

Existenzielle Verzweiflung am Lebensende

Die existenzielle Verzweiflung ist ein nur schwer fassbares Phänomen, sie bedeutet immer ein höchst individuelles Erleben in verschiedenen Dimensionen. Daher entzieht sich dieser Begriff auch einer einzigen, allgemein gültigen Definition. Die Konfrontation mit der unmittelbaren, eigenen Endlichkeit kann alle bisher tragenden Strukturen zusammenbrechen lassen. Es ist eine Erfahrung von akuter Bedrohung und von tiefem Leid. Eine existenzielle Verzweiflung kann sich in kaum kontrollierbaren und sehr belastenden Symptomen zeigen. Und daher gilt das Bemühen des betreuenden Teams zunächst der Symptomlinderung und die existenzielle Verzweiflung als zugrunde liegende Ursache, wird zunächst oft nicht erkannt.

Aber die PatientInnen fühlen sich in ihrer Existenz bedroht, sie sind ganz unmittelbar mit ihrer Endlichkeit konfrontiert und gängige Strategien der Symptom-Kontrolle erweisen sich oft als unwirksam. Während es manchen Menschen gelingt, ihrem Leiden einen Sinn abzugewinnen, erleben andere eine schwere Sinnkrise und tiefe spirituelle Not.

„Spirituelle Not ist eine Krise im Sinne einer plötzlichen Veränderung, die unter anderem durch den Zusammenbruch der spirituellen Identität charakterisiert ist. Sie stellt die Werte und die Transzendenz, wie sie bis dahin erfahren wurden in Frage und unterbricht jegliche Suche nach einem Lebenssinn. Sie stellt auch den Wert in Frage, den der Patient seiner eigenen Würde zuschreibt“ (Odiar et al, 2008¹).

Existenzielles Leiden ist also eng verbunden mit spiritueller Not, mit absoluter Hoffnungslosigkeit, mit tiefer Resignation, Traurigkeit, mit Verzweiflung und meist auch mit abgrundtiefer Angst. Trotz aller kritischen Distanz zu Heidegger – er hat die Wurzel dieser Angst treffend beschrieben: Heidegger erklärt die Angst als ein Existenzial des Menschen. Das bedeutet, dass die Gewissheit des Todes mit einer latent immer vorhandenen menschlichen Grundangst verbunden ist, mit der Angst vor dem Nicht-Sein. In der Angst „befindet sich das Dasein vor dem Nichts der möglichen Unmöglichkeit seiner Existenz. (...) Das Sein zum Tode ist wesentlich Angst²“ (Luckner, 2001, S.113). Unmittelbar vom Tod bedrohte Menschen erleben diese Angst in besonderer Weise - im Sinne von Todesangst. Kierkegaard³ nennt die Krankheit zum Tode Verzweiflung.

„Die Krankheit zum Tode ist Verzweiflung. Bei der Krankheit zum Tode, muss es eine sein, bei der das Ende der Tod ist, der Tod das Letzte ist. Und das ist gerade die Verzweiflung“ (Kierkegaard, 2010, S. 37). Kierkegaard meint damit, dass terminale Erkrankungen immer mit mehr oder weniger intensiven Phasen von Verzweiflung

verbunden sind. PatientInnen in existenzieller Verzweiflung erscheinen meist extrem belastet. Das kann sich darin zeigen¹, dass sie überhöhte, unerfüllbare Ansprüche stellen, dass sie ständig eine Erhöhung der Schmerzmittel-Dosis oder eine tiefe, kontinuierliche Sedierung einfordern, - oder dass sie nach Schuldigen für ihr Leid suchen.

Aber die meisten der existenziell verzweifelten Menschen wirken eher in sich zurückgezogen, sie sind kommunikativ kaum mehr erreichbar. Sie leiden unter therapie-refraktären Symptomen wie intensivem Schmerz, permanenter Angst oder starker Unruhe. Existenzielles Leid am Lebensende ist also eine globale, den Menschen in allen Facetten seines Seins bedrohende Erfahrung von Hilflosigkeit und Ausgeliefert-Sein. Dieses Leid verstärkt bestehende Symptome und es erzeugt damit auch einen hohen Handlungsdruck bei den Betreuenden. Angesichts von existenzieller Verzweiflung versagen aber meist alle sonst bewährten Strategien von Symptom-Kontrolle. Dieses Leiden kann nicht kontrolliert oder gemanagt werden. Und damit kann sich das betreuende Team ebenso hilflos und macht-los fühlen wie die Patientin selbst.

Extremes Leiden kann die betroffenen Menschen völlig isolieren und es kann ihre Fähigkeit zur Kommunikation zerstören⁴, denn in der Erfahrung von existenziellem Leid wird das Sprachzentrum im Gehirn, das Broca-Areal, nicht mehr aktiviert. Die PatientInnen sind dann oft gar nicht mehr fähig, ihrem Leiden Ausdruck zu verleihen. Und trotzdem ist das Leiden, – besonders in der Pflege - gleichsam in Resonanz deutlich spürbar, sehr appellhaft und oft nur schwer aushaltbar. Aus der Gehirnforschung wissen wir, dass starke Emotionen bei Beobachtenden dieselben Zentren im Gehirn aktivieren, wie das bei eigenem Erleben der Fall wäre⁵ (Rizzolatti, Sinigaglia 2008, S.178).

Deshalb erzeugt die Nähe zu existenziell verzweifelten PatientInnen, diesen dringenden Handlungsbedarf. Das trifft in besonderer Weise auf Pflegende zu. Mangels anderer Strategien wird dann zunächst eine Steigerung der Schmerz-Medikation eingefordert. Existenzielle Verzweiflung muss jedoch als multidimensionales Leiden betrachtet werden, dem mit einer Erhöhung der Analgetika-Dosis meist nicht wirksam begegnet werden kann.

Erweisen sich alle Maßnahmen zur Linderung als wirkungslos, kann der Wunsch nach Distanzierung von diesem Leiden, - vielleicht sogar nach Distanz von dem Leidenden, entstehen. Weil diese Distanzierung in der Pflege aber kaum möglich ist, erscheint eine palliative Sedierung oft als nächstliegende Option. Natürlich ist das erklärte Ziel einer Sedierung existenziell verzweifelter PatientInnen die Linderung ihres Leidens.

Zugleich werden damit aber auch die Betreuenden entlastet – es reduziert ihre Gefühle von Hilflosigkeit und Ohnmacht. Dabei könnte die gemeinsame, geteilte

Hilflosigkeit gerade das Verbindende, das Tragende sein. Aber wir sind nicht sehr geübt darin, Machtlosigkeit auszuhalten. Heller⁶ nennt es das Omnikompetenz-Syndrom: wir wollen das Leiden aktiv bekämpfen, das Symptom kontrollieren, - und wenn sich das als unmöglich erweist, erscheint vielleicht die Sedierung als beste Lösung. Vielleicht müssen wir aber ganz woanders ansetzen: Cassell⁷ nennt als erstes das hilft, dieses Leiden zu bewältigen „sich die Stärke, die Kraft, anderer auszuleihen. Es braucht Menschen die sich angesichts dieses Leidens nicht zurückziehen, sondern der Konfrontation mit dem Leid standhalten – und gleichsam ihre Kraft zur Verfügung stellen.

Menschen in existenziell verzweifelten Situationen erleben einen totalen Verlust der Handlungsfähigkeit, des Ausgeliefert-Seins und der Hilflosigkeit. Und es ist sehr wichtig, dass das betreuende Team nicht in den Sog dieser Verzweiflung gerät. Es gilt aber auch, blinden Aktionismus zu vermeiden. Es ist nicht möglich, existenzielle Verzweiflung und Todesangst weg- zu therapieren, - genauso wenig, wie die Sterblichkeit an sich wegtherapiert werden kann.

Existenzielle Verzweiflung ist keine medizinische Diagnose, daher sind auch eher andere als medizinisch-pharmakologische Maßnahmen zielführend. Es braucht Reflexion im Team, supervisorische Unterstützung und spirituelle Begleitung um die Betreuenden zu entlasten. Für die PatientInnen sind das Angebot spiritueller und psychologischer Unterstützung und vor allem die schlichte Präsenz hilfreich.

Präsenz und mitmenschlicher Beistand sind ganz wesentliche Faktoren zur Leidenslinderung bei existenzieller Verzweiflung. Die stille Präsenz, ohne den Anspruch das Leiden abzuschaffen, oder zu trösten, - das Mit-Aushalten des schier Unaushaltbaren, schafft eine innere Verbundenheit. Durch diese Verbundenheit kann das Gefühl der Isolation des Leidenden verringert werden.

Existenziell leidende Menschen sind fundamental auf einen Mitmenschen angewiesen der zu Mitempfinden fähig und bereit ist, sich von dem Leid erschüttern zu lassen und auch, angesichts des Leidens und der Ohnmacht, bereit ist, präsent zu bleiben. In dieser geteilten Machtlosigkeit kann sich ein spiritueller Raum eröffnen in dem sich die Verzweiflung verändern kann. Nach Jaspers ist Spiritualität das Haltgebende, das einem Menschen bleibt, wenn er den Halt in der Welt und in sich selbst verloren hat⁸. (Jaspers 1971, S.32)

Leidende Menschen sprechen von einem Rückzugsraum, den die Pflegenden ihnen durch ihr Mitempfinden ermöglichen.⁹ (Öhlen et al 2002, S. 218) Einen existenziell leidenden Menschen zu betreuen erfordert, sich auf ihn einzulassen, sich in seine Leidenssituation hinein zu begeben und sich dabei auch der Gefahr auszusetzen, selbst mit seinem Leid in Berührung zu kommen.

„Die Qualität der Beziehung besteht ja immer darin, dass sich die Helfenden riskieren, dass sie sich aussetzen, dass sie wahrnehmbar werden in ihrer eigenen Gebrochenheit und Begrenzung“¹⁰. (Heller 2007, S. 196)

Die therapeutische Kraft menschlicher Zuwendung wird in aktuellen neurobiologischen Forschungen bestätigt. Das Erleben von Zuwendung, mitfühlender und emotionaler Resonanz löst im Organismus eine physiologische Beruhigungsreaktion aus: Oxytocin wird

freigesetzt. Es wirkt hemmend auf die erregten emotionsbezogenen Gehirngebiete, - vor allem auf die Amygdala- das Stresshormon Cortisol wird deaktiviert, und die Angstreaktionen klingen ab.¹¹ Damit kann für die PatientInnen ein erster Schritt zur Entlastung gesetzt sein.

Ein anderer, wichtiger Aspekt ist die Hoffnung. Sie ist gleichsam das Gegenmittel zu existenzieller Verzweiflung. Hoffnung ist der Gegenpart existentieller Verzweiflung. Dies zu stärken und zu fördern ist eine zentrale pflegerische Tätigkeit, die sich vor allem in vielen kleinen Handlungen und in der Haltung gegenüber dem existentiell verzweifelten Menschen zeigt¹².

Hoffnung ist ein elementares Bedürfnis des Menschen¹³ und oft sind es viele „kleine“ Hoffnungen. Hoffnung ist selbst in größter Beschränkung möglich und: sie wirkt, ohne sich erfüllen zu müssen¹⁴.

Möglicherweise sind Phasen tiefer Angst, absoluter Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung integraler Bestandteil des Sterbeprozesses. Dieser Prozess¹⁵ ist dynamisch, wechselnde Phasen von Angst und Akzeptanz, von Verzweiflung und Hoffnung sind wahrnehmbar. Und fast immer ist zu beobachten, wie sich das Leid im Sinne einer Bewältigung wandeln kann.

Und vielleicht müssen wir diesen Durchgang durch mehr oder weniger intensive Phasen existenzieller Verzweiflung bereits auch als einen Teil der Bewältigung dieser Krise betrachten. Verzweiflung ist ein Prozess des Verarbeitens des bisherigen Lebens und des Sterben Müssens.

Verzweifeln, weil man noch so vieles gerne wollte und nun nicht mehr kann, wie Maria Patzlsperger schreibt¹⁶; (Patzlsperger 2011, S.35) Verzweifelt sein an der Einsamkeit, verzweifeln an den Schmerzen, der Atemnot, am Verfall des eigenen Körpers und dem Abschied von den Liebsten. Auch am Ende eines erfüllten Lebens bleibt vieles unverwirklicht und das Bewusstsein, dass Offenes offen bleiben muss, - dass Unerledigtes unerledigt bleibt, lässt Menschen verzweifeln.

Existenzielle Verzweiflung kann damit aber auch als aktiver Prozess verstanden werden. Ein Prozess der uns an die Grenze führt. An dieser Grenze der Belastbarkeit kann sich auch für die Betreuenden der schon beschriebene Raum der Spiritualität öffnen. In der Begegnung mit verzweifelten PatientInnen kommen wir in Berührung mit eigenem Leid, mit unserer eigenen Begrenztheit, unserer Angst und unserer eigenen Hilflosigkeit.

Diese erlebte Hilflosigkeit hat einen besonderen Wert: jenseits professioneller Kompetenz ermöglicht sie menschliche Begegnung auf Augenhöhe. Wir verlassen dann die Position der Stärke und das ist eine wesentliche Voraussetzung für echtes Mitgefühl.

Es muss Platz sein für menschliche Not und abgrundtiefe Verzweiflung, für die Widersprüche des Lebens, die nicht lösbar sind, für die laute Klage und die Trostlosigkeit der Tränen und all das, was unvollendet bleibt, das sich nicht sedieren lässt, ohne dass Menschlichkeit verloren geht.¹⁷ (Heller 2014, S.76)

Menschen in existenzieller Verzweiflung bedürfen vor allem dieser mit-menschlichen Zuwendung, Präsenz und psycho-sozialer und spiritueller Unterstützung. Das solidarische Mit-Aushalten und Mit-Tragen kann eine bedeutsame Form von Beistand sein und dazu beitragen, dass Verzweiflung sich wandeln kann.

A. Feichtner

Quellen:

1. Odier, C., et al,(2008) La spiritualité en soins palliatifs, Guide des soins palliatifs du médecin vaudois, No 5-2008
 2. Luckner, A. (2001). Marin Heidegger "Sein und Zeit". Ein einführender Kommentar. (2. korr. Auflage). Paderborn: Verlag Ferdinand Schöningh
 3. Kierkegaard, S. (2010). Die Krankheit zum Tode. Furcht und Zittern. Die Wiederholung. Der Begriff der Angst. München: Deutscher Taschenbuchverlag GmbH
 4. Sölle D. (1973) Leiden, Freiburg i.B.; Herder Verlag
 5. Rizzolatti G., Sinigaglia C., (2008), Empathie und Spiegelneurone, die biologische Basis des Mitgefühls, Edition Unselde
 6. Heller A. (2014), Das perimortale Omnikompetenzsyndrom in: Müller M., Pfister D. Wie viel Tod verträgt das Team, Vandenhoeck+Rupprecht
 7. Cassell E.J, (2004) The nature of suffering and the goals of Medicine, Oxford University Press
 8. Jaspers K. Einführung in die Philosophie, Fünf Vorlesungen, Piper
 9. Öhlen J., Bengtsson J., Scott C., Segesten K., (2002) Being in a Lived Retreat-Embodied ;eaning of Alleviated Suffering; Cancer Nursing 25
 10. Heller, A. (2007). Palliative Versorgung und ihre Prinzipien. In A. Heller, K. Heimerl, & S. Husebo, Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
 11. Unvas-Moberg (2003) The oxytocin factor. Tapping the hormone of calm, love and healing. Cambridge; MA: Da Capo Press
-

12. Ackley, B., & Ladwig, G. (2008). *Nursing Diagnosis Handbook: An evidence-based guide to planning care*. St. Louis: Mosby/Elsevier
 13. Herth K.; John R Cutcliffe J;(2002) The concept of hope in nursing 3: Hope and palliative care nursing *British Journal of Nursing*; 11, 14
 14. Aulbert, Nauck, Radbruch (2012) *Lehrbuch der Palliativmedizin*, S 26, Schattauer Verlag, Stuttgart
 15. Turner V. (1967) *Between and Betwixt: the Liminal Period in Rites de Passages*. 1964. In: *Proceedings of the American Ethnological Society. The Forest of Symbols. Aspects of Ndembu Ritual*, Ithaca, New York
 16. Patzlsperger M.(2011) *Existenzielle Verzweiflung*, Masterthesis an der IFF, Alpen Adria Universität, Klagenfurt/Wien
 17. Heller (2014) *Das perimortale Omnikompetenzsyndrom in: Müller M., Pfister D. Wie viel Tod verträgt das Team*, Vandenhoeck+Rupprecht
-