

Zeitschrift: Palliative.ch : Zeitschrift der schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung = revue de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs = rivista della Società svizzera di medicina e cure palliative

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Band: - (2005)

Heft: 3: Psychologische Aspekte = Aspects psychologiques = Aspetti psicologici

Artikel: Die existentielle Krise und die Versuche ihrer Bewältigung - ein Beitrag zum Verständnis der Psyche des schwerkranken Menschen = Une contribution à la compréhension des mécanismes psychiques à l'oeuvre chez les patients gravement malades - crise existen...

Autor: Söllner, Wolfgang

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091898>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 26.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Aus dem komplexen Thema der psychischen Situation des schwerkranken Menschen möchte ich in diesem Beitrag einen Teilbereich näher beleuchten, der für die psychischen Verfassung des schwerkranken Menschen spezifisch ist: die aus der Konfrontation mit dem Tod resultierende existentielle Krise und deren psychische Verarbeitung.

Prof. Dr. Wolfgang Söllner

Die existentielle Krise und die Versuche ihrer Bewältigung – ein Beitrag zum Verständnis der Psyche des schwerkranken Menschen



Prof. Dr. Wolfgang Söllner

Der Schwerkranke muss eine Reihe schwerwiegender Ver-lusterlebnisse bewältigen:

- Drohender Verlust des Körpers: Der Körper, der üblicherweise eine Quelle für ein ganzheitliches Selbstgefühl (narzißtische Integrität) und für Lebensfreude ist, wendet sich bei einer schweren Erkrankung (wie z.B. Krebs) plötzlich gegen einen selbst.
- Verlust der Selbstkontrolle: Bei schwerer Erkrankung entsteht zumindest in bestimmten Phasen der Krankheitsbewältigung das Gefühl, die Krankheit selbst beeinflussen zu können, und häufig ist das auch tatsächlich so. Der Kranke ist mit der Angst konfrontiert, dass «alles außer Kontrolle gerät».
- Verlust der Identität und von wichtigen Lebensinhalten: Eine schwere Krankheit besetzt alle Bereiche des Selbst. Aus einem engagierten Kollegen, sorgenden Familienvater und ehrgeizigen Sportler wird plötzlich ein «Krebspatient». Das geänderte Selbstbild beeinträchtigt das Rollenverständnis, die zwischenmenschlichen Beziehungen, die Sexualität und andere soziale Bereiche. Je wichtiger für einen Menschen soziale Funktionen (in der Berufswelt, in Vereinen etc.) im Leben sind und je mehr dahinter zwischenmenschliche Beziehungen zurücktreten, desto größer ist die resultierende Krise des Selbstwertgefühls.
- Ein Verlust von Mitmenschen kann zum einen tatsächlich durch Behinderung oder Hospitalisierung entstehen; häufig ist es aber ein irrationales Gefühl, verlassen zu werden. Dieses resultiert aus mangelnder offener Kommunikation, Entstellungen und der Vorstellung, so (als Kranker, «Entstellter») nicht mehr geliebt werden zu können.
- Machmal entsteht beim Kranken ein z.T. bewusstes und z.T. unbewusstes Schuldgefühl, am «Unglück der Familie» schuld zu sein. All dies führt zu einer Krise des Selbstwertgefühls.

Die Folgen der existentiellen Krise und die Versuche ihrer Bewältigung

Herr B, ein 55-jähriger kaufmännischer Angestellter auf der mittleren Hierarchieebene, seit 30 Jahren verheiratet, 3 Kinder, der an einem Dickdarmkarzinom leidet und operativ (es wurde nach der Darmteilresektion ein Anus praeter angelegt) und chemotherapeutisch behandelt wird, drückt seine psychische Erschütterung und seine Angst folgendermaßen aus: «Durch den Krebs wurde mir das Steuer aus der Hand gerissen ... Ich fühle mich verstümmelt ... nicht mehr als richtiger Mann.» Er hat wiederkehrende Angstvorstellungen, seiner Frau und den Kindern könnte etwas zustoßen. Obwohl er es selbst absurd findet, drängen sich Gedanken auf, seine Frau (die sich sehr um ihn kümmert und loyal zu ihm hält) könne ihn verlassen. Häufig hat er Träume, in denen er versagt. Dem im Krankenhaus konsiliarisch zugezogenen Psychotherapeuten gegenüber äußert er die Angst, er könnte dem Therapeuten «zu anstrengend sein» und von ihm wieder «weggeschickt» werden.

Hinter der Angst, die Kontrolle und die wichtigen Beziehungen zu verlieren, steckt die Angst vor dem letztendlichen Kontrollverlust und Verlassenwerden. Durch die schwere Erkrankung wird eine «ursprüngliche», aus der frühesten Kindheit herrührende Furcht vor dem Verlassenwerden, die Freud (1926) als die ursprüngliche Quelle von Angst und auch als den Kern der Todesangst betrachtete, reaktiviert. Gegen diese primäre Angst vor dem Verlassenwerden und der daraus resultierenden Bedrohung und Hilflosigkeit mobilisiert jeder Mensch im Lauf seines Lebens verschiedene Abwehrmechanismen, wie

- die Verdrängung der Angst in das Unbewusste;
- das Rationalisieren;
- die Entwicklung von Allmachtsvorstellungen (die sich z.B. darin ausdrücken, dass jemand «über den Tod hinaus wirken» will oder – wie bei Workaholics häufig anzutreffen – die Vorstellung entwickelt, das Leben und das eigene Wirken «schreiten immer weiter fort». Wenn dann eine bedrohliche Krankheit auftritt, entwickeln Menschen mit solchen narzißtischen Abwehrstrategien häufig die Vorstellung, bei ihnen würde die Krankheit «besonders» und günstiger verlaufen);
- die Suche nach einem «Retter» (in Form religiöser Vorstellungen, von Führerkulten oder – im Falle der Erkrankung – im Anklammern an den Arzt als Retter; siehe dazu auch Yalom 1998).

Der Ausbruch einer schweren Erkrankung führt zu einer Bedrohung der Wirksamkeit dieser im Laufe des Lebens erworbenen unbewussten Abwehrmechanismen. Häufig werden diese zunächst verstärkt, z. B. in Form einer verstärkten Verleugnung oder eines verstärkten «narzißtischen Weltbilds vom ständigen Weitergehen» (Arieti 1977) oder der Retterphantasie. Wenn die einfache Verstärkung der bisherigen Abwehrstrategien nicht mehr ausreicht, müssen neue Bewältigungsmuster entwickelt werden. Manchmal schlagen bisher erfolgreiche Strategien in ihr Gegen-

teil um: die Suche nach Nähe zu einer rettenden Figur (z.B. dem Arzt) schlägt in Ablehnung und hilflose Wut gegen sie um, wenn sie «versagt». Nicht selten werden Übertragungswünsche an den Arzt als Retter und Wut auf den versagenden Retter in «gute» und «schlechte» Behandler aufgespalten.

Herr B.: «Die Ärzte sagen mir das nicht, aber ich spüre, dass sie mich bereits aufgegeben haben.» Seine Angst und Wut vor dem Verlassenwerden kommt auch in einem Traum am Abend vor einer Kontroll-Untersuchung zum Ausdruck: auf das Krankenhaus, in dem Herr B. liegt, stürzt ein Flugzeug ab. Es ist eine schreckliche Katastrophe, alles brennt und ist voll Rauch. Rundherum liegen verletzte Menschen. Herr B. ist unverletzt und irrt auf der Suche nach einem Arzt durch lange, dunkle Gänge. Kein Arzt ist in Sicht, und es erfassen ihn hilfloser Zorn und Panik. Er wacht auf. In derselben Nacht hat er einen zweiten Traum, in dem ebenfalls ein Unglück geschieht. Dabei taucht plötzlich sein Vater als Fahrer eines Krankenwagens auf. Er hilft dem Vater, die Verletzten in den Krankenwagen zu tragen.

Autoren wie Elisabeth Kübler-Ross (1969) und Edgar Heim (1998) haben die Prozesse zur Bewältigung der Angst ausführlich beschrieben. Verleugnung, bewusste Auseinandersetzung, die Suche nach Sinn, das Entwickeln von Kampfgeist, die Mobilisierung von Unterstützung oder die Suche nach Halt (z. B. in Spiritualität oder Religiosität) können in Form individueller und situativer Copingmuster nebeneinander oder hintereinander auftreten. Durch die weite Verbreitung der Ergebnisse der Copingforschung auch in den Massenmedien sind sie nicht nur medizinischem Personal, sondern auch vielen Patienten bekannt, so dass ich hier nicht näher darauf eingehe.

Die Krankheit als Krise und als Chance

Sowohl die existentialistische Philosophie als auch die psychoanalytische Entwicklungspsychologie haben Konzepte entwickelt, dass gerade Lebenskrisen Anstöße zur persönlichen Entwicklung geben. Der schwedische Psychoanalytiker Johann Cullberg vertrat eine dialektische Auffassung der Persönlichkeitsentwicklung: diese sei ein sprunghaftes Geschehen, in der Reifungsschritte durch Lebenskrisen angestoßen werden. Die letzte Entwicklungskrise sei der Prozess des Sterbens (Cullberg 1980).

Unter den existentialistischen Philosophen war es vor allem Martin Heidegger, der dieses Thema in den Mittelpunkt seiner Betrachtungen stellte («Sein und Zeit», 1927). Erst eine «dringliche Erfahrung» wie die Konfrontation mit der Endlichkeit des Seins sei eine Möglichkeit, aus einem Zustand des «Vergessens des Seins» in einen Zustand der «Bewusstheit des Seins» zu gelangen. Psychoanalytiker, wie Dieter Beck in Basel («Krankheit als Selbstheilung», 1981) und Irvin D. Yalom (1998) in San Francisco, gründeten ihren existentialistischen Ansatz in der Psychotherapie auf diesen philosophischen Überlegungen.

Nachdem Herr B. Mut gefasst hatte, sich den Gedanken an den Tod und seine Endlichkeit bewusst zu stellen und durch die Gespräche mit seiner Frau und mit dem Psychotherapeuten die dabei auftretende Angst aushaltbar wurde, begann er, sich grundlegendere und radikalere Gedanken über sein Leben zu machen. Er überprüfte, was ihm im Leben wirklich wichtig ist, begann die «kleinen Dinge des Lebens» sehr viel intensiver zu genießen und nahm sich mehr Zeit für seine Familie (insbesondere auch für seine Kinder und Enkelkinder).

Dies ist ein Prozess, den man häufig bei Menschen in den letzten Phasen ihres Lebens beobachten kann. Die Krise ermöglicht eine Radikalität des Denkens, Prioritäten und Wertmassstäbe verschieben sich und der Kranke empfindet mehr innere Freiheit. Dies ermöglicht ein intensiveres Leben im Hier und Jetzt, eine gesteigerte Wahrnehmung und Lebensfreude. Freud hat diese Intensivierung des Lebensgefühls durch existentielle Bedrohung in seinem Essay «Gedanken zur Zeit: Krieg und Tod» als Reaktion auf die Lebensbedrohung in Kriegszeiten aufgegriffen: «Die Begrenzung in der Möglichkeit einer Freude erhöht den Wert einer Freude.» (Freud 1915)

Philosophen haben immer schon auf die der Konfrontation mit dem eigenen Sterben innewohnende Möglichkeit zum persönlichen Wachstum hingewiesen: Michel de Montaigne knüpfte an die Gedanken der griechischen Stoiker an («Betrachte den Tod, um zu lernen, wie man lebt») und postulierte: «Obwohl die Physikalität des Todes uns zerstört, rettet uns die Idee des Todes.» (Montaigne, Essays, Übersetzung von H. Stilett, 2000)

Aufgabe der Palliativmedizin: Kontrolle des Leidens oder Förderung der Bewußtheit des Sterbens?

An dieser Stelle stellt sich die Frage, welche Haltung und Einstellung Behandelnde oder Betreuer in der Palliativmedizin entwickeln. Soll man sich auf die «Kontrolle des Leidens» konzentrieren oder gar darauf beschränken, oder soll die Förderung der Bewußtheit des Sterbens ebenfalls eine palliativmedizinische Aufgabe sein? Soll das «Management des Sterbens» oder die (auch psychologische und spirituelle) Begleitung des Sterbenden im Vordergrund stehen?

Über dem Eingang des alten Wiener Allgemeinen Krankenhauses (AKH) stand der Leitspruch eingemeißelt «Saluti et solatio aegrorum» (Der Heilung und der Tröstung der Kranken). Wirkliche Tröstung erfordert aber eine Berücksichtigung der persönlichen Entwicklungskrise des Patienten. Ohne dies würde sie nur eine oberflächliche rituelle Handlung darstellen. Leider ist beim Neubau des AKH diese Aufschrift vergessen worden.

Aus meiner Sicht ist es wichtig, sowohl eine technokratischen Position (Beschränkung auf Symptomkontrolle) als auch eine fundamentalistische Position (Anspruch, dass der Patient seinem Sterben bewusst ins Auge blicken müsse) zu vermeiden! Behandelnde oder Betreuer sollten einfach aufmerksam und offen sein für Äußerungen und Hinweise des Patienten und seiner Angehörigen!

Auch in der Psychotherapie hat sich zu meinem Bedauern die technokratische Position vielerorts durchgesetzt. Vor lauter «Unterstützen» (mit Hilfe von Psychoedukation, Entspannung, Hypnotherapie etc.) wird häufig auf das «Verstehen» im Sinne einer Begegnung und eines sich aufeinander Einlassens vergessen.

Die gemeinsame Abwehr kann das Verstehen behindern

Häufig ist schwer zu entscheiden, bei wem im Angesicht des Todes die Angst größer ist – beim Patienten oder bei den Helfern. Die Abwehr der Angst kann durch ein gemeinsames Verleugnen oder durch eine Spaltung der Reaktion erfolgen: der eine erlebt und drückt offene Angst aus, der andere zeigt eine verleugnende oder kämpferische Haltung. Dabei hat jeder der Beteiligten eigene, mehr oder weniger verarbeitete Erlebnisse und Erinnerungen zu bewältigen.

Herr K, ein 55-jähriger Patient, der an einem Multiplen Myelom mit massivem Knochenbefall leidet, will trotz starker Schmerzen keine zu starke Sedierung, weil er «die Kontrolle behalten» und kommunikationsfähig bleiben will. Sein behandelnder Onkologe, Dr. B., der Herrn K. über Monate mit großem Engagement und persönlicher Zuwendung behandelt hat, verordnet trotzdem zusätzlich zu den Opiaten höhere Dosen von Haloperidol und Benzodiazepinen und begründet dies damit, dass man ihn «nicht leiden lassen könne, wie ein Tier». In einem Gespräch unter vier Augen berichtet Dr. B. von seinen für ihn unerträglichen Gedanken an den qualvollen Tod des eigenen Vaters und seine damals erlebte Hilflosigkeit.

In diesem Beispiel wird deutlich, wie eine starke Identifizierung mit dem Patienten auf der einen Seite ein Einfühlen in den Patienten ermöglicht, auf der anderen Seite jedoch bei mangelnder Abgrenzung die Aufrechterhaltung dieser empathische Haltung auch erschwert. Der amerikanische Kardiologe und Kritiker des herrschenden Medizinbetriebs Bernard Lown¹ (2004) bezeichnet in seinem Buch «Die verlorene Kunst des Heilens» das gestörte Gleichgewicht von Identifizierung und Abgrenzung des Arztes in seiner Beziehung zum Patienten als einen der Hauptgründe für ein Scheitern der Arzt-Patient-Beziehung. Ohne die Reflexion eigener Erfahrungen können die Ängste der Helfer nicht in einer Form bewältigt werden, die eine offene Auseinandersetzung mit den Wünschen und Ängsten von Patienten, die mit dem Sterben konfrontiert sind, erlaubt. Diese Reflexion kann im Rahmen einer persönlichen Selbsterfahrung oder gemeinsam mit anderen Kollegen in einer Balintgruppe (Luban-Plozza & Dickhaut 1974, Söllner et al. 2002) erfolgen.

Literatur

Arieti S.: Psychotherapie der schweren Depression. Am J Psychiatry 1977;34:119-134

Beck D.: Krankheit als Selbstheilung. Insel, Frankfurt a. M., 1981

Cullberg J.: Keiner leidet ganz umsonst. Menschen brauchen Krisen zur Entwicklung. Mohn, Gütersloh, 1980

Freud S.: Hemmung, Symptom und Angst. Freud Studienausgabe, Band III, S. Fischer Verlag, Frankfurt a. M., 1971, S. 229–308 (Erstausgabe: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Leipzig, 1926)

Freud S.: Gedanken zur Zeit: Krieg und Tod. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Leipzig, 1915

Heidegger M.: Sein und Zeit. Gesammelte Schriften II. Klostermann, Frankfurt a. M., 1927

Heim E.: Coping - Erkenntnisstand der 90er Jahre. Psychother Med Psychol 1998; 48:321-337

Kübler-Ross E.: Interviews mit Sterbenden. Kreuz, Stuttgart 1969

Lown B.: Die verlorene Kunst des Heilens. Anstiftung zum Umdenken. Schattauer, Stuttgart, 2002 (amerikan. Originalausgabe: The Lost Art of Healing, 1998)

Luban-Plozza B., Dickhaut H. (Hrsg.): Praxis der Balint-Gruppen. Beziehungsdiagnostik und Beziehungstherapie (2. Auflage). Springer, Berlin, 1974

Montaigne M.: Essays. Gesamtübersetzung von H. Stilet. btb-Verlag, München, 2000 (französ. Originalausgabe: Essays, 1595)

Söllner W, Pieringer W, Springer-Kremser W, Bergmann G, Schübler G, Wesiack W: Die Entwicklung der Balint-Arbeit, ihre Wirkprinzipien und ihre Effekte. Psychologische Medizin 2002;13(4):26-29

Yalom I. D.: Liebe, Hoffnung, Psychotherapie. btb-Verlag, München, 2004 (amerikan. Originalausgabe 1998)

Korrespondenz:

Dr. Wolfgang Söllner
Klinik für Psychosomatik und
Psychotherapeutische Medizin
Klinikum Nürnberg
Prof. Ernst-Nathan-Str. 1
D-90419 Nürnberg
Tel: 0049-911-398-2839
Fax: 0049-911-398-3675
E-mail: wolfgang.soellner@klinikum-nuernberg.de

1. Bernard Lown ist auch Mitbegründer der International Physicians for the Prevention of Nuclear War (IPPNW) und Träger des Friedensnobelpreises.

Prof. Dr. Wolfgang Söllner

Une contribution à la compréhension des mécanismes psychiques à l'oeuvre chez les patients gravement malades – crise existentielle et moyens de la surmonter

(Résumé)

C'est la confrontation à la mort, avec la crise existentielle qui en résulte et la gestion psychique de cette dernière, qui crée la spécificité de la situation psychique des patients gravement malades. Ces derniers doivent en effet faire face à un ensemble de pertes majeures, hautement menaçantes: la perte de leur intégrité corporelle, la perte du contrôle qu'ils peuvent exercer sur leur situation, la perte d'identité découlant de l'altération de leur image, la perte de leurs fonctions et rôles sociaux et enfin la perte, réelle ou fantasmagique, des liens qui les unissent à leurs proches. Toutes ces pertes entraînent une profonde altération de leur estime d'eux-mêmes.

Derrière la peur de perdre le contrôle de sa situation et ses liens affectifs importants se cache l'angoisse d'être définitivement abandonné. La maladie grave fait en effet ressurgir une angoisse d'abandon «originelle» qui est présente dès la plus tendre enfance (Freud 1926). Face à cette angoisse primitive et aux sentiments de vulnérabilité et d'impuissance qui l'accompagnent, chaque être humain, au cours de son existence, mobilise différents mécanismes de défense comme le refoulement, la rationalisation, le développement de représentations de toute-puissance, et la recherche d'un «sauveur». La maladie grave remet en question l'efficacité de ces mécanismes inconscients qui, lorsqu'ils ne fonctionnent plus même après avoir été renforcés, doivent laisser place à d'autres stratégies défensives. Kübler-Ross et Heim, entre autres auteurs, ont bien décrit ces processus dits de coping.

Les philosophes existentialistes aussi bien que les tenants de la psychologie psychanalytique ont développé des concepts selon lesquels les crises existentielles représentent souvent de puissants moteurs du développement personnel. Le psychanalyste suédois Cullberg a décrit le développement de la personnalité comme un processus qui opère par sauts, chaque palier survenant au moment d'une crise existentielle. Dans cette optique, la fin de la vie est la dernière crise existentielle contribuant au développement d'un être humain. Elle autorise un mode de pensée radical; les valeurs et les priorités changent et le malade ressent une plus grande liberté intérieure. Cette adaptation rend possible un vécu plus intense du moment présent, avec une perception aiguisée du monde environnant et un plaisir de vivre accru. Des philosophes existentialistes, c'est Martin Heidegger qui a traité ce sujet de la manière la plus approfondie, montrant que d'une expérience «intrusive» – la confrontation au caractère fini de son existence – naît la possibilité de passer d'un état d'«oubli d'être»

à un état de «conscience d'être». En lien direct avec la pensée des stoïciens grecs, Montaigne postule: «Bien que la mort nous détruise sur le plan physique, l'idée de la mort nous sauve.»

C'est ici que se pose la question de savoir quelle attitude et quels regards développent les soignants en soins palliatifs. Ont-ils pour mission de se concentrer sur le traitement des symptômes, voire de se limiter à ce dernier, ou leur tâche inclut-elle l'accompagnement dans la prise de conscience de ce que la fin de la vie approche? Est-ce la «gestion de la mort» ou l'accompagnement du mourant qui doivent être au premier plan de la prise en charge? À mon avis, il convient d'éviter autant une position de technocrate (c'est-à-dire qui se cantonne au traitement des symptômes) que de fondamentaliste (c'est-à-dire qui décide que le patient doit regarder la mort en face). Les soignants devraient simplement faire preuve d'attention et d'esprit d'ouverture, c'est-à-dire se tenir prêts à accueillir ce que le patient et ses proches ont à transmettre et à exprimer. Même dans le domaine de la psychothérapie, je suis surpris de voir combien la position du technocrate tend à envahir notre action, amenant à oublier, au profit du «soutien à tout prix», la compréhension au sens de la rencontre et de l'approvisionnement réciproque.

Il est souvent difficile de déterminer qui, du patient ou des soignants, a le plus peur de la mort. Chacune des personnes impliquées doit faire face à ses propres souvenirs et expériences plus ou moins bien digérés. Dans son livre *L'art perdu de la guérison*, Bernard Lown décrit comment toute perturbation de l'équilibre, dans la relation entre le médecin et son patient, entre identification et prise de distance du médecin, constitue une source d'échec du lien thérapeutique. Il est donc indispensable que les soignants, soit dans le cadre d'un travail personnel, soit dans celui d'un groupe Balint, aient réfléchi à leurs propres expériences d'une manière qui ne laisse pas libre champ à des conflits ouverts avec les souhaits et les angoisses des patients confrontés à la fin de leur vie.

Prof. Wolfgang Söllner

La crisi esistenziale ed i tentativi di farvi fronte – un contributo alla comprensione del vissuto psichico delle persone gravemente ammalate

(Riassunto)

La specificità nelle condizioni psichiche delle persone gravemente ammalate è la crisi esistenziale che deriva dal confronto con la morte e la sua elaborazione psichica. L'ammalato grave deve far fronte a una serie di esperienze di perdita difficili (minacciose): la perdita dell'integrità fisica, perdita del controllo di sé, perdita dell'identità a seguito dei cambiamenti della propria immagine e delle funzioni sociali, così come pure la perdita reale o immaginaria di relazioni interpersonali. Tutto questo conduce ad una crisi nella percezione del proprio valore.

Dietro alla paura di perdere il controllo e le relazioni importanti, si nasconde la paura dell'abbandono finale. La malattia grave riattiva una primordiale paura di essere abbandonato che deriva dall'infanzia (Freud 1926). Ogni persona mobilita dei meccanismi di difesa nel corso della sua vita contro questa primaria paura e la conseguente minaccia e impotenza, come la repressione, la razionalizzazione, lo sviluppo di pensieri di onnipotenza e la ricerca di un «salvatore». L'emergenza di una grave malattia porta ad una minaccia dell'efficacia di questi meccanismi di difesa inconsapevoli. Quando il semplice rafforzamento delle strategie di difesa utilizzate fino a quel momento non è sufficiente, devono essere sviluppati nuovi modelli di adattamento. Autori come Kübler-Ross e Heim hanno descritto in maniera dettagliata questo processo del coping.

Tanto la filosofia esistenzialista quanto la psicologia dello sviluppo psicoanalitica hanno sviluppato dei concetti secondo i quali proprio le crisi di vita forniscono degli impulsi per uno sviluppo personale. Lo psicanalista svedese Cullberg descrive lo sviluppo della personalità come un processo discontinuo, nel quale le crisi di vita stimolano i progressi della maturazione. L'ultima crisi dello sviluppo sarebbe il processo del morire. La crisi esistenziale rende possibile una radicalizzazione del pensiero, le priorità e i criteri di valutazione si spostano e la persona malata percepisce di più la sua libertà interiore. Questo permette una vita più intensa nel «qui e adesso», una percezione accresciuta e il piacere alla vita. Tra i filosofi esistenzialisti è stato soprattutto Martin Heidegger a mettere questo tema al centro della sua riflessione. Soltanto una «esperienza urgente», come il confronto con la finitezza dell'essere, sarebbe una possibilità di passare da uno stato dell'«oblio dell'essere» ad uno stato di «consapevolezza dell'essere». Riallacciandosi al pensiero degli stoici dell'antica Grecia Montaigne ha postulato: «Anche se la fisicità della morte ci disturba, l'idea della morte ci salva».

A questo punto si pone la domanda di quale posizione e quali atteggiamenti devono adottare i curanti nelle cure palliative. Ci si deve concentrare sul «controllo della sofferenza» o addirittura limitarsi unicamente a ciò, oppure un compito della medicina palliativa deve essere anche quello di incoraggiare la consapevolezza del morire? Il «management del morire» o l'accompagnamento del morente deve stare in primo piano? Dal mio punto di vista è importante evitare sia una posizione tecnocratica (limitata al controllo dei sintomi) sia una posizione fondamentalista (la pretesa che il paziente debba essere consapevole a tutti i costi del suo morire)! I curanti dovrebbero essere semplicemente attenti e aperti alle manifestazioni e alle indicazioni dei pazienti e dei loro familiari! Anche nella psicoterapia, con mio rammarico, si è imposta in molti luoghi la posizione tecnocratica. Per il puro «sostenere» si dimentica spesso il «capire» nel senso di incontro e di apertura verso l'altro.

Spesso è difficile capire chi ha più paura della morte, se il paziente o i curanti. Ogni persona interessata si confronta con le sue esperienze più o meno elaborate e con i suoi ricordi al riguardo. Bernard Lown descrive nel suo libro «L'arte dimenticata del curare» l'equilibrio precario dell'identificazione e della delimitazione del medico nella sua relazione con il paziente, come uno dei motivi principali per il naufragio della relazione medico-paziente. Senza una riflessione sulle proprie esperienze, le paure del curante non consentono una discussione aperta ai desideri e alle paure dei pazienti che sono confrontati con la morte. Questa riflessione può aver luogo nell'ambito di un'esperienza personale o all'interno di un gruppo Balint.