



Angst vor dem Lebensende – ein Versuch der Annäherung

Eine Literatarbeit

Abschlussarbeit von: **Claudia Gohrbandt**
Thannstrasse 7
9403 Goldach
Email: c.gohrbandt@hotmail.com

Begleitung: *Liselotte Dietrich, Supervisorin EGIS/BSO*

CAS I „Klinisches Management“

an der: FHS St.Gallen
Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Weiterbildungszentrum Gesundheit
St.Gallen

Für die vorliegenden Inhalte ist ausschliesslich die Autorin verantwortlich.

Goldach, im Juni 2010

Zusammenfassung

Die Autorin versucht sich in dieser Arbeit dem Phänomen der Angst Betagter vor dem Lebensende anzunähern. Hierzu wird in der Einleitung ein Praxisbeispiel einer palliativen Situation beschrieben.

Pflegende schenken dem Thema der Angst in der Praxis zu wenig Beachtung, was sich mit einer gewissen Hilflosigkeit ausdrücken kann. Um diese Hilflosigkeit der Pflegenden zu lindern oder sich von ihr zu befreien, sollte man den Grund, die Form, die Intensität und mögliche Symptome der Angst kennen. Ist dieses Basiswissen vorhanden, wird eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Angst Betagter vor dem Lebensende möglich.

Im Hauptteil dieser Arbeit werden zwei, für diese vertiefte Auseinandersetzung geeignete Instrumente vorgestellt: Einerseits wird mit dem Angst-Assessment nach Marty die Angst betagter Menschen vor dem Lebensende direkt angesprochen und „ganzheitlich“ erfasst. Andererseits dient das „Göttinger-Stufenmodell“ als eine Hilfestellung für das ganze Team und kann im Rahmen einer Fallbesprechung eingesetzt werden. Aus diesen oder ähnlichen Dokumenten lässt sich ein erstes Unterstützungsangebot ableiten. Beide Assessments werden dem Team vorgestellt und für die Anwendung in der Praxis empfohlen.

Weitere Unterstützungsmöglichkeiten sind erwähnt. Die Arbeit wird mit der Hoffnung abgerundet, da sie sich als „Gegenpol der Angst“ versteht.

Vorwort

Morschitzky zitiert Frisch (1994): „Es gibt kein Leben ohne Angst vor dem andern; schon weil es ohne diese Angst, die unsere Tiefe ist, kein Leben gibt; erst aus dem Nichtsein, das wir ahnen, begreifen wir für Augenblicke, dass wir leben“ (Morschitzky, 2004, S. 8).

Angst ist uns allen, auch mir, ein vertrautes Gefühl, ein Grundgefühl des Menschen, ob wir dazu stehen oder nicht. Sie gehört unvermeidlich zu unserem und meinem Alltag, was uns und mir wahrscheinlich nicht bewusst ist. Angst verändert: uns selber und unsere Beziehungen.

Angst hat viele Gesichter. Wer kennt sie nicht, die Angst vor zu enger Bindung und die Angst vor dem Verlassenwerden? Wer hat nicht die Angst vor dem Ungewissen, aber auch die Angst vor dem Endgültigen durchlebt? Angst gehört zur menschlichen Existenz. Angst spiegelt unsere Abhängigkeiten und lässt uns unsere Grenzen erleben. Es fällt mir auf, dass die Angst betagter Menschen vor dem Lebensende wohl beobachtet und wahrgenommen, jedoch zu wenig angesprochen, ergründet und hinterfragt wird.

Einerseits versuche ich mit dieser Arbeit herauszufinden, was Angst ist, wie und wodurch sie entsteht und was das Phänomen der Angst vor dem Lebensende für Betagte bedeutet. Andererseits beschreibe ich das Angst-Assessment nach Marty und das „Göttinger-Stufenmodell“. Das Angst-Assessment ist ein Instrument, um die Angst „ganzheitlich“ zu erfassen, das „Göttinger-Stufenmodell“ bietet sich als Möglichkeit einer vertieften Auseinandersetzung für das ganze Team an. Aus diesen zwei Instrumenten lassen sich erste, konkrete Unterstützungsmöglichkeiten für den Umgang mit dem Phänomen der Angst vor dem Lebensende ableiten. Weitere Unterstützungsmöglichkeiten werden bearbeitet und für die Umsetzung in der Praxis empfohlen.

Ich wünsche mir, dem Phänomen der Angst mit dem nötigen Respekt zu begegnen, Antworten auf die offenen Fragen zu erhalten und eine kompetente Diskussionspartnerin für meine Kolleginnen und Kollegen, meinen Familien- und Freundeskreis zu sein.

Liselotte Dietrich möchte ich an dieser Stelle herzlich danken! Die Zusammenarbeit empfand ich als wohlwollend und lehrreich.

Kast (2008) sagt: „Nur wer zur Angst steht, sich nicht in Vermeidungsspiralen bewegt, nicht vor ihr flüchtet, sondern ihr standhält, wer aktiv mit ihr umgeht, kann sie verändern in eine positive Lebenskraft“ (Abstract).

Goldach, im Juni 2010

Claudia Gohrbandt

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	I
Vorwort	II
Inhaltsverzeichnis.....	III
Abbildungsverzeichnis	IV
1. Einleitung.....	1
1.1 Fragestellung.....	2
1.2 Zielsetzungen	2
1.3 Eingrenzung.....	2
2. Bearbeitung Theorie: Phänomen Angst	3
2.1 Begriffsdefinitionen:.....	3
2.2 Phänomene im Erleben der Angst	5
2.3 Angst im Lebenszyklus.....	8
2.3.1 Angst vor dem Lebensende.....	9
2.3.2 Drohender Beziehungsverlust und Trennungsangst am Lebensende	11
3. Umgang mit der Angst vor dem Lebensende	12
3.1 Angst mit dem nötigen Mut ansprechen	12
3.2 Das Angst-Assessment nach Marty	13
3.3 Das „Göttinger-Stufenmodell“ - ein praxisorientiertes Modell für das ganze Team	14
3.4. Unterstützungsmöglichkeiten für den Umgang mit der Angst vor dem Lebensende... ..	16
4. Theoretische Ansätze für die Praxis	18
4.1 Ergebnisse.....	18
4.2 Massnahmen:	19
5. Literaturverzeichnis	24
Anhang	26
Erklärung	27

Abbildungsverzeichnis

1. „Angst“ (unbekannter französischer Strassenkünstler)	Titelblatt
2. Symptomspirale	S. 11
3. Das „Göttinger-Stufenmodell“	S. 15

1. Einleitung

Diese Arbeit befasst sich mit dem Phänomen der Angst vor dem Lebensende betagter Menschen. Viele Betagte sind aufgrund einer unheilbaren Erkrankung in einer palliativen Situation von verschiedenen Symptomen betroffen. Den körperlichen Symptomen misst man in der Regel grosse Beachtung bei. Ich beobachte seit einiger Zeit - unabhängig von der Institution, in der ich tätig bin - dass die Angst vor dem Lebensende als ein wichtiges Phänomen oft unterschätzt wird. Es fällt mir auf, dass die Angst im Praxisalltag selten direkt angesprochen wird, wir weichen ihr aus. Auch ich als Pflegende konnte in der Begegnung mit dem Phänomen der Angst am Lebensende eines betagten Menschen ähnliche Erfahrungen machen, die anhand eines Praxisbeispiels aufgezeigt werden.

Für mich ergeben sich folgende hypothetische Fragen:

- Welche Unterstützung benötigen Pflegende, um das in der Praxis zu ändern?
- Ist es möglich, dass das Phänomen der Angst durch die fehlende Sicherheit im Umgang mit der Angst in der Praxis zu wenig erkannt und beachtet wird?
- Kann es sein, dass diese Unsicherheit durch mangelnde kommunikative Fähigkeiten entsteht, was zur Folge hat, dass die Angst nicht oder zu wenig angesprochen wird und dadurch ein entsprechendes Unterstützungsangebot ausbleibt?

Mit dem Verfassen dieser Literaturarbeit wünsche ich, auf diese oder folgende Fragen Antworten zu erhalten, um herauszufinden, wie betagte Menschen die Angst vor dem Lebensende erleben, falls sie zu beobachten ist. Wird in der Praxis ein entsprechendes Unterstützungsangebot zur Verfügung gestellt, sollte es gelingen dem Phänomen der Angst vor dem Lebensende eines betagten Menschen aufmerksam, sicher und mit dem nötigen Respekt zu begegnen.

Motivation zur Themenwahl / Praxisrelevanz

In der Entscheidungsfindung der Themenwahl für die CASI Arbeit erhielt ich von mehreren Pflegefachpersonen Rückfragen, ob Angst denn überhaupt im Kontext zur Palliative Care steht. Daraus ergab sich für mich die Überlegung, ob es in einer palliativen Betreuung am Lebensende eines betagten Menschen überhaupt möglich ist, von der Angst vor dem Lebensende in irgendeiner Form „nicht“ berührt zu werden.

Ich bin zu 80 Prozent im Alters- und Pflegeheim Helios in Goldach tätig und der Wohngruppe „Flieder“ zugeteilt. In dieser Gruppe wohnen 10 Personen, die entweder an einer demenziellen Erkrankung oder einem körperlichen Defizit leiden. Bei den Teammitgliedern der Wohngruppe „Flieder“ darf nicht von einem einheitlichen Wissenstand ausgegangen werden. Im Pflegeheim Helios, Goldach wird bis jetzt kein verbindliches Dokument zur Erfassung der Angst verwendet.

Praxisbeispiel

Während mehreren Tagen habe ich Frau Sieber (Name frei gewählt) und ihre Familie betreut. Frau Sieber ist wegen eines reduzierten Allgemeinzustands sehr schwach und kann nur noch kurz mobilisiert werden. An einem Morgen habe ich sie begrüsst, sie nach der Nacht und ihrem derzeitigen Befinden befragt. Aufgrund ihrer Gestik mit den Händen, der Mimik im Gesicht (weit aufgerissene Augen) und der weinerlichen Stimme habe ich Angst bei

ihr wahrgenommen. Ich habe diese Angst mit folgenden Worten angesprochen: "Frau Sieber, ich sehe eine Anspannung in ihrem Gesicht. Stimmt meine Wahrnehmung? Möchten Sie mit mir über ihre Angst reden?" Sie bejahte meine Frage. Ich habe versucht, auf sie einzugehen indem ich nachfragte, wovor sie denn Angst habe, worauf sie mir antwortete: "Ich habe Angst davor, nicht mehr auf die Beine zu kommen, ich spüre dass ich nicht mehr lange zu leben habe und mache mir Sorgen um alle aus der Familie, die ich zurücklassen muss."

Zusammenfassend lässt sich nachträglich Folgendes festhalten: Es ist mir gelungen, Frau Sieber beobachtend, gezielt nachfragend und empathisch zu begegnen. Die direkte Antwort der Bewohnerin überraschte mich. Eine gewisse Hilflosigkeit machte sich bemerkbar. Ich wurde nachdenklich und hielt kurz inne. Es blieb bei einem ebenso zaghaften wie oberflächlichen Unterstützungsangebot für einen Umgang mit der Angst vor dem Lebensende. Diese Situation löste bei mir eine gewisse Sprachlosigkeit aus. Trotz reicher Pflegeerfahrung gelang es mir in dieser Situation nur bedingt, die Angst vor dem Lebensende von Frau Sieber zu erfassen.

1.1 Fragestellung

Wie können Pflegende betagte Menschen welche unter dem Phänomen der Angst vor dem Lebensende leiden, unterstützen?

1.2 Zielsetzungen

Ziel dieser Arbeit ist es, theoretische Grundlagen des Phänomens der Angst betagter Menschen vor dem Lebensende darzulegen.

Konkrete Interventionen werden für die Unterstützung von Betagten, welche unter Angst leiden, für die Praxis abgeleitet. Es ist vorgesehen, die Ergebnisse aus den Literaturrecherchen und die Erkenntnisse zu einem späteren Zeitpunkt im Team vorzustellen.

1.3 Eingrenzung

Das Phänomen der Angst Betagter vor dem Lebensende wird bearbeitet, auf die Angst in der Präterminal- und der Terminalphase wird Bezug genommen. Die Angst Junger und Menschen mittleren Alters wird nicht berücksichtigt. Die erwähnten Symptome der Angst beziehen sich auf das Praxisbeispiel, weitere Symptome werden nicht vertieft behandelt. Die Form der pathologischen Angst wird nicht erwähnt. Die Furcht ist definiert. Auf die Hoffnung wird in dieser Arbeit eingegangen, die Hoffnungslosigkeit ausgegrenzt. Die medikamentöse Therapie wird nicht bearbeitet, da es den Umfang dieser Arbeit sprengen würde.

2. Bearbeitung Theorie: Phänomen Angst

2.1 Begriffsdefinitionen:

Mit den Begriffsdefinitionen „betagter Mensch“, „Lebensende“ und „Angst“ sollte eine Annäherung an das Phänomen der Angst gelingen. Die Todesangst wird zu einem späteren Zeitpunkt definiert.

Betagter Mensch:

Der Duden (1996) setzt „betagt“ mit „alt“ gleich (S. 162).

Das INSM-Wirtschaftslexikon: bezeichnet 70-jährige bis 75-jährige als „betagte Menschen“ (INSM-Wirtschaftslexikon, Alter / Altern, 2010).

Lebensende:

Die Zeit am Ende eines Lebens stellt den Übergang zum Tod dar und ist laut Wikipedia-Skript mit dem Sterben gleichzusetzen (Wikipedia, Sterben, 2010).

Aulbert / Nauck / Radbruch ergänzen die Definition von Wikipedia mit der differenzierteren Beschreibung von Jonen-Thielemann (1998). Sie berücksichtigt die Lebensphasen aus der Palliativmedizin, die sich auf das Lebensende beziehen und in fünf Phasen einteilen lassen:

In die Rehabilitationsphase, die Präterminalphase, die Terminalphase, die Finalphase und in die Trauerphase. Zwei, der fünf Lebensphasen, die Präterminalphase und die Terminalphase, beziehen sich auf das eingangs erwähnte Praxisbeispiel von Frau Sieber und werden wie folgt definiert:

- Präterminalphase: eingeschränkte Möglichkeiten des aktiven Lebens - mehrere Wochen bis Monate, „die letzten Wochen“.
- Terminalphase: Bettlägrigkeit, oft Rückzug nach innen oder Ruhelosigkeit, wenige Tage bis eine Woche, „die letzten Tage“ (Aulbert / Nauck / Radbruch, 2007, S. 1020).

Folgende Erkenntnisse lassen sich aus diesen Definitionen auf das Praxisbeispiel von Frau Sieber ableiten:

Frau Sieber befand sich in einer akuten Phase ihrer chronischen Grunderkrankung, was sich in einer palliativen Situation äusserte. Die klare Einteilung in die zwei Phasen fällt deshalb schwer. Frau Sieber hat die Einschränkung ihrer Möglichkeiten des aktiven Lebens erkannt und mir dies mitgeteilt, was auf eine Präterminalphase schliessen lässt. Ein gewisser Rückzug, eine Ruhelosigkeit konnte beobachtet werden. Frau Sieber wurde zusehends bettlägrig, was mit dem Beginn der Terminalphase zu deuten ist.

Angst:

Bühlmann bezieht sich in ihrer Definition der Angst auf Dorsch (1994). Dorsch sagt, dass das Wort Angst verwandt ist mit dem lateinischen Begriff „angustus“, das heisst „eng“ und dem englischen „anxiety“. Angst wird bezeichnet als „ein mit Beengung, Erregung, Verzweiflung verknüpftes Lebensgefühl, dessen besonderes Kennzeichen die Aufhebung der

willensmässigen und verstandesmässigen Steuerung der Persönlichkeit ist“ (Bühlmann, 2009, S. 81).

Bühlmann hält an einer weiteren Definition der Angst von Rooper fest (1987), in der sie erklärt, dass die Angst im Zusammenhang mit dem Sterben als Angst vor dem Tod, vor Schmerzen, dem Vorgang des Sterbens, als Angst, die Kontrolle und menschliche Würde zu verlieren, sowie auch die Angst vor Einsamkeit und Zurückweisung (Bühlmann, 2009, S. 85).

Stähli (2004) unterscheidet dabei im Gegensatz zu Rooper prinzipiell zwischen der realen Angst (entspringt einer realen Gefahr) und der Existenzangst (Verlust an Geborgenheit) (S. 89).

Kast (2008) sieht die Angst im Vergleich zu Dorsch und Stähli ganz allgemein als eine „emotionale Reaktion auf die Antizipation persönlich bedeutsamer Verluste oder Misserfolge“. Sie meint, dass Angst erst dann einsetzt, wenn etwas, was uns persönlich als sehr wertvoll erscheint, was für uns einen grossen Wert darstellt, in Gefahr ist. Angst ist ein emotionaler Zustand des Organismus (S. 31).

Für Kast wird gerade bei der Angst deutlich, wie sehr beim Menschen die bio-psycho-soziale Verflechtung des Erlebens und des Verarbeitens zum Ausdruck kommt und wie sehr die verschiedenen Sphären des Menschen aufeinander wirken (S. 15). Kast geht davon aus, dass die Angst den Kern unseres Selbstseins betrifft und Einfluss auf die Seele und den Körper hat (Abstract). Tausch (2004) ist ähnlicher Meinung wie Kast und sagt, dass die Angst nicht nur als ein körperliches Geschehen zu beobachten, sondern als eine tiefgreifende Erfahrung zu beschreiben ist, die den „ganzen Menschen“ mit seinen Gedanken und Gefühlen umfasst (S. 67). Im Vergleich zu Kast und Tausch meint Macht (2000) das Erleben der Ganzheitlichkeit der Angst als ein Erleben in einem „ganzheitlichen Menschen - und Weltbild“. Diese Ganzheitlichkeit erfordert ein ständiges ausbalancierendes Gleichgewicht zwischen Leib - Seele - Geist, der Umgebung, dem Kosmos (S. 139).

Die laut Nanda (2005) anerkannte Pflegediagnose der Angst, wird genauso wie bei Kast als eine Emotion klassifiziert. In der Taxonomie II der Pflegediagnosen (00146) werden diese Emotionen dem psychosozialen Bereich zugeordnet (S. 286 / 287). In der Definition nach Nanda wird die Angst als ein unbestimmtes, unsicheres Gefühl des Unwohlseins oder der Bedrohung beschrieben, dessen Ursache für die betroffene Person oft unspezifisch oder unbekannt ist, begleitet von einer autonomen Reaktion; ein Gefühl des Besorgtseins verursacht durch die Vorwegnahme einer drohenden Gefahr. Angst ist ein alarmierendes Signal, das vor einer kommenden Gefahr warnt und es der Person erlaubt, Massnahmen zum Umgang mit der Bedrohung zu ergreifen (S. 31). Nanda (2005) definiert die Furcht in der Taxonomie II der Pflegediagnosen (00148) als: eine Reaktion auf eine wahrgenommene Bedrohung, die bewusst als Gefahr erkannt wird (S. 90).

Im Gegensatz zu Nanda teilt Käppeli (2007) die Angst in folgende fünf Grundformen ein:

- Angst als Charakterzug: Diese Menschen neigen häufiger zu Angst als andere
- Situationsangst: Angst ist an bestimmte Situationen geknüpft und verschwindet mit ihnen;
- Hintergrundangst: ständiges, quälendes Gefühl der Schwere oder Angst, das an einen unbefriedigenden Zustand im Leben des Betroffenen geknüpft ist.

- Akuter Angstzustand: vorübergehendes Gefühl des Angetrieben- oder Angespanntseins, die Betroffenen sind nicht in der Lage, mit dem Alltag zurecht zu kommen.
- Furcht: konkret und objektbezogen (Käppeli in Hladik, 2007).

Käppeli bezieht sich in der Definition der Angst in den ersten drei Grundformen auf mögliche Ursachen, in den letzten zwei Grundformen auf die Intensität der Angst. Die Autorin geht im Kapitel 2.2 vertieft auf die Intensität der Angst ein.

Riemann (1999) definiert die Grundformen der Angst anders als Käppeli. Er geht davon aus, dass zwar alle Menschen individuelle Ängste haben, dass es aber auch viele Ängste gibt, die allen Menschen gemeinsam sind.

Er bezieht sich in dieser Einteilung der vier Grundformen auf die Ursachen der Angst.

1. Die Angst vor der Selbsthingabe, als Ich-Verlust und Abhängigkeit erlebt;
2. Die Angst vor der Selbstwerdung, als Ungeborgenheit und Isolierung erlebt;
3. Die Angst vor der Wandlung, als Vergänglichkeit und Unsicherheit erlebt;
4. Die Angst vor der Notwendigkeit, als Endgültigkeit und Unfreiheit erlebt.

Riemann sagt, dass alle möglichen Ängste letztlich immer Varianten dieser vier Grundängste sind. Er sieht hinter den vier Grundformen der Angst allgemein - menschliche Probleme, mit denen wir uns alle auseinandersetzen müssen (S. 29). Bühlmann bezieht sich auf die Aussagen von Riemann (1995) der festhält, dass jeder Mensch seine persönliche, individuelle Form der Angst hat, die zu ihm und seinem Wesen gehört, wie er seine Form der Liebe hat und seinen eigenen Tod sterben muss (Bühlmann, 2009, S. 87).

An dieser Stelle lässt sich, bezogen auf das eingangs erwähnte Praxisbeispiel, folgendes festhalten:

Frau Sieber ist mit 72 Jahren eine betagte Frau, die sich, sowohl in der Präterminalphase (letzten Wochen) als auch in der Terminalphase (letzten Tage) am Ende ihres Lebens befand. Die Angst äusserte sich bei Frau Sieber sowohl in einer realen Angst, (die körperlichen Kräfte liessen nach) als auch in einer Existenzangst (Verlust an Geborgenheit durch den drohenden Beziehungsverlust). Diese Angst vor dem Lebensende zeigte sich in einer bio-psycho-sozialen Verflechtung, was einem ganzheitlichen Erleben gleichgesetzt werden darf. In der Einteilung der fünf Grundformen der Angst nach Käppeli war Frau Sieber von der Situationsangst und der Hintergrundangst betroffen, zum Teil wurde sie von der akuten Angst und der Furcht berührt. Ob bei Frau Sieber die Angst Teil des Charakters ist, konnte nicht beurteilt werden, da die Bewohnerin zu wenig lang in der Wohngruppe „Flieder“ betreute wurde. Die Ursachen der Angst von Frau Sieber beziehen sich auf alle vier Grundformen nach Riemann und werden im Erleben der Angst beobachtet.

2.2 Phänomene im Erleben der Angst

Lang (1996) sagt, dass Angst ein gesellschaftliches Phänomen ist und uns in allen Kulturen und zu allen Zeiten begegnet. Angst kennt jeder, der Gesunde wie der Kranke. Angst wird als ein seelisches und ein körperliches Phänomen beschrieben (S. 7). Bühlmann weist dabei auf die Aussage von Juchli (1991) hin, die ähnlicher Meinung wie Lang ist und das

Phänomen der Angst als ein seelisches Phänomen sieht. Die Grundlage ist immer leiblich und psychosomatisch (Bühlmann, 2009, S. 83).

Für Stähli (2004) wird in der Angst etwas als Gefährdung oder Bedrohung erlebt. Impulse werden wach, aus der angstausslösenden Situation zu fliehen oder sich gegen diese zur Wehr zu setzen. Diese Impulse werden einerseits an der Intensität, andererseits anhand einer Reaktion beobachtet (S. 88). Dieses zur Wehr setzen bezeichnet Morschitzky (2004) als eine Kraft, die sich auf die Intensität der Angst bezieht (S. 5). Kast (2008) bestätigt die Meinung Stählis und sagt, dass Angst in einer Reaktion zum Ausdruck kommt (S. 15).

Mit anderen Worten könnte man sagen, dass die Angst als eine „Kraft“ erlebt wird. Dieses Erleben der Angst wird massgeblich von der Intensität dieser Kraft beeinflusst. Angst löst eine Reaktion aus, die anhand eines oder mehrerer Symptome zum Ausdruck kommt und sich auf das Verhalten bezieht. Bei der Beobachtung der Angst ist es wichtig, ihre Intensität zu erkennen, um auf mögliche Reaktionen vorbereitet zu sein.

In welche Stufen lässt sich die Intensität der Angst Betrogter vor dem Lebensende einteilen, falls diese beobachtet wird?

Bühlmann (2009) beschreibt die Intensität der Angst in drei Stufen:

- 1. Stufe: Sorge, Vorsorge, Unsicherheit. Der Mensch ist besorgt, macht sich Sorgen, was oft zu einem Aufgeregtsein und einer übertriebenen Wahrnehmung der eigenen Körperempfindungen führt.
- 2. Stufe: Angst. Die Angst kann sowohl als Zustand wie auch als Eigenschaft einer bestimmten Person in Erscheinung treten sie kann real oder unreal sein.
- 3. Panik: Panik wird durch ein Übermass von Angst ausgelöst und als ein destruktives Erlebnis bezeichnet, welches extreme, zerstörerische Reaktionen hervorruft und kein gezieltes Handeln mehr zulässt (S. 82).

Bühlmann zitiert Peplau (1995), die die Intensität der Angst in vier Grade einteilt: In die milde Angst, die gemässigte Angst, in eine starke Angst und in eine Panik (Bühlmann, 2009, S. 83).

Mit welchen Symptomen ist als Reaktion auf die Angst Betrogter vor dem Lebensende zu rechnen, falls diese auftritt?

Morschitzky (2004) beschreibt das Erleben des Phänomens der Angst als eine Reaktion auf bedrohliche, ungewisse oder unkontrollierbar beurteilte Ereignisse und Situationen die sich in verschiedenen Symptomen / Anteilen äussern können (S. 1). Morschitzky bezeichnet dieses Erleben als ein „ganzheitliches Erleben“ und bezieht sich an dieser Stelle auf das „Drei-Komponenten-Modell nach Lang (1993).

Er teilt das Erleben der Angst in drei Ebenen ein:

- Körperlicher Anteil: objektiv messbare physiologische Faktoren wie Muskelspannung, Atembeschleunigung und so weiter.

- Subjektiver Anteil (Gedanken und Gefühle): Befürchtungen, Gedanken der Hilflosigkeit, Gefühl des Ausgeliefertseins, Angst zu erzeugende Denkmuster und damit verbundenes subjektives Angsterleben.
- Verhalten (motorische Ebene): beobachtbare Verhaltensweisen und Reaktionen wie Starrwerden vor Schreck bis zur Regungslosigkeit, Zittern oder Beben, Flucht bis zum Bewegungssturm und Panikverhalten, Vermeidung Angst machender Situationen, Vermeidung von Blickkontakt. Lang ist der Meinung, dass jede Angst zu körperlichen Reaktionen und Empfindungen führt (Morschitzky, 2004, S. 11).

Im Vergleich zu der Einteilung nach Lang sind Doenges / Moorhouse / Geissler-Murr (2002) in ihrer Definition der Merkmale der Angst noch genauer. Sie teilen die Angst ebenso wie Lang in objektive und subjektive Merkmale ein, zeigen jedoch auf, wie sich die Angst Betagter vor dem Lebensende konkret äussert. Doenges / Moorhouse / Geissler-Murr beschreiben die subjektiven Zeichen der Angst auch als emotionsbezogene Merkmale (S. 145 / 146).

In der weiteren Bearbeitung entscheidet sich die Autorin für die Einteilung der Symptome der Angst nach Doenges / Moorhouse / Geissler-Murr. Sie geht lediglich auf die Symptome ein, die sie im Praxisbeispiel von Frau Sieber erkannt hat. Folgende Symptome kamen bei Frau Sieber zum Ausdruck, wie von Doenges / Moorhouse / Geissler-Murr (2002) beschrieben:

Objektive Symptome:

Physiologische Merkmalen (Parasympathikus, Sympathikus), erweiterte Pupillen, erhöhte Vorsicht, umherschauen, zittern, Tremor der Hände, Ruhelosigkeit, angespannte Gesichtszüge, weinerliche Stimme, eventuelle Veränderung der Herzfrequenz und des Blutdrucks.

Subjektive Symptome:

Erhöhte Anspannung, Verängstigung, Zittern, Übererregtheit, Erschütterung, Verzweiflung. Ein Besorgt-, Unsicher-, Furchtsam-, Beunruhigt-, Ängstlich-, Nervössein, Hoffnungslosigkeit, ein Gefühl drohenden Unheils (Doenges / Moorhouse / Geissler-Murr, S. 145 / S. 146).

Diese von Doenges / Moorhouse / Geissler-Murr beschriebenen Symptome äusserten sich bei Frau Sieber folgendermassen:

Die objektiven Symptome zeigten sich an den angespannten Gesichtszügen, den weit aufgerissenen Augen, einer weinerlichen Stimme, an den zittrigen, fahrigten Bewegungen mit den Händen, einer Ruhelosigkeit, einem umherschauen und einer erhöhten Vorsicht. Die objektiven Zeichen sind sichtbar und messbar. Blutdruck und Puls wurden nicht kontrolliert.

Die subjektiven Symptome drückten sich in einer erhöhten Anspannung, einer Verängstigung, einer Verzweiflung, einem Unsicher- und Besorgtsein aus. Die subjektiven Zeichen beziehen sich, so wie von Doenges / Moorhouse / Geissler-Murr beschrieben auf eine Emotion, ein Gefühl. Bei Frau Sieber äusserte sich das mit dem Gefühl, dass sie glaubte, nicht mehr lange zu leben.

Die Aussage von Frau Sieber und weitere Aussagen Betroffener zur Angst vor dem Lebensende fliessen in Gespräche oft mit ein. Sie werden von Pflegenden meist kaum

bemerkt. Dieses Ausdrücken der Gefühle Betroffener wird in der Literatur wie folgt beschrieben:

Bühlmann erwähnt an dieser Stelle Tausch (1989). Sie lässt die bewegenden Erfahrungen Betroffener schildern: „Für mich ist das Leben im Grunde genommen nur halb so viel wert, trotz aller medizinischer Erkenntnisse und lebensverlängernder Massnahmen, wenn da im Hintergrund immer die Angst schmort. Da fühlt man sich doch ziemlich allein gelassen.“ Oder „Ich sitze so voller Angst. Diese Angst hatte ich im Grund genommen schon immer gehabt, obwohl ich das im Grunde genommen manchmal nicht zugebe“. Ein Patient schildert sein Erleben zehn Tage nach der Herzoperation: „Jede Nacht schwitze ich das Hemd nass. Auch das, sagt man mir, sei normal: die Anstrengung des Körpers, die Operationsfolgen zu verarbeiten. Vielleicht auch der nachträgliche Abbau von Ängsten, die vorher verdrängt worden sind. Die grossen Sorgen sind vorüber, die kleinen machen sich gross (Bühlmann, 2009, S. 89).

Aus der bearbeiteten Literatur lassen sich folgende Schlüsse auf das eingangs erwähnte Praxisbeispiel von Frau Sieber ableiten:

Frau Sieber hat die Angst vor dem Lebensende als ein körperliches und seelisches Phänomen erlebt und in der Einteilung der Intensität der Angst nach Bühlmann in den Stufen eins und zwei auf diese reagiert. In der Einteilung der Intensität der Angst nach Peplau lässt sich die Angst vor dem Lebensende von Frau Sieber in eine gemässigte Angst einordnen. Frau Sieber reagierte in der Einteilung des Drei-Komponenten-Modells nach Lang „ganzheitlich“ das heisst, sowohl mit einem körperlichen und einem subjektiven Anteil, als auch mit einem Anteil, der sich dem Verhalten zuschreiben lässt. Die von Frau Sieber erlebten Symptome der Angst vor dem Lebensende werden mit der Definition von Doenges / Moorhouse / Geissler-Murr konkret fassbar, die Aussagen von Tausch zeigen mögliche Emotionen / Gefühle Betroffener auf.

2.3 Angst im Lebenszyklus

Morschitzky (2004) sagt, dass das Leben Veränderung bedeutet, er sieht es als ein Fortschreiten von einer Lebensphase zur anderen (S. 13). Im Vergleich zu Morschitzky meint Käppeli (2007) dazu, dass es völlig normale, alters- und entwicklungsbedingte Ängste gibt, an denen wir Menschen reifen (Käppeli in Hladik, 2007). Kast (2008) ist gleicher Ansicht wie Käppeli und unterscheidet grundlegend zwischen den normalen und den situativen Lebensübergängen.

Als normale Lebensübergänge bezeichnet sie die Pubertät, Adoleszenz, Klimakterium und den Übergang ins höhere Alter (S. 52 / 53). Morschitzky (2004) hält fest, dass ältere Menschen vor allem Ängste, wegen des Alters, der nachlassenden körperlichen und geistigen Kräfte oder Ängste vor Isolation und Einsamkeit haben. Befürchtungen aufgrund einer chronischen Erkrankung von anderen abhängig zu werden und die Lebenssituation nicht mehr kontrollieren und nach eigenen Vorstellungen gestalten zu können sind vordergründig (S. 368).

Ein situativer Lebensübergang wird, so Kast (2008), zum Beispiel durch eine Krankheit ausgelöst und kann als eine Grenzerfahrung erlebt werden (S. 53). Morschitzky (2004) sieht diese Übergänge im Rahmen des Lebenszyklus oft als kritische Ereignisse (S. 13).

Wie lässt sich die Angst im fortgeschrittenen Lebenszyklus auf das Praxisbeispiel von Frau Sieber beziehen?

Die Angst wird im Lebenszyklus je nach Alter unterschiedlich erlebt. Frau Sieber befand sich zu diesem Zeitpunkt in einem altersabhängigen, fortgeschrittenen Lebenszyklus. Die Krankheit ist als kritisches Ereignis zu sehen, der Eintritt in das Pflegeheim hat einen situativen Lebensübergang ausgelöst. Folgende Symptome wurden in diesem situativen Lebensübergang bei Frau Sieber beobachtet: Die Angst vor körperlichem Verlust stand im Vordergrund. Symptome wie Angst vor dem nahenden Lebensende, Angst vor Isolation und Einsamkeit wurden deutlich. Der drohende Beziehungsverlust und die Trennungsangst wurde von Frau Sieber mehrfach geäußert.

2.3.1 Angst vor dem Lebensende

Die Todesangst definiert Nanda (2005) in der Taxonomie II der Pflegediagnosen (00147) als: Befürchtungen, Sorgen oder Furcht in Verbindung mit Tod oder Sterben (S. 208).

Marty bezieht sich in seiner Definition der Angst vor dem Lebensende auf ein bestimmtes Gefühl, dass bei einer Bedrohung, wie zum Beispiel am Lebensende entsteht. Nicht immer kann man sagen, um was es sich bei dieser Bedrohung handelt (persönliches E-Mail von H. Marty vom 22. Nov. 2009, im Anhang). Tausch - Flammer & Bickel (2007) stellen die Angst vor dem Lebensende so wie Marty auch, einer Bedrohung gegenüber. Einem die Lebenssituation nicht mehr kontrollieren zu können, mit einer Angst vor dem Verlust, dem Nicht - Loslassen - Wollen und dem Nicht - Mehr - Können, einer Bedrohung durch den nahenden Tod (S. 117).

Riemann (1999) ist der Meinung, dass es eine unserer Illusionen bleibt zu glauben, ein Leben ohne Angst leben zu können; sie gehört zu unserer Existenz und ist eine Spiegelung unserer Abhängigkeiten und des Wissens um die Sterblichkeit (S. 19).

Dieses von Riemann beschriebene Wissen um die Sterblichkeit ist es, an dem die Autorin festhält und sich nochmals auf die Grundformen der Angst nach Riemann wie in Kapitel 2.1 beschrieben, bezieht. Es darf von der Hypothese ausgegangen werden, dass die Angst betagter Menschen vor dem Lebensende dann entsteht, sobald der Ich-Verlust, die Ungeborgenheit, die Vergänglichkeit und die Endgültigkeit bewusst erlebt wird.

Bühlmann (2009) bestätigt diese Hypothese und sagt, dass sich Angst in Situationen zeigt, in welchen die Sicherheit und die Integrität einer Person bedroht ist, in welchen ihr eine adäquate Reaktion nicht möglich scheint, in denen sie sich hilflos und orientierungslos fühlt und in denen sie die Kontrolle und Steuerung des eigenen Ichs zu verlieren droht (S. 81). Morschitzky (2004) bezieht sich ebenso wie Bühlmann auf den Ich-Verlust und sagt, dass alle Angst vor Hingabe verbunden ist mit der Angst vor diesem möglichen Ich-Verlust (S. 9).

Kast erwähnt ergänzend zu Morschitzky, Kirkegaard, (1960) der sagt, dass diese Angst vor dem Lebensende eine Angst ist, die das Leben des Menschen vorantreiben kann und ihn in sein eigenstes Seinkönnen zwingt. Kirkegaard sieht in ihr die Aufgabe das Endliche ins Unendliche zusammenzubringen. Das kann bedeuten, dass in der Angst die Möglichkeit zur Freiheit entsteht - zum Erleben der „namenlosen Freude“, eines Erlebens von Geborgenheit im Dasein (Kast, 2008, S. 22 / 23).

Renz (1996) sieht diese von Kirkegaard beschriebene Angst mit emotionalen Aspekten verbunden. Renz vergleicht sie mit einem völligen sich Loslassen ins Unbekannte, das

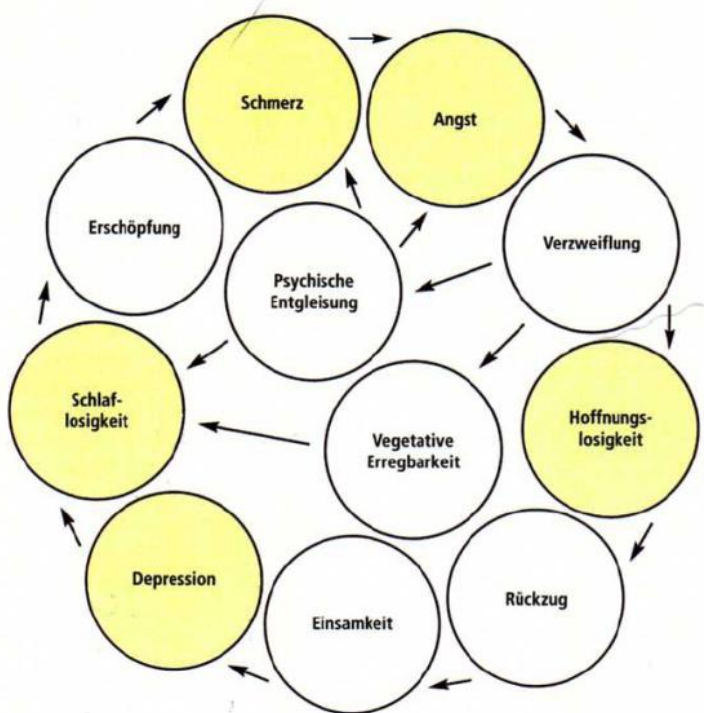
Erfahren neuen Getragenseins und neuer Lebenslust. Der geistige Aspekt wird zentraler, der Betroffene erfährt eine Bewusstseinerweiterung. Sie bezeichnet diese Erfahrungen am Lebensende als Grenzerfahrungen. Jede Grenzerfahrung, so Renz, führt auf eigene Weise an die Grenze (S. 57). Kast (2008) erkennt in den von Renz beschriebenen Grenzerfahrungen Eigengesetzlichkeiten: Was kurz zuvor noch gültig und verlässlich erschien, muss plötzlich hinterfragt werden (S. 53). In dieser letzten Lebensphase, meinen Student & Napiwotzky (2007), also dann, wenn den schwer kranken Menschen bewusst wird, dass sie nur noch wenige Tage zu leben haben, fallen oft alle Halt gebenden Strukturen und Perspektiven weg (S. 99). Kast (2008) ist ähnlicher Meinung wie Student & Napiwotzky und sagt, dass in der Konfrontation, dann, wenn jeder äussere Halt verschwindet, im Inneren jener letzte Halt gefunden wird (S. 26). Riemann (1999) bezeichnet diesen Inneren „letzten Halt“ als eine Aufforderung zu Mut, Vertrauen, Hoffnung, Glaube, Liebe, Demut und Erkenntnis um eine Gegenkraft zur Angst vor dem Lebensende zu entwickeln (S. 19).

Das Phänomen der Angst betagter Menschen vor dem Lebensende lässt sich mit eigenen Worten wie folgt zusammenfassen:

Für jeden betagten Mensch ist das nahende Lebensende, das Sterben und der Tod ein Auslöser bedrohender Gefühle. Diese Bedrohung entsteht durch das bewusste Erleben von Verlusten. Aus Verlusten entstehen Abhängigkeiten. Diese Abhängigkeiten lösen dieses Wissen um die Sterblichkeit, eine Orientierungs- und Hilflosigkeit aus. Die Angst vor dem Lebensende erlaubt dem betagten Menschen in seinen innersten Wesenskern zu gelangen. Daraus kann eine Geborgenheit im Dasein entstehen. Neue, tiefgreifende Erfahrungen werden im völligen Loslassen möglich. Innerer Halt entsteht, wenn der äussere verschwindet. Diese, oder ähnliche tiefgreifende Erfahrungen entstehen in der Auseinandersetzung betagter Menschen mit der Angst vor dem Lebensende.

Knipping stützt sich auf eine Aussage von Müller - Busch (2001) ab. Er meint, dass die Angst bei sterbenskranken als ein häufig zu beobachtendes Symptom ist. Die nachfolgende Symptomspirale zeigt auf, dass die Auseinandersetzung mit der Angst vor dem Lebensende mit anderen Symptomen und Aspekten zusammenwirken kann, die die Umgangsformen mit ihr wesentlich mitbestimmen, eine gegenseitige Beeinflussung ist möglich (Knipping, 2006, S. 310 / S. 311).

Symptomspirale bei Krebs nach Schara, Aulbert und Richter (Quelle: Richter et al., 1995)



Die Symptomspirale lässt an dieser Stelle einen direkten Bezug zum eingangs erwähnten Praxisbeispiel von Frau Sieber zu. Folgende Aspekte stehen zueinander in Beziehung und beeinflussen sich gegenseitig: die Erschöpfung, die Verzweiflung, die Hoffnungslosigkeit, der Rückzug und die Einsamkeit. Im Erleben der Angst vor dem Lebensende wurde bei Frau Sieber ein Ich-Verlust (Angst vor körperlicher Schwäche), die Vergänglichkeit und Endgültigkeit (Angst nicht mehr lange zu leben) und die Ungeborgenheit (drohender Beziehungsverlust, Trennungsangst) beobachtet.

2.3.2 Drohender Beziehungsverlust und Trennungsangst am Lebensende

Der Autorin fällt auf, dass der drohende Beziehungsverlust und die Trennungsangst von Frau Sieber einen besonderen Stellenwert einnahm, deshalb geht sie darauf ein.

Wie wird ein drohender Beziehungsverlust und die Trennungsangst am Lebensende eines betagten Menschen erlebt?

Begemann zitiert für die Beantwortung dieser Frage folgende Aussage von Buber (1995):

„Ich werde am Du; (...) Alles wirkliche Leben ist Begegnung.“

Begemann schreibt, bezugnehmend auf das Zitat von Martin Buber dass der Mensch ohne echte Beziehung zum Anderen, Menschsein nur unvollständig leben und seinem schöpferischen Wesen nicht gerecht werden kann. Buber sagt, dass das ICH nicht alleine existieren kann. Das heißt, die Grundhaltung des Menschen ist immer auf ein Gegenüber angewiesen. Buber meint weiter, dass die Begegnungen zwischen Ich und Du zu den kostbaren und einzigartigen Augenblicken des Lebens gehören die man nicht erzwingen, für die man sich aber bereit halten kann, so Buber (Begemann, 2006, S. 132 / 134).

Für Tausch - Flammer & Bickel (2007) sind Beziehungen genauso bedeutend wie für Buber. Sie sagen, dass uns gelebte Beziehungen wichtig sind; sie tragen uns und machen unser Leben reich und voll (S. 115).

Kast (2008) versucht aufzuzeigen, dass ein drohender Beziehungsverlust eventuell Trennungsängste auslöst. Trennungsängste sind Ängste, verlassen zu werden, verlassen zu sein oder selber zu verlassen (S.139). Diese Trennungsängste sind real begründet, so Kast. In der Loslösungsphase der Trennung geht es darum sich vom „gemeinsamen Selbst“ in ein „Selbstseins“ als ein „Sein als ein eigenständiger Mensch“ zu entwickeln (S. 142 / 143).

Das bedeutet für mich als Pflegende, dass der betagte Mensch - es lässt sich an dieser Stelle der Bezug zum Praxisbeispiel von Frau Sieber herstellen - in seiner letzten Lebensphase und speziell im Erleben der Angst vor dem Lebensende von einer positiven Beziehungsqualität abhängig ist - sowohl zur Familie als auch in der Beziehung zu den Pflegenden. Tragende Beziehungen lassen es zu, dass betagte Menschen am Lebensende zu *einem „Selbstsein“ finden*.

3. Umgang mit der Angst vor dem Lebensende

Morschitzky (2004) betont, dass es nicht Ziel ist, gegen die Angst, sondern mit der Angst zu leben (S. 10). Bühlmann (2009) ist gleicher Meinung wie Morschitzky und empfiehlt, sich der Angst zu stellen, um sie zu reduzieren, zu akzeptieren, dass sie da ist, sie anzuschauen, sich zu fragen, wo sie herkommt, was sie vielleicht zu sagen hat - kurz, sich mit ihr auseinanderzusetzen (S. 94).

Wie lässt sich dem Phänomen der Angst betagter Menschen vor dem Lebensende aus Sicht der Pflegenden begegnen?

Begemann (2006) sagt dazu, dass Pflegende „ihr Lebenshaus“, „ ihre Biographie“ und „ihre Lebenserfahrungen“ im Umgang mit der Angst um die eigene Endlichkeit unbewusst mitbringen, sie fließt in die tägliche Pflege mit ein (S.19). Bühlmann (2009) meint dazu, dass sich Pflegende dessen nicht bewusst sind, ihr Handeln wird aber unweigerlich dadurch bestimmt (S. 99).

Das heisst mit anderen Worten, dass die Auseinandersetzung der Pflegenden mit den Fragen um die eigene Endlichkeit und der Angst vor dem Lebensende unbewusst geschieht und von ebenso grosser Bedeutung ist wie bei den betagten Menschen am Lebensende selber. Kast (2008) sagt wir bräuchten den „Mut zu Angst“ (S. 28 / 29).

3.1 Angst mit dem nötigen Mut ansprechen

Weber & Kirsch zitieren Bird, Julian & Steven (1990): „Wir brauchen eine Sprache, damit einer den anderen verstehen kann, und einen anderen verstehen, meint nicht weniger, als die Welt zu rekonstruieren, in der er lebt (Bird, Julian & Steven in Weber & Kirsch, 2000).

Bezogen auf das Lebensende sehen Weber & Kirsch (2000) die kommunikativen Kompetenzen einer professionell Pflegenden als eine sehr entscheidende Rolle. Die Kommunikation ist eine Unterstützung für Patienten in Krisensituationen oder in emotionalen Bedürfnislagen, wie beispielsweise im Finalstadium. Weber & Kirsch weisen auf eine qualitative Studie von Weigelt (1992) hin, aus der hervorgeht, dass das Phänomen der „Ungewissheit“ mit der Angst, Sorge, Leid und Qual an erster Stelle steht (Weigelt in Weber & Kirsch, 2000). Bühlmann zeigt mit der Aussage von Peplau (1995) auf, dass die Kommunikation am Lebensende eines betagten Menschen wichtig ist. Sie sagt, dass Pflegende fähig sein müssen, Angst und Zweifel wahrzunehmen um den Betroffenen das Ausdrücken ihrer Gefühle zu ermöglichen (Bühlmann, 2009, S. 94). Kast (2008) geht davon aus, dass Angst nicht einfach wegerklärt werden kann, es sollten vielmehr neue Kompetenzen erworben werden, um damit besser umgehen zu können. Sie empfiehlt auf das Phänomen der Angst vor dem Lebensende zu sensibilisieren, da mit Angst immer zu rechnen ist (S. 18).

Weber & Kirsch weisen auf eine Studie von Weinhold (1997) hin aus der hervorgeht, dass Pflegende Befindensfragen hauptsächlich auf den gesundheitlichen Aspekt beziehen und persönliche oder emotionale Anteile von Patienten nur selten ansprechen (Weinhold in Weber & Kirsch, 2000).

Wie lassen sich diese Beobachtungen erklären?

Bühlmann stützt sich für die Beantwortung dieser Frage auf Aussagen von Erni (1998) ab. Erni erkennt, dass die Angst in der Gesellschaft negativ besetzt ist. Angst zu haben, wird gleichgesetzt mit Schwäche, Ausgeliefertsein, Untüchtigkeit und als eine Störung. Daraus folgt, dass der einzelne seine Angst verbirgt (Bühlmann, 2009, S. 88). Bühlmann erwähnt ergänzend dazu die Aussagen von Busch (1994). Er meint, dass sich einige Patienten alle Mühe geben, ihre Angst zu verbergen, weil sie befürchten, als Schwächling zu gelten. Deshalb äussern ohne gezielte Befragung nur wenige Patienten ihre Befürchtungen (Bühlmann, 2009, S. 93). Kast (2008) geht im Vergleich zu Erni und Busch davon aus, dass Betroffene Angst davor haben, das Gesicht zu verlieren (S. 12).

Deshalb ermutigen Student & Napowitzky (2007) dazu, hilfreiche Gespräche zu führen. Sie meinen, dass solche sehr bereichernd für alle betagte Menschen sein könnten, die von der Angst vor dem Lebensende berührt werden (S. 53).

Mit dem nötigen Mut und unter Anwendung eines Angst-Assessments (wie zum Beispiel mit dem Angst-Assessment nach Marty) kann es den Pflegenden in der Praxis gelingen, vermehrt über die Angst Betagter vor dem Lebensende zu reden und auf sie zu sensibilisieren, falls Angst beobachtet wird.

3.2 Das Angst-Assessment nach Marty

Das Angst-Assessment nach Marty (2009) lässt sich bei jeder Angstform einsetzen. Es ist darauf hinzuweisen, dass die Fragen eventuell abgeändert werden sollten, um sich den Gegebenheiten an zu passen, so Marty (persönliches E-Mail von H. Marty vom 22. Nov. 2009, im Anhang).

Folgende und ähnliche Fragen könnten anhand eines Angst-Assessments gestellt werden:

Angst vor dem Lebensende Claudia Gohrbandt Juni 2010

- Betroffene fragen, ob sie über die Angst sprechen möchten.
- Nach dem Grund der Bedrohung fragen.
- Nach der Intensität fragen (mit den Händen zeigen lassen, wie gross die Angst ist, Tipp Marty).
- Den Charakter der Angst klären (Sorgen, Entscheidungskonflikt, Furcht, Todesangst).
- Nach dem dazugehörigen Körpergefühl fragen.
- Nach den dazugehörigen Gedanken fragen.
- Nach der Dauer und der Häufigkeit fragen (Marty, Skript FHS, 2009, S. 13).

Marty zitiert im Unterricht (2009): "Sobald man über die Angst redet, erhält sie eine Form und ist weniger gross" (Marty im Unterricht „Angst“ am 17.11. 2009 an der FHS St. Gallen).

Diese oder ähnliche Fragen aus dem Angst-Assessment nach Marty lassen einen direkten Bezug auf das eingangs erwähnte Praxisbeispiel zu.

- Frau Sieber danach fragen, ob sie über ihre Angst reden möchte.
- Den Grund ihrer Angst hat Frau Sieber geäußert, eventuell gezielt nachfragen.
- Frau Sieber nach der Intensität der Angst befragen (mit den Händen zeigen lassen, wie gross die Angst ist, Tipp Marty).
- Eventuell den Charakter der Angst genauer klären - welche Sorge, welche Angst ist es genau, die Frau Sieber begleitet?
- Frau Sieber nach dem dazu gehörenden Körpergefühl befragen.
- Frau Sieber nach den dazu gehörenden Gedanken befragen.
- Frau Sieber nach der Dauer und der Häufigkeit befragen.

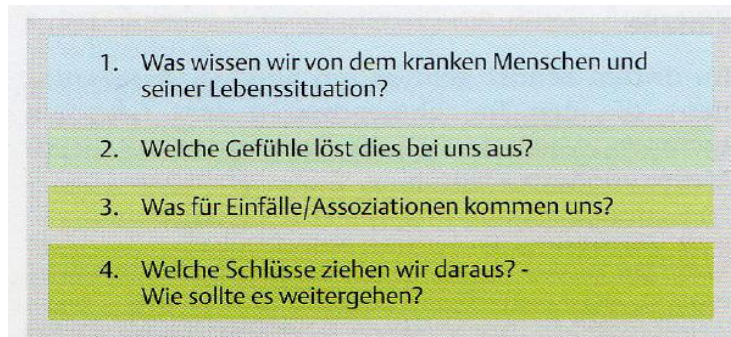
Mit der Anwendung des Angst-Assessments nach Marty wird die Angst Betroffener vor dem Lebensende angesprochen und „ganzheitlich“ wahrgenommen, falls diese zu beobachten ist. Die Fragen beziehen sich auf die Form, den Grund, die Intensität und die Symptome der Angst. Mit diesen oder ähnlichen Fragen setzen sich Betroffene vertieft mit der Angst vor dem Lebensende auseinander. Die Anwendung in der Praxis ist einfach, kommunikative Fähigkeiten werden vorausgesetzt. Mit dem Einsatz des „Göttinger-Stufenmodells“ wird dem ganzen Team eine erste praxisorientierte Auseinandersetzung mit der Angst vor dem Lebensende ermöglicht.

3.3 Das „Göttinger-Stufenmodell“ - ein praxisorientiertes Modell für das ganze Team

Student & Napiwotzky empfehlen für die Auseinandersetzung im Team den Einsatz des „Göttinger-Stufenmodells“ nach Heigl - Evers (1975). Es ist praxisorientiert und lässt sich, so wie alle Stufenmodelle der Psychologie zu schreiben und werden, so Heigl - Evers in der Supervision nach themenzentrierter Interaktion (TZI) eingesetzt (Student & Napiwotzky,

2007, S. 53). Kuhn (1995) weist darauf hin, dass das Interesse der Berufstätigen im sozialen Feld nach Supervision in den letzten Jahren sehr angestiegen ist (DokuServer Uni Konstanz, 1995, Skript).

Student & Napiwotzky (2007) betonen, dass das „Göttinger-Stufenmodell“ als Problembesprechung (Fallbesprechung) zum Wohl des kranken Menschen zu sehen ist und als ein praxisorientiertes Modell für das ganze Team empfohlen wird. Sie teilen das Modell in vier Stufen ein, wie aus der nachfolgenden Grafik ersichtlich wird. In die der Wahrnehmung, der Gefühle, der Einfälle und der Schlussbildung (S. 53).



Quelle: „Göttinger-Stufenmodell“: Student & Napiwotzky (S. 53).

Die Autorin stellt die vier Stufen des „Göttinger-Stufenmodells“ von Student & Napiwotzky (2007) genauer vor.

- Wahrnehmung

In der ersten Stufe wird von allen Teammitgliedern schriftlich festgehalten, was aus der Lebenssituation und aus dem Umfeld des kranken Menschen bekannt ist.

- Gefühle:

In der nächsten Stufe werden die Gefühle die durch die Pflegesituation bei den Mitarbeitenden ausgelöst wird gesammelt und auf dem Flip-Chart festgehalten.

- Einfälle:

In einer weiteren Stufe werden die Einfälle (Assoziationen) die den Teilnehmenden im Zusammenhang mit der Pflegesituation in den Sinn kommen stichwortartig notiert. In diesem Prozess wird bewusst darauf geachtet, dass nicht auf eine „andere“ Stufe gesprungen wird. Jede Teilnehmerin / jeder Teilnehmer lässt sich die Ergebnisse noch einmal ganz für sich durch den Sinn gehen.

- Schlussbildung:

Alle konzentrieren sich auf die vierte Stufe und fragen sich: „Was ist bei diesem betagten Menschen eigentlich los? Wie können wir jetzt verstehen, was dort geschieht?“ Aber auch: „Was hat das für uns für Handlungskonsequenzen?“ (S. 53 / 54).

Das „Göttinger-Stufenmodell“ lässt eine vertiefte Auseinandersetzung der Angst von Frau Sieber im ganzen Team zu, was in Kapitel 4.2 von der Autorin genauer aufgezeigt wird. Mit diesem Modell gelingt es, die Angst Betagter vor dem Lebensende im ganzen Team wahrzunehmen, eine vertiefte Auseinandersetzung mit ihr zuzulassen und Raum für Angst vor dem Lebensende Claudia Gohrbandt Juni 2010

Diskussionen zu schaffen. Diese Diskussionen sind es, die der Autorin Anlass dazu geben, hypothetisch festzuhalten, dass diese oder ähnliche Modelle erste grundlegende Möglichkeiten sind, um einerseits auf die Angst zu sensibilisieren und sich andererseits dieser Angst bewusst zu werden. Ein erstes spezifisches Unterstützungsangebot bei der Angst Betagter vor dem Lebensende lässt sich aus diesen zwei für die Praxis empfohlenen Instrumenten ableiten.

3.4. Unterstützungsmöglichkeiten für den Umgang mit der Angst vor dem Lebensende

Auf den Umgang mit der Angst grundsätzlich – wird vorausgesetzt und wurde zuvor bereits erwähnt. Um eine Linderung im Umgang mit der Angst Betagter vor dem Lebensende zu erzielen, gilt es entsprechende Massnahmen gegen diese Angst einzusetzen.

Bühlmann (2009) empfiehlt Interventionen wie die Informationssammlung, Angst zu zulassen, erkennen, aushalten, die Beruhigung, Entspannungsübungen, Beziehungen, Hoffnung (S. 93-97). Im Vergleich zu Bühlmann beschreibt Stähli (2004) mögliche Interventionen wie den Aufbau und Stärkung von Sicherheit und Vertrauen, Haltfinden in sich selbst, das Gespräch und die körperliche Zuwendung (S. 94-97).

Mit dem Einsatz der zwei empfohlenen Instrumente konnte die Autorin auf folgende Interventionen im Umgang mit der Angst Betagter vor dem Lebensende eingehen: Informationssammlung, Angst zulassen und erkennen, das Gespräch.

Weitere Unterstützungsmöglichkeiten wie: Beziehungen gestalten, Zuwendung geben, beruhigend einwirken und Perspektiven der Hoffnung aufzeigen sind von Bedeutung, was aus den nachfolgenden Ausführungen ersichtlich wird.

Beziehungen:

Für Bühlmann (2009) sind die Beziehungen im Umgang mit der Angst sehr wichtig (S. 97). In Student & Napiwotzky ist Napiwotzky (1998) gleicher Meinung wie zuvor Bühlmann und sagt, dass die Pflegebeziehung für „ganz wichtig“ erachtet wird. Jede Beziehung ist einzigartig und lässt sich nie ganz erfassen (Student & Napiwotzky, 2007, S. 22). In Knipping beschreiben Specht-Tomann / Tropper (1998), dass Begleitung charakterisiert ist durch eine gleichwertige Beziehung. Zentrale Momente sind dabei die Empathie und die Zuwendung (Knipping, 2006, S. 91). Bühlmann (2009) sagt ergänzend zu den oben erwähnten Literaturauszügen verschiedener Autoren, dass durch die Art und Weise, wie Pflegende ihre Beziehungen zu den Patientinnen und Patienten gestalten und durch ihre Fähigkeit, eine Situation wahrnehmen und verstehen zu können, Möglichkeiten, Patientinnen und Patienten vor dem Entstehen von Angstzuständen zu schützen (S. 97).

Zuwendung:

Das Ende des Lebens ist, so Student & Napiwotzky (2007) ein einsamer Prozess. Sie sind der Meinung dass das Dasein, das Mit-Aushalten der Ohnmacht eine solidarische Nähe und Geborgenheit gibt. Es ist ein da zu sein, auch wenn nichts Weiteres zu tun ist (S. 65). Stähli (2004) ist ähnlicher Auffassung wie Student & Napiwotzky und meint, dass es im Umgang mit der Angst für den Kranken wichtig ist, im Hier und jetzt zu sein. Das heisst für Stähli, dass die Gegenwart in der Wahrnehmung eines Duftes, imerspüren einer Einreibung, im Geschehenlassen des Atems erlebbar wird. Im Spüren ist etwas, dass das Dunkel-Ungewisse der Zukunft für Augenblicke abgibt (S. 98).

Beruhigung:

Beruhigen heisst für Bühlmann (2009), zu versuchen mit Personen, die Angst haben, besorgt oder gestresst sind, zu kommunizieren mit der Absicht, ihnen zu vermitteln, dass sie sich in Sicherheit befinden oder sicherer sind, als sie sich im Moment zu sein glauben oder befürchten. Die Beruhigung kommt am ehesten bei der unbegründeten Angst zur Anwendung. Ein wichtiger Weg zur Beruhigung ist die Information. Bühlmann empfiehlt zur Beruhigung folgende Massnahmenkategorien wie: Vorrassagen machen, Unterstützung geben, Selbstkontrolle des Patienten fördern, Ablenkung und ein direktes Tun (S. 95 / S. 96).

Hoffnung:

Bühlmann (2009) definiert die Hoffnung als auf die Zukunft ausgerichtet und sagt, dass die Hauptfunktion der Hoffnung ist, Geborgenheit im Leben zu ermöglichen, das Urvertrauen ins Leben und in die Zukunft zu haben. Sie stellt fest, dass viele Menschen erst durch ein einschneidendes negatives Erlebnis bewusst mit ihrer Hoffnung in Berührung kommen. Die Bedeutung von Hoffnung nimmt besonders für ältere Menschen zu, da diese oftmals mit Verlusten und wachsenden Einschränkungen konfrontiert sind (S. 103). Schwermann (2009) meint im Vergleich zu Bühlmann, dass sich die Hoffnung nicht nur auf Heilung bezieht sondern wesentlich ist für die Gestaltung der verbleibenden, beschränkten Lebenszeit (S. 45). Bühlmann (2009) ist dabei ähnlicher Meinung wie Schwermann. Für sie gibt es nicht immer Hoffnung auf Heilung oder Besserung, es kann auch die Hoffnung sein, die Würde nicht zu verlieren, nicht alleingelassen zu werden (S. 97). Renz (2008) betont, dass es dem Menschen besser geht, wenn er in der Hoffnung angekommen ist (S. 145). Dieses ankommen in der Hoffnung beschreibt Kast (2008) mit einem Lebensgefühl des Getragenseins. Sie sieht Angst–Mut–Hoffnung als ein Emotionsfeld, die Hoffnung als den Gegenpol der Angst (S. 21). Bühlmann bezieht sich auf die Aussage von Kast (1991) die die Hoffnung als ein sehr leises Gefühl beschreibt (Bühlmann, 2009, S. 104 / 105). Für Bühlmann (2009) ist die Hoffnung, der Glaube an das Leben und, dass es gut kommt (S. 105).

Schwermann (2009) zitiert dazu: „Die Hoffnung stirbt zuletzt“ (S. 45).

Das Praxisbeispiel von Frau Sieber zeigt auf, dass eine Unterstützung in der Beziehung, der Zuwendung, der Beruhigung und der Hoffnung zu beobachten war:

Die positiv erlebte Beziehungsqualität liess es zu, dass Frau Sieber mit der Autorin über ihre Angst vor dem Lebensende reden konnte. Die Zuwendung geschah unbewusst durch das empathische Verhalten. Die Autorin hat nach Unterstützungsmöglichkeiten gerungen, ohne daran zu denken, dass das Dasein schon Unterstützung bedeuten kann. Körperliche Zuwendung wurde durch das am Bettrand sitzen, die Hand halten und mit Nähe geben, möglich. Das Gespräch wirkte beruhigend auf die Situation ein. Intuitiv wurde nach hoffnunggebenden Ressourcen gesucht, die eine gewisse Zuversicht im Getragensein entstehen liess.

4. Theoretische Ansätze für die Praxis

4.1 Ergebnisse

Für die Praxis lassen sich folgende Hypothesen ableiten:

- Die Angst betagter Menschen vor dem Lebensende kann erst dann verstanden werden, wenn es gelingt, sich vertieft mit ihr auseinanderzusetzen. Man muss den Grund dieser spezifischen Angst kennen, um daraus mögliche Reaktionen (Symptome) zuordnen zu können. Dieses Basiswissen wird vorausgesetzt um ihr mit einem entsprechenden Unterstützungsangebot zu begegnen.
- Angst wird als ein seelisches und ein körperliches Phänomen beschrieben, sie ist eine Emotion und wird „ganzheitlich“ erlebt. Angst ist vielschichtig und eine Verflechtung sämtlicher Lebensdimensionen (bio, psycho, sozial, spirituell, kulturell).
- Im Lebenszyklus wird zwischen normalen und situativen Lebensübergängen unterschieden. Es wird deutlich, dass die Angst am Lebensende zunimmt: einerseits durch die Zunahme körperlicher oder geistiger Verluste, andererseits durch Grenzerfahrungen, die zum Beispiel durch den Eintritt in ein Pflegeheim, eine Krankheit oder das nahende Lebensende ausgelöst werden.
- Die Angst vor dem Lebensende wird von den betagten Menschen als Bedrohung erlebt. Diese Bedrohung entsteht durch einen möglichen Ich-Verlust, das bewusste Erleben von Ungeborgenheit, Vergänglichkeit und Endgültigkeit.
- Die Symptomspirale zeigt auf, dass die Angst betagter Menschen vor dem Lebensende zu weiteren Aspekten aus der Palliative Care in Beziehung stehen kann, eine gegenseitige Beeinflussung wird oft beobachtet. Beziehungen sind wichtig am Lebensende betagter Menschen, sie sind von positiven Beziehungsqualitäten abhängig. Es gilt, sich diesem drohenden Verlust von Beziehungen bewusst zu sein und die daraus entstehenden Trennungängste in der Begleitung zu berücksichtigen.
- Angst wird in der Gesellschaft negativ bewertet. Das bedeutet für die Praxis, dass betagte Menschen eventuell nicht von sich aus über die Angst vor dem Lebensende reden. Aus diesem Grund ist die Angst direkt anzusprechen und „ganzheitlich“ zu erfassen, falls sie wahrgenommen wird. Mit dem Angst-Assessment nach Marty bietet sich ein umfangreiches Instrument an, um die Angst betagter Menschen zu erfassen, das „Göttinger-Stufenmodell“ sieht sich als eine praxisorientierte Unterstützung im Rahmen einer Fallbesprechung für das ganze Team. Der Einsatz dieser zwei Instrumente ermöglicht die Informationssammlung, Angst zuzulassen und zu erkennen und über Angst zu reden. Das sind erste, entscheidende Unterstützungsmöglichkeiten um die Angst Betagter vor dem Lebensende zu lindern.
- Die Unterstützung im „Einfach - Da-sein“, ist nicht zu unterschätzen.

Zusätzliche Pflegeinterventionen wie: Beziehungen gestalten, Zuwendung geben, beruhigend einwirken und Perspektiven der Hoffnung aufzeigen sind ein erweitertes Unterstützungsangebot für einen lindernden Umgang mit der Angst Betagter vor dem Lebensende.

4.2 Massnahmen:

Die Autorin empfiehlt das Angst-Assesement nach Marty und das „Göttinger-Stufenmodell“ als zwei konkrete Massnahmen für die Anwendung in der Praxis mit dem Ziel die Angst Betagter vor dem Lebensende zu erfassen und eine vertiefte Auseinandersetzung mit ihr zuzulassen. Aus diesen oder ähnlichen Basisdokumenten lassen sich erste Unterstützungsmöglichkeiten ableiten, die dazu beitragen, Ängste Betagter vor dem Lebensende zu lindern. In der Wohngruppe „Flieder“ sind Mitarbeitende aus unterschiedlichen Berufsgruppen tätig, das heisst, dass *nicht* von einem einheitlichen Wissenstand ausgegangen werden darf. Die weitere Vorgehensweise wurde mit der Teamleitung besprochen und folgendermassen geplant:

Im Rahmen einer internen Weiterbildung hat die Autorin dem ganzen Team den Inhalt dieser Arbeit vorgestellt, um von einem einheitlichen theoretischen Wissensstand ausgehen zu können. Diese Präsentation war für die meisten Teammitglieder die erste Schulung theoretischer Grundlagen über das Phänomen der Angst Betagter vor dem Lebensende. Das Angst-Assesement nach Marty und das „Göttinger-Stufenmodell“ wurden in einem nächsten Schritt theoretisch genauer vorgestellt und geübt, was zu einer weiteren Vertiefung geführt hat.

Das Angst-Assesement nach Marty

Die Autorin empfahl den Teammitgliedern sich gegenseitig in Zweiergruppen die Fragen von Marty zu stellen. Um diese Fragen zu beantworten, versuchten sie sich an eine konkrete Situation zurück zu erinnern, in der sie selbst Angst wahrgenommen haben. Mit dieser Übung erhoffte sich die Autorin einerseits mehr Sicherheit im Umgang mit der Formulierung dieser oder ähnlicher Fragen zu erlangen und andererseits ein gewisses Verständnis für die Notwendigkeit so einer Befragung aufzubringen, egal wer diese Gespräche in der Praxis führen wird.

Während dieser Übung machte die Autorin folgende Beobachtungen:

Das Angst-Assesement nach Marty führte bei der gegenseitigen Befragung dazu, dass die Teammitglieder danach bestrebt waren die Angst „ganzheitlich“ zu erfassen, was auf die entsprechenden Fragestellungen zurückzuführen ist. Die Diskussionen waren lebhaft. Die Rückmeldungen der Teammitglieder ergab, dass sich die Anwendung des Angst-Assessments nach Marty als einfach und leicht verständlich zeigte. Der grösste Teil des Teams war der Meinung, dass erweiterte kommunikative Fähigkeiten nötig sind um dieses Instrument in der Praxis anzuwenden. Die Teamleitung wünscht deshalb, dass dieses Assessment ausschliesslich von diplomierten Pflegenden durchgeführt wird.

Das „Göttinger-Stufenmodell“

Die Autorin führte eine Fallbesprechung anhand des „Göttinger-Stufenmodells“ mit dem ganzen Team durch und bezog sich dabei auf das Praxisbeispiel von Frau Sieber. Es hat sich als praktische Übung für das ganze Team angeboten, die Berücksichtigung der vier Stufen (Wahrnehmung, Gefühle, Einfälle, Schlussbildung) liessen eine strukturierte Vorgehensweise zu.

Wahrnehmung:

Was wissen wir von dem kranken Menschen und seiner Lebenssituation?

Frau Sieber ist eine 72 jährige, verheiratete Frau, Mutter zwei erwachsener Kinder (ein Sohn, eine Tochter) und 5 fache Grossmutter. Frau Sieber kam aus dem Akutspital zu uns in das Pflegeheim Helios, Wohngruppe „Flieder“. Der Allgemeinzustand von Frau Sieber war stark reduziert und hat sich in einer zunehmenden körperlichen Schwäche ausgedrückt. Diese Schwäche hat einen Leidensdruck und Angst vor dem Lebensende ausgelöst. Frau Sieber hat sich nicht von sich aus über die Angst geäußert. Sie wurde anhand objektiver Symptome wie, an den angespannten Gesichtszügen, weit aufgerissenen Augen, einer weinerlichen Stimme, zitterigen, fahrigen Bewegungen mit den Händen, einer Ruhelosigkeit einem umherschauen und einer erhöhten Vorsicht festgestellt. Die subjektiven Symptome drückten sich in einer erhöhten Anspannung einer Verängstigung, einer Verzweiflung, in einem Unsicher- und Besorgtsein aus. Die Äusserungen von Frau Sieber bezogen sich auf eine Emotion, ein Gefühl nicht mehr lange zu leben.

Gefühl:

Welche Gefühle löst dies bei uns aus?

Das ganze Team litt unter der komplexen Pflegesituation von Frau Sieber. Es zeigte sich enttäuscht über die medizinische Betreuung aus ärztlicher Sicht. Eine Kollegin / ein Kollege äusserte Gefühle wie: Ohnmacht und Hilflosigkeit, andere zum Teil auch Verständnislosigkeit. Es wurde erwähnt, dass es schwer fiel, die zunehmende körperliche Schwäche von Frau Sieber und die Sorge der Angehörigen darüber zu ertragen.

Einfälle:

Was für Einfälle / Assoziationen kommen uns?

Im Moment des innehaltens entstanden bei den Teammitgliedern Gedanken nach möglichen Verbindungen zwischen bereits erlebten Situationen der Angst und der konkreten Situation von Frau Sieber. Jede Kollegin / jeder Kollege hat persönliche Parallelen zu eigenen Erfahrungen mit der Angst gezogen, die nicht diskutiert wurden.

Schlussbildung:

Welche Schlüsse ziehen wir daraus?

Wie sollte es weitergehen?

Das Praxisbeispiel von Frau Sieber liess folgende Schlussbildungen für das ganze Team zu:

Die Vorstellung des „Göttinger-Stufenmodells“ führte im Team der Wohngruppe „Flieder“ zu einer Sensibilisierung auf die Angst Betagter vor dem Lebensende. Die zuvor erwähnten Fragen lösten angeregte Diskussionen aus. Das Team gelangte zu der Erkenntnis, dass die zunehmende körperliche Schwäche von Frau Sieber die Angst vor dem Lebensende ausgelöst hatte. Die ganze Familie zeigte sich stark beunruhigt über die Situation. Folgende Vorschläge wurden diskutiert, um die Angst bei Frau Sieber zu lindern:

- *Das Angst-Assessment nach Marty (Informationssammlung, Erfassen der Angst, Angst ansprechen, über sie reden) bei Frau Sieber anwenden.*

- *Die Angehörigen von Frau Sieber noch intensiver einbeziehen.*
- *Die Frage klären, wie Frau Sieber bis jetzt in ihrem Leben mit der Angst umging.*
- *Eine positive Beziehungsgestaltung zwischen Frau Sieber, ihrer Familie und den Pflegenden.*
- *Frau Sieber mit einer ruhigen, sicheren Sprache und empathisch begegnen.*
- *Vertrauen vermitteln.*
- *Berührungen (körperliche Zuwendungen) bei Frau Sieber zulassen, sofern sie dies wünscht.*
- *Frau Sieber hoffnunggebende Perspektiven aufzeigen (wie zum Beispiel die Natur, Familie, Glaube).*
- *Frau Sieber öfters nach dem Befinden fragen.*
- *Symptome der Angst (objektive / subjektive Zeichen) weiterhin beobachten.*
- *Individuelle Bedürfnisse und Gewohnheiten berücksichtigen.*
- *Frau Sieber danach fragen, was ihr in dieser Situation hilft.*
- *Einfach „Da-sein“.*
- *Daran denken, die Vitalzeichen zu kontrollieren.*

Abschlussüberlegung:

Das Team hat das Modell als „gewöhnungsbedürftig“ aber als wertvoll beurteilt um die Angst vor dem Lebensende betagter Menschen praxisorientiert und in der ganzen Gruppe zu diskutieren, ungeachtet des Ausbildungsstandes. Es wurde der Wunsch geäußert, das „Göttinger-Stufenmodell“ vermehrt in der Praxis anzuwenden, um die nötige Sicherheit im Umgang mit dem Modell zu erlangen.

Das Team hat erkannt, dass es mit dem Einsatz dieser Dokumente gelingt, ein ganz konkretes, individuelles Unterstützungsangebot zu erarbeiten, um die Angst Betagter vor dem Lebensende zu lindern. Eine weitere wichtige Aussage aus dem Team war, dass die Angst vor dem Lebensende fast bei jeder Bewohnerin / jedem Bewohner in der Wohngruppe „Flieder“ zu beobachten ist, diese jedoch nicht als Angst erkannt wird.

Reflexion dieser Arbeit:

Bezogen auf die Fragestellung und die Zielsetzungen lässt sich nach der Auseinandersetzung mit der Literatur folgendes beobachten:

Angst vor dem Lebensende – ein Versuch der Annäherung

Durch die Erarbeitung theoretischer Grundlagen und der Empfehlung entsprechender Assessmentinstrumente ist es gelungen, sich dem Phänomen der Angst Betagter vor dem Lebensende anzunähern.

Die Fragestellung dieser Arbeit lautet:

Wie können Pflegende betagte Menschen welche unter dem Phänomen der Angst vor dem Lebensende leiden, unterstützen?

Durch die Literaturbearbeitung wurde mir klar, wie hochkomplex das Thema der Angst ist. Die Distanz zu ihr zu wahren, fiel mir phasenweise schwer. Die Angst vor dem Lebensende lässt sich fast nicht isoliert von der existentiellen – im Sinn von einer lebensbedrohenden Angst – bearbeiten, da sich diese zwei Themen sehr nahe stehen.

Mit dem „Blick zurück durch ein Fenster“ stelle ich fest, dass die Suche nach entsprechenden Angst-Assessments aufwendig war. Selbst in umfangreichen Werken der Palliative Care jüngeren Datums wird die Angst oberflächlich erwähnt, entsprechende Assessments werden nicht empfohlen oder sind in allgemeine Palliative Assessments, wie zum Beispiel in Checklisten integriert. Diese Feststellung hat mich erstaunt.

An dieser Stelle möchte ich auf die in der Einleitung erwähnten Äusserungen Pflegender Bezug nehmen, die mehrfach die Frage gestellt haben, ob Angst denn überhaupt im Kontext zur Palliative Care steht. Rückblickend lässt sich diese Frage am ehesten mit der Darstellung der Symptomspirale beantworten. Sie zeigt auf, dass es am Lebensende eines betagten Menschen *immer* in irgendeiner Form Berührung mit der Angst gibt.

Die Literaturrecherchen zeigten mir auf, dass sowohl das Angst-Assessment nach Marty, als auch das „Göttinger-Stufenmodell“ hilfreiche Instrumente sind, um sich dem Thema der Angst Betagter vor dem Lebensende anzunähern. Sie unterstützen Pflegende einerseits darin, die Angst bei Betagten direkt anzusprechen und mit gezielten Fragen „ganzheitlich“ zu erfassen, andererseits wird „im Team“ über die Angst betagter Menschen vor dem Lebensende diskutiert und ein konkretes Unterstützungsangebot erstellt.

Sowohl die Übung des Angst-Assessments nach Marty als auch das „Göttinger-Stufenmodell“ wurden vom Team als eine neue, wertvolle Erfahrungen im Umgang mit der Angst Betagter vor dem Lebensende beschrieben. Es hat mich überrascht, dass die in dieser Arbeit empfohlenen Unterstützungsmöglichkeiten bei der praktischen Übung des „Göttinger-Stufenmodells“ vom Team grösstenteils genannt wurden. Der Einsatz dieser oder ähnlicher Instrumente lässt ein weit umfangreicheres Unterstützungsangebot zu, als wenn keine Assessments in der Praxis verwendet werden.

Die eventuelle Negativbewertung in der Gesellschaft hat mir für die Beobachtung der Angst „neue“ Dimensionen aufgezeigt. Ich konnte Rückschlüsse auf frühere Praxisbeispiele ziehen, in denen die Angst aus diesem Grund nicht geäussert wurde.

Bezogen auf meine zwei Zielsetzungen stelle ich folgendes fest:

Durch die Bearbeitung der Literatur und der verschiedenen Begriffe fand bei mir als Pflegende eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Angst ganz allgemein und speziell mit der Angst betagter Menschen vor dem Lebensende statt.

Wie wende ich nun die neuen Erkenntnisse im Pflegealltag an?

Ich merke, dass ich auf die Angst Betagter vor dem Lebensende im Pflegealltag sensibler reagiere, die Angst nehme ich rascher „als Angst“ wahr, erkenne die Zusammenhänge und

diskutiere meine Beobachtungen im Team. Ich spreche die Angst direkt an, falls ich sie beobachte. Ich stelle in Situationen der Angst Betagter vor dem Lebensende die gleichen oder ähnliche Fragen wie sie in dem Angst-Assessment nach Marty empfohlen werden. Mit dem Einsatz des „Göttinger-Stufenmodells“ wird es mir und dem Team in Zukunft gelingen, der Angst Betagter vor dem Lebensende sicherer zu begegnen. Mit diesem zusätzlichen Wissen kann ich ein deutlich erweitertes und konkreteres Unterstützungsangebot zur Verfügung zu stellen. Die gewonnenen Erkenntnisse sollten sich im Rahmen einer internen Weiterbildung problemlos auf alle Wohngruppen des Pflegeheim Helios übertragen lassen. Die Empfehlung das Angst-Assessment nach Marty und das „Göttinger-Stufenmodell“ im Pflegeheim Helios als verbindliche Instrumente einzusetzen, würde die Qualitätsentwicklung günstig beeinflussen.

Selbstverständlich erhebt diese Literaturarbeit nicht den Anspruch einer unumstösslichen Wahrheit. Die gewonnenen Erkenntnisse sollten vielmehr Anlass dazu geben folgende Fragen in einer weiterführenden Arbeit zu untersuchen:

- Welche Rolle spielt die Angst, bei der Entwicklung von Krisen?
- Welche Möglichkeiten bieten sich Pflegenden an, wenn betagte Menschen nicht über die Angst vor dem Lebensende reden möchten?
- Was gilt es beim Krankheitsbild einer Demenz zu beachten, wenn Angst, Unruhe und Desorientiertheit vor dem Lebensende auftreten?

Ich hoffe, dass ich mit dieser Arbeit dazu beitragen konnte, dem Thema der Angst und vor allem der Angst betagter Menschen vor dem Lebensende mehr Beachtung zu schenken. Während dem Verfassen dieser Arbeit bin ich diesen Ängsten bei Bewohnerinnen / bei Bewohnern der Wohngruppe „Flieder“ immer wieder begegnet. Ein Handlungsbedarf liess sich erkennen, um die Angst betagter Menschen vor dem Lebensende zu lindern.

*„Zerreiss deine Pläne.
Sei klug und halt dich an Wunder.
Sie sind lang schon verzeichnet
im grossen Plan.
Jage die Ängste fort
Und die Angst vor den Ängsten.“*

Mascha Kaléko (Student & Napiwotzky, 2007, S. 99).

5. Literaturverzeichnis

- Aulbert, E. & Nauck, F. & Radbruch, L. (2007). *Lehrbuch der Palliativmedizin. 2. Auflage*, Stuttgart: Schattauer.
- Begemann, V. (2006). *Hospiz - Lehr- und Lernort des Lebens*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bühlmann, J. (2009). Angst, in: Käppeli, S. (Hrsg.): *Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld*. Band 1, Sammelwerk. Bern: Hans Huber.
- Doenges, Moorhouse, Geissler-Murr. (2002) *Pflegediagnosen und Massnahmen*. 3. Auflage, Bern. Hans Huber.
- Duden. (1996). *Die deutsche Rechtschreibung*. 21. Auflage. Dudenverlag,: Mannheim
- Hladik, R. (2007). *Bearbeitung des Konzepts Angst*, nach Silvia Käppeli. Unterrichtsskript. Gefunden am 3.Nov. 2009 unter <http://www.pflege.noelak.at/dokumente/Netzwerk/KonzeptAngst3.doc>.
- INSM-Wirtschaftslexikon. *Alter / Altern*. Gefunden am 10.5.2010 unter: <http://www.insemlexikon.de/alter.altern.html>
- Kast, V. (2008). *Vom Sinn der Angst. Wie Ängste sich freisetzen und wie sie sich verwandeln lassen*. 2. Auflage, Freiburg im Breisgau: Herder.
- Knipping, C. (2006). *Lehrbuch Palliative Care. 1. Auflage*, Bern: Hans Huber.
- Kuhn, M. (1995). *Supervision nach themenzentrierter Interaktion*. Skript Internet DokuServer, Bibliothek Universität Konstanz. Gefunden am 3.Nov.2009 unter <http://www.ub.uni-konstanz.de>
- Lang H. & Faller H. (1996). *Das Phänomen Angst*. Frankfurt a. Main. Surkamp Verlag.
- Macht, S. (2000). *Mit den Liedern tanzen, Der Liedtanz als Medium der Religionspädagogik*. Münster: LIT Verlag.
- Marty, H.M. (2009). *Angst-Assessment*. FHS (Fachhochschule) St. Gallen: Unterrichtsskript
- Morschitzky, H. (2004). *Angststörungen. Diagnostik ,Konzepte, Therapie Selbsthilfe*. 3.Auflage, Wien: Springer.
- Nanda (2005). *NANDA-Pflegediagnosen, Definition und Klassifikation*. 1. Auflage, Bern, Hans Huber.
- Renz, M. (1996). *Zwischen Urangst und Urvertrauen*. Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung.
- Riemann, F. (1999), *Grundformen der Angst*. München: Ernst Reinhardt.
- Schwermann, M. (2009). *Kompetenz in Palliative Care. Haltung - Wissen – Umsetzung*. Hannover, Vincentz Verlag.

Stähli, A. (2004). *Umgang mit Emotionen in der Palliativpflege – ein Leitfaden*. 1. Auflage. Stuttgart, Kohlhammer-Verlag.

Student, J. & Napiwotzky, A. (2007). *Palliative Care*. Stuttgart: George Thieme Verlag.

Tausch, A. (2004). *Gespräche gegen die Angst*. 12. Auflage, Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Tausch - Flammer, D. & Bickel, L. (2007). *Jeder Tag ist kostbar. Endlichkeit erfahren – intensiver leben*. 6. Auflage, Freiburg im Breisgau: Herder.

Weber H. & Kirsch H. (2000). *Pflegemanagement. Eine gemeinsame Wirklichkeit herstellen*. Als vorbereitende Literatur von der FHS 2009 abgegeben.

Wikipedia. *Sterben*. Gefunden am 28.4.2010 unter: <http://de.wikipedia.org/wiki/Sterben>.

Anhang

Persönliches E-Mail von Heinz Marty:

From: psychotherapie@heinz-marty.ch
Subject: Re: Beobachtungstag
Date: Sun, 22 Nov 2009 10:44:51 +0100
To: c.gohrbandt@hotmail.com

Sehr geehrte Frau Gohrbandt

Ich denke, Angst ist immer in irgendeiner Form existenziell. Bei Angst handelt es sich um ein Gefühl, dass bei (existenzieller) Bedrohung entsteht. Nicht immer kann man sagen, um was es sich bei der Bedrohung handelt. Dies ist vor allem bei diffusen Ängsten und bei Angststörungen entscheidend. Auch bei dem, was Sie als existenzielle Angst bezeichnen, muss man genau erfragen, was der Grund der Angst ist. Häufig passiert es einem, dass die eigenen Ängste im Wege stehen und wir daher voraussetzen, zu wissen was das Gegenüber ängstigt. In der Psychotherapie erlebe ich diesbezüglich immer wieder Überraschungen.

Das Angst-Assessment, das ich vorgestellt habe, kann meines Erachtens bei jeder Angstform angewendet werden. Man muss die Fragen jedoch den Gegebenheiten anpassen, den gesunden Menschenverstand walten lassen und vor allem menschlich sein. Wir haben das Kapitel 'Angst' in unserer Vorlesung noch nicht abgeschlossen. Wir werden uns am 29.01. noch vertiefter mit dem Thema auseinandersetzen. Ich bin mir zurzeit am überlegen, ob ich allenfalls noch Lektüre zur Vorbereitung angebe (auf freiwilliger Basis). Sicher werde ich Ihnen Bücher mitbringen, die Sie in den Pausen anschauen können.

Bezüglich Ihrer Frage wegen Lektüre habe ich ein wenig recherchiert. Ich bin lediglich auf ein Buch gestossen, das möglicherweise hilfreich ist. Ich habe es soeben für mich bestellt und werde es am 29.01. mitbringen (Friedrich Wolff, Sterben erleben: ohne Angst und Qual). Friedrich Wolff hat allem Anschein nach mehrere derartige Bücher geschrieben. Möglicherweise kenne Sie den Autor bereits. Über die Qualität seiner Bücher kann ich im Moment noch nichts sagen - Sie werden jedoch von mir hören, sobald ich mich etwas eingelesen habe.

Freundliche Grüsse

Heinz Marty

Heinz Marty

Psychotherapeut SBAP/SGGT

Fachpsychologe SBAP in Klinischer Psychologie

www.heinz-marty.ch

psychotherapie@heinz-marty.ch

Erklärung

Ich, Claudia Gohrbandt, geboren am: 3.7.1960 in Wien

erkläre,

1. dass ich meine Abschlussarbeit CAS I mit dem Titel

Angst vor dem Lebensende – ein Versuch der Annäherung

selbständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,

2. dass ich meine Abschlussarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe und
3. dass ich alle nötigen Genehmigungen und Einverständniserklärungen allfälliger Dritter eingeholt habe.

Handschriftliche Unterschrift

Goldach, Juni 2010