ als Messmethode; Dimensionen der Demoralisation; hohe Prävalenz von Demoralisation v.a. bei fortgeschrittenen Tumorstadien; Behandlungsmöglichkeiten der Demoralisation (z.B. der Krankheit Bedeutung geben, Stress verstehen und bewältigen)

Tabelle 1 - Literaturgliederung - theoretische Arbeiten

Arbeit	Autoren	Inhalt	relevante Ergebnisse
Demoralization, anhedonia and grief in patients with severe physical illness	Clarke, D et al.; 2005	Anhedonie und Demoralisation als Subtypen der Depression; Depression mit Anhedonie versus Depression mit Demoralisation (klare Differenzierung); positive und negative Korrelationen der Demoralisation	Demoralisation als brauchbares Konzept für Trauer bei physisch Kranken
Is Courage the Counterpoint of Demoralization?	Wein, S et al.; 2007	theoretische und praktische Unterscheidbarkeit von Depression und Demoralisation; Coping - Strategien	„Restauration der Moral“ als therapeutisches Werkzeug
Demoralization: its phenomenology and importance	Clarke, D W et Kissane, D W; 2002	Demoralisation als eigene, bedeutende Entität; Coping - Verlust	spezielle Bedeutung von Demoralisation bei Patienten mit Angst vor Tod oder Integritätsverlust; Modell des Prozessablaufes von Demoralisation; Strategien zur Hilfe
Demoralisation Syndrome - a Relevant Psychiatric Diagnosis for Palliative Care	Kissane, D W et al.; 2001	Demoralisation als Syndrom beschrieben; diagnostische Kriterien der Major Depression nicht erfüllt; Scham v.a. in Verbindung mit Demoralisation	Status der Demoralisation als Syndrom und palliativmedizinischer Nutzen
Terminally ill cancer patients` wish to hasten death	Kelly, B et al.; 2002	begünstigende Faktoren für den Wunsch nach vorzeitigem Tod bei terminal Erkrankten	Definition von Demoralisation; Arzt - Patienten - Beziehung beeinflusst „end of life - decision“ wesentlich; Kommunikation und emotionale Unterstützung als therapeutischer Ansatz bei Demoralisation

Arbeit	Autoren	Inhalt	relevante Ergebnisse
Medicalizing meaning: demoralization syndrome and the desire to die	Parker, M; 2004	kritische Analyse des neuen, an Bedeutung gewinnenden Begriffs „Demoralisationssyndrom“	Ansiedlung des Demoralisationssyndrom v.a. im palliativmedizinischen Setting; Zusammenfassung therapeutischer „Werkzeuge“ für Demoralisation; Entwicklung von Suizidgedanken bei Demoralisierten; Gefahr einer möglichen Medikalisierung des Lebensendes
Socio - demographic and clinical features associated with demoralisation in medically ill in - patients	Marchesi, C et Maggini, C; 2007	Studie zur Identifizierung der mit Demoralisation bei medizinisch Kranken assoziierten sozio - demografischen und klinischen Charakteristika; Methode: <i>PERI - D (Psychiatric Epidemiological Research Interview)</i> , <i>MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)</i> ; 296 Teilnehmer	„begünstigende Faktoren“ für eine Demoralisation: psychiatrische Vorgeschichte, geringe familiäre Unterstützung, starke physische Beeinträchtigung, große Zahl an bedrohlichen „life events“, weibliches Geschlecht; typische Kriterien/Kennzeichen der Demoralisation; Mechanismus der Demoralisation; Ansprechen Demoralisierter auf supportive Psychotherapie, Hoffnung, therapeutischen Optimismus und Zeit

Tabelle 2 - Literaturgliederung - Arbeiten mit palliativmedizinischem Bezug

3.2 Begriffsentstehung und Definition von Demoralisation

Wie bei vielen Phänomenen, welche die geistige und seelische Gesundheit eines Menschen betreffen, ist auch das „Phänomen der Demoralisation“ bei körperlich Erkrankten nicht einheitlich definiert.

Um die Bedeutung von Demoralisation zu erfassen, muss man folglich auf die Beschreibungen verschiedener Autoren zurückgreifen. So nähert man sich - basierend auf der historischen Entwicklung des Begriffes - einer anschaulichen, komplexen Darstellung des Themas *Demoralisation* bzw. *Demoralisations-syndrom*.

Der Begriff *demoralization* wurde im Jahre 1970 in der psychiatrischen Literatur von Jerome David Frank, MD, PhD (amerikanischer Psychiater, 1909 - 2005) (45) zum ersten Mal verwendet und als durch inneren oder äußeren Stress verursachter Coping - Verlust beschrieben (46).

FRANK, welcher folglich als Urheber jeglicher wissenschaftlicher Betrachtung von Demoralisation anzusehen ist, widmete sich am Anfang seiner beruflichen Karriere im Jahre 1949 vorwiegend der Suche nach Überlappungen zwischen den einzelnen psychotherapeutischen Schulen. Im Zuge dessen kam er u.a. zur Erkenntnis, dass die Gemeinsamkeiten zwischen den verschiedenen Methoden der Psychotherapie bei weitem größer sind als ihre Unterschiede und konstatierte, dass Demoralisation den gemeinsamen Nenner jeder psychotherapeutischen Behandlung darstellt (47).

Das Verb *demoralize* entspricht nach FRANK der Wörterbuch - Bedeutung „jemanden seiner Tatkraft, seines Muts berauben, entmutigen, verwirren, jemanden in ein Durcheinander oder in Konfusion versetzen“ und gilt im allgemeinen als exzellente Charakterisierung der emotionalen Verfassung von „Kandidaten für Psychotherapie“ (47).

In den 1970er Jahren definiert FRANK *demoralization* schließlich als Hauptproblem aller Patienten, die zur Psychotherapie kommen und betont, dass die Effektivität sämtlicher psychotherapeutischer Schulen in deren Fähigkeit liegt,

die Moral der Patienten wieder herzustellen. Dies bezeichnet er als *restoration of morale (Restauration der Moral)* (48).

3.3 FRANKs Konzept der Demoralisation

Laut O`KEEFE und RANJITH gelingt dem Psychiater Jerome David Frank, der im dysphorischen Zustand *demoralisiert* alle Bedingungen erfüllt sieht, die Psychotherapie zur Antwort haben (49), mit der Begründung seines *concepts of demoralisation (Konzepts der Demoralisation)* eine erste und wichtige Konkretisierung.

FRANK beschränkt sich in seinem Werk „Persuasion and Healing“ zur Beschreibung von Demoralisation auf vier wesentliche Eigenschaften:

- Hilflosigkeit
- Hoffnungslosigkeit
- Konfusion
- eigene Inkompetenz (50)

Jene negativen Emotionen gelten als charakteristische Symptome bei Demoralisierten und werden zum Konzept der Demoralisation zusammengefasst. Wie die meisten Autoren nach ihm geht somit bereits der Urvater von Demoralisation von einem eindeutigen Anspruch des Phänomens der Demoralisation als klar definiertes, eigenständiges Syndrom aus. Das bedeutet, dass dem so genannten *Demoralisationssyndrom* per definitionem ein konkreter Symptomenkomplex zugrunde läge und hiermit das Krankheitsbild gerechtfertigt wäre (51).

Als begünstigende Ausgangssituation für Demoralisation wird im Gegensatz zu „non - specific stress“ (unspezifischem Stress) - so FRANKs Ansicht - grundsätzlich ein konkreter Prädiktor gefordert: *existenzieller Stress* bei mental oder physisch schwer erkrankten Patienten, deren Leben oder Integrität akut bedroht ist (39).

3.4 Historische Entwicklung von Demoralisation

Neben Jerome David Frank erkannten auch andere renommierte Persönlichkeiten die Bedeutung von Demoralisation und widmeten sich ebenfalls der intensiven wissenschaftlichen Erforschung jenes Sachgebietes.

Als Resultat wurde Demoralisation in verschiedenen Settings (z.B. forensische Psychiatrie, Palliativmedizin, Onkologie) betrachtet und es kam zu einer unterschiedlichen Namensgebung für das *Syndrom der Demoralisation* wie zum Beispiel „social breakdown syndrome“, „Krise“ oder „giving up - given up complex“ (47).

Geht man chronologisch vor, stößt man in der Literatur via Philippe Pinel, französischer Psychiater, Pathologe, Philosoph und Physiker (1745 - 1826) (52), nicht nur auf einen Freidenker und geistigen Revolutionär seiner Zeit, sondern auch auf den wohl frühesten „Kenner“ von Demoralisation.

Entgegen der im 18. und teilweise noch 19. Jahrhundert allgemein gängigen Art, Geisteskranke wie Verbrecher in psychiatrischen Anstalten - Irrentürme genannt - festzuhalten bzw. zu behandeln, setzte sich PINEL vehement für einen humaneren Umgang mit psychiatrischen Patienten ein. Er ließ seine „Schützlinge“ von ihren Ketten befreien und bemühte sich - ganz im Sinne einer „Restauration der Moral“ - um deren soziale Integration (52).

Der Effekt jener Bemühungen, einer allgemeinen Demoralisation in psychiatrischen Einrichtungen aktiv entgegen zu wirken, war äußerst positiv: Sehr bald konnte objektiv festgestellt werden, dass sich die Betroffenen deutlich ruhiger und ausgeglichener verhielten (47).

Nach PINEL, ungefähr ein Jahrhundert später, war es Jerome David Frank, der den Terminus Demoralisation ebenfalls sehr stark in einem psychiatrischen Umfeld prägte.

FRANK begründete im 20. Jahrhundert das bereits vorhin erwähnte *Konzept der Demoralisation* und widmete sich sein Leben lang der weiteren Erschließung dieses Themas. Die Grundpfeiler für FRANKs Erkenntnisse waren einerseits klinische Beobachtungen, andererseits wurde FRANKs intellektuelles Schaffen

stark von den Ideen seiner drei ehemaligen Lehrer geprägt: Whitehead, Lewin und Meyer (47).

Alfred North Whitehead (1861 - 1947), englischer Mathematiker, Logiker, Physiker und Philosoph (53), unterrichtete FRANK im Fach Philosophie am *Harvard College* und vertrat die Meinung, dass die Interaktion zwischen Individuen und sozialen Gruppen eine von zwei Formen annimmt: Zwang oder Überzeugung (*force or persuasion*) (54).

Diese These spiegelt sich stark in FRANKs Werken „*Persuasion and Healing*“ sowie „*Sanity and Survival*“ wider und wird dort neben der Beschreibung von Demoralisation und deren psychotherapeutischen Behandlung ausführlich erläutert.

Kurt Lewin (1890 - 1947), Mitbegründer der experimentellen Sozialpsychologie, war FRANKs Mentor in dessen postgradueller Zeit und wird heute zu den bedeutendsten Psychologen seines Jahrhunderts gezählt (55). LEWIN beeinflusste FRANK v.a. mit seinen Erkenntnissen auf den Gebieten *soziale Umwelt* und seinen Postulaten hinsichtlich *Lebensraum und Umgebung* von Individuen (47), welche dem Überbegriff *Ökologische Psychologie* (55) zuzuordnen sind.

Im Rahmen seiner Tätigkeit am *Johns Hopkins Krankenhaus* in Baltimore machte FRANK die Bekanntschaft mit dem in der Schweiz geborenen amerikanischen Psychiater Adolf Meyer und dessen Modell des Menschen als sich anpassende psychobiologische Einheit (56).

MEYERs Überzeugungen nahmen wesentlichen Einfluss auf FRANKs Gedankengut und waren Auslöser für dessen Beobachtungen zu existenziellem Stress bzw. negativen *life events (Lebensereignissen)* und deren Auswirkungen auf die Gesundheit des Individuums (47).

Betrachtet man zeitgenössische Literatur, stößt man u.a. auf Bruce Dohrenwend, PH.D., Professor der Soziologie und Epidemiologie an der *Columbia Universität*, Forschungsleiter auf dem Gebiet der Sozialpsychologie am *N. Y. State Psychiatric Institute* (57).

DOHRENWEND ist - so wie FRANK - Anhänger der These, dass sämtliche psychiatrische Screenings einer einzigen, gemeinsamen Dimension zugrunde liegen: Demoralisation. Im Unterschied zu FRANK sieht DOHRENWEND aber nicht existentiellen Stress als Auslöser hierfür, sondern spricht im Kontext von Demoralisation stets von unspezifischem Stress (47).

Basierend auf FRANKs klinischen Beobachtungen gelingt DOHRENWEND eine erste Verknüpfung praktischer Ergebnisse mit epidemiologischen Daten. Hiermit setzt er einen wichtigen Meilenstein hinsichtlich Charakterisierung von Demoralisation.

Ab der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts widmet sich der auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychoanalyse versierte Donald F. Klein, Professor an der *Columbia Universität* (58), vorwiegend der Unterscheidbarkeit von Demoralisation und Depression.

Die wesentliche Differenz erkannte er in folgendem Punkt: Im klaren Gegensatz zu einem depressiven Individuum ist das demoralisierte Individuum nicht im Stande, *antizipatorische* (anticipere, lat.: vorwegnehmen) (59) *Freude* zu genießen, sehr wohl aber kann *konsummatorische* (consummare, lat.: zusammenrechnen, vollbringen, ausführen, vollenden, vollkommen fertig stellen, beenden) (60) *Freude* im Zustand einer Demoralisation wahrgenommen werden.

Das bedeutet, dass ein demoralisierter Patient - trotz absolut negativer Sicht seiner persönlichen Zukunft - in der Gegenwart bestimmte Dinge genießen kann und die Fähigkeit zu lachen nicht verliert.

Ergänzend erklärt KLEIN, dass antizipatorische Freude eine positive Selbst - Evaluierung sowie die Fähigkeit zu planen und konkrete Aktionen zu initiieren voraussetzt (61).

Zusammen mit seinem Kollegen Joseph J. Schildkraut diskutiert KLEIN in der ersten Ausgabe des *Manual of Psychiatric Therapeutics* Demoralisation schließlich als Zustand, in welchem der Betroffene aufgrund ständig erlebter Niederlagen eine Art Ineffektivität entwickelt. Dieser Zustand bewirkt eine Persönlichkeitsveränderung und resultiert letztendlich in einem Gefühl von Hoffnungslosigkeit (62).

Zur Unterscheidung von Demoralisation und Depression prägen SCHILDKRAUT und KLEIN zwei wesentliche Begriffe: *anhedonia* und *mastery*.

Das altenglische Wort „anhedonia“ entspricht in etwa der deutschen Bezeichnung „Freudlosigkeit“ und trifft auf depressive Patienten zu: Freude kann emotional nicht wahrgenommen werden.

„Mastery“ kann mit Herrschaft, Gewalt, Überlegenheit oder Beherrschung übersetzt werden (LANGENSCHIEDT's Wörterbuch) (63). SCHILDKRAUT und KLEIN verwenden diesen Begriff zur Charakterisierung von Demoralisation und beziehen sich hiermit auf den eben genannten Verlust von Effektivität, im wörtlichen Sinne einem Verlust der Herrschaft über sich selbst (62).

David M. Clarke, Professor an der *Monash University*, und David W. Kissane, MD, Professor der Palliativmedizin am *Memorial Sloan Kettering Cancer Center New York*, konnten in den letzten Jahren mit einigen bedeutenden Publikationen über Demoralisation auf sich aufmerksam machen und gehen prinzipiell von einer strengen Differenzierung zwischen Demoralisation und Depression aus.

Zur Erklärung von Depression bedienen sie sich ebenfalls des Begriffes Anhedonie; Demoralisation gilt in ihren Augen als Zustand einer existentiellen Verzweiflung, als Hoffnungs- und Hilflosigkeit.

Weiters weisen CLARKE und KISSANE auf den subjektiv erlebten Verlust von Bedeutung und Zielen im Leben Demoralisierter hin (62) und gelten mit ihren Erkenntnissen als Vorreiter auf dem Gebiet der Demoralisation.

Ein weiterer wichtiger Name unter den führenden Autoren zum Thema Demoralisation ist John M. de Figueiredo, amerikanischer Psychiater, der vor seiner momentanen Tätigkeit im *Department of Psychiatry* an der *Yale University* bereits als Student mit J. D. Frank am *Johns Hopkins* zusammenarbeitete.

Nach DE FIGUEIREDO ist Demoralisation als ein zwei Dimensionen enthaltene Konstrukt anzusehen. Schlagwörter hierfür sind *Distress* und *subjektive Inkompetenz*, ein Gefühl als säße man in einer Falle fest. Die Ursache für diese psychische Lage ist eine gewisse Unfähigkeit des betroffenen Individuums, Dinge bzw. Handlungen zu planen, geschweige denn die Initiative zur Ausführung jener Vorhaben zu ergreifen.

Ein Dilemma ist vorprogrammiert!

3.5 **KISSANEs Kriterien für Demoralisation**

Trotz geteilter Meinungen, ob Demoralisation, ein neben physiologischer Trauer und dem Krankheitsbild einer Depression bei chronisch oder terminal Erkrankten häufig vorkommendes Phänomen, tatsächlich den Anspruch einer eigenen Entität in der Palliativmedizin erfüllt, ist David W. Kissane in diesem Zusammenhang ein wesentlicher Schritt gelungen: Ende des Jahres 2000 veröffentlicht er folgende konkrete diagnostische *Kriterien für das Syndrom der Demoralisation*:

- Hoffnungslosigkeit, Bedeutungslosigkeit
- Pessimismus, Gefühl gefangen zu sein, Gefühl keine Optionen zu haben, die Zukunft besser zu gestalten
- Motivationsverlust, Verlust der Coping - Fähigkeit
- soziale Isolation, Mangel an Unterstützung (64)

Im Jahre 2004 fasst KISSANE seine ursprünglich konstatierten diagnostischen Bedingungen für Demoralisation in eine kompaktere Form zusammen und präsentiert im *Journal of Palliative Care* seine nunmehr *fünf Kriterien der Demoralisation*:

- Bedeutungslosigkeit/-verlust
- Dysphorie
- Entmutigung
- Hoffnungslosigkeit
- Gefühl des Versagens (65)

Im selben Artikel betont er auch, dass das Demoralisationssyndrom an bestimmten Merkmalen als eigenständige psychiatrische Störung identifiziert werden kann und erläutert den *Entwicklungsprozess einer Demoralisation*:

Bedeutungs- und Hoffnungsverlust verderben den Ausblick auf ein lebenswertes Dasein und eine lebenswerte Zukunft. Non - spezifische Dysphorie wie Dis - Stress, Reizbarkeit, Schuld oder Bedauern und eine zunehmende Entmutigung

sowie ein Abhandenkommen von Unterstützung und Bedeutung im Leben führen zu Hoffnungs-, Hilf- und Wertlosigkeit.

Letztendliches Ergebnis ist der Wunsch zu sterben, sei es auf natürlichem oder selbst gewähltem Wege (65).

Neben der Begründung definitiver Kriterien und der Vorstellung der Prozessentwicklung einer Demoralisation ist KISSANE - in Zusammenarbeit mit CLARKE - ebenso für die Publikation eines *Modells der Demoralisation* (39) verantwortlich. In diesem werden die Schritte einer Demoralisation den jeweilig auftretenden Symptomen gegenübergestellt und somit der komplexe Verlauf des Krankheitsbildes grafisch gezeigt:

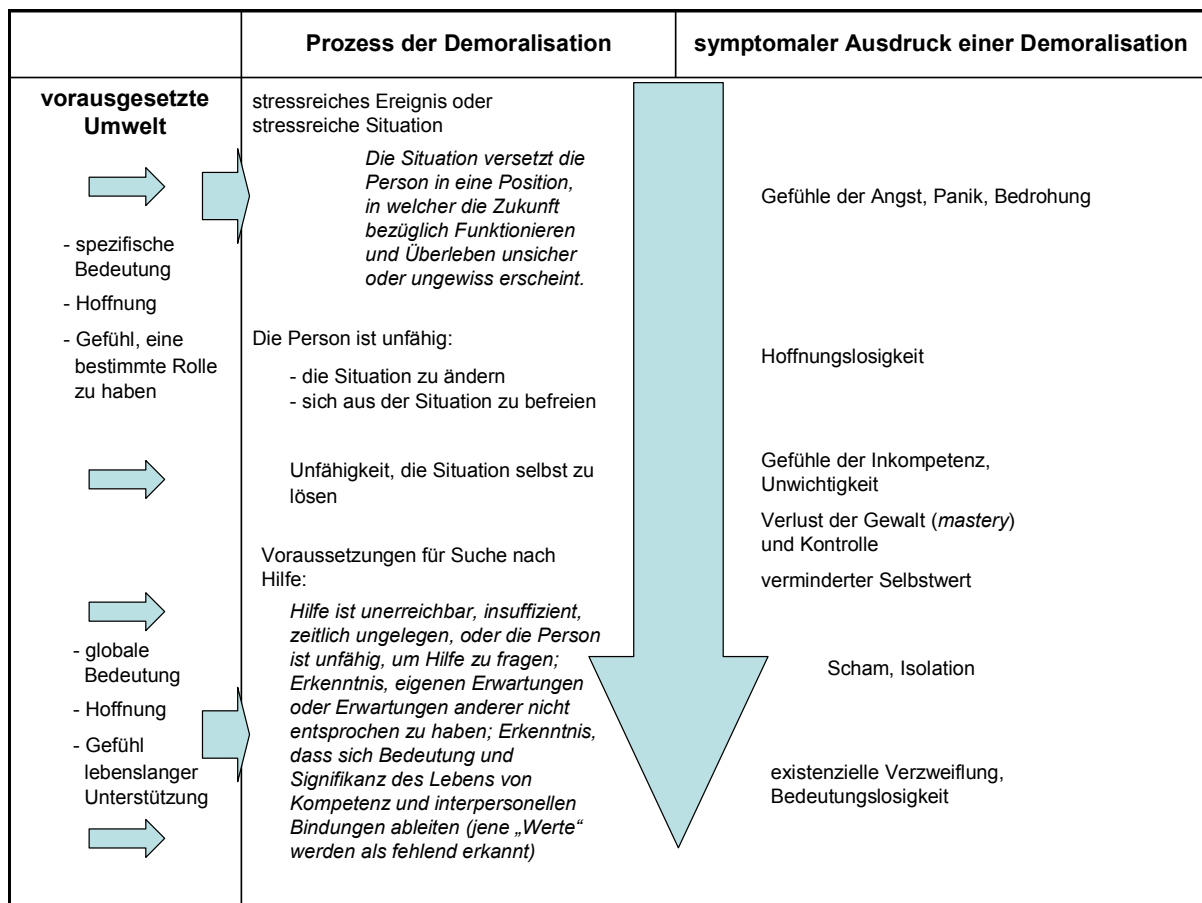


Abbildung 4 - Modell der Demoralisation (übersetzt und gestaltet nach dem englischen Original von CLARKE et KISSANE) (39)

Das Modell nach CLARKE et KISSANE liefert neben anderen wichtigen Hinweisen ebenso wertvolle Information bezüglich der *Symptome einer Demoralisation*:

- Gefühl der Besorgnis, Panik, Angst
- Hilflosigkeit
- Gefühl der eigenen Inkompetenz, Impotenz
- Verlust der Herrschaft über sich selbst, Kontrollverlust über sein eigenes Leben
- reduzierte Selbstwertschätzung
- Hoffnungslosigkeit
- Scham
- Isolation, Einsamkeit
- existentielle Verzweiflung
- Bedeutungslosigkeit (39)

Zusammenfassend kann hinsichtlich Definition von Demoralisation Folgendes festgehalten werden:

Eine standardisierte Definition von Demoralisation gibt es bis dato nicht. Neben vielen anderen wichtigen Beiträgen zur Begriffsbeschreibung fokussiert KISSANE fünf wesentliche Faktoren zur Diagnosefindung einer Demoralisation. Außerdem stellt er gemeinsam mit CLARKE in einem Modell den Prozess und die Symptomatik des Demoralisationssyndroms vor und offeriert hiermit wesentliche Bestandteile zur Charakterisierung des Krankheitsbildes.

3.6 Charakteristika demoralisierter Patienten

Das vorliegende Kapitel bezieht sich auf die Charakteristika von Patienten im Kontext von Demoralisation und widmet sich somit insbesondere den Fragen *Wer ist von Demoralisation betroffen?*, *Gibt es Risikofaktoren für Demoralisation?* oder *Welche Bedingungen verursachen Demoralisation?*.

Eine mögliche Typisierung des demoralisierten Patienten gelingt durch WEINs *Metapher des Krebspatienten*. Mit ihr wird auf die Rahmenbedingung für das

Auftreten von Demoralisation hingewiesen: Ein Individuum kämpft mit Not, mit großem Unglück. Das klassische Beispiel hierfür ist Krieg (66):

Trotz der widrigen Umstände eines Krieges gelingt es den Vorgesetzten, ihre Einsatztruppen zum Kampf zu motivieren. Obwohl die Ausgangslage oft sehr schlecht oder fast hoffnungslos ist, empfinden die Soldaten einen positiven Kampfesgeist. Sie sind bereit, im Namen Gottes, des Königs oder des Vaterlandes in die Schlacht zu ziehen und dort ihr Leben zu riskieren.

Grund für diese paradoxe Haltung ist eine aktive Ermutigung durch den Feldherrn. Er vermag sowohl die Hoffnung des Einzelnen, als auch letztendlich das Gesamtergebnis wesentlich zu beeinflussen (66).

Soldaten, welche nicht im Stande sind, mit voller Überzeugung zu kämpfen, sondern stattdessen wehrlos eine Niederlage akzeptieren, werden aufgrund einer in Kriegszeiten obligaten moralischen Neubewertung von gut und böse bzw. richtig oder falsch unweigerlich als Deserteure, als *demoralisierte Soldaten*, bezeichnet und können - so WEIN - mit demoralisierten Krebspatienten, so genannten *cancer soldiers (Krebssoldaten)* verglichen werden (66).

Analog zum Kriegssoldaten findet sich der Krebssoldat in einer negativen Ausgangslage, gegen die er anzukämpfen hat: bösartige Krankheit im fortgeschrittenen Stadium (67). Eine Heilung ist nicht mehr möglich, die Prognose ist infaust.

Ergeben sich zusätzlich zu jenem schlechten Fundament weitere negative Ereignisse in Form von so genannten „bad news“ wie z.B. einer unerwarteten Komplikation oder sehr raschen Krankheitsprogression, verliert der Betroffene in vielen Fällen seine Willenskraft. Er ist nicht mehr in der Lage, der noch verbleibenden Zeit positiv entgegen zu blicken, er resigniert.

Neben der täglichen Auseinandersetzung mit den Themen Sterben und Tod heißt es für den entmutigten Patienten auch Abschied nehmen. Hiermit ist ein Loslösen von der eigenen Integrität, der eigenen Unabhängigkeit, der gewohnten Umgebung oder geliebten Personen gemeint.

Ständige Verlustgedanken verursachen enormen emotionalen Stress und begründen nicht nur eine persönliche Sinnkrise sowie auch Gefühle der Angst, Isolation, Konfusion oder Handlungsunfähigkeit (68), sondern gelten auch als unmittelbare Auslöser für einen immer stärker werdenden Todeswunsch (39).

Der Krebskranke mit seinen auf einer physischen Krankheit basierenden psychischen Nöten und Zwängen stellt - bezogen auf die zahlenmäßige Verteilung von Demoralisation - derzeit den „Löwenanteil“. So ist auch PARKER der Auffassung, dass das Demoralisationssyndrom überwiegend im palliativmedizinischen Setting, bei medizinisch Kranken erkennbar ist (69). Im Sinne einer objektiven Betrachtung von Demoralisation muss man aber auch andere Gesellschaftsgruppen berücksichtigen, denn Demoralisation konnte bereits in einer großen Vielfalt von Konditionen beobachtet werden (70).

In Summe gelten folgende *Personengruppen* als häufiger betroffen:

- physisch erkrankte Patienten
- mental erkrankte Patienten
- Angehörige niedriger sozialer Klassen
- Holocaust - Überlebende
- Immigranten
- Homosexuelle
- Studenten (70)

Die Frage nach der Existenz von gewissen *Risikofaktoren für Demoralisation* kann mit Ergebnissen von CLARKE und KISSANE anhand erhobener Korrelationen zwischen Demoralisation und bestimmten Variablen beantwortet werden. Hierbei handelt es sich vorwiegend um psychologische sowie soziale Faktoren, welche das Auftreten einer Demoralisation eindeutig begünstigen:

- psychiatrische Vorgeschichte
- familiäre Konflikte; schlechter familiärer Zusammenhalt
- quantitativ geringe soziale Bindungen bzw. Aktivitäten
- qualitativ schlechte interpersonelle Beziehungen

- Fehlen von religiöser Zugehörigkeit
- Coping - Stil (z.B. Vermeidungstyp)
- Angst
- Schmerz
- lange Erkrankungsdauer
- Resignation
- Suizidgedanken
- Alter (71)

Anzumerken ist, dass in der eben zitierten wissenschaftlichen Arbeit aus dem Jahre 2005 CLARKE und KISSANE Alter zwar eindeutig als Demoralisationssyndrom beeinflussende Variable anerkennen, aber an dieser Stelle keine genauere Alterseingrenzung vornehmen.

In einer bereits 2003 erschienenen Arbeit beziehen CLARKE et al. jedoch konkret zu jenem Punkt Stellung: Es konnten statistisch signifikante Unterschiede zwischen dem Altersgipfel bezüglich Demoralisation, Trauer und Anhedonie gefunden werden. Demoralisation tritt verstärkt bei jüngeren Patienten mit einem Durchschnittsalter von 41 Jahren auf (72).

Den von CLARKE und KISSANE 2005 genannten Risikofaktoren fügen MARCHESI und MAGGINI im Jahr 2007 zwei weitere hinzu:

- bedrohliche „life events“ (Lebensereignisse)
- weibliches Geschlecht (70)

Die These, dass Frauen häufiger als Männer unter einem Demoralisationssyndrom leiden, kann mittels Studien belegt werden. Ursache für eine ungleiche Verteilung von Demoralisation zwischen den beiden Geschlechtern ist ein allgemein geringeres Selbstvertrauen sowie eine bei weiblichen Personen häufiger vorkommende mangelnde Selbstachtung (70).

Abgesehen vom Alter gibt es keine weiteren Abweichungen. Alle anderen unter „Risikofaktoren für Demoralisation“ angeführten Bedingungen betreffen in gleicher Weise sowohl Frauen als auch Männer.

3.7 Das Demoralisationssyndrom

Die Kategorisierung des *Demoralisationssyndroms* als eigene medizinische Entität sorgt momentan für gespaltene Meinungen. Neben zahlenmäßig dominierenden Befürwortern gibt es unter den Fachleuten auch einige Stimmen gegen die Anerkennung von Demoralisation als selbstständiges Krankheitsbild.

Im Sinne einer objektiven Hinterfragung möchte ich im folgenden Abschnitt meiner Diplomarbeit, der speziell den Anspruch von Demoralisation als Syndrom prüfen sollte, sowohl Argumente für als auch gegen das Demoralisationssyndrom präsentieren.

Ein weiteres wichtiges Anliegen ist die unvoreingenommene Miteinbeziehung von Autoren, welche als Vertreter zweier verschiedener Krankheitsmodelle einen jeweils speziellen Zugang zu Demoralisation zeigen: Einerseits gibt es die Auffassung eines - vorwiegend im anglo - amerikanischen Raum sehr populären - *defizitären Krankheitsmodells*: Krankheit entspricht einer Störung, einem Defekt im Organismus und muss als solcher durch die möglichst frühzeitige Setzung von Gegenmaßnahmen korrigiert werden (3).

Andererseits berücksichtigt eine so genannte „europäische Sichtweise“ auch mögliche regenerative Kräfte einer Krankheit und sieht *Kranksein als notwendige Krise bzw. Chance* für eine persönliche Wende, die es zu bestehen heißt. Sollte dies tatsächlich gelingen, kommt es zur Entwicklung von neuen Wertepositionen. Anders formuliert: Krankheit kann in manchen Situationen auch Entwicklung bedeuten und durchaus positive Effekte mit sich bringen (3)!

Trotz individuell unterschiedlicher philosophischer Zugänge zum Thema Demoralisation bzw. Krankheit an sich und der darauf zurückzuführenden Bildung von zwei konträren Lagern (Befürworter versus Gegner des Demoralisationssyndroms) ist man sich in einem Punkt einig:

Das Demoralisationssyndrom verzeichnet in letzter Zeit steigendes Interesse sowie zunehmende Beachtung (73) und ist eine wichtige Ausdrucksform von existentiellen Stress in der Palliativmedizin (65).

Genannte Argumente bilden die Diskussionsbasis für die kritische Hinterfragung bereits vorhandener Informationen über das Demoralisationssyndrom und zeigen

die Notwendig weiterer Forschung auf jenem an sich alten, jedoch neu kategorisierten Gebiet.

Das Demoralisationssyndrom hat seinen Ursprung im so genannten *common distress syndrome (generelles Stresssyndrom)*, das angesichts hoher Zahlen von physisch und mental Erkrankter sehr häufig, sowohl im medizinischen als auch psychiatrischen Rahmen auftritt und schon lange bekannt ist. Nach CLARKE setzt sich das common distress syndrome neben Demoralisation aus vier weiteren wesentlichen Konzepten zusammen: Anhedonie, Trauer, Angst sowie somatoforme Symptome (72), wobei aufgrund der gegenwärtigen Aktualität des Themas an dieser Stelle ausschließlich die Dimension *Demoralisation* fokussiert und deren Existenz als eigenständige Entität in der Palliativmedizin hinterfragt wird.

Ausgangspunkt hierfür ist die von CLARKE und vielen anderen Autoren erhobene These einer möglichen Unterscheidbarkeit von „Trauer - Symptomen“ und die Befürwortung einer Kategorisierung nach folgendem Prinzip: Gruppierung einzelner Symptome zu Syndromen und anschließende Zuordnung von Individuen mit charakteristischen Symptomen in diagnostische Kategorien (72).

Eine dementsprechende Kategorisierung ist als Lösungsmöglichkeit einer momentan gegenwärtigen Problematik anzusehen:

Obwohl emotionaler Stress eine grundlegende psychische Belastung vieler palliativmedizinischer Patienten darstellt und eine klare Klassifizierung jenes inneren Konflikts für das Verstehen und die Behandlung der Betroffenen äußerst wertvoll wäre, erweisen sich derzeitige gebräuchliche Klassifizierungssysteme in jenem Punkt als nur wenig nützlich (72). In Folge dessen wird Demoralisation oft erst spät erkannt, häufig einfach als Depression fehl diagnostiziert und ungenügend oder falsch behandelt.

Kurz um, in manchen Fällen stehen die behandelnden Ärzte dem „Phänomen der Demoralisation“ noch durchaus hilflos gegenüber.

Das Resultat ist ein weiterhin gestresster sowie leidender Patient, dem eine adäquate Behandlung vorenthalten wird. Ziel ist es daher, für maßgebliche „Feinheiten“ zur Erkennung einer Demoralisation zu sensibilisieren und generell

auf das Vorhandensein jener Sparte von Stress - Syndromen hinzuweisen, um den betroffenen Patienten durch eine möglichst rasche und präzise Diagnose eine effiziente therapeutische Unterstützung anzubieten. Hierbei kann sich das Konzept des Demoralisationssyndroms als theoretische und praktische Hilfe erweisen.

Das *Demoralisationssyndrom* gilt nach KISSANE als eigenständige psychiatrische Störung (72), deren theoretischer Hintergrund wissenschaftlich - siehe Kapitel 4 - bereits durch einige Quellen belegt werden kann: KISSANE definiert u.a. die Symptome einer Demoralisation und publiziert zusammen mit CLARKE mögliche Risikofaktoren bzw. Risikogruppen. Somit ist der erste Anspruch der Definition eines Syndroms erfüllt: Zuordnung von Symptomen.

Auch eine Kategorisierung anhand diagnostischer Kriterien ist derzeit bereits möglich. Dies geschieht jedoch nicht via DSM - IV - oder ICD - 10 - Code, sondern mittels der so genannten *Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR)*. Darunter versteht man *Diagnostische Kriterien für Forschung auf dem Gebiet der Psychosomatik*, ein von Wissenschaftlern international etabliertes operatives Werkzeug zur Beschreibung einzelner Patienten (73).

Die *DCPR - Kriterien für Demoralisation* ergeben sich aus drei Bedingungen:

- 1) Bei einem demoralisierten Individuum liegt folgender Gefühlszustand vor:
 - Bewusstsein, den eigenen Erwartungen und/oder den Erwartungen anderer nicht entsprochen zu haben
 - Unfähigkeit, mit akuten Problemen umzugehen (Verlust der Coping - Fähigkeit)
 - Gefühle der Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, des Aufgebens
- 2) Der unter Punkt 1 beschriebene Gefühlszustand generalisiert sich und dauert mindestens einen Monat an.
- 3) Der Gefühlszustand geht der definitiven Manifestation einer medizinischen Störung oder einer Exazerbation eines bereits vorbestehenden physischen Leidens voraus (73).

Angesichts der beschriebenen Möglichkeit einer symptomalen sowie kategorialen Zuordnung erfüllt das „Phänomen Demoralisation“ im medizinischen Kontext die geforderten formalen Bedingungen für den Status *Syndrom*. Trotzdem gibt es Gegner, welche eine Erhebung von Demoralisation zum *Demoralisationssyndrom* vehement ablehnen:

Malcolm Parker, Associate Professor of Medical Ethics, sieht in der Etablierung des Demoralisationssyndroms die allgemeine Gefahr einer zunehmenden Pathologisierung des Lebensendes und wehrt sich gegen eine in jenem Kontext fortschreitenden Medikalisierung. Jene hat sich - so PARKER - mittlerweile zu einer Art sozialem Prozess entwickelt, der manchmal schädliche Konsequenzen mit sich bringt (69).

Im selben, eben zitierten Artikel gesteht PARKER der Medikalisierung aber auch einen klaren Nutzen für einige demoralisierte Patienten in ihrem „Kampf“ zu und erwähnt die Wichtigkeit von einer fortbestehenden Forschung auf dem Gebiet des Demoralisationssyndroms. Dies bezieht sich insbesondere auf die Unterscheidbarkeit zur Depression und die daraus resultierenden alternativen Behandlungsmethoden (69).

Begibt man sich - im Vergleich - auf die Seite der Befürworter des Demoralisationssyndroms, erkennt man in PARKERs Argumentation eine unzulässige Vermischung von Phänomenen und es wird die Frage laut, warum eine Charakterisierung von menschlichen Gefühlszuständen automatisch zu einer Medikalisierung führen sollte. Weiters ergibt sich die Annahme, dass jener Grundhaltung ein fatalistisches Bild zugrunde liegt, welches in der Betreuung sterbenskranker Menschen als möglicher „Hemmschuh“ befürchtet wird.

In einem Punkt geben die Befürworter des Demoralisationssyndroms PARKER aber sicher Recht: Dem demoralisierten Patienten mit seinem inneren Konflikt muss adäquat geholfen werden! Diese Forderung dient als Hauptbeweggrund sämtlicher Forschungsmaßnahmen und wird gerade im *Modell des Demoralisationssyndroms* erfüllt.

Hinsichtlich Pathologisierung - PARKERs Hauptargument gegen das Demoralisationssyndrom - muss man Folgendes ergänzen:

Weil Ärzte in ihrer klinischen Tätigkeit in der Erkennung einer Fehlanpassung von Wahrnehmungen bei demoralisierten Patienten sehr oft versagen, scheint für KISSANE die Darstellung von Demoralisation als spezifisches klinisches Syndrom bei medizinisch Kranken als großer Vorteil. Das heißt, die Akzeptanz des Demoralisationssyndroms als eigene Entität beabsichtigt in erster Linie nicht die Pathologisierung von normalen Reaktionen, sondern ist grundsätzlich als Hilfe in der Praxis gedacht (74).

So gelingt durch die klare Beschreibung und Zuordnung von *cardinal features* (*Kardinalsymptomen*) (74) nicht nur eine Differenzierung zwischen Depression und Demoralisation, sondern insgesamt auch eine bedeutungsvolle Subtypisierung des nach CLARKE ohnehin noch zu wenig aufgesplitteten „depressiven Spektrums“ (72).

Die Einführung des Demoralisationssyndroms kann folglich dabei helfen, das „Phänomen der Demoralisation“ als Krankheit besser zu verstehen oder überhaupt zu erkennen und dient darüber hinaus auch als Erleichterung im therapeutischen Management (72).

In puncto Behandlung einer Demoralisation wurde beobachtet, dass rein demoralisierte Patienten nicht auf Antidepressiva ansprechen (62). Daraus folgt die Vermutung, dass aufgrund eines Nicht - Erkennens bzw. Nicht - Beachtens des Krankheitsbildes „Demoralisationssyndrom“ viele entmutigte Patienten unnötig mit Psychopharmaka versorgt werden.

Jene Medikamente verursachen in diesem Kontext statt erhoffter psychischer Besserung lediglich negative Effekte im Sinne ihrer Nebenwirkungen wie z.B. gesteigerte psychomotorische Aktivität und zunehmende produktive Gedanken, die sogar in einem Suizidversuch gipfeln könnten (49).

PARKERs Sorge hinsichtlich einer möglichen Medikalisierung durch die Anerkennung von Demoralisation als Syndrom kann somit mit der gegenwärtigen Medikalisierung durch die Fehleinstufung von Demoralisation als Depression „entschärft“ werden.

Zusammenfassend ist derzeit konstatierbar, dass die Mehrzahl der Autoren der publizierten Arbeiten die These vertritt, dass Demoralisation unabhängig von Depression als eigener Symptomenkomplex mit eigenen Behandlungsstrategien bei medizinisch Kranken vorkommt. Daher spricht man sich tendenziell für das Konzept des Demoralisationssyndroms aus (75).

Jenes Syndrom, als separate Entität zur Depression anzusehen, tritt vor allem bei lebensbedrohlich erkrankten Patienten mit „terminalen Diagnosen“ auf und wird somit stark mit der Palliativmedizin assoziiert (67). Gerade hier ist die Wichtigkeit von Demoralisation als klinisches Konzept erkennbar (67), denn angesichts steigender Morbiditäten in unserer Gesellschaft wird auch die Zahl der Demoralisierten weiterhin zunehmen.

Nun heißt es, Demoralisation richtig zu diagnostizieren und das demoralisierte Individuum mit seinen Problemen nicht mehr allein zu lassen, sondern für qualifizierte ärztliche Begleitung zu sorgen!

3.8 Demoralisation versus Depression

Bezug nehmend auf aktuelle Forschungsergebnisse geht man - so der derzeitige Wissensstand - von einer prinzipiellen Unterscheidbarkeit von Demoralisation und Depression in Theorie und Praxis aus (66): „Analysen zeigten, dass Depression und Demoralisation komplett separate Dimensionen sind (76).“

In angeführter Tabelle werden im groben Überblick die wesentlichen Kriterien von Demoralisation und Depression zusammengefasst und daraus resultierende Eigenheiten bzw. Spezifitäten der jeweiligen Erkrankung dargestellt. Als Quelle dienen unterschiedliche Autoren. Es handelt sich daher um eine Zusammenstellung verschiedener wissenschaftlich belegter Aussagen.

Demoralisation	Depression
Stressquelle: exogene Faktoren (z.B. Tumorerkrankung) → Situationsabhängigkeit (77)	Stressquelle: meist endogene Faktoren (77) (Verstärkung durch exogene Faktoren möglich) (76)
Bedeutungs- (67), Hilf- (77), <i>Hoffnungslosigkeit</i> (66), Inkompetenz, Entmutigung (77), <i>Scham</i> , Gefühl in einer Falle gefangen zu sein (76)	persistierende dysthyme Stimmungslage, <i>Anhedonie</i> bzw. Lust-, Freudlosigkeit, verlorenes Interesse an sog. „life`s activities“ (Aktivitäten des täglichen Lebens), Antriebslosigkeit, <i>Schuld</i> (67)
<i>konsummatorische Freude</i> (Fähigkeit, sich im gegenwärtigen Moment zu freuen) (67)	Verlust konsummatorischer Freude
Verlust antizipatorischer Freude (negativer Blick in die Zukunft) (67)	<i>antizipatorische Freude</i> (trotz negativer Gegenwart keine negative Sicht der Zukunft) (67) cave: in einigen Fällen von Depression: Verlust antizipatorischer UND konsummatorischer Freude (76)
Handlungsrichtung unbekannt (77)	Handlungsrichtung bekannt (77)
normale Motivation (77)	niedrige Motivation (77)
keine kognitive Beeinflussung (79)	Konzentrationsstörung (67), Verlust der Merkfähigkeit sog. Pseudodementia (79)
normaler Schlaf (77)	klassisches „early morning awakening“ (Erwachen am frühen Morgen) (79)
normaler Appetit (67)	Appetitlosigkeit (67)
Suizidgedanken (77), Todeswunsch (76)	Suizidgedanken, Todeswunsch (67)
fehlendes Ansprechen auf Antidepressiva (76)	gutes Ansprechen auf <i>Antidepressiva</i> (76)

Tabelle 3 - Gegenüberstellung von Demoralisation und Depression

3.9 **Behandlung und Prävention des Demoralisationssyndroms**

Wie bereits im Vorkapitel erwähnt, bedarf das Demoralisationssyndrom spezifischer Behandlungsstrategien (75) im Sinne eines individuell auf den Patienten zugeschnittenen Therapieplans, welcher nicht mit der therapeutischen Vorgehensweise einer klassischen Depression gleichzusetzen ist.

Aufgrund der Kenntnis von charakteristischen Risikofaktoren und bestimmten begünstigenden Bedingungen für Demoralisation ist es - trotz derzeit geringem praktischen Wissen über das Demoralisationssyndrom - weiters möglich, gewisse präventive Maßnahmen bzw. „Schutzfaktoren“ gegen Demoralisation zu nennen und so prädisponierte Patienten frühzeitig vor einem eventuellen „Abgleiten in die Demoralisation“ zu schützen.

3.9.1 Behandlung

Der größte Unterschied zwischen der Behandlung einer Demoralisation und jener einer Depression liegt wohl in der Pharmakologie: Obwohl antidepressiv wirksame Substanzen als Grundstein jeder Depressionsbekämpfung gelten, konnte man bei rein demoralisierten Patienten keine positive Reaktion auf derartige Medikamente feststellen. So bestätigt auch SHADER mit seinen klinischen Erfahrungen, dass Demoralisation per se generell nicht mittels Antidepressiva therapierbar ist (62).

Will man effektiv gegen eine zunehmende Demoralisation ankämpfen, muss man sich daher folgendes Prinzip vor Augen halten: „Demoralisation spricht viel eher auf supportive Psychotherapie, Hoffnung, therapeutischen Optimismus sowie Zeit als auf irgendeine Medikation an (78)!“

Dies setzt selbstverständlich eine genaue Kenntnis über das theoretische Konzept des Demoralisationssyndroms voraus und unter Berücksichtigung der „Natur“ jenes Krankheitsbildes ist es gut nachvollziehbar, dass u.a. die *Restoration der Moral*, sprich eine aktive Ermutigung, als effektives therapeutisches Werkzeug herangezogen wird.

In diesem Sinne kann die Remobilisierung eines so genannten *fightening spirit* (*Kampfgeistes*) in einer bereits aufgegebenen Situation große persönliche Vorteile mit sich bringen (66). Der „Krebssoldat“ wird wieder neu motiviert, schöpft neue Energie und gibt den „Kampf“ nicht wehrlos auf.

Ein weiterer wichtiger therapeutischer Anhaltspunkt ist die generelle Verbesserung des *SOC/Sense of Coherence* (*SOK/Sinn für Kohärenz, Zusammenhang, Stimmigkeit*) bei demoralisierten Personen.

BOSCAGLIA et CLARKE verstehen darunter eine Art Maßstab für die Fähigkeit eines Individuums gegen Demoralisation anzukämpfen. Das heißt, ein negativer bzw. niedriger SOK korreliert positiv mit Demoralisation und kann als Risikofaktor für ein Demoralisationssyndrom angesehen werden (79).

Sämtliche bei Demoralisation angewandte kognitiv - verhaltenstherapeutische Maßnahmen machen sich deshalb neben einer allgemeinen Stressreduktion die Themen *Bedeutung, Bewältigung und Nachvollziehbarkeit* von Krankheit zum Schwerpunkt und versuchen durch eine Anhebung des SOC dem demoralisierten

Patienten wieder Sinn und Stimmigkeit in seinem Leben zu geben (79). Dieser Punkt findet u.a. auch in *KISSANEs Überlegungen zur Behandlung einer Demoralisation* Beachtung:

- Balance zwischen Trauer über Verlust und Stärkung der Lebensaktivitäten
- Wahrnehmung der Situation durch den Patienten respektieren
- Ressourcen identifizieren und stärken (67)
- exzellente Symptombehandlung
- gemeinsame Ziele erarbeiten (39)
- Situation mit Patienten aushalten
- Hoffnung stärken und Sinnsuche fördern (65)
- soziales System stärken (67)

Im Jahr 2002 fasst KISSANE - basierend auf FRANKs Uraussage „Demoralisation spricht par excellence auf Psychotherapie an“ - schließlich die bedeutendsten *therapeutic tasks (therapeutischen Aufgaben)* im Falle eines Demoralisationssyndroms zusammen und stellt den Charakteristika von Demoralisation *Strategien zur Hilfe demoralisierter Personen* gegenüber (39):

Charakteristika einer Demoralisation	Strategien zur Hilfe
Stress, terminale Erkrankung, persistierender Schmerz, physische und psychische Symptome	Symptomkontrolle wo möglich
Orientierungs-, Handlungslosigkeit, Panik, Sorge, Gefühl gefangen zu sein, Hoffnungslosigkeit, Verlust der Gewalt über sich selbst, geringe Selbstachtung	Information, Regelung, Zuversicht, Realitätsabklärung, Problemlösung, kognitive Restrukturierung, Ermutigung, positiver Kampfesgeist, Zielsetzung, positive „life events“ (Lebensereignisse)
Scham, Isolation, Hoffnungs-, Bedeutungslosigkeit, Verzweiflung	empathisches Zuhören, Integration, Wiederherstellung sozialer Beziehungen, Bedeutungsfindung, Neubewertung, Lebensrückblick, Religiosität und Spiritualität

Tabelle 4 - Strategien zur Hilfe demoralisierter Personen

Anhand dieser therapeutischen Überlegungen kann selbst in fortgeschrittenen Tumorstadien eine erfolgreiche Reduktion von Demoralisation und somit eine Steigerung der Lebensqualität erreicht werden (80).

Der hoffnungslose, anhaltend gekränkte Patient wird dazu ermutigt, wieder aktiv am Leben teilzunehmen und seine noch verbleibenden Tage oder Monate sinnvoll

zu nützen. Folglich kann es gelingen, den von BALINT beschriebenen Prozess der *malignen Regression* (hier als Überbegriff für Demoralisation anzusehen) zu durchbrechen, die eigene Krankheit zu bejahen und anstatt weiter zu verbittern durch die Krankheit „weise“ zu werden (81).

Das Fundament für eine erfolgreiche praktische Umsetzung sämtlicher therapeutischer Ideen bildet selbstverständlich eine gut funktionierende Arzt - Patienten - Beziehung, welche dem Therapeuten kommunikative Fähigkeiten sowie die Bereitschaft emotionale Unterstützung zu leisten abverlangt (80). KISSANE benutzt in diesem Zusammenhang den Terminus *Emotionsgefäß* und beschreibt hiermit die Rolle des Arztes als aktiven Zuhörer, als „Auffangbecken“ jeglicher Emotionen (74).

Auch BALINT misst der Arzt - Patienten - Beziehung wesentliche Bedeutung bei und sieht den Arzt selbst als beste Droge, als auf den Patienten direkt einwirkende Arznei. Dem wird hinzugefügt, dass ein therapeutischer Dialog nur funktioniert, wenn der Arzt fähig ist, die vom Patienten an ihn gerichtete Botschaft zu empfangen und Schritt für Schritt zu verstehen (81).

Hierfür kann die Interaktion in einem interdisziplinären therapeutischen Team eine große Bereicherung sein. Neben Ärzten und dem Pflegepersonal werden Psychologen, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter und Seelsorger zu einer gemeinsamen, patientenzentrierten Entscheidungsfindung herangezogen (82) und gewährleisten eine Wahrnehmung der Bedürfnisse aus ganzheitlicher Sicht. Jenes Vorgehen beugt einem so genannten „Wahrnehmungsdefizit“, einem „Scheuklappendenken“ vor.

Bei jeglicher Entscheidungsfindung im erwähnten Expertenteam, auch *Palliativteam* (82) genannt, steht natürlich stets der Patient im Vordergrund und so ist man bemüht, die für ihn persönlich bestmögliche therapeutische Lösung zu finden. Der Schlüssel zur erfolgreichen Umsetzung des beschlossenen Therapieplans liegt hierbei in einer produktiven, auf Vertrauen beruhenden Zusammenarbeit mit dem betroffenen, demoralisierten Individuum, denn nur wenn Therapeut und Patient „an einem Strang ziehen“, kann positive Entwicklung passieren!

3.9.2 Prävention

In Betrachtung bereits vorhandener Information über die Behandlung eines Demoralisationssyndroms ergibt sich auch die Frage nach eventuellen Strategien zur Vorsorge, zur „Verhütung“ einer Demoralisation bei betroffenen Personen wie z.B. Tumorpatienten.

Folgende von BOSCAGLIA und CLARKE publizierte Punkte können hierfür als Antwort dienen:

- hoher SOC - Level als Voraussetzung für Coping - Fähigkeit
- gut funktionierende soziale Beziehungen (Freunde, Familie etc.)
- Optimismus
- hohe Eigenkompetenz
- Bedeutungsfindung in den „Herausforderungen des Lebens“
- positiver Umgang mit Lebenskrisen (79)

Hinsichtlich SOC ist laut BOSCAGLIA et CLARKE anzumerken, dass es sich um einen Prädiktor für Demoralisation handelt, welcher per se aus drei wesentlichen Eigenschaften besteht: *comprehensibility*, *manageability*, *meaningfulness* (*Verstehbarkeit*, *Bewältigbarkeit*, *Bedeutung*). Jede Fähigkeit für sich gilt als protektiver Faktor eines Demoralisationssyndroms.

GRIFFITH et GABY führen ergänzend weitere *Schutzfaktoren* gegen Demoralisation an:

- Widerstandsfähigkeit
- Hoffnung
- aktives Handeln
- Kommunikation
- Freude
- konkrete Lebensziele
- Dankbarkeit (68)

Die in Folge aufgelisteten Aspekte - ebenfalls GRIFFITH et GABY - umfassen bereits die ärztliche Betreuung:

- Würde des Patienten respektieren
- frühzeitiges Erkennen psychischer Belastungen
- empathische Dialogführung, „einführendes Miterleben“
- gutes Schmerzmanagement
- Betrachtung des Patienten als „normale Person mit abnormalen Lebensbedingungen“
- Hilfe bezüglich sozialer Reintegration, Rehabilitation; Herstellung von Netzwerken
- physikalische Therapie (so weit wie nötig/möglich)
- Hoffnung spenden
- Bedeutung finden bzw. Hilfe bei Bedeutungsfindung anbieten
- Handlungsfähigkeit stärken
- ermutigen
- Angstbewältigung
- Respekt (68)

Hiermit resultieren wichtige Hinweise für den Umgang mit demoralisierten Personen.

In der Klinik tätige Ärzte werden dazu aufgerufen, protektive Faktoren gegen Demoralisation bei prädisponierten Patienten im Sinne einer Prävention rechtzeitig zu stärken. Kommt es dennoch zur Entwicklung eines Demoralisationssyndroms, sollte medizinisches Personal im Stande sein adäquat zu helfen.

4. Diskussion

Demoralisation und der Begriff des Demoralisationssyndroms sind derzeit Gegenstand wissenschaftlicher Forschung und verzeichnen als „Novum in der Palliativmedizin“ zunehmendes medizinisches Interesse.

Insbesondere auf dem Gebiet der *palliative care* verspricht die Einführung des Konzepts des Demoralisationssyndroms wesentlichen praktischen Nutzen.

Laut Literatur kann bestätigt werden, dass das neue Konzept von Demoralisation, Demoralisationssyndrom genannt, stark in der Palliativmedizin verankert ist und in diesem Setting - als Alternativdiagnose zur Depression - existenziellen Stress bei physisch schwer erkrankten Personen beschreibt (67).

Nachdem der Vorschlag einer eigenständigen Klassifizierung aber noch sehr jung ist und die wissenschaftliche Debatte hinsichtlich tatsächlichen Anspruchs als eigene Entität anhält, werden weitere Forschungsinterventionen von mehreren Seiten gefordert.

4.1 Grundsätzliches Problem bei der Bearbeitung des DS

Aufgrund der generell geringen Menge an Publikationen über Demoralisation kann speziell praktisches Wissen über das Demoralisationssyndrom als „Mangelware“ bezeichnet werden.

Diese Tatsache erschwert eine ganzheitliche, streng objektive Erschließung des „Phänomens der Demoralisation“ und lässt das tatsächliche Ausmaß des klinischen Benefits jenes neu erarbeiteten Konzepts momentan nur grob vermuten.

Als weitere Einschränkung dieser Arbeit kann die offensichtlich kontrovers geführte wissenschaftliche Diskussion über Demoralisation genannt werden. Hierzu möchte ich beispielsweise auf das Fehlen einer einheitlichen Definition von Demoralisation hinweisen: Anstelle der Festlegung einer normierten

Begriffsbeschreibung existieren viele verschiedene Einzelmeinungen und so wird der Terminus *Demoralisation* zwar sehr breit, aber nicht präzise beschrieben. Hinzu kommt eine noch vernachlässigte konkrete Stellungnahme zum unmittelbaren palliativmedizinischen Bezug des emotionalen Zustandes „Demoralisation“.

Daraus ergibt sich mit der Frage nach praktischen Ergebnissen auf dem „Arbeitsfeld Palliativmedizin“ eine herausfordernde Suchkombination.

Dennoch gelingt es in dieser Diplomarbeit, - u.a. durch die Vorstellung potenzieller Differenzierungspunkte (Kapitel 5) - einen unmittelbaren klinischen Kontext herzustellen und auf hilfreiche diagnostische Werkzeuge hinzuweisen.

4.2 Existenz des Demoralisationssyndroms

„Gibt es ein *Demoralisationssyndrom* als eigene medizinische Entität und inwiefern ist dieses gerade in der Palliativmedizin von klinischer Bedeutung?“

Angesichts der Vielzahl an konträren Ansichten kann dies derzeit nicht punktgenau beantwortet werden.

Trotz vorherrschender wissenschaftlicher Unstimmigkeiten sind aber gewisse Tendenzen klar erkennbar und gelten somit zumindest als wegweisend:

- theoretischer Hintergrund des Demoralisationssyndroms: ausgiebig erschlossen; existentieller Stress als Auslöser einer Entmutigung
- Status als Syndrom: objektiv belegbar
- klinische Abgrenzbarkeit zur Depression möglich
- Notwendigkeit spezieller Betreuung
- das Demoralisationssyndrom spielt in der Palliativmedizin eine wesentliche Rolle
- Demoralisation als physiologische Reaktion auf äußere Umstände (z.B. maligne Krankheit), welche den Betroffenen an den Rand seiner *Resilienz* (Belastbarkeit) treiben
- besondere *Vulnerabilität* von demoralisierten Individuen und deren spezielle Schutzbedürftigkeit (85)

Eine genaue Klärung jener Punkte kann nur durch weitere Forschung erfolgen. Zukünftige wissenschaftliche Ergebnisse werden den definitiven medizinischen Stellenwert des Demoralisationssyndroms daher maßgeblich bestimmen!

4.3 *Limitationen dieser Arbeit*

Da die vorliegende Diplomarbeit im Wesentlichen medizinisch - praktisch orientiert ist, wurde die Suche nach relevanter Literatur ausschließlich in medizinischen Datenbanken durchgeführt.

Die verwendeten, dem Fachgebiet der Psychologie zurechenbaren Inputs basieren auf Gesprächen mit dem Hauptbetreuer und sind Büchern und Fachzeitschriften entnommen. So wird auf eine großflächige Einbindung psychologischer oder sozialwissenschaftlicher Ebenen in dieser Arbeit bewusst verzichtet. Ebenso flossen keine Ergebnisse aus dem Bereich der so genannten „grey literature“ (z.B. Abstracts) mit ein. Diese könnten aber integraler inhaltlicher Bestandteil weiterer Publikationen sein.

5. Zukunft und Ausblick

Im Rahmen intensivierter Forschungstätigkeit erhofft man sich für die Zukunft insbesondere in der Praxis anwendbare, aufschlussreiche Ergebnisse, welche dem Kliniker bei der Identifizierung von Demoralisation quasi am Krankenbett hilfreich sein sollten (67).

Einen wichtigen Schritt in diese Richtung kann bereits STROHSCHEER setzen. Anhand ihrer langjährigen praktischen Erfahrung als Palliativmedizinerin versucht sie, konkrete Unterschiede zwischen demoralisierten, depressiven oder trauernden Patienten festzustellen und *potenzielle Differenzierungspunkte* (83) in einem Modell zusammenzufassen:

Trauer	Demoralisation	Major Depression
physiologische Reaktion auf Verluste	normale Reaktion auf eine extrem belastende Situation	psychopathologische Reaktion auf eine belastende Situation
wellenförmig	fluktuierend	konstant
Fähigkeit, positiv in die Zukunft zu blicken	negative Sicht der Zukunft	negative Sicht der Zukunft
manchmal Todeswunsch	Wunsch, bald zu sterben	hohe Suizidalität
Hoffnungslosigkeit aufgrund eines Verlustes	Hoffnungslosigkeit aufgrund eines bestimmten Ereignisses	generelle Hoffnungslosigkeit ohne Trigger
Fähigkeit der Freude in Momenten, in denen über Verlust hinweggesehen wird	Fähigkeit der Freude in Momenten, in denen über belastende Situation hinweggesehen wird	Anhedonie: generelle Unfähigkeit zur Freude
realistische Einschätzung der Gegenwart	realistische Einschätzung der Gegenwart	negative Sicht der Gegenwart
Humorfähigkeit	Humorfähigkeit	keine Humorfähigkeit

Tabelle 5 - Potenzielle Differenzierungspunkte

Mit diesem Modell gelingt es, das Konzept der Demoralisation in die Praxis zu integrieren und zur Lösung folgender Problematik beizutragen:

Medizinisches Personal hat in einigen Fällen Schwierigkeiten bei der Unterscheidung zwischen tatsächlich psychiatrischen Problemen und Emotionszuständen, die vorwiegend empathische Unterstützung fordern.

Grund hierfür ist ein offensichtlicher Mangel an klaren Strukturen zur Differenzierung zwischen Demoralisation, Depression und normaler Trauer bei Patienten mit fortgeschrittenen Erkrankungen (83), ein wesentlicher Ansatzpunkt für zukünftige Forschung.

Interessant ist, dass STROHSCHEER im Rahmen von Demoralisation nicht von gehäuften Suizidgedanken, sondern von einem Wunsch, möglichst bald zu sterben, spricht. Dies zeigt exemplarisch, wie wichtig es sein kann, für diagnostische Feinheiten zu sensibilisieren und durch deren Erkennung sowie Zuordnung in die richtige Dimension eine präzise Diagnose zu stellen. Man kann daher annehmen, dass die Suche nach guten Instrumenten zur Diagnosefindung im Sinne einer besseren Praktikabilität von Demoralisation wissenschaftlich vertieft und fortgesetzt wird. Immerhin gewährleistet eine suffiziente Therapie - basierend auf einer punktgenauen Krankheitserkennung - die Steigerung der Lebensqualität, das oberste Ziel der palliativmedizinischen Betreuung (83)!

So dürften beispielsweise die Begriffe „existentielle Bedeutung“ und „Demoralisationsskala“ in den nächsten Jahren zunehmendes wissenschaftliches Interesse gewinnen.

Jüngste Ergebnisse - Ende März 2010 publiziert - betonen bereits die Signifikanz von *existentieller Bedeutung* im Kontext von Demoralisation und bezeichnen das Nicht - Vorhandensein jener Eigenschaft, dem Leben Sinn zu geben bzw. persönliche Lebensziele zu definieren, als negativen Prädiktor eines Demoralisationssyndroms (84).

Ziel ist es daher, Demoralisation speziell in Bezug eines offensichtlichen Bedeutungsverlusts näher zu analysieren und den Zusammenhang zwischen Bedeutungsfindung und psychologischem Wohlbefinden zu klären (84).

Die *Demoralisationsskala* ist eine von KISSANE entwickelte Messmethode des emotionalen Zustandes Demoralisation, welche folgenden Zweck erfüllt: Durch eine strenge Orientierung an den fünf wesentlichen Kriterien des Demoralisationssyndroms soll das Vorliegen einer Demoralisation objektiv festgestellt und eindeutig bewertet werden (65).

Jene These wurde von KISSANE bereits im Rahmen einer Kohortenstudie geprüft und erwies sich hier als valide.

Trotz großem wissenschaftlichen Potenzial seiner Idee zeigt sich KISSANE derzeit aber noch zurückhaltend und betont: „Wir werden den kompletten Nutzen der Demoralisationsskala erst dann kennen, wenn sie in einer breiteren Population getestet wird“ (65).

Dies sollte Wegweiser für zukünftige Forschung sein und lässt die Thematik weiterer Studien schematisch erahnen.

6. Literaturverzeichnis

- 1 Fotocommunity GmbH. fotocommunity [homepage on the Internet]. Bonn: Fotocommunity GmbH; c2008 [cited 2010 Mar 5]. Available from: <http://www.fotocommunity.de/pc/pc/display/19421347>
- 2 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin [homepage on the Internet]. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin; [updated 2010 Apr 4; cited 2010 Apr 11]. Available from: <http://www.dgpalliativmedizin.de>
- 3 Pieringer W et al.. Psychosomatische Medizin - historische Modelle und aktuelle Theorien. WMW. 2002;19/20:488-489.
- 4 Egger JW. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Psychologische Medizin. 2005.16. Jahrgang;2:3-12.
- 5 Stowasser JM. Stowasser. Auflage 1994. Wien. Verlag Hölder - Pichler - Tempsky; 1994. p. 360.
- 6 Deutsche Krebshilfe e.V.. Palliativmedizin - ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und Interessierte [monograph on the Internet]. Bonn: Deutsche Krebshilfe e.V.; 2008 [cited 2010 May 31]. Available from: http://www.krebshilfe.de/fileadmin/Inhalte/Downloads/PDFs/Blaue_Ratgeber/057_palliativ.pdf
- 7 World Health Organization [homepage on the Internet]. Geneva: The Association; c2010 [cited 2010 Jan 25]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html>
- 8 Husebo S, Klaschik E. Palliativmedizin. 5. Auflage. Heidelberg: Springer; 2009. p. 1.

- 9 Stowasser JM. Stowasser. Auflage 1994. Wien. Verlag Hölder - Pichler - Tempisky; 1994. p. 238.
- 10 Von Grüneberg K. Badische Landesbibliothek [homepage on the Internet]. Karlsruhe: Badische Landesbibliothek; [updated 2009 May 22; cited 2010 Mar 5]. Available from: <http://www.blb-karlsruhe.de/blb/blbhtml/2009/johanniterhospital.php>
- 11 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin [homepage on the Internet]. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.; [updated 2010 Jan 29; cited 2010 Jan 3]. Available from: <http://www.dgpalliativmedizin.de/pdf/fachkompetenz/Sektion%20Pfleger%200808%20PCLLL%20Grundlagen%201%20FachKomp.pdf>
- 12 Hessische Genossenschaft des Johanniter - Ordens. Die Johanniter [homepage on the Internet]. Nieder - Weisel: Hessische Genossenschaft des Johanniter - Ordens; [updated 2010 Feb 3, cited 2010 Feb 3]. Available from: <http://www.johanniter-orden-hessen.de/offen/aufgaben-aktivitaeten.htm>
- 13 Prof. Dr. Pusch L. Fembio Frauen. Biographieforschung. [homepage on the Internet]. Hannover: Fembio.Org; [updated 2010 Feb 2; cited 2010 Feb 2]. Available from: <http://www.fembio.org/biographie.php/frau/biographie/elisabeth-kuebler-ross/>
- 14 Husebo S, Klaschik E. Palliativmedizin. 5. Auflage. Heidelberg: Springer; 2009. p. 4.
- 15 Husebo S, Klaschik E. Palliativmedizin. 5. Auflage. Heidelberg: Springer; 2009. p. 2.
- 16 Husebo S, Klaschik E. Palliativmedizin. 5. Auflage. Heidelberg: Springer; 2009. p. 3.

- 17 Donnerly S et Walsh D. The symptoms of advanced cancer. *Semin Oncol.* 1995 Apr;22:67-72. Available from: <https://han.meduni-graz.at/han/pubmed/www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7537907>.
- 18 Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG. Duden. 21. Auflage. Mannheim: Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG; 1996.
- 19 Technische Universität Chemnitz. Beolinguus [homepage on the Internet]. Chemnitz: TU Chemnitz; c2006-2010 [updated 2010 Feb 27; cited 2010 Feb 27]. Available from: <http://dict.tu-chemnitz.de/dings.cgi?lang=de&service=deen&opterrors=0&optpro=0&query=Demoralisation&iservice=&comment=&email>
- 20 Woxikon. [homepage on the Internet]. Tangermünde: Woxikon; [updated 2010 Feb 8; cited 2010 Feb 8]. Available from: <http://synonyme.woxikon.de/synonyme/demoralisieren.php>
- 21 Zhang. MyDict [homepage on the Internet]. Aachen: Zhang; [updated 2010 Feb 8; cited 2010 Feb 8]. Available from: <http://www.mydict.com/Wort/demoralisieren/>
- 22 Billig M et al.. Anticipatory stress in the population facing forced removal from the Gaza Strip. *J Nerv Ment Dis.* 2006 Mar;194(3):195-200. Available from: <https://han.meduni-graz.at/han/pubmed/www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>
- 23 Feldman D, Rabinowitz J. Pain complaints and psychological distress among soldiers in specialty military medical clinics. *Mil Med.* 1995 May;160(5); 213-6. Available from: <https://han.meduni-graz.at/han/pubmed/www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7659206>
- 24 Kohn R et al.. Psychological and psychopathological reactions in Honduras following Hurricane Mitch; implications for service planning. *Rev Panam Salud Publica.* 2005 Oct-Nov;18(4-5):287-95. Available from: <https://han.meduni-graz.at/han/pubmed/www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>

- 25 Ramirez M et al.. Demoralization and attitudes toward residents among certified nurse assistants in relation to job stressors and work resources: cultural diversity in long term care. J Cult Divers. 2006 Summer;13(2):119-25. Available from: <https://han.meduni-graz.at/han/pubmed/www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16856700>
- 26 Page RM, Cole GE. Demoralization and living alone: outcome from an urban community study. Psychol Rep. 1992 Feb;70(1):275-80. Available from: <https://han.meduni-graz.at/han/pubmed/www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>
- 27 Symanski ME. Reducing the effect of faculty demoralization when failing students. Nurse Educ. 1991 May-Jun;16(3):18-22. Available from: <https://han.meduni-graz.at/han/pubmed/www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>
- 28 Hetrick ES, Martin AD. Developmental issues and their resolution for gay and lesbian adolescents. J Homosex. 1987 Summer;13(2):84-93. Available from: <https://han.meduni-graz.at/han/pubmed/www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>
- 29 Wang ZZ. Investigations of direct causes of drug relapse and abstainers' demands in a compulsive detoxification center in Wuhan City in China. Biomed Environ Sci. 2007 Oct;20(5):404-9. Available from: <https://han.meduni-graz.at/han/pubmed/www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18188993>
- 30 Griffith JL. Brief Psychotherapy at the Bedside: Countering Demoralization From Medical Illness. Psychosomatics. 2005 Mar-Apr;46:2:109-116.
- 31 Salamun K. Karl Jaspers. 2. Auflage. Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann GmbH; 2006.
- 32 Jaspers K. Philosophie II - Existenzerhellung. 4. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer - Verlag; 1973. p. 224.

- 33 Jaspers, K. Philosophie II - Existenzerhellung. 4. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York. Springer - Verlag; 1973. p. 230.
- 34 Clarke MD et al.. A Qualitative Examination of the Experience of "Depression" in Hospitalized Medically Ill Patients. Psychopathology. 2006 Sept 13;39:303-312.
- 35 Lloyd - Williams M, Reeve J, Kissane D. Distress in palliative care patients: Developing patient - centred approaches to clinical management. European Journal of Cancer. 2008 24 Mar;44:1133-1138.
- 36 U.S. National Library of Medicine. Pubmed [homepage on the Internet]. Bethesda: National Center for Biotechnology Information; [updated 2009 Nov 18; cited 2010 Mar 5]. Available from: <https://han.meduni-graz.at/han/pubmed/www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez/?myncbishare=mugraz>
- 37 Ovid Technologies. Ovid Medline(r) [homepage on the Internet]. New York: Ovid Technologies; c2010 [updated 2009 May 28; cited 2010 Mar 6]. Available from: <http://han.meduni-graz.at/han/ovidspautologin/ovidsp.tx.ovid.com/sp-2.3/ovidweb.cgi?New+Database=Single|15&S=OANKFPAIODDDNGPANCELNHPLGJDDAA00>
- 38 EBSCO Industries. CINHAL [homepage on the Internet]. Ipswich: Kim Stam; c2010 [cited 2010 Mar 6]. Available from: <http://han.meduni-graz.at/han/cin20/web.ebscohost.com/ehost/search?vid=1&hid=107&sid=84a24550-c3a5-41c6-ad4d-c54760c651c2%40sessionmgr110>
- 39 Clarke DM, Kissane DW. Demoralization: its phenomenology and importance. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2002 Jul 16 [cited 2010 Mar 6]; 36: [about 10 screens]. Available from: <http://www.med.monash.edu.au/spppm/research/pabm/download/demoralisation-2002.pdf>

- 40 Duden - deutsches Universalwörterbuch. DUDEN - Verlag für deutsche Sprache, Sprachtechnologie, Kinder- und Jugendbücher [homepage on the Internet]. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Bibliografisches Institut & F.A. Brockhaus AG; [cited 2009 Jan 15]. Available from:
<http://www.duden.de/duden-suche/werke/fx/000/029/Demoralisation.29653.html>
- 41 Hemetsberger P. dict.cc/Englischwörterbuch [homepage on the Internet]. Wien: Hemetsberger; [cited 2009 Jan 15]. Available from:
<http://www.dict.cc/englisch-deutsch/demoralisation.html>
- 42 Pschyrembel W. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. 258. Auflage. Berlin: Pschyrembel; 1998. p. 1703.
- 43 De Figueiredo JM. Subjective Incompetence, the Clinical Hallmark of Demoralization. 1982 Jul/Aug;23:353-363.
- 44 Husebo S, Klaschik E. Palliativmedizin. 5. Auflage. Heidelberg: Springer; 2009. p. V.
- 45 Medical Archives of The Johns Hopkins Medical Institutions [homepage on the Internet]. Baltimore: Alan Masons Chesney Medical Archives; c1999 [cited 2010 Mar 15]. Available from:
<http://www.medicalarchives.jhmi.edu/sgml/frankj.html>
- 46 Jacobsen JC et al.. Demoralization in Medical Practice. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2007;9(2):139-142.
- 47 De Figueiredo JM. Demoralization and Psychotherapy; A Tribute to Jerome D. Frank, MD, PhD (1909 - 2005). Psychotherapy and Psychosomatics. 2007;76:129-133.
- 48 Frank JD. Psychotherapy: the restoration of morale. Am J Psychiatry. 1974;131:271-274.

- 49 O' Keeffe N and Ranjith G. Depression, demoralisation or adjustment disorder? Understanding emotional distress in the severely medically ill. *Clinical Medicine*. 2007 Oct;7(5):478-481.
- 50 Frank JD et Frank JB. *Persuasion and Healing*. 3. Auflage. Baltimore and London: The John Hopkins University Press; 1993. p. 14.
- 51 Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG. *Duden Deutsches Universalwörterbuch A - Z* [CD - ROM]. 3. Auflage. Mannheim: 1997.
- 52 Pichot, P. Zum „Mythos Pinel“. *Der Nervenarzt*. 2007 Oct; 73(3):301-302.
- 53 Suhrkamp Verlag GmbH. Suhrkamp/Insel [homepage on the Internet]. Berlin: Suhrkamp Verlag GmbH & Co. KG; [cited 2010 Apr 13]. Available from: http://www.suhrkamp.de/autoren/alfred_north_whitehead_5302.html
- 54 Mc Laughlin JT. Power, Authority And Influence In The Analytic Dyad.: Alfred North Whitehead. *The Psychoanalytic Quaterly*. 1996 [cited 2010 Apr 21];65:201-235. Available from: <http://www.pep-web.org/document.php?id=PAQ.065.0201A>
- 55 FernUniversität in Hagen [homepage on the Internet]. Hagen: Prof. Dr.-Ing. Hoyer H; c2009 [cited 2010 Mar 26]. Available from: <http://www.fernuni-hagen.de/KLI/Lewin.html>
- 56 Encyclopaedia Britannica [homepage on the Internet]. Chicago: Carr N et al.; c2010 [cited 2010 Mar 26]. Available from: <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/379446/Adolf-Meyer>
- 57 Columbia University Medical Center. Department of Psychiatry [homepage on the Internet]. Columbia: Columbia University Department of Psychiatry; c2009 [cited 2010 Mar 28]. Available from: http://asp.cumc.columbia.edu/facdb/profile_list.asp?uni=bpd1&DepAffil=Psychiatry

- 58 Columbia University. Columbia University Medical Center [homepage on the Internet]. New York: Columbia University; c2009 [cited 2010 Apr 23]. Available from: <http://www.cumc.columbia.edu/dept/klein/index.html>
- 59 Stowasser JM. Stowasser. Auflage 1994. Wien. Verlag Hölder - Pichler - Tempsky; 1994. p. 38.
- 60 Stowasser JM. Stowasser. Auflage 1994. Wien. Verlag Hölder - Pichler - Tempsky; 1994. p. 119.
- 61 Klein DF et al.. Diagnosis and Drug Treatment in Psychiatric Disorders. BJ Psych. 1970;117:351-352.
- 62 Shader RI, MD. Demoralization Revisited. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2005 Aug;25(4):291-292.
- 63 Langenscheidt - Redaktion. Langenscheidts Großes Schulwörterbuch Englisch - Deutsch. Berlin und München: Langenscheidt KG; 2001. p. 671.
- 64 Kissane, DW. Psychospiritual and existential distress. Australian Family Physician. 2000 Nov;29(11):1022-1025.
- 65 Kissane DW. The Demoralization Scale: a Report of Its Development and Preliminary Validation. Journal of Palliative Care. 2004 Winter;20(4):269-76.
- 66 Wein, S. Is Courage the Counterpoint of Demoralization?. Journal of Palliative Care. 2007;23:1:40-43.
- 67 Lloyd - Williams M, Reeve J, Kissane D. Distress in palliative care patients: Developing patient - centred approaches to clinical management. EJC. 2008;44:1113-1138.

- 68 Griffith JL, Gaby L. Brief Psychotherapy at the Bedside: Countering Demoralization From Medical Illness. *Psychosomatics*. 2005 Mar-Apr;46:2:109-116.
- 69 Parker, M. Medicalizing meaning: demoralization syndrome and the desire to die. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2004;38:765-773.
- 70 Marchesi C, Maggini C. Socio - demographic and clinical features associated with demoralization in medically ill in - patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42:824-829.
- 71 Clarke DM, Kissane DW et al.. Demoralization, anhedonia and grief in patients with severe physical illness. *World Psychiatry*. 2005 Jun;4:2:96-105.
- 72 Clarke DM et al.. An empirically derived taxonomy of common distress syndrome in medically ill. *Journal of Psychosomatic Research*. 2003;54:323-330.
- 73 Mangelli L et al.. Assessing Demoralization and Depression in the Setting of Medical Disease. *J Clin Psychiatry*. 2005 Mar;66(3):391-394.
- 74 Kissane DW et al.. Demoralisation, depression and desire for death: problems with the Dutch guidelines for euthanasia of the medically ill. *Australian und New Zealand Journal of Psychiatry*. 2000;34:325-333.
- 75 Gutkovich Z et al.. Depression and Demoralization Among Russian - Jewish Immigrants in Primary Care. *Psychosomatics*. 1999 Mar-Apr;40:2:117-122.
- 76 Kissane DW et al.. Demoralization Syndrome - a Relevant Psychiatric Diagnosis for Palliative Care. *Journal of Palliative Care*. 2001;17:12-21.
- 77 De Figueiredo J. Depression and Demoralization: Phenomenologic Differences and Research Perspectives. *Comprehensive Psychiatry*. 1993 Sept/Oct;34:308-311.

- 78 Angelino AF et Treisman GJ. Major depression and demoralization in cancer patients: diagnostic and treatment considerations. *Support Care Cancer*. 2001;9:344-349.
- 79 Boscaglia N et Clarke DM. Sense of coherence as a protective factor for demoralisation in women with recent diagnosis of gynaecological cancer. *Psycho - Oncology*. 2007;16:189-195.
- 80 Kelly B et al.. Terminally ill cancer patients` wish to hasten death. *Palliative Medicine*. 2002;16:339-345.
- 81 Die deutsche Balint - Gesellschaft e.V.. Die deutsche Balint - Gesellschaft [homepage on the Internet]. Wienhausen: Die deutsche Balint - Gesellschaft e.V.; [cited 2010 May 22]. Available from:
http://www.balintgesellschaft.de/michael_balint/leben-und-werk.php
- 82 Husebo S, Klaschik E. *Palliativmedizin*. 5. Auflage. Heidelberg: Springer; 2009. p. 34.
- 83 Strohscheer I. Depression - Grief - Demoralization: What means Sadness in Terminally Ill Patients? (Abstract). 9th Congress of EAPC, *Eur. J. Palliative Care* 2005.
- 84 Vehling, S et al.. Global meaning and meaning - related life attitudes: exploring their role in predicting depression, anxiety, and demoralization in cancer patients: *Support Care Cancer*. 2010 Mar 21;1433-7339. Available from:
<https://han.meduni-graz.at/han/pubmed/www.springerlink.com/content/6767073k825400q5/fulltext.pdf>
- 85 Obfuscating clinical and political views on demoralization. *Hastings Center Report*. 2008 Dez 11;423-424.