

Til John

Takk

Jeg vil først og fremst takke Lars Johan Materstvedt for stødig veiledning på den filosofiske veien inn i medisinen. Denne oppgaven hadde vært vanskelig, om ikke umulig, å gjennomføre foruten Lars Johans medisinsk-etiske spisskompetanse, analytiske blikk, og engasjerende formidlingsevne. Gjennom våre samtaler om løst og fast har jeg blitt klokere og oppgaven adskillig bedre. Jeg vil også takke mine uvurderlige foreldre, øvrig familie, Helge, og Karoline. Deres støtte, innspill, og positivitet har bidratt til ny giv når medisinen var på sitt mest dystre og når eksistensialismens mørke smittet over på humøret. Mine medstudenter på Dragvoll-låven fortjener en takk for absurde samtaler, gode diskusjoner, og for å gjøre det lettere å ta mer eller mindre fortjente pauser når lysten til å skrive manglet. Ingen av dem nevnt, ingen av dem glemt.

Abstract

“Existential suffering” is a widely used concept within palliative care, however this far no precise definition has been forthcoming in the literature. The goal of this thesis is both to explore the rather confusing realm of existential suffering and to clarify the philosophical content of so-called existential suffering and its conceptual ties to existentialism. In my three-part analysis I will discuss what is apparently medicalized approach to the existential suffering, then go on to present Weberian ideal models of existential suffering, and also provide an account of the existentialist content as conceptualized in existential suffering. The chapter on medicalization takes as its point of departure the conceptual affiliation to the almost exclusively religious interpretation of «spirituality» as found in textbook literature on palliative medicine; furthermore, I look at the obvious pathologization of existential issues in terminal patients that takes place in the research literature. I shall maintain that such pathologization of existential issues results in a medicalization of the concept of existential suffering. The chapter on ideal models of existential suffering offers a non-medicalized approach that takes into account the purely human characteristics of existential suffering, and acknowledges existential suffering in terms of general existential suffering, with regard to «weariness of life», and in relation to existential suffering in cases of terminally ill patients. Subsequently, these models will be seen in the light of the most common disease trajectories decedents have undergone. In the chapter dealing with the philosophical content of existential suffering, I will explain in what way the concept of existential suffering does indeed have a content that has been explained in detail within the philosophical tradition of existentialism. My aim is to show that a medical understanding of existential issues in end-of-life cases (i.e. existential suffering) is best performed on the basis of existentialist works that explore and define the very essence of existential suffering. This final chapter will include a tentative analysis of existential philosophy’s contribution to the concept of existential suffering, where the works of Nietzsche, Heidegger, Camus, Kierkegaard, and Sartre are employed in an attempt to clarify a convergence towards the issue of meaning and an awareness of what it is to exist as a human being. The goal of this thesis is twofold: to humanize palliative end-of-life care in clinical cases where patients suffer from existential suffering or related issues, and to contribute to the development of a conceptual instrument that will prove helpful in research.

Innholdsfortegnelse

Innledning	9
Medikalisering av eksistensiell lidelse	13
Det psykiske, det åndelige, og det eksistensielle som medisinske begreper	15
Saunders begrep om «total pain»	17
Patologisering av eksistensielle utfordringer og medikalisering av eksistensiell lidelse.....	18
Medisinens begrepelige tilnærming til eksistensiell lidelse.....	23
Eksempler fra medisinsk litteratur og forskning	25
Den eksistensielle lidelsens eksistensielle egenart	28
Uklare definisjoner og uklare begrepsbruk i forskningslitteraturen	30
Eksistensiell lidelse som somatiseringslidelse	32
Lidelsesbegrepet i filosofi	33
Den eksistensielle lidelsens relevans for eksistensialisme og filosofi	36
Eksistensiell lidelse som et medisinsk fenomen.....	37
Idealmodeller og case-eksempler på eksistensiell lidelse	39
Utgangspunktet for idealmodeller av eksistensiell lidelse.....	40
Begrepelige bemerkninger.....	41
Idealmodeller av eksistensiell lidelse	42
Idealmodell 1: <i>Generell eksistensiell lidelse</i>	43
Idealmodell 2: <i>Livstrøtthet som eksistensiell lidelse</i>	44
Idealmodell 3: <i>Eksistensiell lidelse hos pasienter med livsbegrensende sykdom eller alvorlige og kroniske psykiatriske diagnoser</i>	46
Avsluttende kommentarer til idealmodeller av eksistensiell lidelse.....	50
Den eksistensielle lidelsens filosofiske innhold	53
Eksistens forut for essens	53
Eksistensiell psykoterapi som utgangspunkt for en redegjørelse av det eksistensielle.....	55
Camus, Tønnesen, og meningsspørsmålet.....	57
Nietzsche	59
Zapffe	62
Sartre	64
Nozick	68
Heidegger	69
Kierkegaard	74
Avsluttende bemerkninger	79
Død.....	80
Frihet	81
Mening	83
Eksistensiell isolasjon	84
Referanseliste	87

Innledning

Eksistensielle utfordringer i forbindelse med død er et naturlig biprodukt av den vestlige medisins suksessfulle sykdomshåndtering. I dag er det vanlig å dø etter en forholdsvis lang periode med kreftbehandling eller andre former for livsforlengende medisinsk behandling, noe som paradoksalt nok gjør eksistensielle lidelse til et sentralt behandlingsaspekt innenfor palliasjon. Dette gir seg blant annet utslag i at man kan si at andelen som døde av kreft i Norge i 2014 var på 27,4 prosent (Folkehelseinstituttet, 2015) indikerer at det er påfallende mange som i kortere eller lengre tid vil være bevisst de skal dø. Bevissthet knyttet til egen død, dødstidspunkt, livsforløp og mening trer fram i den medisinsk forlengede tiden mellom oppdagelsen av livsbegrensende sykdom og døden som følger av sykdommen. Likevel er eksistensiell lidelse et aspekt som er viet relativt lite palliativt fokus og sett på som mindre viktig innenfor det palliative fagfeltet. Dette gjenspeiler seg i medisinsk litteratur som tar for ikke-fysisk og ikke-psykisk lidelse, enten omtalt som det åndelig-eksistensielle eller det spirituelle (jf. «spiritual issues»), der det eksistensielle, sammen med det åndelige, fremstår som en restkategori for alle utfordringer og erfaringer som ikke faller inn under medisins tradisjonelle og etablerte kategorier for lidelse. Dette innebærer en definisjon og en forståelse av det eksistensielle som ikke presist nok fanger det eksistensielle begrepsinnholdet, samt en sammenblanding av de åndelig-religiøse- og de eksistensielle utfordringene. I tillegg blir reaksjoner på eksistensielle utfordringer av forskningslitteraturen betraktet som enten psykiatriske eller psyko-eksistensielle symptomer tilfallende det psykiatriske domenet. Dette representerer en medikaliserende tilnærming til eksistensiell lidelse.

Når medisinen selv reduserer eksistensiell lidelse til enten psykiatriske symptomer eller en ikke-fysisk restkategori, tydeliggjøres det problematiske ved den medisinske tolkningen av det eksistensielle. Eksistensielle utfordringer blir følgelig patologisert i den grad det eksistensielle som ikke-fysisk samsvarer med symptomer som kan knyttes til depresjon og/eller angst, samtidig som det eksistensielle, i læreboklitteraturen, omtales som et aspekt eller «dimensjon» ved siden av eller som del av det spirituelle som åndelig-religiøse utfordringer i livets slutfase. På tross av den medisinske læreboklitteraturen plasserer det eksistensielle i en ikke-somatisk og ikke-psykiatrisk kategori, søker det samme fagfeltet å forstå eksistensiell lidelse medisinsk-biologisk. Den inkonsekvente og uklare omtalen av det eksistensielle i læreboklitteraturen forsterkes dermed av den medikaliserende tilnærmingen begrepet får i forskningslitteraturen. Det er i tillegg påfallende at medisinsk litteratur, og dermed også

medisinsk praksis, mangler begreplige forutsetninger for å i en tilstrekkelig grad kunne forstå pasienters eventuelle eksistensielle lidelse

Filosofien har lange eksistensielle tradisjoner og det er dermed et stort tverrfaglig potensial i et eksistensfilosofisk bidrag til medisinske forståelsen av det eksistensielle, som også omfatter den palliative tilnærmingen til eksistensielle lidelse; det medisinske fagfeltet gis forutsetninger for å kunne forstå hvordan eksistensielle utfordringer utgjør et potensial for eksistensiell lidelse, og kan dermed, i kraft av å være medmennesker som opplever det å eksistere, også å sette seg inn i selve lidelsen. Dette vil kunne bidra til en bedre kvalitativ forståelse av pasienters totale lidelse¹ i tilfeller av livsbegrensende sykdom, og samtidig tydeliggjøre eventuelle muligheter for lindrende behandling. Videre vil en bedre forståelse av fenomenet eksistensiell lidelse, samt eksistensbegrepet som sådan, bidra til et solid utgangspunkt for videre forskning på og generell behandling av pasienter innenfor det palliative behandlingssystemet. En bedre begreplig forståelse av det eksistensielle vil også synliggjøre hvordan eksistensiell lidelse i tilfeller av livsbegrensende sykdom bygger på det samme eksistensielle utgangspunktet til såkalt «livstrøtthet»; et fenomen som vil bli proporsjonalt mer relevant i sammenheng med kommende eldrebølge og medisinske kurative og symptomkontrollerende suksess. Eksistensfilosofiens overførbarhet til den medisinske konteksten må dermed vurderes som uvurderlig i tilfeller av eksistensiell lidelse.

Gjennom min kritikk av medikaliseringen av eksistensiell lidelse, min skissering av idealmodeller, og redegjørelse av det eksistensfilosofiske innholdet i eksistensiell lidelse, vil jeg vise at det ligger et potensiale for å kunne oppnå en bedre forståelse av og tilnærming til pasienter med livsbegrensende sykdom og personer med livstrøtthet. Dette med utgangspunkt i at eksisterende patologisering av eksistensielle utfordringer og medikalisering av eksistensiell lidelse representerer en lite fruktbar sykeliggjøring av allerede dødssyke pasienter. Rommet for tverrfaglighet, med et særlig hensyn til et eventuelt eksistensfilosofisk bidrag, vil bli forsøkt synliggjort gjennom en analytisk-kritisk gjennomgang av medisinske forståelse og omtale av det eksistensielle, samt gjennom en redegjørelse av det eksistensielle i sammenheng med lidelse. Oppgaven er ment å påpeke mangler ved den medisinske omtalen av det eksistensielle, som med å utvise en bedre forståelse vil kunne styrke den palliativ-medisinske tilnærmingen til eksistensiell lidelse og den medisinske forståelsen av fenomenet livstrøtthet. Dette vil følgelig synliggjøre eksistensiell lidelse som å bero på et rent menneskelig potensial for lidelse,

¹ Begrepet vil bli redegjort for i første kapittel

der reaksjoner og refleksjoner rundt eksistensens mulighetsgivende forutsetninger må betraktes som utslagsgivende for eventuell eksistensiell lidelse.

Medikalisering av eksistensiell lidelse – en argumentativ tilnærming til medikaliseringen av eksistensiell lidelse

Eksistensiell lidelse er anerkjent som et faktisk fenomen og en utfordring innenfor palliasjon. Likevel er en stor del av forskningen på eksistensielle erfaringer lite annet enn sporadiske forsøk på å klassifisere pasienters eksistensielle utfordringer som tilhørende det psykiatriske domenet. Eksistensielle utfordringer som utgangspunkt for eksistensiell lidelse er forsøkt typologisert og begrepsliggjort som blant annet «existential distress», «dignity-related distress», «spiritual distress», «depressive disorder in patients with incurable cancer», «spiritual issues», «spiritual well-being», og «existential anguish». I lærebøker blir imidlertid det eksistensielle puttet i samme kategori som det åndelige², og omtalen av det «eksistensielle/åndelige» eller «spirituelle» kan minne om en restkategori for ikke-fysiske utfordringer som hverken passer inn i det somatiske eller det psykiatriske domenet. Likevel knyttes eksistensiell lidelse som medisinsk fenomen til det psykiatriske domenet i forskningslitteratur og «end-of-life»-studier. Dette taler for at det mangler en klar definisjon av det eksistensielle i medisinsk kontekst, og den forvirrende begrepsbruken vitner om et reelt behov.

Den samme problemstillingen har blitt tematisert av Bruce & Boston (2011:2734), der det påpekes at «The complexity of understanding the nature of non-physical, existential suffering is aggravated by the inclusion of psycho-spiritual concepts in defining existential suffering». Tolkingen og forståelsen av eksistensiell lidelse bærer på denne måten preg av både psykiatriske og åndelige sammenblandinger, og det er dermed vanskelig å nærme seg en utelukkende eksistensiell forståelse av eksistensiell lidelse. Mangelen på definisjon er også, helt nylig, beskrevet av et stort internasjonalt panel av forskere innen palliasjon (Balaguer *et al*, 2016:10), der «[...] the panelists invariably agreed upon the need to mention ‘existential suffering (e.g. loss of meaning in life)’, even though the literature contains no precise definition of what this means in practice». Artikkelen er utarbeidet på basis av 24 ekspertuttalelser, og viser med all ønskelig tydelighet mangelen på en klar definisjon av eksistensiell lidelse i en

² «Det åndelige» er ulikt definert i *Oxford Textbook of Palliative Medicine (OTPM)* og *Palliasjon – Nordisk lærebok (PNL)*, og åndsbegrepet vil henholdsvis knyttes delvis og entydig til religiøsitet. I PNL beskrives «det åndelige» som en vertikal dimensjon der det er «[...] snakk om en spesifikk religiøs dimensjon, men ikke nødvendigvis et kristent livssyn», mens åndsbegrepet i OTPM nyanseres som «the aspect of humanity that refers to the way individuals seek and express meaning and purpose, and the way they experience their connectedness to the moment, to self, to others, to nature, and to the significant or sacred». OTPMs definisjon og bruk av «spirituality» blir dermed en samlebetegnelse som omfatter dermed både «det eksistensielle» og «det åndelig-religiøse», som i PNL henholdsvis betegnes som en horisontal og en vertikal dimensjon.

palliativ kontekst (ergo, medisinsk). Betydningen til eksistensiell lidelse blir eksplisitt påpekt i avsnittet «Implications for practice and for research»:

[...] professionals will need to develop the communication skills required to explore and tackle this issue [her: WTHD; wish to hasten death], and individualized treatment protocols will need to be drawn up to reduce suffering of patients. In this respect, the suffering linked to the social, psychological and existential dimensions (especially the latter) is perhaps the most complex challenge that now needs to be adressed in this context (Ibid:11)

De fleste begreplige tilnærmingene til eksistensiell lidelse, søker påfallende nok ikke å undersøke utgangspunktet for lidelsen, men søker en typologisk tilnærming som lar seg overføre til palliativ praksis. I forsøket på å lage en typologisk tilnærming virker det imidlertid som om de eksistensielle utfordringene som potensial for lidelse må kategoriseres som psykiatrisk symptomer (les: medisinsk) for å i det hele tatt kunne behandles i en medisinsk kontekst. Siden det er åpenbart at lidelsen ikke hovedsakelig manifesterer seg somatisk, forekommer det som om den palliative forskningen umiddelbart konkluderer med at det eksistensielle må kategoriseres som psykisk. Det er i denne ubegrunnede slutningen eksistensiell lidelse medikaliseres og lidelsens eksistensielle utfordringer patologiseres. Kun fordi eksistensiell lidelse oppstår i en palliativ-medisinsk kontekst, må ikke lidelsen klassifiseres innenfor etablerte medisinske lidelseskategorier, og medisinen synes å mangle rom for eksistensiell lidelse som enn ikke-medikalisert lidelse.

Mangelen på et presis og god forståelse av eksistensiell lidelse er også presisert i Boston *et al* (2011) sin litteraturgjennomgang av eksistensiell lidelse i palliativ sammenheng. Litteraturgjennomgangen omfatter 64 relevante artikler. Med henvisning til andre studier konkluderer de med at:

[...] in spite of attempts to better understand existential suffering as a fundamental requirement of competent care, this debilitating and distressing symptom remains a poorly understood and neglected area of palliative care (Ibid:606)

Selv om Boston *et al* her illustrerer den medikaliserende omtalen av eksistensiell lidelse gjennom en benevnelse av eksistensiell lidelse som «symptom», vitner sitatet om at det palliative fagfeltet mangler en forståelse som yter det eksistensielle lidelsesbegrepet rettferdighet.

Min egen anvendelse av begrepet eksistensiell lidelse skal dermed forstås som et samlebegrep for rent eksistensielle utfordringer som kan knyttes til pasienters bevissthet om

eget liv og egen død, og omfatter på denne måten tema som meningsproblematikk, død, frihet, og eksistensiell isolasjon³. Jeg vil ikke knytte psykosomatiske responser som eksempelvis panikk og angst direkte til eksistensiell lidelse, men det er både åpenbart og etablert at eksistensiell lidelse i noen kontekster kan fremprovosere responser som i varierende grad samsvarer med psykosomatiske lidelser som depresjon, angst, og panikk. Det er imidlertid ikke slik at psykiatri omfatter eksistensiell lidelse. Kapittelet bygger videre på Bruce & Boston (2011), Balaguer *et al* (2016), samt Boston *et al* (2011), sin tematisering av den manglende tydeligheten i omtalen av eksistensiell lidelse og eksistensielle utfordringer.

Det psykiske, det åndelige, og det eksistensielle som medisinske begreper

Psyke, som av det greske ordet *psykhe*, har en etymologisk betydning som omfatter menneskesinnet eller sjelen (Malt, 2014), og vil i dagens begrepsbruk hovedsakelig referere til individers psykiske helse. Begrepet knyttes videre til intrapsykologiske prosesser som angst og depresjon, psykosomatikk eller intrapsykologiske prososser relatert til fysisk lidelse, men også psykososiale faktorer som eksempelvis problemer med relasjoner, økonomi o.l. I medisinen knyttes dette til læren om psykiske lidelser: psykiatri.

Det eksistensielle refererer nødvendigvis til det som har med eksistensen som sådan å gjøre, og er innen filosofien viet en helt egen disiplin: eksistensialismen/eksistensfilosofi. Selv om eksistensialisme hovedsakelig knyttes til Sartres beskrivelse av egen filosofi, må begrepet også tolkes å generelt omfatte filosofisk-teoretiske tilnærminger til den menneskelige eksistens. Åndsbegrepet er imidlertid et noe mer diffust begrep, og vil, foruten tilknytningen til «ikke-naturvitenskaplig teori» (les: åndsvitenskap), ofte knyttes til religiøsitet og livssyn. Åndsbegrepet virker også å ha en relativt forskjellig meningsbredde i norsk og engelsk (jf. «spirituality»), der den norske forståelsen av begrepet kan tolkes å ha en tydeligere referanse til religiøsitet. Dette samsvarer med den noe ulike betydningen åndelighet/spiritualitet (jf. åndelig/eksistensiell og «spiritual issues» i henholdvis PNL og OTPM, beskrevet i fotnote ¹). Det er imidlertid vanskelig å vite helt presist hva som legges i den medisinske bruken av åndsbegrepet («spirituality»), utover at bruken må tolkes i retning av en begrepslig samling av ikke-fysisk og ikke-psykiatrisk «menneskelighet».

Om man ser dette i sammenheng med at eksistensiell lidelse står uten en tydelig definisjon eller et klart innhold innenfor medisinen, kan det virke som begrepet skal omfatte

³ Belegget for valget av akkurat nevnte eksistensielle utfordringer vil utdypes i kapittelet om den eksistensielle lidelsens filosofisk innhold.

alt det som ikke passer innenfor de tradisjonelle typologiske rammene til psykiatriske- og somatiske diagnoser. Det eksistensielle, sammen med det åndelige, kan dermed tolkes som et medisinsk vakuum, som fanger opp pasientutfordringer uten en medisinsk-biologisk årsaksforklaring. Dette er også pekt på i Boston *et al* (2011:606-607) sin gjennomgang av studier på eksistensiell lidelse:

«The concepts of spiritual and existential issues are sometimes used interchangeably in the literature and are conflating in meaning. [...] the concepts of spiritual and existential suffering are neither discussed separately nor acknowledged as having different meanings»

Det eksistensielle og åndelige (jf. OTPMs «spiritual issues») fremstår dermed som et restkategorisk vakuum, der begrepene som danner utgangspunktet for den medisinske kategorien hverken virker definerende eller samsvarer med innholdet i kategorien. Dette restkategoriske vakuemet synes videre forsøkt tettet med medisinens egne veldefinerte psykiatriske terminologi for å kunne gi en medisinsk-biologisk forklaringsmodell som legger føringer for palliativ behandlingspraksis. Det spirituelle eller det åndelig/eksistensielle, det vil si ikke-fysiske og ikke-psykiatriske utfordringer som opptrer i en medisinsk kontekst, får dermed et medisinsk tilsvarende på tross av at restkategorien hovedsakelig består av utfordringer og lidelser som ikke tradisjonelt lar seg kategorisere hverken somatisk eller psykiatrisk.

Samtidig som det eksistensielle pares med det åndelige, som i OTPMs begrep om «spiritual issues», PNLs dimensjonale forståelse av det åndelig-eksistensielle (jf. fotnote ¹), eller som påpekt i Boston *et al* (2004) sin litteraturgjennomgang, tilføyes psykososiale utfordringer som tilhørende det eksistensielle. Dette blir videre sett i sammenheng utelukkende psykiatriske diagnoser som depresjon, anhedonia, og angst, uten at det rettes oppmerksomhet mot begrepets rent eksistensielle utgangspunkt. For selv om meningsproblematikk gjennomgående nevnes som sentralt for det eksistensielle, er særlig det eksistensielle offer for et ytterligere tillegg av utfordringer som ikke åpenbart lar seg knytte til et eksistensielt begrepsinnhold. Dette kan illustreres med at psykososiale utfordringer som ensomhet, manglende relasjonell støtte, det å være en byrde, sosial isolasjon, etc. betegnes som eksistensielle utfordringer. Det er nettopp på denne måten det åndelige og særlig det eksistensielle blir et restkategorisk vakuum for ikke-fysiske og ikke-psykiatriske utfordringer, parallelt med at de eksistensielle utfordringene i forskningssammenheng forstås som symptomatiske for en eller annen form for psykiatrisk eller «psykoeksistensiell» lidelse.

Den medisinske bruken av begrepene «det eksistensielle» og «det åndelige» samsvarer ikke med begrepenes betydning, og det fremstår som alt annet enn tydelig hva medisinen mener er eksistensielle og åndelige utfordringer. Denne sammenblandingen og forvirrende bruken av begreper vil utdypes nærmere i sammenheng med senere kritikk av Kissane *et al* (2001) sitt psykiatriske begrep om «demoralization syndrome» og Brenne *et al* (2013) sin studie på depresjon hos inkurabile kreftpasienter. Det psykiske, det åndelige, og det eksistensielle markerer begrepslige skiller som samsvarer med ulike former for lidelse, og dagens medisinske omtale bidrar til uklar forståelse av hva som er hva.

Saunders begrep om «total pain»

En måte å tydeliggjøre problematikken rundt medikaliseringen av eksistensiell lidelse, er å se fenomenet eksistensiell lidelse i lys av Cicely Saunders begrep om «total pain». Saunders er kjent for å ha etablert Hospice-bevegelsen i Storbritannia og for å være en foregangsperson for en bredere palliativ forståelse av smertebegrepet. «Total pain» vil belyse kompleksiteten til lidelsesbegrepet samtidig som det tydeliggjør hvordan eksistensiell lidelse faller inn under av det palliative ansvarsområdet.

Saunders var tidlig ute med å se på forholdet mellom fysisk og mental lidelse, og hun lanserte «total pain» som et begrep for pasienters totale lidelseserfaring. Begrepet setter fokus på relasjonen mellom spirituell (her: åndelig og eksistensiell lidelse), fysisk, og psykisk lidelse. Saunders vektla pasientens opplevelse og livshistorie, og argumenterte for behovet for å forstå pasientens lidelseserfaring gjennom samtale (Clarke, 2014). Saunders lanserte på denne måten en radikalt annerledes tilnærming til pasienters lidelse, og begrepet «total pain» gjør seg særlig gjeldende i tilfeller av livsbegrensende sykdom der «det ikke er noe mer å gjøre» (Ibid).

Det palliative og kurative fokuset kan fort rettes eksklusivt mot det somatiske og det psykiatriske, men Saunders poengterer i kraft av «total pain» at lidelse er mangefasettert og ikke utelukkende lar seg beskrive som enten somatisk eller psykisk. Saunders selv vektla i stor grad de åndelig-religiøse utfordringene i forlengelsen av «total pain» (Saunders, 2005:42-43) og lidelse i palliativ kontekst, men hennes argumentasjon åpner opp, på samme måte som for det åndelig-religiøse, for en palliativ forståelse av lidelse der det også er rom for eksistensiell lidelse. Slik kan også lidelsen ha et åndelig eller et eksistensielt utgangspunkt, og det aksentuerende potensialet i å eksempelvis lide eksistensielt må ikke undervurderes i sammenheng med den enten somatiske eller psykiatriske lidelsen.

Selv om Saunders eksplisitt benytter seg av smertebegrepet (jf. «pain») som beskrivende for pasienters ubehag, vil jeg mene at lidelsesbegrepet omfavner den mangefasetterte totaliteten i pasienters ulike ubehag på en bedre måte enn å beskrive det som «smerte». Smertebegrepet henspiller på ubehaget er kroppslig lokaliserbart og at ubehaget kjennes ett eller flere steder hos pasienten. Smerte vil også kunne tolkes å potensielt innebære en kortere varighet. Lidelsesbegrepet er bredere, og begrenser seg ikke til hverken kroppslighet eller lokalisbarhet. For, i tråd med Cassel (1998:131), vil lidelseserfaringer måtte forstås i sammenheng med personer, ikke kropp, og defineres som « [...] the state of severe distress associated with events that threaten the intactness of the person». Lidelse må på denne måten, samtidig som det forstås som et kroppslig, fysisk eller psykisk ubehag, også forstås ikke-kroppslig, ikke fysisk, eller ikke-psykisk. Lidelse vil derfor være mer beskrivende for en totalitet av ubehag gjennom at begrepet rommer åndelig og eksistensiell lidelse som potensielt varig ikke-kroppslig, ikke fysisk, eller ikke-psykisk. Jeg vil derfor introdusere begrepet «total suffering» som en videreførende forbedring av det palliative poenget i Saunders begrep om «total pain». Dette samsvarer med den nederlandske eutanasilovgivningen (jf. «Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act» fra 2002), der det nettopp er «suffering» som er nøkkelbegrepet i kriteriene for eutanasi. Loven nevner hverken smerte eller sykdom.

Selv om begrepet behandles tvetydig i litteraturen⁴, vil Saunders' begrep om «total pain» understøttes av den moderne palliasjonen og de fleste vil være enige om at begrepet har bidratt til en bedre palliativ praksis. Saunders begrep peker imidlertid også på eksistensiell lidelse som en særlig utfordring ved tilfeller av kronisk smerte, der eksistensielle utfordringer som meningsløshet, uendelighet, og isolasjon pekes på som et sentrale aspekt (Clarke, 2014)⁵.

Patologisering av eksistensielle utfordringer og medikalisering av eksistensiell lidelse

I følge WHO (2016) sin definisjon av palliasjon omfattes eksistensiell lidelse av begrepene «spiritual [problems]», og av «åndelig/eksistensielle problemer» i helsedirektoratets norske oversettelse (Faksvåg *et al*, 2015:11). I tillegg er det viktig å merke seg at WHO (2016) presiserer at palliasjon «affirms life and regards dying as a normal process; integrates the psychological and spiritual aspects of patient care; offers a support system to help patients live

⁴ Jamfør Oxford Textbook of Palliative Medicine sin definisjon av «spirituality» i kontrast med Nordisk Lærebok i Palliasjon sin dimensjonale inndeling av det åndelige og det eksistensielle og forskningslitteraturens varierende bruk av «spiritual» (åndelighet) og eksistensbegrepet.

⁵ Clarke referer direkte til Saunders, C (1969) 'The moment of truth: care of the dying person' i Pearson, L. (red.) *Death and Dying: Current issues in the treatment of the dying person*. Cleveland: The Press of Case Western Reserve University, s. 49 – 78.

as actively as possible until death». Med andre ord legger WHO's definisjon føringer for en bekreftende tilnærming til livet og en betraktning av døden som en normal prosess. Ergo, kan definisjonen tolkes å eksplisitt fraråde både en patologiserende og en medikaliserende tilnærming til pasienters reaksjoner på utfordringer med det å dø. Samtidig fremheves det spirituelle eller åndelig/eksistensielle som integrert i palliasjon, med behandlingsapparat som fordrer et aktivt liv frem til dødstidspunktet.

Selv lidelse i livets slutfase, samt delvis eutanasidiskursen i Nederland, har bidratt til en aktualisering av det eksistensielle i palliativ kontekst, legitimerer ikke dette en medikalisering av fenomenet eksistensiell lidelse. Denne aktualiseringen har likevel forsterket den utelukkende medisinske forståelsen av eksistensiell lidelse, i kraft av at lidelsen opptrer i både palliativ- og eutanasi-kontekst, og bærer likheter til typologiserte diagnoser innenfor psykiatrien. Det er for øvrig uproblematisk at eksistensiell lidelse betraktes å være et fenomen *innenfor* medisinen, men dette betyr ikke at eksistensiell lidelse skal forstås eller reduseres til en utelukkende medisinsk problematikk og dermed medikaliseres i samme grad som enten somatiske eller psykiatriske lidelser. Det vil derfor være betimelig å vise på hvilken måte eksistensiell lidelse, som et naturlig, menneskelig fenomen overskrider medisinenes egne rammer og terminologi, og knytter seg til en universell menneskelighet som ikke kan reduseres til en medikalisert forståelse med medisinsk-biologiske årsaksforklaringer.

Eksistensiell tematikk dukker ofte opp i empiriske studier av livskvalitet hos pasienter med livsbegrensende sykdom, og tematikken ses ofte i relasjon til pasientens psykiske tilstand. Dette bli blant annet påpekt av Mehnert (2006:781-782):

Die Bedeutung existenzieller Themen für die Anpassung an eine chronische Erkrankung, für die psychische Funktionsfähigkeit, das psychische Befinden und die Lebensqualität wurde international in verschiedenen empirischen Studien untersucht [...]

Det er her helt klart at eksistensielle utfordringer i noen grad er relatert til psykisk helse, men som tematisert i forrige avsnitt, vil det være et kategorimistak å anta at eksistensiell lidelse kan reduseres til en psykisk problematikk basert på empiriske studier av livskvalitet i livets slutfase. Man kan med andre ord ikke slutte fra at eksistensielle utfordringer opptrer i sammenheng med psykisk helse i tilfeller av livsbegrensende sykdom, til at eksistensielle utfordringer (som konstituerende for eksistensiell lidelse) er psykiske symptomer.

Følgelig vil betraktningen av eksistensiell lidelse som et utelukkende medisinsk fenomen i tilfeller av livsbegrensende sykdom bidra til at eksistensielle utfordringer i stor grad

patologiseres som «symptomer» og gis psykiatriske diagnoser som eksempelvis angst eller depresjon og «psyko-eksistensielle» betegnelser som «dignity-related distress» (Chochinov *et al*, 2015) eller «demoralization syndrome» (Kissane *et al*, 2001). For det er selve oppfatningen om at eksistensiell lidelse kan reduseres til et utelukkende medisinsk fenomen og at eksistensielle utfordringer gjennom patologisering kan tilfalle psykiatrien som vil ligge til grunn for en medikalisering av eksistensiell lidelse. Følgelig vil eksistensielle utfordringer patologiseres som symptomer på psykiatriske og «psyko-eksistensielle» diagnoser, fremfor å bli betraktet som en naturlig del av det å lide eksistensielt (derav eksistensiell lidelse). Den medisinske omtalen av eksistensiell lidelse har på denne måten fått et fokus som i påfallende stor grad har vært rettet mot en medikaliserende typologisering av eksistensiell lidelse som psykisk sykdom i livets slutfase. Dette antyder at det medisinske (her: det palliative og det psykiatriske) fagfeltet mangler grep om det eksistensielle, og den medisinsk-faglige tilnærmingen til erfaringer av eksistensielle utfordringer innebærer dermed en sykeliggjøring i tilfeller av eksistensiell lidelse, der erfaringer knyttet til eksistensielle problemstillinger ses på i et patologisk lys; eksistensielle utfordringer som naturlige menneskelige reaksjoner på eget sykdomsbilde sykeliggjøres som ikke-naturlige psykiske reaksjoner.

Studier tyder på at pasienter med eksistensielle lidelse i stor grad mottar anti-depressiva, angstdempende (Morita, 2014), og i ytterste konsekvens palliativ sedering (Claessens *et al*, 2008) som tilsvarende på eksistensielle utfordringer. Det er det derfor gode grunner til å stille spørsmål ved det palliative fagfeltets evne til å forstå det eksistensielle. Lindrende sedering, medikamentbruk (og eutanasi⁶) i tilfeller av eksistensiell lidelse er medisinske handlinger rettet mot et komplekst lidelsesbilde med tydelige ikke-medisinske aspekter, og praksisen vil kunne tolkes å være en medisinsk behandling av noe rent menneskelig. Normale menneskelige reaksjoner blir på denne måten redusert til symptomer som unormale responser man medisinsk må lindre. På tross av forsøkene på medikalisere eksistensiell lidelse som psykiatrisk lidelse og bruken av selektive serotoninopptakshemmere og angstdempende midler, synes det i Norge å være mindre vanlig med psykiatrisk konsultasjon eller psykologsamtaler i tilfeller av livsbegrensende sykdom⁷. Det må derfor spørres om det er slik at en utstrakt bruk av terapeutiske tilnærminger som eksempelvis samtaleterapi⁸ forkastes på bakgrunn av en

⁶ Her i forbindelse med den nederlandske diskusjonen rundt livstrøtthet («weariness of life») og eutanasi.

⁷ Opplyst om i samtale med Marit Slaaen Jordhøy (Professor II, Avdeling for kreftbehandling, Sykehuset Innlandet). Jordhøy har publisert en rekke vitenskapelige artikler med palliative problemstillinger som tema; blant annet er hun medforfatter i «Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen».

⁸ Her menes ikke utelukkende psykolog-/psykiatersamtaler, men også terapeutiske tilnærminger som eksempelvis eksistensiell psykoterapi og samtaler med sosionomer og/eller prester.

medisinsk overbevisning om at eksistensielle utfordringer hverken kan løses, oppløses eller lindres gjennom annet enn medisinske metoder.

«Symptomene» blir identifiseringsmarkører for hvorvidt ikke-fysisk lidelse i livets slutfase samsvarer med benevnelsen «psyko-eksistensielle» eller rent psykiatriske diagnoser. Uansett samsvar omtales erfaringene som «symptomer». Samtidig som det er forståelig at medisinen begrepsliggjør eksistensielle erfaringer som symptomer også i tilfeller eksistensiell lidelse, er bruken av symptombegrepet med på å videre patologisere erfaringer av eksistensiell art som unaturlige. Selve begrepet «symptom» henspiller også på at lidelsen er en medisinsk eller psykiatrisk diagnose.

Det må også bemerkes at eksistensiell lidelse kan forsterke somatiske eller psykiske symptomer, og dermed forverre det totale lidelsesbildet. Eksistensiell lidelse bidrar til det totale lidelsesbildet, og det er derfor naturlig å anta at eksistensiell lidelse kan bidra til ytterligere psykisk og/eller somatisk lidelse. Denne antagelsen støttes opp av palliative leger og smertespesialister i Strang *et al* (2004:246), der henholdsvis 32% og 32% mente eksistensiell lidelse kunne forsterke allerede eksisterende smerte, eller være en grunnleggende årsak til smerte. Selv om eksistensielle utfordringer ikke bør patologiseres som symptomer på en psykisk lidelse, er det videre viktig å observere at eksistensiell lidelse, alene eller som aksentuerende bestanddel i det totale lidelsesbildet, kan fremprovosere et autonomt ønske om å dø (Gamondi *et al*, 2013:1642). Dette innebærer at vi må forstå ønsket om å dø som helt eller delvis begrunnet av et ønske om stopp i videre lidelse; fortsatt liv kan mangle et eksistensielt meningsinnhold tilstrekkelig til å opprettholde en vilje til å leve. Dette tydeliggjør hvordan eksistensiell lidelse kan spille en avgjørende rolle i palliativ kontekst, gjennom at lidelsen kan være en del av utgangspunktet for lidelsen samtidig som det ligger en forsterkende eksistensiell utfordring i ønsker om å dø. Denne kompleksiteten fordrer en forståelse som tar høyde for det menneskelige i å lide eksistensielt og ikke reduserer eksistensielle utfordringer gjennom patologisering. Dette vil være særlig viktige betraktninger for det palliative fagfeltet, og forventes å bidra til en bedre forståelse av, og tilnærming til, pasienter med eksistensiell lidelse i livets slutfase. Selv om eksistensiell lidelse ikke er et utelukkende medisinsk problem og overskrider medisinsens fortolkningsrammer og terminologi, vil det palliative fagfeltet likevel være forpliktet, gjennom sin selvlegitimering, til å behandle ikke-medisinsk lidelse som opptrer i konteksten til livbegrensende sykdom. Jamfør WHO (2016) sin definisjon av palliasjon:

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.

Det vil være sentralt for det palliative fagfeltet å merke seg at en patologisering av eksistensielle utfordringer innebærer en ytterligere sykliggjøring av pasienter som skal dø av sykdom. Patologiseringen er videre et sentralt element i medikaliseringen av eksistensiell lidelse, der menneskelige reaksjoner i sammenheng med egen død søkes forstått og behandlet biomedisinsk; reaksjoner på det å ikke eksistere, meningsproblematikk⁹, og eksistensiell isolasjon, i kombinasjon med et livsbegrensende sykdomsbilde, og eventuelt ytterligere psykisk eller somatisk lidelse vil, som nevnt, i et medikalisert perspektiv anses å være unormale reaksjoner på utfordringer som, i likhet med det somatiske og psykiatriske, skal behandles. Når man i tillegg tar i betraktning at sykliggjøringen baserer seg på en ikke-adekvat medisinsk tilnærming til eksistensbegrepet som lidelsesfenomen, blir argumentet for en tydelig ikke-medikalisert definisjon av eksistensiell lidelse sterkt. Det virker også intuitivt at en patologisering av naturlige menneskelig-eksistensielle utfordringer og reaksjoner i en medisinsk kontekst gjenspeiler en mindre god forståelse og behandlingspraksis overfor pasienter som sliter med å erkjenne det at han/hun ikke skal eksistere.

Eksistensiell lidelse må forstås som grunnleggende forskjellig fra psykisk lidelse. For selv om eksistensiell lidelse innebærer og benevnes som lidelse, vil ikke lidelsesbegrepet nødvendigvis kreve en patologisering av det eksistensielt utfordrende. Ergo, er det ingen nødvendig sammenheng mellom det at det eksistensielt utfordrende kan innebære lidelse, og en sykliggjøring av de menneskelige reaksjonene. Eksistensiell lidelse er mulighetsbetinget av vår menneskelighet, og innebærer at vi kan reflektere over oss selv som eksisterende – friske eller syke. Det eksistensielle er per definisjon rent menneskelig bevissthet knyttet til eksistensens speiling av livsløp, formål, frihet og mening, og eksistensiell lidelse er dermed grunnleggende ikke-patologiserbart og må forstås i retning av et universelt naturlig menneskelig potensial i kraft av at det er rent menneskelig å oppfatte mening, formål, og frihet som nødvendig knyttet til det å eksistere som menneske.

«Symptomer» som kan knyttes opp mot en eller annen form for eksistensiell lidelse er imidlertid ikke symptomer, de er kun menneskelige eksistensielle erfaringer eller refleksjoner,

⁹ Med meningsproblematikk refereres det hovedsakelig til meningen med livet, men også individets søken etter meningen i det at akkurat han/hun skal dø, ble rammet av sykdom, må lide etc.

som hverken kan betraktes som unaturlige eller symptomatiske. Eksistensielle utfordringer kan i palliativ kontekst komme til uttrykk som følelser, refleksjoner, og reaksjoner på egen sykdomssituasjon; opplevelsen av det eksistensielt utfordrende er knyttet til selvet som eksisterende i møte med ikke-eksistens, og er rent menneskelige gjennom at mennesket opplever reaksjoner på sine egne refleksjoner rundt det å skulle dø. Alle vonde erfaringer, reaksjoner og lidelse i medisinsk kontekst er ikke tegn på noe unormalt, og alt kan dermed ikke samles i en eksistensiell restkategori der erfaringer tilknyttet eksistensielle utfordringer blir patologisert i tilfeller av livsbegrensende sykdom.

Selv om det eksistensielle omtales ulikt i læreboklitteraturen og forskningslitteraturen, er det en påfallende likhet i den ikke-adekvate forståelsen av betydningen til det eksistensielle mellom begge tilnærmingene. Dette innebærer at hverken forskningslitteraturen eller læreboklitteraturen evner å legge til grunn en presis tolkning av det eksistensielle begrepsinnholdet som ligger i eksistensiell lidelse.

Medisinsens begreplige tilnærming til eksistensiell lidelse

Det medisinske fagfeltet, og da særlig det palliative, søker tilsynelatende en forståelse av eksistensiell lidelse som baseres på medisinsk terminologi. Dette er en tilnærming som forutsetter at eksistensielle utfordringer i utgangspunktet lar seg forstå medisinsk. Selv om eksistensiell lidelse tydeligst viser seg i en palliativ kontekst, er det ikke gitt at fenomenet skal forstås som medisinsk. Likevel forsøker det medisinske fagfeltet, og da særlig det palliative, å forstå eksistensiell lidelse ut fra medisinske forutsetninger, som gjennom sin somatisk-psykiatriske beskaffenhet kun kan begrepsliggjøre eksistensiell lidelse i et medikalisert henseende. Medisinen medikaliserer på denne måten eksistensiell lidelse for å kunne forstå og behandle lidelsen i dens medisinske kontekst, på tross av at lidelsen i utgangspunktet må forstås å være «ikke-medikalisierbar». For, som tidligere nevnt, kan ikke den eksistensielle lidelsen begrepsliggjøres i medisinske termer som «sykdom», «diagnose», «symptomer», eller «syndrom», ei heller kan eksistensielle utfordringer patologiseres; eksistensiell lidelse, innbefattet eksistensielle utfordringer, er i sin essens autentiske¹⁰ menneskelige reaksjoner og refleksjoner knyttet til egen lidelse, døden, mening, og livet som sådan. Den somatiske eller psykiatriske lidelsen som tilgrunnliggende for den medisinske konteksten eksistensiell lidelse opptrer i (dvs det rent medisinske), har ingenting annet med det eksistensielle å gjøre enn at det fremprovoserer en visshet om at eksistensielle spørsmål får en betydelig større tyngde og

¹⁰ Begrepet «autentisitet» vil utførlig knyttes til eksistensiell lidelse i kapittelet om den eksistensielle lidelsens eksistensfilosofiske innhold (jf. Heidegger).

kan innebære ytterligere lidelse når pasienten blir konfrontert med at han/hun er livsbegrensende syk og eventuelt er nært forestående sin egen død. Med andre ord er det medisinske kun utløsende for det iboende eksistensielle i det å være et menneske bevisst sin eksistens.

Det medisinske forsøket på å medikalisere eksistensiell lidelse kommer særlig til uttrykk i den utstrakte bruken av palliativ sedering i tilfeller der den eksistensielle lidelsen betraktes som refraktær¹¹: medisinerer svarer på refraktære tilfeller av ikke-medisinsk lidelse med medisinske handlinger som fjerner eller reduserer bevisstheten (Claessens et al, 2008:325). Det at eksistensiell lidelse potensielt kan oppleves uutholdelig og kun kan lindres gjennom sedering, gjør det ikke mindre viktig å være tydelige på at medisinske handlinger brukes på en ikke-medisinske lidelse. For om en lidelse knyttet til bevisstheten om egen død innebærer en medisinsk behandling som søker å redusere eller å fjerne bevisstheten, tyder dette på at eksistensiell lidelse sprenger rammene til det medisinske fagfeltet. Den medisinske handlingen gjennom palliativ sedering av refraktær eksistensiell lidelse kan illustrativt, og satt på spissen, sammenlignes med det å slå av TVen for å fikse et uklart bilde.

Det er likevel forståelig at medisinen patologiserer eksistensielle utfordringer og ender opp med en medikalisert tilnærming til eksistensiell lidelse. Medisinen vil nødvendigvis forstå og tolke den eksistensielle lidelsen ut fra den konteksten den opptrer i, samt ut fra de medisinske forutsetningene som ligger i medisinsk behandling av lidelse. Gitt faget og begrepsapparatet er det dermed ikke spesielt overraskende at eksistensiell lidelse omtales som en medisinsk sykdom og diagnose, eller at utfordringene knyttet til lidelsen patologiseres. Dette kan ses i lys av Foucaults diskursteorier, der medisinen som diskurs påtvinger eksistensiell lidelse en «medikalitet» fordi det er kun som et medikalisert fenomen eksistensiell lidelse kan forstås innad i diskursen. Og fordi medisinsk viten autoriseres gjennom at den medisinske diskursen nettopp betraktes som sann, etableres eksistensiell lidelse som et medisinsk fenomen (Foucault, 2007:14).

¹¹ Med «refraktær» menes det at lidelsen er upåvirkelig av behandling, og i denne sammenhengen refereres det til at lidessymptomene (eller ubehaget/reaksjonene i forbindelse med eksistensielle utfordringer) ikke svarer på palliative tiltak med formål om å lindre. Den lindrende sederingen er medikamentell reduksjon av bevissthetsnivået for å lindre lidelse som ikke kan avhjelpest på annen måte, og er siste utvei i tilfeller der pasienten antas å ha få dager igjen å leve. Min bruk av «lindrende sedering» og «refraktær» vil i tråd med retningslinjene for lindrende sedering i livets slutfase (Førde, 2014) derfor ikke omfatte symptomatisk behandling som er en del av ordinær praksis.

Eksempler fra medisinsk litteratur og forskning

Et tydelig eksempel på en patologiserende tilnærming til eksistensielle utfordringer i livets slutfase er å finne i Brenne *et al* (2013:492) sine ni symptomkriterium for diagnostisering av depresjon hos pasienter med inkurabel kreft:

The two main symptom criteria are depressed mood and diminished interest or pleasure in activities (anhedonia). The seven additional criteria are weight or appetite changes, sleep changes, psychomotor agitation or retardation, fatigue or loss of energy, feelings of worthlessness or guilt, diminished ability to think or concentrate or indecisiveness, and recurrent thoughts of death or suicidal ideation

Listen over symptomkriterium er først og fremst en medisinsk helgardering, der man forut for selve studien karakteriserer potensielt eksistensielle utfordringer innenfor det psykiske domenet; man plasserer utfordringer som åpenbart også kan tolkes rent eksistensielt innenfor psykiatri, og artikkelforfatterne forsikrer seg dermed om at eventuelle ikke-fysiske utfordringer i livets slutfase rommes av deres egne symptomkriterium for depresjon. Diagnostiseringen utelukker på denne måten muligheten for at psykiske symptomer kan være eksistensielle erfaringer i forbindelse med å være bevisst egen død. Dette gjelder særlig «feelings of worthlessness [her: oppløsning av selvets verdi] [...] and recurrent thoughts of death or suicidal ideation» som også kan tolkes som rent eksistensielle utfordringer i sammenheng med eksistensiell lidelse i et tilfelle av livsbegrensende sykdom; pasientene er klar over at de skal dø av kreft, og eventuelle utfordringer eller erfaringer i forbindelse med egen sykdom og død vil per Brenne *et al* (2013) sine symptomkriterium for diagnostisering av depresjon potensielt kvalifisere til nettopp en diagnostisering av depresjon. Meningsløshet, nedstemthet, og tanker rundt død kan jo være utelukkende menneskelige reaksjoner på det å skulle dø av kreft.

Artikkelforfatternes tilnærming sykeliggjør nevnte reaksjoner, og de utelukker dermed at erfaringer og reaksjoner i livets slutfase er noe annet enn psykiske symptomer på depresjon. Selv om de i den aktuelle studien presiserer at de baserer seg på en etiologisk tilnærming til symptomene og at de vil ta høyde for eventuelle overlappende symptomer, gjelder dette kun de fysiske symptomene som kan knyttes til selve kreftdiagnosen. Det å se bort fra eller å utelukke sammenfall mellom psykiske symptomer og menneskelige eksistensielle utfordringer, utstrakt bruk av medisinsk terminologi, og generelle medikalsende symptomkriterier bidrar på denne måten til at eksistensiell lidelse kan bli oversett som et eget medisinsk fenomen i palliativ kontekst, utenfor det psykiatriske domenet. Kissane (2012:1504) formulerer dette godt i hans typologiske tilnærming til eksistensiell lidelse:

[...] patients can be greatly assured by the fact that this existential framework for distress does not involve psychiatric disorder per se but rather arises from universal challenges that are givens in our human existence

For det er nettopp den universelle og rent menneskelige naturen til eksistensielle utfordringer som gjør det problematisk å skulle medikalisere reaksjoner og erfaringer i møte med ens egen død. Medisinen må selv være ydmyk overfor hva medisinen kan og ikke kan omfatte og medikalisere, samtidig som medisinen er bevisst nyansene mellom lidelser som opptrer i medisinske kontekster. Medisinen har hverken et eneansvar for eller et monopol på lidelsesbegrepet, og en tverrfaglig tilnærming som, i tillegg til en rent medisinsk tilnærming, tar høyde for det eksistensielles sosiologiske, filosofiske, og psykiske aspekter vil både kunne løfte forståelsen av og tilnærmingen til eksistensiell lidelse i palliativ kontekst.

Et av de mest påfallende eksemplene på medikalisering av eksistensiell lidelse er Kissane *et al* (2001) medisinske diagnose «demoralization syndrome» som en psykiatrisk diagnose for eksistensielt «distress». Her puttes tydelige eksistensielle utfordringer inn i en typologi som kriterier for diagnostisering av «demoralization syndrome» (dvs. eksistensielt «distress» ifølge Kissane *et al* (2001:12), her: eksistensiell lidelse). Kriteriene er som følger:

- A. Affective symptoms of existential distress, including hopelessness or loss of meaning and purpose in life.
- B. Cognitive attitudes of pessimism, helplessness, sense of being trapped, personal failure, or lacking a worthwhile future.
- C. Conative absence of drive or motivation to cope differently.
- D. Associated features of social alienation or isolation and lack of support.
- E. Allowing for fluctuation in emotional intensity, these phenomena persist across more than two weeks.
- F. A major depressive or other psychiatric disorder is not present as the primary condition¹²

(Ibid:15)

For å differensiere «syndromet» fra depresjon har Kissane *et al* (2001) bevisst utelukket anhedonia som et symptomkriterium. Dette innebærer at en pasient med «demoralized syndrome» kan erfare glede eller nytelse i nået, men evner ikke, i henhold til nevnte symptomkriterium, å ha forhåpninger eller å glede seg til noe.

¹² Kissanes «Demoralization syndrome» og alvorlig psykiatrisk lidelse utelukker hverandre gjensidig. Det er derfor fremstillingen av «demoralization syndrome» som psykiatrisk som er objektet for min kritikk.

«Demoralization syndrome» er i seg selv paradoksalt ved at den psykiatriske diagnosen tar utgangspunkt i anerkjente eksistensielle utfordringer og kategorisk utelukker psykiatrisk lidelse som en del av kriteriene for diagnostisering. Med andre ord fremstilles «demoralization syndrome» eksplisitt som psykiatrisk lidelse, samtidig som diagnosen tar utgangspunkt i ikke-psykiatriske utfordringer og ekskluderer etablerte psykiatriske diagnoser som kjennetegn. I tillegg velger Kissane *et al* (2001) å benevne diagnosen med to særdeles belastede begreper som hver for seg refererer til et semantisk innhold som ikke samsvarer med innholdet i de eksistensielle utfordringene som listes opp som kriterier for diagnosen: «Syndrom» er et medisinsk uttrykk for konvergerende symptomtendens og har derfor lite å gjøre med universelle menneskelige reaksjoner på det å bli konfrontert med døden; «demoralisering» frembringer assosiasjoner til mot, vilje og moral, og er mindre dekkende i tilfeller av eksistensielle utfordringer. Den semantiske verdien til både «demoralisering» og «syndrom» gjør dermed at «demoralization syndrome» ikke er koherent med en ikke-medikalisert forståelse av eksistensiell lidelse. Dette innebærer at det diagnostiske begrepet Kissane *et al* (2001) har valgt til å benevne eksistensielle utfordringer, etter mitt syn, kan tolkes som «en sammenstilling av symptomer som tyder på en manglende vilje til å kjempe for å leve». «Demoralization syndrome» går dermed utover en rent medikaliserende tilnærming i sin reduksjonistiske tilnærming til eksistensielle utfordringer; samtidig som eksistensielle utfordringer medikaliseres gjennom bruken av begreper som «syndrom» (dvs. symptomer), «distress», og «psykiatrisk diagnose», reduseres eksistensielle utfordringer til symptomer på en demoralisert holdning.

Selv om det er klart at eksistensielle utfordringer kan komme til uttrykk i demoralisert adferd og holdninger, vil begrepene være misvisende ved å ikke omfatte essensen i de eksistensielle utfordringene som potensial for eksistensiell lidelse. Ei heller vil demoraliserte holdninger være passende som et samlebegrep for eksistensielle utfordringer som psykiatrisk lidelse. Dette er særlig tydelig om man fokuserer på «demoralization syndrome» sitt første diagnostiske kriterium: Du kan potensielt lide av «demoraliserings syndrom» om du opplever livet som håpløst, meningsløst eller uten formål. Dette harmonerer dårlig med eksistensielle utfordringer som universelle og dels konstituerende for menneskelig bevissthet. Dette understøttes empirisk av Cherny & Blinderman (2005:379), der demoraliserte holdninger kun ble observert hos 4 av 40 pasienter med eksistensielle utfordringer i forbindelse med kreftbehandling. Det er imidlertid uvisst i hvilken grad Cherny & Blinderman (2005) sin

begreplige forståelse av eksistensiell «distress» (her: eksistensiell lidelse)¹³ sammenfaller med Kissanes *et al* (2001) sitt begrep om «demoralization syndrome» som eksistensiell lidelse.

Livet har et kontingent meningsinnhold og det er ikke nødvendigvis riktig at livet har en mening eller at det er meningsløst. Mening vil i stor grad knyttes til subjektets egen tilskrivning av mening, og det er da ofte et fokus på å finne mening *i* livet fremfor en mening *med* livet. Mennesker som mener livet er meningsløst har derfor hverken mer eller mindre rett enn de som sier at livet har mening. Det er derfor særdeles kontroversielt, og nødvendigvis misvisende, å patologisere «håpløshet, tap av mening eller formål i livet» som diagnostisk kriterium for «demoralization syndrom» som psykiatrisk lidelse. Det vil da kunne forstås som sykelig hevde at livet er meningsløst i en palliativ kontekst. Det vil derfor være et poeng å understreke at eksistensiell lidelse, på tross av symptomatiske likhetstrekk til enkelte psykiske lidelser og en kontekstuell tilhørighet det medisinske domene, generelt ikke kan medikaliseres. Ei heller plasseres innenfor det psykiatriske domenet.

Ikke bare vil Kissane *et al* (2001) sin typologi være mindre dekkende i palliativ kontekst, men den vil også virke sykelliggjørende på alle de som reflekterer over eller anser seg som bevisste dødens meningsoppløsende konsekvenser. Det må derfor, nok en gang, presiseres at eksistensielle utfordringer nødvendigvis vil være en helt naturlig del av å kunne være bevisst seg selv i relasjon til det å ikke eksistere (dette henspiller på døden, friheten, eksistensiell isolasjon, og meningsoppløsning som eksistensielle kategorier som vil bli tematisert i siste kapittel), og at det eksistensielle dermed ikke kan plasseres innenfor det psykiatriske domenet som en ikke-naturlig eller symptomatisk respons på det å bli konfrontert med en nært forestående død eller meningsproblematikk.

Den eksistensielle lidelsens eksistensielle egenart

Ikke bare sammenblandes eksistensielle utfordringer med psykiske lidelser, eksistensiell lidelse begrepsliggjøres som en del av åndelige problemstillinger i palliativ kontekst. Åndsbegrepet bidrar dermed til ytterligere forvirring, gjennom uklarheter i hvorvidt åndelighet utelukkende skal oppfattes som religiøsitet, eller om åndsbegrepet skal knyttes til en ikke-definert menneskelighet. Dette fremkommer som særdeles tydelig i Oxford Textbook

¹³ Cherny & Blinderman (2005) bruker «existential suffering» i tittelen, men bruker ellers «existential distress» i store deler av artikkelen. Dette avviker fra den vanlige bruken av «distress»-begrepet, der «eksistential distress» beskrives som å ligge til grunn for «existential suffering». Artikkelen bruker imidlertid «existential issues» og «existential concerns» som utgangspunkt for «existential distress» («existential suffering» i artikkeloverskriften) på samme måte som jeg bruker eksistensielle utfordringer som utgangspunktet til eksistensiell lidelse.

of Palliative Medicines (OTPM) definisjon av «spirituality», der det eksistensielle defineres sammen med det åndelige («spiritual»):

Spirituality is the aspect of humanity that refers to the way individuals seek and express meaning and purpose and the way they experience their connectedness to the moment, to self, to others, to nature, and to the significant or sacred (McClement, 2015:1059)

Samtidig som definisjonen fanger essensielle aspekter ved det eksistensielle, vil den definerte sammenhengen til «[the] sacred», «others», og «nature» virke villende for en presis forståelse av det eksistensielle. Det spirituelle blir dermed en restkategorisk samling av ikke-medisinske utfordringer, der det eksistensielle, åndelige og psykososiale defineres som begrepslig underlagt det «spirituelle». I henhold til OTPMs definisjon må det spirituelle derfor ikke oversettes eller tolkes som utelukkende åndelig-religiøst, ei heller som synonymt med åndsbegrepet som anvendes i PNL (jf. fotnote ¹). Denne uklare defineringen av det åndelige, eksistensielle og psykososiale preger den faglige tilnærmingen, der det spirituelle blir et samlebegrep for alle ikke-fysiske utfordringer som ikke tydelig lar seg plassere innenfor det psykiske domenet. Dette leder til at det eksistensielle sammenblandes med åndelig-religiøse og psykososiale utfordringer som ikke åpenbart bærer et eksistensielt innhold.

I stedet for å være tydelig på at det eksistensielle og det religiøse ikke er det samme og representerer to ulike aspekter ved ikke-fysiske utfordringer i livets slutfase, velger det palliative fagfeltet å behandle det eksistensielle som psykisk unormalt og patologiserer universelle, menneskelige utfordringer som psykiske eller eventuelt psykoeksistensielle symptomer. Samtidig defineres det eksistensielle som en del av det spirituelle samlebegrepets kategoriske ansamling av ikke-fysiske lidelser som ikke samsvarer med psykiatri. Det kan dermed oppfattes som forvirrende at den palliative utfordringen med å lage tydelige distinksjoner mellom det eksistensielle og det åndelig-religiøse, forsterkes av en psykiatrisk medikalisering av eksistensiell lidelse. For på tross av at det eksistensielle ses på som analogt til eller en del av det åndelige, virker det som om eksistensielle utfordringer får en annen tilnærming enn det åndelige gjennom den praktiske palliative tilnærmingen til eksistensiell lidelse: Mens åndelig-religiøse utfordringer tilskrives prestens kompetanse og ikke anses som et psykiatrisk anliggende, får rent eksistensielle utfordringer, eventuelt i kraft av studier som tyder på et refraktært og utholdelig potensial (Ruijs, 2015:73-94), ofte et psykiatrisk tilsvarende (Morita, 2004)¹⁴. De samme studiene forsøker å beskrive og kategorisere det eksistensielle med

¹⁴ Det må bemerkes at Morita (2004) er gjennomført i Japan, på japanske kreftpasienter som har relativt kort tid igjen å leve. Studien tolkes likevel å være generelt overførbart til vestlig og norsk palliativ praksis.

en medisinsk terminologi som tydelig illustrerer en medikaliserende forståelse av det eksistensielle en ikke finner i den faglige tilnærming til det åndelige-religiøse. Medisinens omtale av det eksistensielle vil dermed, forvirrende nok, defineres i sammen med det åndelig-religiøse, samtidig som forskningen forutsetter at det eksistensielle er fundamentalt annerledes og dermed kan medikaliseres.

Åndelig-religiøse utfordringer diskuteres med en religiøs sjelesørger eller prest og kjennetegnes av samtaletterapeutisk tilnærming. På bakgrunn av tilsynelatende symptomatiske likheter mellom eksistensiell lidelse og psykisk lidelse, og et manglende teoretisk rammeverk for behandling og forståelse av eksistensiell lidelse utenfor psykiatrien (Boston *et al*, 2011:613), vil det være rimeleg å anta at eksistensiell lidelse i en utstrakt grad behandles med antidepressiva og angstdempende, i tillegg til bruk av palliativ sedering. Dette fremkommer også av Morita (2004) sine studier på terminale kreft pasienter i Japan. Samtidig kjennetegnes eksistensiell lidelse av en medikaliserende tilnærming som knyttes til psykiatri i kraft av vanskeligheter med å finne forskjeller i den mentale og emosjonelle tilstanden til pasienter med eksistensiell lidelse og pasienter med psykisk lidelse (Ibid:608).

Det har blitt påpekt tidligere, med referanse til bl.a. Boston *et al* (2011) sin litteraturgjennomgang, at eksistensielle utfordringer manifestert som lidelse vil ha klare likhetstrekk til psykisk lidelse, men at eksistensielle utfordringer av innholdsmessige årsaker ikke kan medikaliseres på samme måte. Dette kan eksempelvis illustreres med at eksistensiell lidelse kan innebære reaksjoner som sorg, nedstemthet, angst uten å være en psykisk lidelse; sorg, nedstemt humør og eventuelt angst vil ikke nødvendigvis være indikatorer på psykiatriske diagnoser i forbindelse med livets slutfase. En medikalisering av eksistensielle utfordringer på bakgrunn av analoge likheter mellom psykiske symptomer og reaksjoner på eksistensielle utfordringer, vil dermed være en feilslutning på linje med medikalisering av sorgprosesser i forbindelse med dødsfall. Sammenligningen har for øvrig likheter utover slutningsfeilen, ettersom både eksistensielle utfordringer og sorg omhandler naturlige menneskelige reaksjoner på en bevissthet knyttet til kontrasten mellom det at noen eksisterer og det at noen ikke eksisterer.

Uklare definisjoner og uklar begrepsbruk i forskningslitteraturen

Det er gjort flere forsøk på å definere eksistensiell lidelse, i noen tilfeller begrepsliggjort som «eksistensiell smerte». Blant annet har Strang *et al* (2004:246), gjennom studier med sykehusprester, palliative leger, og smertespesialister, kommet frem til ulike definisjoner av

eksistensiell smerte[sic] på basis av ulik faglig bakgrunn: Sykehusprestene fremhevet skyldfølelse og religiøse utfordringer, palliative leger fremhevet eksistensiell smerte som «tilintetgjørelse og forestående separasjon», og smertespesialistene konkluderte med at «living is painful»¹⁵. Bruce & Boston (2011) refererer videre til Albinsson & Strang (2002), Breitbart *et al* (2004), og Hensch & Danielson (2009), og oppsummerer at definisjoner av eksistensiell lidelse vil kunne inkludere begreper som «loss of personal meaning», «loss of purpose of life», «fear of death», «despair», «anguish», «hopelessness», «being a burden to others», «loss of dignity», «helplessness», og «betrayal». Lavoie *et al* (2008:94) forsøker seg på en filosofisk tilnærming og beskriver eksistensiell «anguish» som «[...] the fear felt when facing death, that is, when facing the prospect of going to the beyond. This anguish generally comes from the apprehension of nothingness», mens Frank (1991), ifølge Bruce og Boston (2011:2734), mener eksistensiell lidelse er tuftet på «incoherence and disruption of relations of selv and others»¹⁶. Selv om flere av definisjonene samsvarer med typiske eksistensielle utfordringer, preges utvalget av en uklar variasjon som hverken fordrer tverrfaglig forståelse eller et fundament for palliativ-medisinsk konsensus.

De uklare definisjonene av eksistensiell lidelse kan blant annet skyldes uklar begrepsbruk og den restkategoriske karakteren det eksistensielle får gjennom å være en form for spiritualitet (jf. OTPMs definisjon av det spirituelle). Dette kan illustreres med at studier i forbindelse med eksistensiell lidelse ofte lister opp utfordringer som åpenbart ikke er av eksistensiell karakter, men som enten er av åndelig eller psykososial karakter. Dette fremkommer blant annet i min tidligere fremstilling av Kissane *et al* (2001) sine kriterier for «demoralization syndrome». Ytterligere eksempler finner vi blant annet i Morita (2004:446) sin betraktning av «sense of burden/dependency», «lack of social support», og «economic burden» som utfordringer karakteristiske for «psykoeksistensiell lidelse» (les: eksistensiell lidelse). Enda tydeligere blir det med Blinderman & Chernys (2005:372) betraktning av «dignity/body image», «social isolation», «coping mechanisms/support», og «spiritual health»¹⁷ som eksistensielle utfordringer. Den samme tendensen finner vi igjen hos Bolmsjo

¹⁵ Dette er interessant i sammenheng med min senere redegjørelse av livstrøtthet (weariness of life) som en form for eksistensiell lidelse.

¹⁶ Det er for øvrig uvisst hva som egentlig menes med Frank (1991) sin påstand om eksistensiell lidelse, men påstanden illustrerer godt hvor vanskelig det er å forstå og forklare et såpass subjektivt lidelsesfenomen. Påstanden kan i noen grad tolkes å være analog til Karl Jaspers begrep om «kritiske situasjoner», et begrep som i sammenheng med Heidegger belyses noe nærmere i kapittelet om den eksistensielle lidelsens eksistensielle filosofiske innhold.

¹⁷ Det er vanskelig å forstå hvordan artikkelforfatterne kan betrakte spirituell helse som en eksistensiell utfordring, når det blant annet gjennom læreboklitteraturen er etablert at det eksistensielle skal forstås som en for spiritualitet, ikke omvendt.

(2000:21) og Bolmsjö *et al* (2002:185), der man i tillegg henholdsvis anser «communication» og «thoughts about God and life after death» som eksistensielle temaer.

I Boston *et al* (2011:606 og 608) sin litteraturgjennomgang problematiseres denne sammenblandingen mellom det spirituelle og det eksistensielle i lidelsessammenheng, og det blir tydelig at også studier som Hensch & Danielson (2009), Okon (2005), Morita *et al* (2000), Murata & Morita (2006) anser utfordringer som blant annet «ensomhet» og «det å være en byrde» som karakteristisk for eksistensiell lidelse. Det er derfor en påfallende stor mengde utfordringer som knyttes til eller anses som karakteristisk for eksistensiell lidelse, uten at det er åpenbart hvordan utfordringene har noe med det eksistensielle å gjøre. Med unntak av «thoughts of God and life after death» som en åndelig-religiøs utfordring, vil samtlige av nevnte utfordringer kunne betraktes som psykososiale fremfor eksistensielle.

Denne sammenblandingen av psykososiale, åndelige, og eksistensiell utfordringer, sammen med mengden varierende definisjoner, danner fundamentet for oppfatningen om eksistensiell lidelse som en restkategori for ikke-fysisk lidelse. Dette underbygges også videre av den spirituelle omtalen, samt selve definisjonen av «spirituality», det eksistensielle omfattes av i OTPM. I OTPM finner vi for øvrig en tilnærming som bidrar til ytterligere forvirring rundt det eksistensielle i palliativ kontekst: eksistensielle utfordringer som en del av et eksistensielt «distress» som videre er en typologisk faktor i påvisning av «dignity-related distress» (Chochinov, 2015:309). «Dignity-related distress» knyttes til den samme pasientgruppen som eksistensiell lidelse i tilfeller av livsbegrensende sykdom.

Eksistensiell lidelse som somatiseringslidelse

I følge Strang *et al* (2004:242) vil den eneste psykiatriske lidelsen som vagt kan tolkes å omfatte eksistensiell lidelse være diagnosen somatiseringslidelse. Somatiseringslidelse er ifølge Store Medisinske Leksikon definert som en

«[...] kronisk og invalidiserende psykosomatisk (somatoform) lidelse (ICD-10 F45.0) kjennetegnet ved kroniske legemlige symptomer fra en rekke organsystemer, uten sikker medisinsk-biologisk forklaring. Skilles fra enkel somatiseringslidelse (F45.1) hvor personen kun presenterer et begrenset antall legemlige symptomer» (Malt, 2014)

Det er særlig verdt å merke seg at det blir presisert at lidelsen kjennetegnes av en mangel på en sikker medisinsk-biologisk forklaring, og at det psykosomatiske ved lidelsen i tilfeller av eksistensiell lidelse må bære preg av eksistensielle utfordringer (Strang *et al*, 2004:242). Lidelsen har derfor hverken en psykiatrisk eller en medisinsk-biologisk karakter, og vil kun

kjennetegnes av at eksistensielle utfordringer som utgjør lidelse. Tatt patologisering og medikalisering i betraktning, vil eksistensiell lidelse dermed være en mer presis betegnelse på lidelsen. I tillegg er somatiseringslidelse problematisert av Fors *et al* (2014:51) som en del av det nye begrepet «somatisk symptomlidelse», der symptomene som svarer til diagnosen representerer en utfordring for både medisinen og psykologien i kraft av en manglende medisinske forklaring. Det vil derfor være oppklarende også for psykologien å differensiere eksistensiell lidelse vekk fra utdaterte psykiatriske diagnoser som må justeres for å kunne omfatte eksistensiell lidelse.

Det er dermed påfallende at eksistensiell lidelse medikaliseres som psykisk lidelse på tross av manglende belegg, begrepslig forståelse, og psykiatrisk klassifisering. Den restkategoriske karakteren til eksistensiell lidelse blir dermed enda mer tydelig, ved at eksistensiell lidelse betraktes som en ikke-fysisk lidelse som, ifølge medisinen, kun kan omfattes av det psykiatriske i kraft å mangle en medisinsk-biologisk forklaring. Om man spissformulerer det, betraktes eksistensiell lidelse som «psykisk» i kraft av at eksistensielle utfordringer av nødvendighet må ha et opphav i feilaktig eller unaturlig tankevirksomhet med likheter til angst- og depresjonslidelser. Følgelig vil den medisinske tilnærmingen til eksistensiell lidelse i medisinsk kontekst bestå av angstdempende eller selektive serotoninreopptakshemmere, fremfor en terapeutisk tilnærming der eksistensiell lidelse forstås som en universelt menneskelig reaksjon på det å bli konfrontert med døden¹⁸.

Lidelsesbegrepet i filosofi

Utover den eksistensielle lidelsens begrepelige konnotasjoner til eksistensialisme og eksistensfilosofi, har også selve lidelsesbegrepet et innhold som er filosofisk tematisert. Arne J. Vetlesen (2004) tar for seg smerten som fenomen, og knytter den i til hvordan mennesket føler, erfarer, og opplever smerte som fenomen. I forbindelse med Vetlesens bruk av smertebegrepet, vil jeg i likhet med Saunders begrep om «total pain», tolke smertebegrepet som analogt med lidelsesbegrepet. Som tidligere påpekt har lidelsesbegrepet en semantisk verdi som går utover smertebegrepet begrensede konnoteringer (smerte som et kroppslig lokaliserbart fysisk fenomen), og jeg vil derfor knytte Vetlesens bruk av «smerte» opp mot min nytolkning av Saunders begrep om «total pain» (jf. «total suffering»). En slik tolkning vil

¹⁸ Dette vil bli tematisert i forbindelse med Yalom (1980) i kapittelet om den eksistensielle lidelsens eksistensfilosofiske innhold.

eksempelvis ta høyde for en bevissthet om noe vondt der ubehaget ikke kan tolkes å være kroppslig lokalisert og dermed ikke tydelig lar seg beskrive som «smerte».

Vetlesen vektlegger i stor grad dualismen i det å føle lidelse: der vi, som mennesker, på den ene siden kan forstå og sette oss inn i den andres lidelse i kraft av å dele det universelt menneskelige, mens vi på den andre siden må anerkjenne at lidelse kan innebære en opplevelse av «absolutt distanse og ikke-identifisering overfor andres smerte» (Ibid:31); noe rent personlig ingen andre har en evne til å sette seg inn i eller forstå omfanget av. I forbindelse med palliasjon og eksistensiell lidelse, kan dette belyses ytterligere med Vetlesen (Ibid:32) sin redegjørelse av dualismens sammenheng med medisinsk-vitenskapelige forståelsen av lidelse:

Bare ved å forutsette at kroppen er identisk hos alle individer (av samme kjønn), kan profesjonene som spesialiserer seg på kroppens behov, kroppens sykdommer, kroppens aldring og så videre anvende sin viten om den generelle menneskekroppen på alle de enkeltksemplarer av den som de konkret måtte underkaste behandling. Kroppens artsmessige og fysiologiske homogenitet gir altså et vitenskapelig grunnlag for den alminnelige oppfatning at [lidelse] arter seg grunnleggende likt hos alle mennesker som utsettes for det.

Så, gjennom en universalisering av lidelse som et objektivt menneskelig fenomen gis medisinen forutsetninger til å behandle selve lidelsen. Dette er, som påpekt i kapitlet om medikalisering av eksistensiell lidelse, en for så vidt uproblematisk legitimering av medisins mulighet til å behandle lidelse. Det problematiske oppstår i det medisinen går utover sitt domene og medikaliserer lidelser uten medisinsk innhold som et etablert medisinsk fenomen. For selv om potensialet for eksistensielle utfordringer må betraktes som universelt og menneskelig, vil en ensidig medisinsk tilnærming til eksistensielle utfordringer som lidelse neglisjere opplevelsen av de eksistensielle utfordringene som subjektivt unike (jf. en absolutt distanse og ikke-identifisering til andre). Dette utdypes videre med selve utgangspunktet til «absolutt distanse og ikke-identifisering»: Distansen springer ut av en ren immanens der kroppen og selvet utgjør totaliteten i selve lidelseserfaringen; individet blir redusert til sin egen subjektive erfaring av lidelsen. Eksempelvis vil personen oppslukes av, og bli diagnosen eller lidelsen; «Alt jeg er og gjør knyttes til lidelsen».

Eksistensiell lidelse vil dermed ha et subjektivt innhold som vanskelig lar seg kvantifisere i objektive medisinske størrelser, og en del av det å lide eksistensielt kan dermed ikke omfattes av medisins vitenskapelige legitimering av behandling. Den rene immanensen er en rent subjektiv lidelseserfaring som dannes av pasienten gjennom at de eksistensielle utfordringene som potensiell lidelse defineres av hvem pasienten er og hvilke opplevelser,

følelser, erfaringer, og tanker pasienten har og har hatt: pasientens livshistorie. For å i det hele tatt kunne nå en tilnærmet full forståelse av en pasients eksistensielle lidelse her og nå, må pasientens personlighet og livshistorie betraktes som palliativt viktige gjennom sin virkning på pasientens eksistensielle lidelse her og nå. Lidelsesbegrepet overskrider dermed medisinske rammer i kraft av at lidelse har individuelle forutsetninger og oppleves subjektivt; eksistensiell lidelse er individuelt unikt gjennom å formes av den personlige livshistorien, samtidig som den subjektivt knytter seg til ulike tematikk som konvergerer mot mening, det å dø, frihet, og isolasjon.

Om vi kontrasterer Vetlesens filosofiske forståelse av lidelsesbegrepet med Cassell (1998:131) sin definisjon, er det viktig å merke seg at lidelse defineres i sammenheng med nettopp personer, fremfor kroppslighet. Dette er som nevnt særlig vesentlig i tilfeller av eksistensiell lidelse og kan belyses ytterligere ved å redegjøre for Mehnert (2006) sitt fokus på *livshistoriens* betydning i tilfeller av eksistensiell lidelse. Her fremheves pasientens livshistorie, i tilfeller av eksistensiell lidelse, som å spille en bevirkende rolle for innholdet i den eksistensielle lidelsen. Vår egen oppfatning om hvem vi er, hvem vi var og hvem vi vil bli, som en del av vår autobiografiske kontinuitet og koherens, danner ifølge Mehnert et personlig narrativ som er vår individuelle livshistorie. Denne livshistorien blir konfrontert i møtet med alvorlig og livsbegrensende sykdom, noe som gjør at vi revaluerer individuelle antagelser og verdisystem. På denne måten mener Mehnert at livsbegrensende sykdom kan virke revaluerende eller reflekterende på opprettholdelsen av personlig meningstilskrivelse og livsformål (Ibid:780). Dette knyttes videre til Habermas sosiofilosofiske tilnærming til selvet, der livshendelser betraktes å ha en kausal relasjon til forandringer i opplevelsen av verden (Ibid:780). Pasientens livshistorie er dermed implementert i lidelseserfaringen gjennom at totaliteten av det man er, var, og vil gjøre er avgjørende for hvordan man opplever selve lidelsen; livsnarrativet oppløser seg når man blir konfrontert med døden, og man får en eksistensiell bevissthet med et metaperspektiv/-narrativ der en betrakter sin egen historie, verdier og meningstilskrivelse i relasjon til at man faktisk skal eller ønsker dø¹⁹. Livshistorie og identitet tydeliggjør på denne måten hvorfor det viktig å snakke om personer i sammenheng med lidelse, fremfor kropp og smerte. Lidelse, og da særlig eksistensiell lidelse, vil måtte tolkes i sammenheng med livshistorie, identitet, og livsnarrativ, noe som danner ytterligere

¹⁹ Dette tematiseres ytterligere siste kapittels redegjørelse av Heideggers distinksjon mellom *autentisk* og *inautentisk være til døden*, samt Yalom's eksistensialistisk-psykoterapeutiske kategorisering av eksistensiell utfordringer. I forbindelse med samme kapittel kan Mehnert (2006) sin poengtering av livshistorisk oppløsning i møte med livsbegrensende sykdom også betraktes å ha likheter med til Nietzsches nihilisme.

belegg for at begreper som «kropp» og «smerte» ikke tilstrekkelig fanger det fulle omfanget til hverken lidelse som sådan eller den personlige opplevelsen av lidelsen.

Den eksistensielle lidelsens relevans for eksistensialisme og filosofi

Det er verdt å merke seg at, i følge Strang *et al* (2004:247), så har 99% og 78% av henholdsvis palliative leger og smertespesialister påtruffet tilfeller av eksistensiell «smerte» i samsvar med egne definisjoner, og respektive palliative leger og smertespesialister ser en sammenheng mellom eksistensiell lidelse og smerte. Det er dermed tydelig at de som har tettest kontakt med pasienter med livsbegrensende sykdom anser eksistensiell lidelse som et eget fenomen, differensiert fra det psykiatriske domenet. Dette, sammen med et intuitivt og begrepslig skille mellom det spirituelle, psykiske, og eksistensielle, er ytterlige belegg for å hevde at det eksistensielle er et filosofisk anliggende differensiert fra det psykisk lidelse, åndelighet, og psykososiale utfordringer.

Samme studie påpeker dermed, interessant nok, at

«If an extreme existential suffering can reinforce already existing pain or quite simply be the predominant cause of a severe, analgesics-resistant pain, described in terms of bodily harm, it is essential for the pain team to have the expertise to deal with matters of life and death [...]»
(Ibid:248)

Dette er et sterkt og godt poeng som enkelt synliggjør hvorfor et eksistensfilosofisk bidrag i defineringen av eksistensiell lidelse er viktig. Eksistensiell lidelse som aksentuerende på allerede eksisterende smerte eller lidelse, i tillegg til at eksistensiell lidelse kan være en dominerende årsak bak lidelse resistent mot smertestillende tiltak, fordrer en palliativ tilnærming som både evner forstå og lindre nevnte lidelse. Dette understøttes av Hudson *et al* (2006) og Albert (2005) der det eksplisitt (ikke i kraft av eksistensielle utfordringer) dokumenteres at eksistensiell lidelse er blant grunnene til at pasienter ønsker å dø. Det er dermed tydelig at eksistensiell lidelse spiller en betydelig palliativ rolle, og at et eksistensfilosofisk bidrag til begrepslig forståelse kan gi avgjørende ekspertise på lidelse i livets slutfase. Eksistensfilosofer har kompetansen som i sitatet etterspørres, og det er på tide det palliative fagfeltet innser det tverrfaglige potensialet i defineringen av eksistensiell lidelse og tilnærmingen til de tilhørende eksistensielle utfordringene.

I Mehnert (2006:782), i tillegg til Bruce & Boston (2011:2734), pekes det på at ulike empiriske studier på pasienter i livets slutfase og pasienter som mottok palliativ sedering konvergerer mot en utfordringstematikk som blant annet omhandler mening, verdi, livsmål

(dvs. formålet med å leve), isolasjon, det å dø, og selve døden. Studiene knytter dermed et lidelsesinnhold (om enn ikke eksplisitt) til eksistensielle problemstillinger og begreper som karakteriseres som essensielle i eksistensfilosofien. I tillegg vil reaksjoner eller erfaringer i forbindelse med nevnte utfordringer, gjennom å beskrives som eksistensielt utfordrende (jf. eksistensielle utfordringer), skissere en vag definisjon av eksistensiell lidelse: Pasienten lider gjennom reaksjoner på eksistensielle utfordringer. Følgelig danner det seg en omtrentlig, men uklar skisse av hva det eksistensielle er i en palliativ kontekst.

Med utgangspunkt i den eksistensielle lidelsens grunnleggende menneskelige karakter, vil eksistensiell lidelse dermed kunne utledes som et lidelsesfenomen som kan belyses med eksistensfilosofi. En presis definisjon som gjenspeiler en god medisinsk forståelse av pasienters eksistensielle utfordringer må dermed fundamenteres i eksistensfilosofiens begreplige forståelse av «det eksistensielle». Dette vil bidra til en bedre forståelse av eksistensiell lidelse som fenomen og begrep, en tydelig avgrensning mot psykiske lidelser, og en ikke-medikalisert forståelse av eksistensiell lidelse som en rent menneskelig reaksjon på eget sykdomsbilde, en relativt nært forestående død, eller livssituasjon. Ubehagelige reaksjoner på eksistensielle utfordringer må derfor betraktes som en lidelsesfremkallende bevissthet om det å eksistere, og en filosofisk analyse av de eksistensielle utfordringene vil i stor grad kunne bidra til både en begreplig og en palliativ forståelse av eksistensiell lidelse.

Eksistensiell lidelse som et medisinsk fenomen

Eksistensiell lidelse kan være et medisinsk begrep uten at selve lidelsen medikaliseres eller at eksistensielle erfaringer patologiseres. Eksistensiell lidelse bli på denne måten et medisinsk begrep uten et medisinsk innhold utover det som er naturlig implisitt i selve lidelsesbegrepet. Kritikken av medisinenes tendens til å medikalisere eksistensiell lidelse som en psykiatrisk diagnose er ikke et forsøk på å devaluere påstanden om at klinisk depresjon og angst reelt oppstår i tilfeller av livsbegrensende sykdom, men en poengtering av at det er viktig å betrakte eksistensiell lidelse som en naturlig, menneskelig respons på det å bli konfrontert med døden fremfor som en unaturlig psykisk reaksjon symptomatisk for diagnoser som skal eller bør behandles medisinsk. Klinisk depresjon og angst skal både behandles og tilnærmes i tråd med medisinsk behandling, og eksistensiell lidelse vil ikke omfatte psykiatrisk lidelse i en samlebegreplig kategorisering av alle utfordringer i tilfeller av livsbegrensende sykdom som rent eksistensielle eller psyko-eksistensielle. Sykdom, enten somatisk eller psykiatrisk, skal behandles og tilnærmes som sykdom, mens eksistensiell lidelse bør tilnærmes og lindres som grunnleggende menneskelig.

Idealmodeller og case-eksempler på eksistensiell lidelse

Ikke-fysisk lidelse kan komme til uttrykk som ulike tilfeller av lidelse, og det er vil nødvendigvis være vanskelig å differensiere mellom frykt, angst, depresjon, livstrøtthet, religiøse utfordringer, og eksistensiell lidelse. Et ikke-fysisk lidelsesaspekt fremstår som en naturlig del av lidelse som sådan, og sykdom, enten livsbegrensende eller mindre alvorlig, i livets slutfase virker av nødvendighet å måtte involvere en eller annen form for ikke-fysisk lidelse. For øvrig har ikke ikke-fysisk lidelse den samme etiologien, slik at det blir feil å anta at også religiøse utfordringer, livstrøtthet og eksistensiell lidelse har medisinsk-biologiske årsaksforklaringer. Ettersom psykologien har etablert solide typologier og kan identifisere lidelse av rent psykisk art, oppstår det, som nevnt i foregående kapittel, et vakuum der lidelse som ikke lar seg klassifisere som enten somatisk eller psykiatrisk danner en medisinsk restkategori uten tydelige definisjoner eller faglig konsensus. Denne restkategorien av ikke-fysisk lidelse er likevel gjenstand for et visst palliativt fokus, og det finnes flere studier som konkluderer med lidelsens tilstedeværelse hos pasienter i livets slutfase. Ikke-fysisk lidelse som ikke i utgangspunktet kan betraktes å omfattes av psykiatrien samles under den restkategoriske betegnelsen «spiritual» eller åndelig/eksistensiell, uten at det foreligger en internasjonal enighet om hvordan og hva det eksistensielle betyr eller involverer i en medisinsk kontekst. Som påpekt i første kapittel forfektes dette av lærebøker som eksempelvis Oxford Textbook Palliative Medicine (OTPM) og Nordisk Lærebok i Palliasjon (NLP), samt i forskningsartikler med medikaliserte forståelser av det eksistensielle. Medisinen, og særlig det palliative fagfeltet, har imidlertid tilgang på og en tett omgang med pasienter som faller inn under «spiritual» eller åndelig/eksistensiell lidelse, og det er påfallende få medisinske forsøk på å sette seg inn i og forstå pasientens eksistensielle lidelse.

Tegn på eller erfaringer av eksistensiell lidelse (dvs reaksjoner på eksistensielle utfordringer) er vanskelig for leger å vurdere, og en identifisering av lidelsen som eksistensiell krever ofte spesialkompetanse og kontinuerlig kontakt med pasientens familie (Agrawal & Emmanuel, 2001). Eksempelvis kan det for en palliativ behandler (lege eller sykepleier) være vanskelig å differensiere mellom lidelse av psykisk karakter og lidelse av eksistensiell karakter. Hovedsakelig vil dette måtte skyldes at symptomatologien til depresjon og angst i stor grad ikke er eksklusiv for den psykisk lidelsen og dermed delvis sammenfaller med reaksjoner på og erfaringsuttrykk for eksistensielle utfordringer. For eksempel kan anhedonia, håpløshet, søvnløshet, tap av matlyst, skyldfølelse, meningsløshet og angst både ha et eksistensielt opphav og en psykisk etiologi. Den palliative håndteringen av eksistensielle utfordringer som lidelse

har dermed fått en medikalisert form som innebærer en kategorisering av eksistensiell lidelse som psykisk lidelse ved livets slutt, og sett bort i fra lindrende sedering finnes det ingen generell, etablert løsning på eksistensielle lidelse utenfor psykologiens behandlingsrammer.

Dette kapitlet er et forsøk på å gi en dypere forståelse av pasienter med ulike former for eksistensiell lidelse gjennom en skissering av idealmodeller. I tilfeller av livstrøtthet og livsbegrensende sykdom vil idealmodellene belyses av case-eksempler som direkte kan knyttes til eksistensielle utfordringer som eksistensiell lidelse. Idealmodellene tydeliggjør hvordan eksistensiell lidelse relaterer seg til det medisinske fagfeltet, samtidig som det tydeliggjøres at eksistensiell lidelse forstås uavhengig av medisinsk-biologiske årsaksforklaringer. Dette vil følgelig illustrere hvorfor eksistensielle utfordringer ikke kan patologiseres som psykiatriske eller psyko-eksistensielle symptomer, og dermed poengtere eksistensiell lidelse som et rent menneskelig potensiale som ikke kan medikaliseres. Idealmodellene er skisseringer utledet av et empirisk grunnlag, med reelle case-eksempler.

Utgangspunktet for idealmodeller av eksistensiell lidelse

Det empiriske grunnlaget til idealmodellene bygger på Lunney *et al* (2002) sin kartlegging av de mest vanlige dødsforløpene, og jeg tar utgangspunkt i en forenklet skissering av tre generelle hovedkategorier av dødsforløp. Disse hovedkategoriene er ment å illustrere hvordan medisinsens fremgang i sykdomshåndtering bidrar til et økt potensiale for eksistensiell lidelse, gjennom at pasienter i en større grad gis rom til å bli bevisst sin sykdom og relative dødstidspunkt. Hovedkategoriene samsvarer i noen grad med Kissanes skissering i «The Relief of Existential Suffering» (2012:1501) og forutsetter en relevant empirisk overførbarhet mellom USA og Norge:

1. Brå død eller svikt i organsystem,
2. fysisk forfall/skrøpeligheit som følge av alder, og
3. livsbegrensende sykdom med inkurabel kreft som den predominale dødsårsaken.

(Lunney et al, 2002:1110)

I kraft av at både pkt 2 og 3 innebærer et forfall der individet hovedsakelig vil være klar over at han/hun snart skal dø, vil hovedkategoriene tydeliggjøre hvordan bevissthet om egen død nødvendigvis må være relativt sammenhengende med måten individet dør på. Idealmodellene tar på denne måten utgangspunkt i at en bevissthet om egen død innebærer eksistensielle utfordringer som kan medføre en subjektiv lidelseserfaring.

Idealmodellene tar for seg eksistensiell lidelse i ulike lidelseskontekster og tydeliggjør hvordan eksistensielle utfordringer spiller en ulik avgjørende rolle ut fra hvilke lidelseskontekster de eksistensielle utfordringene oppstår i. Idealmodellene vil også tydeliggjøre en ikke-medikalisierende palliativ tilnærming som tar høyde for eksistensielle utfordringer som rent menneskelige reaksjoner på individuelle sykdomssituasjoner. Idealmodellene for eksistensiell lidelse er i tillegg ment å bidra til en lettere identifisering av eksistensiell lidelse og en bedre klinisk forståelse hva eksistensiell lidelse i realiteten er og kan være.

Begrepslige bemerkninger

I min redegjørelse av idealmodeller for eksistensiell lidelse vil jeg ta utgangspunkt i erfaringer av eksistensiell art som utgangspunkt for eksistensielle utfordringer. Eksistensielle utfordringer vil i sin tur utgjøre eksistensiell lidelse hvis de eksistensielle utfordringene subjektivt erfares som « [...] [a] state of severe distress associated with events that threaten the intactness of the person» (Cassell, 1998:131). På bakgrunn av argumentasjonen i foregående kapittel, vil jeg imidlertid unngå bruk av «distress»-begrepet og en reduksjonistisk tilnærming til reaksjoner på eksistensiell utfordringer som «symptomer».

Det fremstår som uklart hvilken begrepslig signifikans distressbegrepet har i sammenheng med lidelsesbegrepet og en anvendelse av begrepet i betydningen «en ubehagelig emosjonell respons på en kilde eller en direkte årsak til stress» vil innebære en forståelse av «distress» som minner om en underkategori av lidelse; distress kommer til uttrykk i en emosjonell respons man videre danner en personlig erfaring av, og begrepet reduseres til en tilnærmet automatisk reaksjon eller en refleks. Dette vil videre innebære at «distress», som en emosjonell respons forut for den personlige erfaringen av den, er begrepsliggjort for pasienten uten at pasienten har dannet seg en personlig erfaring av den. Dette kan være en kilde til ytterligere uklarhet knyttet til det eksistensielle i en medisinsk kontekst

Symptombegrepet har tydelige konnotasjoner til medisin og vil hovedsak innebære at noe kroppslig eller mentalt oppleves som unormalt. Som argumentert for i første kapittel er eksistensiell lidelse grunnleggende ikke-medisinsk, og de utfordringer som kan knyttes til selve lidelsen kan vanskelig betraktes å være annet enn normale reaksjoner som kjennetegnet av det å eksistere som et menneske. En anvendelse av symptombegrepet vil derfor rammes av min egen kritiske tilnærming til medisinsens patologisering av eksistensielle utfordringer i palliativ kontekst.

For unngå ytterligere begrepsforvirring og patologisering knyttet til det eksistensielle lidelsesaspektet vil jeg derfor hverken anvende begrepene «distress» eller «symptomer» i sammenheng med eksistensiell lidelse. Jeg vil derimot basere meg på opplevelser og refleksjoner av eksistensiell art som etablerende for eksistensielle utfordringer, med eksistensiell lidelse som manifesteringen av et eksistensielt utfordringer som lidelse. I sammenheng med idealmodellene, vil derfor de eksistensielle utfordringene som opplevd lidelse være konstituerende for idealmodellene som ulike former for eksistensiell lidelse. Dette følger av kritikken fremsatt i første kapittel.

Idealmodeller av eksistensiell lidelse

Forslaget til idealmodeller er forskjellige typer av eksistensiell lidelse, med tilhørende og koherente eksistensielle utfordringer; mening, død, og ønsker om å finne et formål og endelig svar. De eksistensielle utfordringene er skissert som vage med den hensikt å være konvergente begrep som fanger opp forskningens kartlegging av erfaringer av eksistensiell art både i palliativ kontekst og i sammenheng med livstrøtthet. Mening, død, og ønsker om å finne et formål/endelig svar omfatter på denne måten bl.a. erfaringer av verdiløshet, meningsløshet, frykt, panikk, dødsangst, eksistensiell isolasjon, og ønsker om å kontrollere dødstidspunktet²⁰. Dette er erfaringer av eksistensiell art som gjennom palliativ litteratur har blitt etablert som gjengående eksistensielle utfordringer. Idealmodellene vil dermed være med på å nyansere eksistensiell lidelse som en rent menneskelig palliativ utfordring det i utstrakt grad benyttes medikaliserte tilsvarende på.

Beskrivelsen av de ulike idealmodellene vil vektlegge distinksjonen mellom utholdelig og utholdelig eksistensiell lidelse hos pasienter med livsbegrensende sykdom, samt en tydeliggjøring av livstrøtthet som eksistensiell lidelse. Skillet mellom utholdelig og utholdelig er basert på Ruijs' (2015) studier på lidelse hos kreftpasienter, og kommer til uttrykk gjennom en oppdeling av idealmodell 3: Eksistensiell lidelse som *utholdelig* og eksistensiell lidelse som *utholdelig*. Generell eksistensiell lidelse, uten tilknytning til somatikk, psykiatri, alder, eller generelt fysisk forfall, er tatt med som idealmodell for å tydeliggjøre hvordan eksistensiell lidelse er en rent menneskelig tilstand de fleste er i stand til å relatere seg til. Skisseringen av idealmodeller vil dermed ta utgangspunkt i eksistensiell lidelse som et ikke-medisinsk fenomen uten somatikk, før eksistensiell lidelse knyttes til livstrøtthet og

²⁰ De eksistensielle utfordringene og erfaringene er hentet fra Morita (2004:446), og anses som representative for den diversiteten av eksistensiell lidelse som kommer frem gjennom ulike studier med eksistensiell lidelse (eventuelt -smerte/-«distress» eller «psykoeksistensiell» lidelse) som tema. Boston *et al* (2011:608) sin litteraturgjennomgang viser at de samme eksistensielle utfordringene går igjen i en rekke andre studier.

livsbegrensende sykdommer som henholdsvis fenomener tilknyttet mindre alvorlig somatikk og alvorlig somatikk.

Idealmodell 1: *Generell eksistensiell lidelse*

Idealmodell 1 kjennetegnes av individer med *generell* eksistensiell lidelse, uten påviste eller relevante somatiske eller psykiske lidelser. Idealmodell 1 omhandler på denne måten individer som generelt og menneskelig reflekterer rundt eksistensielle problemstillinger som mening og endelig svar/formål, men som opplever et ubehag i å bli konfrontert med meningsløshet og manglende svar. Individene vil eksempelvis reflektere rundt kontrasten mellom det å være (les: eksistere med bevissthet om egen eksistens) og det å ikke være, men uten å eksplisitt uttrykke et ønske om å dø. Individene er derfor hverken suicidale eller depressive, men har rent menneskelige eksistensielle refleksjoner som oppleves som ubehagelige eller tunge å bære på.

Idealmodell 1 vil delvis kunne være overlappende med misantropi, tungsinn, og lettere depresjon, men kjennetegnes av en utelukkende menneskelig refleksjon rundt egen eksistens. Det vil være særdeles tentativt å skulle peke på en nødvendig korrelasjon mellom idealmodell 1 og eksterne årsaker, men på grunn av lidelsens generelle karakter må den også ses i sammenheng med personlighetstrekk og en eksistensiell bevissthet eventuelt fremprovosert av litteratur, bøker, musikk eller lignende; man blir mentalt «farget» av personlige erfaringer slik at eksistensielle utfordringer fremtrer som personlig sentrale problemstillinger det blir viktig å forløse. Idealmodell 1, generell eksistensiell lidelse, omfatter på denne måten refleksjoner og reaksjoner på eksistensielle utfordringer utenfor en medisinsk kontekst, og innbefatter en generell eksistensiell tyngde eller lidelse ved det å eksistere overhode. De eksistensielle utfordringene vil følgelig være de samme som i tilfeller av livsbegrensende sykdom og livstrøtthet, men idealmodell 1 har ikke en åpenbar, utløsende sammenheng med hverken somatikk eller psykiatri. Likevel innebærer reaksjonene og refleksjonene et såpass ubehag at det eksistensielt utfordrende subjektivt oppleves som en lidelse. Utfordringer som mening og død, kampen for å finne en struktur eller objektivitet som fundamentierer egne handlinger, valg, eller livshistorie som god eller rett er dermed, på samme måte som idealmodell 2 og 3, utgangspunktet for lidelsen i idealmodell 1.

Det vil derfor være naturlig å anta, på tross av manglende empirisk belegg, at en påfallende stor andel av den menneskelige befolkning oppfatter meningsspørsmålet, eksistens og livsformål som såpass vanskelig at det kan omfattes av den medisinske lidelsesdefinisjonen, selv om de hverken lider av somatiske eller psykiatriske lidelse. Generell eksistensiell lidelse

er derfor en dekkende betegnelse på et generelt eksistensielt lidelsesfenomen som ikke utelukkende lar seg knytte til medisin, samtidig som begrepet illustrerer hvordan eksistensiell lidelse overskrider medisinen som et rent menneskelig potensiale. Dette fremkommer også gjennom neste kapitels tematisering av eksistensfilosofi, der eksistensiell lidelse ikke eksplisitt knyttes til somatikk eller psykiatri.

Idealmodell 2: *Livstrøtthet som eksistensiell lidelse*

Idealmodell 2 bygger på punkt 2 i skisseringen av generelle dødsforløp (fysisk forfall/skrøpeligheit som følge av alder), og relaterer seg i hovedsak til fysisk forfall/skrøpeligheit som følge av alder. Idealmodellen omfatter i og for seg også tilsynelatende friske eldre, men kjennetegnes av at livet kontinuerlig og økende forfall frem til en relativt nært forestående død. Idealmodell 2 vil omfatte pasienter med mindre somatiske eller psykiske lidelser, som på tross av liten medisinsk alvorlighet definerer sin egen situasjon som håpløs eller uten utsikter til forbedring. De mindre alvorlige somatiske og psykiske lidelsene kan være komplekse og/eller arbitrære, men vil for pasienten være med på å utgjøre en totallidelse (jf. min tidligere drøfting av Saunders' begrep om «total pain») som potensielt kan oppleves som overveldende eller uutholdelig. Sykdomsbildet i denne idealmodellen vil hovedsakelig kunne knyttes til aldringsforfall, og det vil i de fleste tilfeller være eldre som defineres som livstrøtte. En essensiell faktor i idealmodell 2 er at individet fremhever livstrøtthet som den mest sentrale eksistensielle utfordringen. I tillegg til sykdomsbildet, vil tilfeller av livstrøtthet følgelig innebære at individet føler eller erfarer en fullførthet eller mettethet knyttet til livet, og at videre liv betyr meningsløs lidelse. Denne følelsen av livstrøtthet (mettet av livet) må anses som et ytterligere premiss i påstanden om at det i de fleste tilfeller vil være eldre som kan defineres som livstrøtte, ved at livstrøtthet hovedsakelig innebære erfaringer gjennom et relativt langt liv.

Sett i kontrast til idealmodell 1 og 3, vil noe av utgangspunktet for den eksistensielle lidelsen være reversert gjennom at mening, formål og svar er tilstrekkelig forløst i levd liv, og at et videre liv/eksistens med mindre alvorlige somatiske og/eller psykiske lidelser ville innebære manglende mening og formål. Som i de to andre idealmodellene, vil hovedkomponenten i idealmodell 2 vil derfor hverken være somatisk eller psykisk, men utelukkende eksistensiell; den livstrøtte vil dø fordi det subjektivt oppleves å mangle en mening eller et formål med videre liv, og tanken på- eller det å leve et videre liv, vil dermed utelukkende innebære eksistensiell lidelse. Å skulle peke ut det somatiske eller psykiske ved symptom bildet som utslagsgivende for den eksistensielle utfordringen det vil innebære å leve videre, vil være

å blindt medikalisere et tydelig eksistensielt fenomen; den eksistensielle faktoren i fenomenet livstrøtthet er såpass tydelig og karakteristisk at det vil være direkte feil å bagatellisere det eksistensielle på bakgrunn av somatiske og/eller psykiatriske aspekter.

Idealmodell 2 vil i hovedsak ikke fremtre i palliativ kontekst, men hos fastlege, eldrehjem, eller hos nær familie. Eksistensielle erfaringer knyttet til livstrøtthet vil lett kunne forveksles med depresjon, og i mange tilfeller vil erfaringene uansett karakteriseres som noe som skal medikaliseres med anti-depressiva.

Case-eksempel på livstrøtthet/idealmodell 2

Brongersma-tilfellet eller «the tired of life case» er et velkjent og anerkjent tilfelle av livstrøtthet som satte presedens for eutanasi praksisen i Nederland. Tilfellet bidro til økt oppmerksomhet og et medisinsk fokus på livstrøtthet som et lidelsesfenomen.

Tilfellet omhandler 86 år gamle Edward Brongersma og hans venn og fastlege Philip Sutorius. Brongersma hadde gitt uttrykk for sin «meningsløse og tomme eksistens» (Sheldon, 2003:71) til Sutorius og han poengterte en trøtthet av livet som sådan. Brongersma led ikke av en alvorlig somatisk eller psykisk sykdom, men opplevde fysisk forfall som en følge av sin relativt høye alder. Hovedkomponenten i Brongersmas lidelse var derfor eksistensiell og han kom med en eksplisitt forespørsel om å få slippe å leve lengre. I 1998 hjalp Sutorius Brongersma med å dø i kraft av en lovtolkning som tilsa at Brongersma led av «uutholdelig og håpløs lidelse» i form av livstrøtthet (Sheldon, 2003:71). Brongersmas trøtthet av livet eller «eksistensielle mettetthet» legitimerte derfor Sutorius' handlinger i kraft av at den manglende meningen og formålet med videre liv innebar «uutholdelig og håpløs lidelse». Saken fikk stor medieoppmerksomhet og gikk flere runder i nederlandsk rettsvesen før Nederlands høyesterett til slutt konkluderte med at den «uutholdelige og håpløse lidelsen» ikke kunne knyttes til en anerkjent medisinsk eller psykiatrisk tilstand, og at Sutorius handlinger derfor ikke kunne omfattes av eutanasi-lovgivningen (Ibid). Den nederlandske eutanasi praksisen hadde à 1998 lov hjemmel fra prejudikat og ulike rettskilder, oppsummert som «substantive requirements» i Bood *et al* (1998:100-103) (det er her punkt 1 og 2 som er relevant for lovligheten i Brongersma-tilfellet, dvs eutanasi i tilfeller av livstrøtthet):

1. The request must be explicitly made by the person concerned; the request must be voluntary (not the result of undue external influence); it must be well-considered: informed, made after due deliberation and based on an enduring desire for the end of life (evidenced for instance by its having repeatedly been made over some period of time); the request should preferably be in writing or otherwise recorded.

2. The patient's suffering must be 'unbearable' and 'hopeless' (in the sense of without hope for improvement)

Dommen fikk den nederlandske legeforeningen (RDMA) til evaluere hvordan sine medlemmer praktiserte eutanasi-lovgivningen, og kom frem til at dødsønsker med samme utgangspunkt som Brongersma (dvs livstrøtthet) er en gråsoner med tilhørende komplekse spørsmål, samt at det med stor sannsynlighet allerede gjennomføres eutanasi i tilfeller av livstrøtthet. Flere leger og etikere har offentlig kritisert høyesterettsdommen og argumentert med at fastleger behandler pasienter med plager som ikke kan knyttes til klassifiserbare lidelser hver dag (Sheldon, 2003:71).

Selv om beskrivelsen av Brongersmas lidelse i liten grad går i dybden, er tilfellet redegjørende for den generelle oppfatningen av hva livstrøtthet innebærer og hvordan det har sammenheng med eksistensiell lidelse.

Idealmodell 3: Eksistensiell lidelse hos pasienter med livsbegrensende sykdom eller alvorlige og kroniske psykiatriske diagnoser

Idealmodell 3 bygger på punkt 3 i skisseringen av generelle dødsforløp (livsbegrensende sykdom med inkurabel kreft som den predominale dødsårsaken), og relaterer seg i hovedsak til terminale kreftpasienter. Idealmodellen omfatter også nevrologiske lidelser som eksempelvis ALS og Huntingtons sykdom, men kjennetegnes av at sykdomshåndteringen utsetter døden gjennom en periode med kontinuerlig forfall. Det kan også argumenteres for at alvorlige og kroniske psykiatriske lidelser som eksempelvis bipolar lidelse eller schizofreni innebærer eksistensielle utfordringer som kan medføre lidelse av eksistensiell karakter. Hovedfaktoren i idealmodell 1 er derfor at den somatiske eller psykiske lidelsen som utgangspunkt for den eksistensielle lidelsen må kunne betraktes som «uten håp for forbedring» og «livsbegrensende».

Idealmodell 3 tydeliggjør hvordan generell eksistensiell lidelse opptrer i tilfeller av livsbegrensende sykdom der pasienten blir konfrontert med tidlig død²¹, og er dermed en kombinasjon av det generelt eksistensielt utfordrende skissert i idealmodell 1 og livsbegrensende sykdom. Med belegg fra studier som bl.a. Strang (1997) og Bolmsjö (2002), samt litteraturgjennomgangen til Boston *et al* (2011), vil det være plausibelt å anta at den livsbegrensende sykdommen kan bidra til å utløse eller virke utløsende eller forsterkende på

²¹ «Tidlig død» vil i denne sammenhengen referere til død som kommer som en følge av et sykdomsforløp der levetiden forkortes i forhold til død som følge av aldersforfall (jf. pkt 1 i skisseringen av generelle dødsforløp).

de eksistensielle utfordringene, og gjøre den totale lidelsesperfaringen kraftigere. Dette samsvarer med Saunders' kamp for et palliativt fokus på pasienters «total pain», der lidelsesbildets fysiske, psykiske, sosiale, åndelige, og eksistensielle aspekter tas med i den palliative vurderingen. Eksistensiell lidelse i tilfeller av livsbegrensende sykdom følger dermed av et palliativt-medisinsk fokus på «total suffering» (jf. begrepet introdusert i første kapittel), og plasserer det eksistensielt utfordrende innenfor en medisinsk kontekst der lidelse skal lindres i henhold til det palliative fagfeltets selvlegitimerende definisjon. Idealmodell 3 bygger i så måte videre på kritikken fremsatt i første kapittel.

Det å ha en livsbegrensende sykdom retter på denne måten pasientens bevissthet mot hans/hennes eget liv og eksistens, og pasienten vil nødvendigvis reflektere og reagere på spørsmål og utfordringer knyttet til mening, døden, og endelige svar. Pasienten opplever refleksjonen og spørsmålene som utfordrende ved at vedkommende er konfrontert med en relativt nært forestående død. Pasienten erfarer at han/hun ikke finner svar eller løsninger på de utfordringene som døden konfronterer pasienten med, og pasienten vil refleksivt utvikle mentale erfaringer av eksempelvis meningsløshet, ensomhet/isolasjon, resignasjon, anger, eller dødsangst. Sykdomssituasjonen oppleves på denne måten som håpløs og uten utsikter for både fysisk og mental forløsning. Den eksistensielle lidelsen kan eventuelt manifestere seg fysisk, og forverre allerede eksisterende somatiske og psykiske symptomer. Den eksistensielle lidelsen kan alene eller i kombinasjon med fysiske og psykiske symptomer fremprovosere autonome ønsker om å fremskynde døden. På denne måten blir ønsket om å dø også et uttrykk for å kontrollere egen død og det å få kunne dø på egne premisser. Dette må ses i sammenheng med et naturlig ønske om å forløse de eksistensielle utfordringene som oppstår som en følge av den sykdomssituasjonen pasienten er i.

Som forfektet i foregående kapittel vil det i medisinsk-psykiatrisk kontekst være vanskelig å skille psykiske symptomer fra de rent menneskelige lidelsesperfaringene av eksistensielle utfordringer; symptomer på depresjon og angst vil i noen grad være sammenfallende med erfaringer av eksistensiell lidelse, og det er derfor av palliativ signifikans å forsøke å differensiere det psykiske fra rent menneskelige eksistensielle reaksjoner og refleksjoner knyttet til egen sykdomssituasjon. En mulig tilnærming til en slik problematikk vil være å analysere hva erfaringene og symptomene er rettet mot, og i hvilken grad pasienten selv oppfatter egen eksistensiell lidelse eller psykisk lidelse som knyttet til eget sykdomssituasjon. Pasienten vil være bevisst seg selv som i utgangspunktet syk, og det vil potensielt være kontraproduktivt å feilaktig diagnostisere eksistensiell lidelse som en

ytterligere sykdom eller psykisk lidelse. En medikalisering av eksistensiell lidelse som psykisk lidelse i livets slutfase, vil også devaluere pasientens autentiske eksistensielle betraktninger til ikke-normative psykiske reaksjoner på eget sykdomsbilde og prognose.

Eksistensiell lidelse og psykisk lidelse må for øvrig ikke betraktes som gjensidig utelukkende. For det er nettopp den eksistensielle essensen vi finner i idealmodell 1 som konstituerer lidelsen i eksistensielle lidelsen, ikke det eksistensielles eventuelle slektskap eller likhet til det psykiske eller det psykososiale. Det er den grunnleggende menneskelige søken etter mening og bevisstheten om sitt eget liv konfrontert med døden som fremprovoserer eksistensiell lidelse som et universelt menneskelig potensial latent i oss alle. Basert på palliasjonens legitimering av sitt eget fagfelt og kjernen i palliativ behandling, vil idealmodell 3 være mest fremtredende i en palliativ kontekst.

Case-eksempel på eksistensiell lidelse som uutholdelig/idealmodell 3(1)

Beskrivelsen omhandler et reelt tilfelle av eksistensiell lidelse og faller inn under idealmodell 1 av eksistensiell lidelse, der lidelsen oppfattes som *uutholdelig*. Tilfellet er hentet fra Shaiova (1998:403-404). Pasientens navn er anonymisert og pasienten refereres til som «L. M.».

L.M. ble innlagt ved en palliativ avdeling med smerter i forbindelse med en brystkreftdiagnose og påfølgende cellegiftbehandling. Smertene ble vurdert som 10 av 10 når hun bevegde seg. Palliasjon evnet å lindre hennes verste smerter og å etablere en relativt god symptomkontroll. Pasienten mistet imidlertid motorisk funksjon og fikk delvise lammelser i både armer og ben. L.M. ble sent hjem, men lammelsene ble etterhvert ble totale og pasienten erfarte håpløshet og alvorlig «psykisk» lidelse. Mediske vurderinger og psykiatrisk konsultasjon avslørte forøvrig ingen kliniske tegn på depresjon, demens, eller kognitive svekkelser. Kjernen i L.M.s lidelser var skyldfølelse overfor familien (at de skulle være vitne til hennes sakte forfall og død), og at hun skulle ligge lam og hjelpeløs i senga og vente på døden. På tross av at den fysiske lidelsen var palliativt håndterbar viste den eksistensielle lidelsen seg å være både refraktær og dyptgripende. Pasienten ba sine behandlere om å assistere henne i legeassistert selvmord i kraft av et hensyn til hennes egen uutholdelige lidelse, samt familiære hensyn. Pasienten ble minnet om at assistert selvmord ikke var lovlig, men at hun kunne få tilbud om dyp palliativ sedering. L.M. takket ja til sedering, og forble sedert frem til dødstidspunktet.

Ruijs' (2015) studier understøtter at eksistensiell utholdelig lidelse er et gjengående motiv i ønsker om å dø. Håpløshet og skyldfølelse er representere betydelige aspekter ved det eksistensielle lidelsesdomenet. I Ruijs (2015:158) studier oppga bl.a. 15 av 60 kreftpasienter som forespurte eutanasi «tap av mening» som utholdelig lidelse, mens 28 av de pasientene som ikke etterspurte eutanasi karakteriserte det som et betydelig lidelsesaspekt. Det bør imidlertid bemerkes at studiene ble gjennomført i Nederland, der eutanasi gjennom lovgivning er en reell mulighet. Det fremgår likevel som tydelig at eksistensiell lidelse kan oppfattes som utholdelig, og i siste konsekvens kan bidra til å fremprovosere ønsker om å fremskynde døden.

Case-eksempel på eksistensiell lidelse som utholdelig/idealmødel 3(2)

Beskrivelsen omhandler et reelt tilfelle av eksistensiell lidelse og faller inn under idealmødel 1 av eksistensiell lidelse, der lidelsen oppfattes som *utholdelig*. Pasientens virkelige navn er anonymisert, og pasienten refereres til som «Henry». Tilfellet er hentet fra Hultman (2012:198-204).

Henry ble lagt inn med type 2 diabetes, dilatert ikke-iskemisk kardiomyopati, og nyresvikt. Pasienten hadde i forkant av sykehusinnleggelsen god kontakt med nærmeste familie, men hadde kun fire uker tidligere vært innlagt med det samme sykdomsbilde. Han var selverklært ateist, og betraktet sitt spirituelle standpunkt som en rebelsk reaksjon på at han i ung alder hadde blitt tvunget med i kirken. Henry meldte om å føle seg overveldet i håndteringen av de ulike sykdomsprosessene, samt en frykt for selve døden. Gjennom en kartlegging og vurdering av Henrys symptomer, ble det tydelig at Henry led av anhedonia og et eksistensielt «distress» som forverret hans depressive tilstand. Innholdet i det eksistensielle «distress»-et ble kjennetegnet av at han «[...] feared dying secondary to fear of nothingness» (Ibid:203). Pasienten ble foreskrevet mirtazapin, og gitt tilbud om spirituell (her forstått som åndelig-religiøs) rådgivning og kognitiv adferdsterapi. Henry takket nei til både terapi og rådgivning. Det er imidlertid viktig å bemerke at Henry takket nei til spirituell rådgivning fordi han ikke hadde en åndelig-religiøs praksis.

I tillegg til å være aktuelt i tilfeller av organsvikt og hjertesykdom, som i tilfellet «Henry», er slike eksistensielle problemstillinger gjentagende i palliative kontekster der pasienten er innlagt med inkurabel kreft. I følge Ruijs' (2015:158) studier fremgår det at eksistensielle utfordringer ikke nødvendigvis innebærer utholdelig lidelse i kombinasjon med kreft. Eksempelvis erfarte 13 prosent av 60 studiedeltagere «håpløshet» som utholdelig lidelse, mens 15 prosent opplevde det som utholdelig. Totalt meldte 28 prosent fra om at de led under erfaringen av «håpløshet». Hele 24 prosent av de som eksplisitt forespurte eutanasi

gjorde det på bakgrunn av «håpløshet» (Ibid:158). Det at eksistensiell lidelse ikke nødvendigvis innebærer uutholdelig lidelse, devaluerer ikke poenget med å fremheve eksistensiell lidelse som nettopp lidelse. Siden det er åpenbart at eksistensiell lidelse kan oppleves som uutholdelig, samtidig som eksistensielle utfordringer konstituerer seg som opplevd lidelse, er det tydelig at eksistensiell lidelse er en reell palliativ problemstilling som krever en spesifikk tilnærming. Dette er også med på å tydeliggjøre viktigheten med å vektlegge det subjektive kriteriet til lidelse, der pasientens personlige erfaring av lidelsen transcenderer det rent somatiske eller psykiske.

Selv om kartleggingen av Henrys eksistensielle utfordringer i liten grad er utfyllende, fremgår det som tydelig at en frykt for døden eller det å ikke være ikke lar seg patologisere som en psykisk lidelse i denne konteksten. Dette er noe som understøttes av at vurderingen av Henrys «symptomer» bar preg av et tydelig eksistensielt «distress» som forverret, og ikke var en del av, hans «depressive tilstand». Det er imidlertid påfallende at begrepene «symptomer» og «distress» blir anvendt i en vurdering av Henrys eksistensielle utfordringer.

Avsluttende kommentarer til idealmodeller av eksistensiell lidelse

Det fremstår som innlysende at refererte case-eksempler i forbindelse med idealmodeller av eksistensiell lidelse hverken kan forstås eller tolkes å ha en utelukkende medisinsk-biologisk årsaksforklaring, eller at reaksjonene på det eksistensielt utfordrende skulle kunne omfattes av psykiatri. Reaksjonene hos aktuelle pasienter (den eksistensielle lidelsen hos aktuelle pasienter) kan vanskelig betraktes som annet enn naturlige, menneskelige reaksjoner på eget sykdomsbilde og realiteten i det å være nært forestående sin egen død. Selv om sykdomsbildene er komplekse og at det er noe uklart i hvilken grad den eksistensielle lidelsen er den dominerende formen for lidelse, illustrerer case-eksemplene hvordan det eksistensielle overskrider medisinenes etablerte behandlingsrammer og begrepsapparat. Dette er særlig tydelig i den medikaliserte omtalen av reaksjoner på eksistensielle utfordringer som symptomer, og i tilsynelatende forhastede konklusjoner om psykisk lidelse.

Idealmodellene må videre ses i sammenheng med neste kapitels skissering av eksistensfilosofiens relevans for eksistensiell lidelse, samt Yalom (1980) sine hovedkategorier av eksistensielle utfordringer. Disse eksistensielle utfordringene kan være basis for en identifisering av eksistensiell lidelse i forbindelse med punkt 2 og 3 av de skisserte dødsforløpene, og knytte den eksistensielle lidelsen til enten idealmodell 2 eller 3. Den palliative behandleren kan på denne måten identifisere eventuell eksistensiell lidelse gjennom

en forståelse av hvilken eksistensiell lidelseskontekst den eksistensielle lidelsen oppstår i (jf. idealmodellene). Idealmodellene, sammen med neste kapittels skissering og redegjørelse av kategorier for eksistensielle utfordringer, vil potensielt gjøre det enklere å identifisere og forstå innholdet i eksistensiell lidelse i en medisinsk kontekst. Det blir på denne måten tydeligere hva eksistensiell lidelse er og hvilket utgangspunkt lidelsen har, slik at medisinen unngår unødig medikalisering og patologisering av pasientutfordringer i livets slutfase.

Den eksistensielle lidelsens filosofiske innhold

På bakgrunn av de foregående kapitelenes skissering av en mangelfull og til dels forvirrende medisinsk forståelse av det eksistensielle lidelsesbegrepet, er det hensiktsmessig å eksplisere begrepets eksistensfilosofiske innhold. Dette vil kunne tydeliggjøre at en rent medisinsk forståelse av såpass sentrale lidelsesaspekt som eksistensielle utfordringer bør erstattes med en forståelse med utgangspunkt i eksistensfilosofiske verker der det å lide eksistensielt blir gjort rede for. Dette vil i neste omgang kunne bidra til en mer presis definisjon, og et begrepslig utgangspunkt som fordrer en ny ikke-medikaliserende tilnærming til eksistensiell lidelse. Eksistensielle utfordringer kan ses som et potensial for eksistensiell lidelse, ved at slike utfordringer viser seg særlig vanskelige og eventuelt utgjør et betydelig ubehag i tilfeller der pasienten har en livsbegrensende sykdom eller er livstrøtt.

Det eksistensfilosofiske bidraget til fenomenet eksistensiell lidelse følger av kritikken mot medikaliseringen av eksistensiell lidelse og patologiseringen av eksistensielle utfordringer, og bygger dermed på en oppfatning av eksistensielle problemstillinger som rent menneskelige reaksjoner på det å skulle dø, samt eksistensiell lidelse forstått som overskridende det rent medisinsk-biologiske. Den mer generelle filosofiske drøftingen tar for seg forskjeller mellom eksistensbegrepet, åndsbegrepet²², og det psykiatriske begrepet om lidelse.

Eksistens forut for essens

I forlengelsen av første kapitels kritikk av patologisering og medikalisering av henholdsvis eksistensielle utfordringer og eksistensiell lidelse, trengs det en tydeligere avgrensning mot det åndelige og det psykiatriske. Dette innebærer en klargjøring av det eksistensielles manglende sammenfall med det åndelige og det psykiatriske, og tar utgangspunkt i Sartres prinsipp om *eksistens som forutgående for essens*: ideen om at ingen generell redegjørelse – løsrevet fra det menneskelige – av hva det vil si å være menneske kan gis, ettersom meningen er avgjort i og i gjennom det å eksistere (Crowell, 2004).

Sartre forklarer *eksistens som forutgående for essens* nærmere ved å si at essensielle egenskaper ved andre entiteter enn mennesket er fastsatt av hvilken type entitet de er, mens at det hos mennesket fastsettes av hva mennesket gjør ut av seg selv; det som gjør et distinkt menneske til nettopp det det *er*. Eksempelvis vil individers essensielle egenskaper (dvs deres essens) variere fra individ til individ. På denne måten er eksistensen forutgående for essensen i kraft av at eksistensen ikke er bestemmende for menneskets essensielle egenskaper;

²² Inkluderer bruken av begrepet «spiritual» i *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (OTPM).

eksistensen vil kun muliggjøre våre essensielle egenskaper, ikke fastsette dem. Siden våre essensielle egenskaper avgjøres av hva hver enkelt av oss gjør ut av oss selv, kan man derfor heller ikke gi en generell, ikke-formell²³ redegjørelse av hva det vil si å være et menneske. Det eksistensielle blir på denne måten den grunnleggende muligheten til si noe om det som er essensielt ved det å være menneske, og man kan dermed si at eksistensialisme omhandler forutsetningene eksistensen gir oss: muligheten til å gjøre og handle oss selv som eksisterende mennesker (vi *er* våre handlinger).

Det eksistensielle omhandler og refererer dermed til noe som er forut for sinnet og psyke; det eksistensielle muliggjør medisin og psykisk helse. For selv om det må bemerkes at eksistensielle refleksjoner har en åpenbar sammenheng med psyken, vil en medikalisert forståelse av eksistensiell lidelse som en psykiatrisk anliggende likevel ikke kunne reduseres til en rent psykiatrisk forståelse. Eksempelvis er ikke depresjon en eksistensiell lidelse, selv om depressive tanker i en stor grad kan innebære eksistensielle refleksjoner; reaksjoner på eller refleksjoner rundt eksistensielle utfordringer er ikke identisk med psykisk lidelse, selv om de eksistensielle reaksjonene/refleksjonene involverer psyken. Det samme argumentet gjelder både i en religiøs forståelse av åndsbegrepet og en anvendelse av åndsbegrepet som en samlebetegnelse for ikke-fysiske og ikke-psykiatriske tema i medisinsk kontekst. Det eksistensielle som en problematisering av hvordan vi som mennesker *er* i verden, og hvordan eksistensen som en dannende mulighet virker på oss, utgjør dermed kjernen i det eksistensielle «prosjekt», samtidig som det tydeliggjøres hvordan det eksistensielle hverken er psyke eller åndelighet. Dette kjennetegnes av eksistensialismens fokus på, og den eksistensielle lidelsens konvergens mot, spesielt meningsproblematikk, men også det å ikke-være i kontrast til det å være, det å dø, og eksistensiell frihet.

Sartres poengtering av eksistens som forut for essens tydeliggjør også hvorfor det eksistensielle ikke bør identifiseres med åndsbegrepet; eksistens er forut for åndelighet²⁴, ettersom eksistensen nødvendigvis vil måtte være det mulighetsgivende utgangspunktet for en bevissthet om det åndelige. Således vil det eksistensielle omhandle de mulighetsgivende forutsetningene for å snakke om det essensielt menneskelige, og dermed også – uten å gå nærmere inn på det som kan virke som en uendelig regress – eksistensielle utfordringer og eksistensiell lidelse som essensielt menneskelig; det eksistensielle *er* og *omfattes* av sine egne

²³ Ikke-formell refererer her til noe som er løst fra den menneskelige formen, altså en objektiv påstand om menneskets eksistens som ikke beskriver mennesket, men en påstand som utelukkende søker å forklare eksistensen til mennesket.

²⁴ I tråd med *Palliasjon – Nordisk lærebok* (PNL) tolkes «åndelig» som identisk med religiøsitet. Argumentasjonen vil kun i noen grad ramme OTPMs bruk av «spiritual» (åndelighet) som samlebetegnelse for det religiøse og det eksistensielle.

mulighetsgivende forutsetninger. Det sentrale er imidlertid at forutsetningene som ligger i det å eksistere – eksistensen som den grunnleggende muligheten til å danne essens – er forutgående for den religiøsiteten eller åndeligheten vi eventuelt velger å knytte til nettopp åndsbegrepet, og dermed viser det seg en tydelig distinksjon mellom det eksistensielle på den ene siden, og det åndelige og det psykiatriske på den andre siden.

Eksistensiell psykoterapi som utgangspunkt for en redegjørelse av det eksistensielle

Selv om en eksistensialistisk tilnærming til fenomenet eksistensiell lidelse ikke i tilstrekkelig grad har blitt anerkjent som nyttig i etableringen av en solid og tydelig definisjon innenfor medisinen, er eksistensiell lidelse likevel utforsket i sammenheng med eksistensfilosofisk tematikk. Strang *et al* (2004), Boston *et al* (2011) og Kissane (2012)²⁵ ser eksistensiell lidelse i lys av eksistensfilosofiske tema, og samtlige referer til Yalom (1980) sin eksistensielle psykoterapeutiske tilnærming til indre konflikter og eksistensielle lidelse. Selv om Yaloms tilnærming til eksistensielle utfordringer er i form av eksistensiell psykoterapi, patologiseres ikke eksistensielle utfordringer som sykdom eller symptomer; Yaloms eksistensielle psykoterapi er et ikke-medikalisert utgangspunkt for en bedre forståelse av menneskers indre konflikter, og omfatter dermed samtlige idealmodeller skissert i forrige kapittel. Yaloms kategorier av eksistensielle utfordringer kaster lys over eksistensiell lidelse i tilfeller av livsbegrensende sykdom og livstrøtthet, der lidelsen har sitt utgangspunkt i menneskelig bevissthet og refleksjoner knyttet til det å bli konfrontert med døden.

Selv om eksistensiell psykoterapi har konnotasjoner til både freudiansk psykologi og mer moderne samtalerapi, må det presiseres at Yaloms bidrag tar utgangspunkt i en rent menneskelig evne til å reflektere rundt og være bevisst det at vi eksisterer. Menneskelig bevissthet som et nødvendig utgangspunkt for eksistensiell lidelse, fremkommer i tillegg som tydelig ut fra Yaloms inndelinger. I likhet med Kissane (2012) og Strang *et al* (2004) vil jeg anvende Yalom (1980) sin skisse av eksistensielle utfordringer som et utgangspunkt for å kunne si noe om selve innholdet i den eksistensielle lidelsen. Dette utgangspunktet vil imidlertid ytterligere belyses av eksistensfilosofi.

Yalom lister opp fire kategorier av eksistensielle utfordringer, som jeg tolker dithen at samtlige kan forårsake eksistensiell lidelse:

²⁵ Kissane (2012) konkluderer for øvrig med at eksistensiell lidelse bunner i en trussel mot selve livet eller en «skade på selvet», en feilaktig forutsetning om at eksistensiell lidelse er en slags psykologisk reaksjon på en kritisk hendelse.

1. Death. The most obvious, the most easily apprehended ultimate concern is death. We exist now, but one day we shall cease to be. Death will come, and there is no escape from it. It is a terrible truth, and we respond to it with mortal terror. «Everything,» in Spinoza's words, «endeavours to persist in its own being»; and a core existential conflict is the tension between the awareness of the inevitability of death and the wish to continue to be.
2. Freedom. Another ultimate concern, a far more less accessible one, is freedom. Ordinarily we think of freedom as an unequivocally positive concept. Throughout recorded history has not the human being yearned and striven for freedom? Yet freedom viewed from the perspective of ultimate ground is riveted to dread. In its existential sense «freedom» refers to the absence of external structure. Contrary to every day experience, the human being does not enter (and leave) a well structured universe that has an inherent design. Rather, the individual is entirely responsible for – that is, is the author of – his or her own world, life design, choices, and actions. «Freedom» in this sense, has a terrifying implication: it means that beneath us there is no ground – nothing, a void, an abyss. A key existential dynamic, then, is the clash between our confrontation with groundlessness and our wish for ground and structure.
3. Existential isolation. A third ultimate concern is isolation – not interpersonal isolation with its attendant loneliness, or intrapersonal isolation (isolation from parts of oneself), but a fundamental isolation – an isolation both from creatures and from world – which cuts beneath other isolation. No matter how close each of us becomes to another, there remains a final, unbridgeable gap; each of us enters existence alone and must depart from it alone. The existential conflict is thus the tension between our awareness of our absolute isolation and our wish for contact, for protection, our wish to be part of a larger whole.
4. Meaninglessness. A fourth ultimate concern or given of existence is meaninglessness. If we must die, if we constitute our own world, if each is ultimately alone in an indifferent universe, then what meaning does life have? Why do we live? How shall we live? If there is no preordained design for us, then each of us must construct our own meanings in life. Yet can a meaning of one's own creation be sturdy enough to bear one's life? This existential dynamic conflict stems from the dilemma of a meaning-seeking creature who is thrown into a universe that has no meaning (Yalom, 1980:8-9)

Kategoriene fremhever at indre konflikter er eksistensielt utfordrende. Således kan hver enkelt kategori betraktes som en eksistensiell utfordring med tilhørende indre konflikter, og kategoriene vil sammen danne grunnlaget i det menneskelige potensialet for eksistensiell lidelse.

I det følgende tar jeg for meg det eksistensfilosofiske bidraget fra Camus, Kierkegaard, Zapffe, Heidegger, Sartre og Nietzsche med det formål å belyse hvorfor død, eksistensiell

isolasjon, frihet, og mening er eksistensielle utfordringer i kraft av å være iboende i det menneskelige. Nevnte filosofers argumentasjon og eksistensielle refleksjoner innebærer en ikke-medikalisert tilnærming til eksistensiell lidelse i en medisinsk kontekst, og vil, på tross av filosofisk-metaforiske beskrivelser og kompleks terminologi, være et viktig bidrag når det gjelder å kunne skissere et eksistensielt innhold som både vil virke klargjørende og presiserende for det videre arbeidet med å etablere en tydelig definisjon av eksistensiell lidelse.

Camus, Tønnesen, og meningsspørsmålet

Vi kan nærme oss spørsmålet om eksistensiell lidelse gjennom Albert Camus' tilnærming til filosofien og eksistensialisme:

Det finnes bare ett virkelig alvorlig filosofisk problem: det er selvmordet. Å avgjøre om livet er verdt eller ikke verdt å leve, det er å svare på filosofiens fundamentale spørsmål. Resten, om verden har tre dimensjoner, om forstanden har ni eller tolv kategorier, kommer i annen rekke (Camus, 1994:7)

Spørsmålet dreier seg ikke primært om å begå selvmord eller ikke, men hvorfor man skal leve, hvor mye livet er verdt, og i hvilken grad det finnes en mening i det å leve som veier tyngre enn den eventuelle fristelsen ved å ikke leve. Camus har dermed en noe uortodoks tilnærming til mening, der, passende nok, bevisbyrden til meningsspørsmålet veltes over på livet fremfor døden; man må etablere argumenter for å leve, fremfor å etablere argumenter for å dø. «[...] Livets mening er det mest presserende av alle spørsmål [...]» (Ibid:8), og mye av fokuset rettes nettopp mot å forstå sin egen tilværelse og å gi mening til sin egen skjebne. Camus betraktninger rundt myten om Sisyfos er særlig relevante i denne sammenheng:

Gudene hadde dømt Sisyfos til uten opphør å skyve en sten til toppen av et fjell, og derfra rullet stenen ned igjen i kraft av sin egen vekt. De hadde med en viss rett funnet ut at det ikke finnes noen verre straff enn et unyttig og håpløst arbeid (Ibid:96).

Arbeidet til Sisyfos er for Camus en analogi på den menneskelige streben og den meningsløsheten som kjennetegner vår eksistens. Men, som Camus peker på, er det nettopp selve *bevisstheten om* som gjør eksistensen tragisk eller meningsløs; *bevisstheten om* det tragiske eller meningsløse er det som utgjør det absurde, ikke selve streben. Den eksistensielle lidelsen fremtrer ikke i selve arbeidet Sisyfos gjør, men i hans egen *bevissthet om* det arbeidet han gjør. Camus får på denne måten frem et viktig poeng som kan overføres til begrepet om eksistensiell lidelse: Tyngden ligger i å være bevisst sin skjebne, ikke i å leve den, og i tilfeller av livsbegrensende sykdom der pasienten lider eksistensielt, er det ikke det å

skulle dø som sådan som danner grunnlaget for den eksistensielle lidelsen, men pasientens *bevissthet om* at han/hun skal dø; det at pasienten som person blir bevisst sin egen skjebne. Hos Camus ligger det, gjennom beskrivelsen av Sisyfos' streben, en implisitt oppfordring om å akseptere sin skjebne for å lindre den meningsløse lidelsen som ligger i å eksistere som menneske:

I dette subtile øyeblikk da mennesket vender seg mot sitt liv, iakttar Sisyfos, idet han går tilbake til sin sten, den rekke av handlinger uten indre sammenheng som er hans skjebne, skapt av ham, forenet under hukommelsens blikk og om ikke lenge forseglet av hans død.

Fordi han er overbevist om den rent menneskelige opprinnelse til alt som er menneskelig, en blind som ønsker å se og som vet at natten ikke tar slutt, er han hele tiden underveis. Stenen ruller igjen (Ibid:99)

Ut fra Camus vil den menneskelige tilstanden være lidelse, enhver eksistensiell bevissthet vil innebære ens livshistorie, og eksistensen er i objektiv forstand meningsløs og absurd. Det er derfor fristende å anta at en påfallende stor andel av mennesker oppfatter mening, eksistens, og død som såpass utfordrende at det kan omfattes av den medisinske lidelsesdefinisjonen; mange opplever eksistensielle utfordringer som så ubehagelig at de kan klassifiseres som eksistensielt lidende²⁶. Dette vil igjen underbygge idealmodellen av generell eksistensiell lidelse som et allmennmenneskelig potensial, der individet blir seg bevisst sin egen skjebne, eksistensens eventuelle meningsløshet, og opplever ikke-somatisk og ikke-psykiatrisk eksistensiell lidelse i møtet med sin egen bevissthet.

Den åpenbare mangelen på en overordnet mening eller universelle svar og forløsning, forkastes ofte som spørsmål det er for vanskelig å håndtere, og individuelle floskler som «veien blir til mens en går» og «meningen med livet er den du gir det» er både alminnelige og gjenkjennbare undergravninger av meningsspørsmålets tyngde. På denne måten søker mennesket å flykte fra det Camus beskriver som tyngden i *bevisstheten om* eksistensens meningsløse absurditet. Dette kan delvis forklares ved at tyngden til meningsspørsmålet får sin opprinnelse og styrke i svarenes manglende trøst: Meningsspørsmålet er ikke være et fruktbart spørsmål, og det er lett å sympatisere med Herman Tønnessens totale pessimisme; antagelsen om at livet *ikke* har mening vil på samme måte som antagelsen om at livet *har* mening, bygge på forutsetningen om at livet kunne eller skulle ha hatt mening. Livet, ifølge Tønnessen, er derfor ikke engang meningsløst (Filosofisk supplement, 2014). Selv om det er en tydelig

²⁶ Den medisinske lidelsesdefinisjonen til Cassel (1998) er for øvrig relativt bred, men påstanden belyser likevel eksistensiell lidelse som et fenomen mange kan relatere seg til.

uenighet om hvorvidt eksistensen har en faktisk mening, om den er meningsløs, eller om selve forutsetningen om mening er meningsløs, er det et påfallende filosofisk fokus på at eksistensen innebærer en kamp om å *finne* mening.

Det er nettopp denne kampen – det å forløse et iboende krav om mening, finne gode svar eller det å håndtere *bevisstheten om* livets manglende mening – som er baksiden av den menneskelige bevissthetsmedaljen. Det kan derfor virke som om det er selve kampen om mening som kan føre mennesket inn i et eksistensielt mørke. For på tross av mangelen på universelle, objektive svar eller forløsning, er det å stille seg meningsspørsmålet selve definisjonen på det å være et menneske; det menneskelige gir et potensial for eksistensiell lidelse gjennom vanskeligheten med å svare sikkert på spørsmålet som definerer mennesket som bevisst det at det eksisterer.

Når det gjelder Heidegger, Nietzsche, Zapffe, Kierkegaard og Sartre tydeliggjøres dette ved at eksistensen eller væren blir tema, og spørsmålet om mening oppstår hånd i hånd med eksistensielle utfordringer som eksistensiell isolasjon, døden, og frihet. Meningen med livet, hvorfor ikke begå selvmord, formålet med livet og eksistensen til individet som sådan er derfor fundamentale menneskelige refleksjoner, og må behandles og eventuelt lindres deretter.

Nietzsche

Nietzsche søker å avdekke det eksistensielle gjennom å synliggjøre et manglende fundament for sannhet, verdi, og moral, samt gjennom en fremsnakking av menneskets nesten instinktuell vilje til makt. Nietzsches prosjekt er dermed et angrep på etablerte strukturer av moral, sannhet, og intellektualisme, der han drar mennesket ned mot den dionysiske jordligheten og argumenterer for dyrking av egne eksistensielle forutsetninger som potensielt bidragsgivende til det å overgå sitt menneskelige utgangspunkt; det å elske sin skjebne (*amor fati*) samtidig som man tar inn over seg at alt som kan betegnes av presensformen til «å være», nødvendig og evig beveger seg mot noe blivende, og dermed aldri egentlig *er* (les: den evige gjenkomst av det samme). Det er på denne måten ingenting som *er*, uten at det omfattes av det temporære skiftet mellom det som var, øyeblikket, og det som blir. Slik forsøker Nietzsche avdekke menneskets største tyngde, det at vi er konfrontert med den ubestridelige virkeligheten til en verden i konstant forandring samtidig som vi, i kraft av Guds død²⁷, mangler verktøyene til å skape orden i verdenskaoset. Dette innebærer at vi står uten muligheter til å gi våre liv en

²⁷ Guds død symboliserer her at det er ikke lenger teleologiske verdier som strukturerer virkeligheten; den religiøse moralen mangler et moderne fundament, og mennesket står uten en grunnlagt moral og verdisystem.

universell evig mening og verdi²⁸, noe som må forstås som sentralt i en rettfærdiggjøring av egne handlinger, livshistorie og vilje (Michalski, 2007:4-5).

Samtidig som Nietzsche fremhever dette som nihilismens destruerende og mulighetsbetingende utgangspunkt for dannelsen av nye verdier og en ny og «ekte» tilnærming til egen eksistens, karakteriserer denne eksistensielle tyngden selve essensen i det menneskelige potensialet for eksistensiell lidelse. Nietzsche forklarer det selv best når han knytter nihilismen eksplisitt til sannhetsbegrepet og utleder verden som verdiløs og tom for mening:

What has happened, at bottom? The feeling of valuelessness was reached with the realization that the overall character of existence may not be interpreted by means of the concept of "aim," the concept of "unity," or the concept of "truth." Existence has no goal or end; any comprehensive unity in the plurality of events is lacking: the character of existence is not "true," is false. One simply lacks any reason for convincing oneself that there is a true world. Briefly: the categories "aim," "unity," "being" which we used to project some value into the world we pull out again; so the world looks valueless (Ibid:5)

Nietzsches nihilisme er kan dermed ses analogt med Camus meningsspørsmål og Tønnessens poengtering av meningsløsheten i å forutsette meningsløshet. For det er det å skulle tilskrive et enhetlig, sant, formål til eksistensen – en slags mening eller en verdi som overskrider det subjektive – som virker nådeløst vanskelig. Særlig når man i en nihilistisk tilstand stiller seg kritisk til etablerte verdier, og ser at livet ikke kan struktureres i henhold de verdiene man tidligere anså som viktige; eksistensen fremstår som tom for struktur, verdi, og mening (Ibid:6-7).

Dette antyder hvordan Nietzsches nihilisme har et bredere omfang enn en rent eksistensiell meningskonvergens: Nietzsche peker på hvordan vi søker å gi struktur og forklaring på hendelser som tilsynelatende virker kaotiske og tilfeldige. I forbindelse med eksistensiell lidelse i tilfeller av livsbegrensende sykdom (jf. idealmødel 3 i forrige kapittel) blir det derfor naturlig å knytte den eksistensielle lidelsen til den tilsynelatende tilfeldige disposisjonen som ligger til grunn for pasientens diagnose og situasjon: Utover å skulle tilskrive mening eller verdi til eksistensen som sådan, kan det også fremstå som presserende å tilskrive en eller annen form for mening til «hvorfør akkurat jeg ble rammet av en

²⁸ I sammenheng med redegjørelsen og drøftingen av Nietzsches filosofi, vil begrepet «verdi», i tillegg til å referere til moral, referere til en meningskategori (verdien i at livet har mening/det riktige formålet med livet/det moralske livet som meningsfullt).

livsbegrensende sykdom?» og «hvorfor akkurat jeg skal dø forut for det tidspunktet jeg hadde sett for meg at jeg skulle dø?». Det å være rammet av en livsbegrensende sykdom kan på denne måten oppleves å være en ren tilfeldighet som samsvarer med Nietzsches beskrivelse av en verden tom for mening og verdi, og fordi denne verdenen av kaos og tilfeldigheter mangler en åpenbar mening eller struktur, mister både diagnosen og eksistensen den mening og verdi den eventuelt måtte ha. Nietzsches bidrag til begrepet om eksistensiell lidelse kan derfor oppsummeres som et ubehagelig møte med nihilismen, der vi blir eksistensielt bevisste verden som tom for mening, og videre tvunget – enten på generell basis eller av tilfeldigheter som livsbegrensende sykdom – til å revaluere totaliteten av egne verdier og handlingene som er tuftet på disse verdiene. Å bli konfrontert med døden, eksempelvis såpass tydelig som i tilfeller av livsbegrensende sykdom eller livstrøtthet, vil dermed kunne fremprovosere en reevaluering av ens eget verdigrunnlag: Det blir viktig å forsikre seg om at livshistorien frem til døden er springer ut av sanne verdier eller en universell mening, samtidig som man innser at meningen er vanskelig, om ikke umulig, å finne. Som Camus (1994:12) så presist spør seg «[...] finnes det en logikk inntil døden?»

Interessant nok knytter også Nietzsche meningsproblematikken til historie, om enn en historisk situerthet som betingelse for den verdensanskuelsen vi har. Virkeligheten, verdier, mening og liv er alt situert i en historisk kontekst som konstituerer verden vi lever i. For Nietzsche er det med andre ord ingenting hinsides historien – ikke noe universelt utenfor verden vi har levd og lever i – som vi mennesker kan betegne som den totale eller ultimate sannhet: en mening som overskrider historie, kultur og det subjektive. Historien er dermed noe av betingelsen til eksistensiell lidelse; man kan ikke finne svar utenfor den, eller tenke seg selv isolert fra sin egen livshistorie. Dette samsvarer med Mehnert (2006) sitt lidelsesbegrepet, redegjort for i første kapittel; pasientens livshistorie, i tilfeller av eksistensiell lidelse, fremheves som å spille en bevirkende rolle for innholdet i den eksistensielle lidelsen.

Oaklander (1996:78) peker også på at den friheten som oppstår i kjølvannet av Guds død – nihilismen – oppløser objektive verdier på en måte som introduserer en overflod av frihet, en frihet som samtidig er « [...] a kind of terrifying nightmare and an unfreedom[sic]». For vi må, som også Yalom kategorisk forfekter, ta inn over oss det påfølgende ansvaret som ligger i friheten til å lage våre egne verdier og liv. I følge Nietzsche selv:

Den store frigjørelsen kommer plutselig for mennesker som er bundne på en slik måte, som et jordskjelv; den unge sjelen blir med ett rystet, løsrevet, drevet ut av bindingene – den selv forstår ikke hva som skjer. En tilskyndelse og et sterkt press hersker over denne sjelen og blir,

som en befaling, dens herre; en vilje og et ønske våkner opp for å gå fremad til et eller annet sted, uansett hva prisen er [...] Både negative og smertelige følelser hører til historien om den store frigjørelsen: en plutselig forskrekkelse og mistanke rettet mot det som sjelen elsket, et lynnedslag av forakt mot det som kaltes dens 'plikt' [...] kanskje et tempelskjendende blikk og grep bakover, dit hvor sjelen har tilbedt og elsket, kanskje en glød av skam over det som den gjorde nettopp [...] (Nietzsche, 2012:12)

Skriftet ut av nihilismen blir på denne måten et skritt ut i verden uten en objektiv struktur, der selvet er eneansvarlig for å konstruere sitt liv og sine verdier, og en retrospektiv tilnærming til «gamle» verdier eller tidligere levd liv kan innebære en anger eller skam over hva man før gjorde, så som meningsfullt, eller verdsatte. Eksistensiell bevissthet med en eventuell nihilistisk oppløsning eller revaluering av egne verdier har dermed, som nevnt, tilknytning til sannhet, verdier, struktur, og frihet, og Nietzsches innsikter samsvarer godt med Yaloms systematiske redegjørelse av frihet som en eksistensiell utfordring. Nietzsches metaforiske beskrivelse av friheten som en sykdom tydeliggjør dette ytterligere:

Den store frigjørelsen er samtidig en sykdom som kan ødelegge mennesket. Den er jo det første store utbruddet av kraft og vilje til selvbestemmelse, til å bestemme sin egen persons verdi, denne viljen til fri vilje (Nietzsche, 2012:12)

Zapffe

Zapffe, en av filosofiens største pessimister og en viktig norsk bidragsyter til eksistensialismen, har gjennom *Den sidste Messias* og *Om det tragiske* gitt en grundig filosofisk redegjørelse for menneskelig lidelse, som i essens tar for seg den eksistensielle byrden ved det å eksistere som menneske. Passende nok har Zapffe også en egen lidelsesdefinisjon, som i generell form tar for seg menneskelig lidelse:

Gaar man ut fra ulyst som det umiddelbart givne, kan man si at lidelse (sjælelig eller legemlig) er ulyst av tilstrækkelig styrke. Og tar man ordet forløp i videst mulig betydning, kan lidelsen siges at oppstå ved forløp som er i strid med subjektets interesse; under forløp regnes da ogsaa organiske forhold og sjælelige, ugjennemsigtige processer, sygdom, alder og død (Zapffe, 1999:232)

Zapffe bemerker imidlertid at det er lite frukbart å operere med en lidelsesdefinisjon, og at betydningen til begrepet lidelse er for «specifik og entydig» til at man kan oppnå en klarhet utover det som kommer til uttrykk i forhold som virker felles for alle mennesker. Definisjonen bidrar likevel til en grad av klarhet som det er vanskelig å finne i medisinske definisjoner. I medisinen blir lidelse, som tidligere påpekt i forbindelse med Cassell (1998), knyttet til et annet

diffust og problematisk begrep, «distress», noe som ikke bringer oss nærmere en begrepslig klarhet hva «lidelse» gjelder. En definisjon av «lidelse» som Zapffe legger til grunn er dermed fruktbar ettersom den ikke søker å gå utover hva folk flest knytter til lidelse: Lidelse som et forløp som er i strid med subjektets interesse, altså ulyst av tilstrekkelig grad. Graden vil nettopp avgjøres av subjektet og hvilken grad forløpet som i strid med subjektets interesse eller ulysten oppleves som lidelse. Samtidig som man må ha Wittgensteins privatspråksargument i mente – en slags offentlig bekreftelse på at personen har anvendt rett ord (her: lidelse) for å beskrive den opplevelsen han/hun har – vil lidelse som fenomen ha en ytterligere betydning og virkelighet hos personen som opplever selve lidelsen. Dette er i samsvar med min tidligere drøfting av Vetlesen (2004) sitt begrep om «absolutt distanse og ikke-identifisering» som det rent subjektive aspektet ved å lide, samt Mehnert (2006) sin poengtering av viktigheten til personbegrepet og livshistorie i forståelsen av lidelse.

Det er imidlertid Zapffes beskrivelse av «den kosmiske panikkfølelse» (Zapffe, 1969:107) og menneskets «overutviklethet» som mest tydelig kan gi klarhet til fenomenet eksistensiell lidelse. Han hevder at vår evne til å ta inn over oss verden utover det rent biologiske, bidrar til å skape en søken om mening utenfor kausalitet og natur; vi søker etter mening og rettferdiggjørelse der det hverken finnes mening eller rettferdighet, og Zapffe utleder at mennesket er gitt en bevissthetsgave som ikke lar seg oversette til biologi. Som Zapffe så poetisk fremstiller det:

Han kommer til naturen som en ubuden gjest; forgjæves rækker han sine arme ut og bønfaller om at bli gjenforenet med det som har skapt ham: Naturen svarer ikke mer, den gjorde et under med mennesket, men siden kjendte den ham ikke. Han har mistet sin hjemstavnsret i universet, han har spist av kundskapens trø og er utstødt av paradiset. [...] han forbander sin magt fordi han har kjøpt den for sin sjæls harmoni, sin uskyldstilstand, sin borgfred i livets fang (Ibid:106)

Ikonisk for Zapffes pessimistiske eksistensialisme introduserer han dermed en analogi mellom den irske kjempehjorten og menneskets intellektuelle evner (jf. mennesket som «hornbærer»), der begge arter er knuges av sin «overutviklethet». Kjempehjortens horn og menneskets bevissthetsinnhold symboliserer paradokset i at vår makt (jf. hornene og bevissthetsinnholdet) blir vår bane. Mennesket selv utgjør dermed den største trusselen mot mennesket, som i aforismen «vi er vår egen verste fiende». Det menneskelige bevissthetsinnholdet bøyer på denne måten av for sin egen tyngde, og parallelt til vekten til kjempehjortens gevir vil det menneskelige intellekt ha eksistensiell lidelse som sin nødvendige

tyngde. Mennesket har evner utover det naturen kan tilby av oppgaver, og Zapffe konkluderer i forlengelsen av forgående sitat:

Saa staar han da der med sine syner, forraadt av altet, i undring og angst. Ogsaa dyret kjendte angst, i tordenveir og under løvens klo. Men mennesket fik angst for selve livet – ja for sit eget væsen. [...] Lidelsen er hos dyret begrænset til sig selv, for mennesket slaar den huller ind tilverdensangsten og livsfortvilelsen. Alt fra barnets færd paa livets elv staar dødens fossedur høi over dalen, altid nærmere, og gnager, gnager på dets glæde (Ibid:106)

Zapffe kan derfor leses som at han mener at det å være menneske innebærer et iboende kapasitet for eksistensiell lidelse. Med andre ord er det den menneskelig-biologiske, naturgitte kapasiteten for menneskelig-eksistensiell lidelse som er tema i Zapffes filosofi; vi er gitt eksistensielle forutsetninger for å lide. Det må imidlertid bemerkes at Zapffe, på tross av hans pessimistiske tilnærming til menneskets intellektuelle evner, er særlig opptatt av å beskrive hvordan mennesket fortrengrer «sitt skadelige bevissthetsoverskudd» (Ibid:108).

I likhet med Camus og Nietzsche, vektlegger Zapffe meningsløsheten og mangelen på svar som sentral for den eksistensielle lidelsen, men det Zapffe gjør annerledes er å ta en biologisk-filosofisk («biosofisk», jf. Hessen, 2006:1-2) tilnærming til mening og rettferdiggjøring, der Camus og Nietzsche peker på selve innsikten som fenomen. For Zapffe er det dermed det menneskelige bevissthetsoverskuddet som er utgangspunktet for lidelse, fremfor selve potensialet for eksistensiell innsikt som utgangspunkt for lidelse. Selv om Zapffe implisitt problematiserer det menneskelige potensialet for eksistensiell lidelse gjennom å antyde bevissthetsoverskuddet som et slags iboende potensiale for eksistensiell lidelse, går han langt i å peke på det biologiske mennesket som forutbestemt til å lide.

Sartre

Sartre har en annen tilnærming til eksistensialismen enn den vi finner hos Nietzsche, Camus og Zapffe. For Sartre omhandler eksistensen ren kontingens, der *det å ha eksistens nå* fremtrer for den eksisterende som *det å være der*, og den absolutte friheten som et mulig, men ikke nødvendig, resultat av *det å ha eksistens*. Sartre bemerker imidlertid at dette ikke innebærer at man kan forklare grunnene for eksistensen som sådan, men at man kan forklare bevissthetsopplevelsen av *det å eksistere nå*. Som «det eksisterende» kan man dermed aldri utlede seg selv som slutning fra *det å ha eksistens nå*, og det er med andre ord ingen nødvendighet i at jeg-et eksisterer eller vår «væren-der». For Sartre danner eksistens her og nå

grunnlaget til bevissthetens opplevelse av det å være situert i verden, som nettopp *det å være der* (Reinhardt, 1952:157).

Som i Zapffes redegjørelse av mennesket som «hornbæreren», finner man også i Sartres filosofi en vektlegging av den eksisterende som overskridende (Sartres begrep om «de trop»; et overskudd): Den eksisterende overskrider naturlover og nødvendighet, og er overflødig og absurd i sin relasjon til den lovmessigheten og den nødvendigheten mennesket lever i (Ibid:157). Dette er i noen grad analogt med Zapffes fokus på bevissthetsoverskuddet som den knugende tyngden til arten mennesket, der bevissheten og intellektet er mulighetsbetingelsen for en oppfattelse av det å eksistere samtidig som den representerer et overskudd. Men der Zapffe har en pessimistisk-biologisk tilnærming til eksistens, står Sartre for en fenomenologisk eksistensialisme som fremhever det eksisterende subjektet som absolutt fritt.

Skal man klare å få frem et eksistensielt lidelsesinnhold i Sartres filosofi, må man først forstå hans syn på bevissheten. For i tråd med at jeg-ets eksistens ikke kan utledes fra *det å ha eksistens nå*, mener Sartre at vår egen bevisshet om vår eksistens konstitueres av eksistensen av ting utenfor oss selv: «i seg» (en soi) og «for seg» (pour-soi) (Ibid:160); begreper som viser oss hvordan bevissheten som sådan («for seg») tar for gitt et objekt utover og forskjellig fra bevissheten («i seg»), og dermed etablerer *vår egen eksistens* gjennom et bevisshetsforhold til nettopp det som er forskjellig fra vår egen bevisshet (Oaklander, 1996:215). På denne måten blir eksistens *i-seg*, som lar seg omsette til objekter utenfor oss selv, gjenstand for vår eksistens' bevisste konstituering av seg selv (*for-seg*). Med andre ord vil vi gjennom objekters eksistens etablerer vår egen eksistens (selvet) i relasjon til det som eksisterer utenfor oss selv. Utover å tilskrive *i-seg-selv* en status som «ytre» objekter, vil *i-seg-selv* innebære miljø, språk, og alle våre tidligere valg, dermed ikke-bevisste konstituenten for faktisiteten til oss selv som *for-seg-selv* (Flynn, 2013). Samtidig er vi *for-seg-selv* bevisste oppfattelsen av *i-seg-selv*.

Sartre mener videre at dette peker på den menneskelige *bevisshetens disharmoniske dualisme* (Reinhardt, 1952:160). Eksempelvis vil man, samtidig som man oppfatter døden som fenomen, være bevisst sin egen oppfattelse av døden, og selv om man har en oppfattelse av sitt eget selv, vil hverken oppfattelsen av døden (som *i-seg*) eller bevissheten om oppfattelsen av døden være det samme eller helt forskjellig. Så, det at jeg oppfatter døden og det at jeg er bevisst at jeg oppfatter døden illustrerer dualismen der *i-seg-selv* er ontologisk forskjellig fra, men også likt *for-seg-selv*. Synkront er døden som et *i-seg-selv* konstituerende for selvets faktisitet som *for-seg selv*. Intetheten (negasjonen av begge sider) adskiller og samler de to, og

gjør at oppfattelsen av *i-seg-selv* og bevisstheten *for-seg-selv* om oppfattelsen aldri kan være like eller helt forskjellige: På den ene siden er vi faktiske og på den andre siden er vi bevisste og flyktige, og i mellom sidene er det ingenting. Slik forutsetter ikke *væren i seg selv* en bevissthet for sin eksistens; den er selvstendig, men *væren for seg selv* forutsetter og avhenger av noe annet enn bevissthet, følgelig objektet det retter seg mot – ergo eksistens som ren kontingens. I tillegg, siden all situert bevissthet er selvbevisst, kan det ikke være en bevissthet om et objekt uten at det er en ikke-situert bevissthet (Oaklander, 1996:215). Selv om Sartres fenomenologiske tilnærming til eksistens er kompleks og vanskelig, er det nettopp dette som tydeliggjør hvordan mennesket som faktisitet og situasjon, ikke-bevissthet og bevissthet, objekt og subjekt transcenderer oss selv som faktisk eksisterende i situasjonen; vi (*for-seg-selv*) er – *de trop* – mer enn faktisiteten ting *i-seg-selv* konstituerer: Vi er bevisste vår konstituering av oss selv i vår bevissthet om vår oppfattelse av ytre objekter, og overskrider dermed ren faktisitet.

Det at vi overskrider vår egen faktisitet på denne måten utgjør det Sartre legger i menneskets absolutte frihet; mennesket er «revet» i bevissthetens splittelse – vi er faktiske og flyktige – og vi vil derfor strebe etter å bli komplette. Men, streben er, i kraft av at det å nå seg selv som hel og udelt impliserer en bevissthet om seg selv, fånytted. Privilegiet «bevissthet om» (*for-seg-selv*) blir på denne måten et hinder samtidig som det muliggjør (Reinhardt, 1952:160). Menneskets absurde og meningsløse streben – alle våre handlinger – koker ned til genuine forsøk på å gjøre meg selv hel og å nå det ideelle jeg, og selvet, som den kontinuerlige manifesteringen av frihet, blir dermed en tyngde fremfor en befriende innsikt (Ibid:161). For i friheten ligger det et imperativ om å bekrefte seg selv, å handle, og dermed også skape underliggende verdier eller mening som motiverer opprettholdelse av selvet som eksisterende. I vår «bevissthet om» får vi dermed en absolutt frihet til å handle, handle mot det å bekrefte oss selv som like faktiske som det «ytre». I denne absolutte friheten ligger det nødvendigvis også et absolutt ansvar i å være det man handler; et ansvar for egen eksistens, der mening og verdier implisitt dannes av selvets handlinger. Slik mener Sartre vi er absolutt frie, men samtidig tynget av frihetens implisitte streben etter å bekrefte oss selv gjennom å handle.

Denne baksiden av friheten er samtidig rettet mot ens fortid. Dette kommer frem i Sartres egen beskrivelse av bevisstheten om friheten som «anguish» (her: som lidelse):

Anguish as the manifestation of freedom in the face of self means that man is always separated by nothingness from his essence [...] Essence is what has been [...] The overflow of our consciousness progressively constitutes that nature, but it remains always behind us and

it dwells in us as the permanent object of our retrospective comprehension (Oaklander, 1996:221)

Den overskridende naturen til vår «bevissthet om» tar på denne måten med fortiden i lidelsen/angsten som en manifestering av frihet. Også dette er i tråd med den livshistoriske tilnærmingen til Mehnert (2006), der alt vi er og har gjort – vår person – blir konfrontert med en fremtid, eller for Sartre en absolutt frihet.

Slik jeg forstår Sartre, mener han at vi selv er ansvarlige for vår eksistensielle tilstand, altså at vi *velger* å være livstrøtte eller å bli rammet av eksistensiell lidelse. Vetlesen (2004) presenterer et korrektiv denne radikale posisjonen, og han peker på vanskeligheten med å forene Sartres tilnærming til absolutt frihet og psykisk lidelse²⁹ – at man selv er ansvarlig for den man er, og dermed også sin egen psykiske realitet. For Sartre står vi slik sett fritt til å bestemme hvordan vi skal leve, hvilke handlinger vi skal utføre, samt hvorvidt vi skal lide eksistensielt eller psykisk. Som Vetlesen skriver om Sartres standpunkt:

[...] vi [...] *gjør oss* passive overfor følelsene våre, og på det grunnlaget fraskriver oss ansvaret for dem, nemlig for det (ubehagelige) faktum at vi er deres opphav og at *følelser uttrykker dommer* (nærmere bestemt verdidommer) om noe eller noen i verden som betyr noe for oss, som er ikke-likegyldige [sic] for oss (Vetlesen, 2004:54)

Vetlesen poengterer dermed at Sartres syn forfekter at vi mennesker ikler oss en passivitet der vi fraskriver oss ansvaret for følelsene, slik at vi unngår ubehaget ved å innse at det er nettopp vi selv som er opphavet til dem; selvet står fritt til å velge sin psykisk-mentale helse, men vi gjør oss passive for å slippe å bære ansvaret som ligger i å velge å ikle seg følelser. Sagt med andre ord menes det at vi tar et følelsesvalg, som vi ikke vedkjenner at det var vi som valgte. Eksempelvis vil Sartre kunne argumentere for at vi bestemmer oss for å være deprimerte, eller å lide eksistensielt i tilfeller av livsbegrensende sykdom; pasienten ikler seg eksistensiell lidelse fordi eksistensen betyr noe for han/hun og er «ikke-likegyldig» for pasienten som eksisterende. Sartre vil på denne måten kunne tolkes å mene at vi velger vår eksistensiell tilstand, både i generell forstand og i tilfeller av livsbegrensende sykdom og livstrøtthet, og at vi dermed må holdes ansvarlige for våre følelser (dvs eksistensielle tilstand). Sartres absolutte frihet er dermed en radikal tilnærming til eksistensen og den potensielle tyngden det innebærer å være menneske.

²⁹ Vetlesens korrektiv til Sartres posisjon er overførbar til fenomenet eksistensiell lidelse, og begrepet «psykisk» vil i dette avsnittet også omfatte eksistensielle utfordringer.

Vetlesen har imidlertid følgende innvending mot Sartres antagelse om friheten til å velge sine følelser: Han mener Sartre overser at følelser har en «affektiv dimensjon» (en dimensjon av berørthet) (Ibid:55) der selvet har en nødvendig og kvalitativ kontakt med følelsen; Sarte overser at emosjoner også har en egen tyngde uavhengig av valget om å la seg berøre av følelsen. I tilfeller av eksistensiell lidelse vil dette komme til uttrykk ved at pasienten er *i* tilstanden (dvs følelsen eller opplevelsen av en eksistensiell utfordring som eksistensiell lidelse), ikke *overfor* den, slik at selvet står fritt til å velge hvorvidt man passivt skal la seg affisere av følelsen eller tilstanden³⁰.

På tross av Vetlesens nyanserende kritikk, er det et vesentlig poeng Sartre får frem i relasjonen mellom absolutt frihet og eksistensiell lidelse: Mennesket stiller seg meningsspørsmålet og krever mening for å ha det bra, uten å se muligheten til å avfeie meningsspørsmål som mindre avgjørende for god livskvalitet; vi kan i noen grad velge å ikke bli affisert av det som fremtrer som meningsløst eller eksistensielt utfordrende. Vetlesens kritikk synliggjør imidlertid det problematiske med å fortelle en kreftsyk pasient med relativt kort tid igjen å leve, at mangelen på generell mening eller mening bak hans sykdomsbilde kan overses som arbitrært og absurd, og ikke bør diktere hans eksistensielle tilstand eller livskvalitet. Det eksistensielle kan påstås å bli viktigere og mer presserende i livets slutfase eller i tilfeller av livstrøtt, og det er dermed viktig å forstå eksistensiell lidelse som noe pasienten ikke har et totalt ansvar for.

Nozick

Nozick har også oppklarende, eksistensielle bemerkninger som kan relateres til begrepet om eksistensiell lidelse, både som et generelt fenomen, i tilfeller av livstrøtthet, og i tilfeller av livsbegrensende sykdom. I «The Examined Life» reflekterer han rundt det å dø, og kommer med en treffende observasjon som utfyller både Yaloms (1980) og de hittil diskuterte filosofers bidrag til begrepet om eksistensiell lidelse:

How unwilling someone is to die should depend, I think, upon what he has left undone, and also upon his remaining capacity to do things. The more what he considered important has been done, and the less the capacity that remains, the more willing he should be to face death. Deaths are called 'untimely' when they end lives where much still was possible that went unfulfilled (Nozick, 1989:21)

³⁰ Vetlesen fortsetter kritikken med å peke på hvordan Sartre ikke fanger hva en følelse er (Vetlesen, 2004:57-59)

Nozick påpeker et intuitivt poeng mange vil kjenne seg igjen i, samtidig som han tydeliggjør en viktig forskjell mellom den eksistensielle lidelsen hos pasienter med livsbegrensende sykdom og de som er livstrøtte: Kapasiteten til å handle og betydningen av det som er ugjort står i et proporsjonalt forhold til hvorvidt man er villig eller klar til å møte døden. Eksempelvis vil en livstrøtt kunne betrakte sin egen kapasitet³¹ og viktigheten til ugjorte handlinger som lav, mens en kreftsyk 40-åring med tilnærmet en måned igjen å leve, vil betrakte sin kapasitet og viktigheten til ugjorte handlinger som høy. Subjektet vurderer dermed sitt eget livspotensiale opp mot det at døden er forestående, og tar på denne måten stilling til om han/hun er villig eller klar til å dø.

Nozick mener videre at man dermed kan betrakte et individs anger eller lidelse i relasjon til i hvilken grad individet har latt livsviktige handlinger forbi ugjort, og i hvilken grad man har kapasitet til å utføre de ugjorte handlingene man anser som viktige. Alder blir derfor en sentral faktor, ved at alderen gradvis og naturlig reduserer kapasiteten til å utføre ugjorte handlinger. Nozick tematiserer imidlertid bare én eksistensiell utfordring, og anger knyttet til ugjorte handlinger kan ikke alene belyse eksistensiell lidelse i tilfeller av livstrøtthet eller livsbegrensende sykdom. Nozick (1989) sine refleksjoner rundt det å dø kan imidlertid knyttes til Yaloms (1980) kategori «Freedom», der livspotensial og anger betraktes som ikke realisert frihet.

Heidegger

Selv om Heidegger ikke regnet seg som en eksistensialist, er hans fenomenologiske «værens-filosofi» klart relevant i sammenheng med fenomenet eksistensiell lidelse. Heidegger beskriver seg selv som ikke opptatt av menneskets eksistens, men av værens totalitet og væren som sådan. Heideggers eksistensielle og fenomenologiske tema blir dermed det å *være* som et eksisterende menneske, og det eksistensielle innholdet i fenomenet eksistensiell lidelse vil omfatte en tolkning av eksistensfilosofi som også inkluderer Heideggers bruk av «væren» fremfor eksistens. I det følgende vil jeg særlig fokusere på Derværens tilknytning til autentisitet og Derværens møte med intetheten: «væren-til-døden». Dette innebærer en redegjørelse av hva Heidegger mener det vil si å si «jeg er», samtidig som individet blir konfrontert med det å ikke skulle være.

Heidegger går rett til kjernen til eksistensialismen og søker å finne meningen bak at noe eksisterer: Hva er meningen til væren? Meningen til eksistensen impliserer imidlertid essensen

³¹ «Kapasitet» referer her til «en evne til utrette», jmfør sitatet fra Nozick.

ved det å eksistere, og i likhet med Sartre ser Heidegger det som nødvendig å etablere både en sammenheng og en distinksjon mellom det essensielle og det eksistensielle. Heidegger gjør det på denne måten lettere å få grep om hva eksistens er og omhandler. Som han selv sier:

Det vi kan i forståelsen (når vi forstår denne i eksistensial mening) er intet 'hva', men væren i betydningen å eksistere. I forståelsen ligger eksistensielt derværens værensmåte som det å kunne-være. Derværen er ikke et forhåndenværende [objekt som meningsløst og med objektet isolert fra den eksistensielle konteksten/brukssammenhengen] som i tillegg kan noe; den er derimot primært et være-mulig. Derværen *er* i hvert enkelt tilfelle hva den kan være og hvordan den er sin mulighet (Heidegger, 2007:165)

Og:

[...] selvet tilhører derværens vesentlige bestemmelser, og derværens 'essens' ligger i dens *eksistens* [...] (Heidegger, 2007:326)

Vår menneskelige essens (*det vi er*, til forskjell fra *det at vi er*; vår eksistens) dannes på denne måten på grunnlaget av vår eksistens (det vi gjør); vi handler oss selv som eksisterende, og får dermed et essensielt innhold. Med andre ord vil det jeg er være et direkte resultat av mine handlinger, valg, og ønsker om hva jeg skal være (Oaklander, 1996:146). Det essensielle gis av det eksistensielle, og det er åpenbare likheter med Sartres syn på eksistens som forut essens. Gjennom Heidegger gir det også mening å si at selvet eksisterer for å danne essens. Det følger av dette at vår essens er plastisk voksende i proporsjonalt med vår temporale eksistens, og at muligheten for å bli bevisst eksistensen som tilgrunnliggende er en latent innsikt som vi på ett eller annet tidspunkt kan ta inn over oss.

En av Heideggers mest relevante innsikter i sammenheng med eksistensiell lidelse uttrykkes imidlertid i hans tilnærming til egentlig³² væren (værensautensitet) og døden: Gjennom å betrakte derværen som alltid konfrontert med døden blir det tydelig at Heidegger ser derværen (jf. mennesket måte å eksistere på) som unikt og forskjellig fra all annen væren; døden individualiserer oss i forhold til alle andre objekter og alle andre mennesker (Ibid:153). Døden markerer også en helhet ved, eller en fullbyrdelse av, mennesket, der døden representerer en avslutningen av derværens skapelse av egen væren. Subjektet oppnår på denne måten en fullbyrdelse ved at væren blir annerledes etter at væren ikke lenger kan gjøre seg selv.

³² Egentlighet og uegentlighet tilsvarer henholdsvis begrepene autensitet og inautensitet, og henviser til måten *dasein* (her:mennesket) representerer selvforståelse; se Oaklander s. 160.

Analogt vil en bok først fullbyrdes eller få sin helhet når den er ferdig skrevet/utgitt. Heidegger betoner det slik:

Når derværen oppnår sin helhet i døden, mister den samtidig der-ets væren [...] Når de andre dør kan vi erfare et merkverdig værensfenomen som vi kan bestemme som det værendes omslag fra derværens (eller livets) værensmåte til en ikke-lenger-derværen. Det værendes *ende* som derværen er begynnelsen på dette værende som noe som bare er for hånden [jf. objekt som meningsløst og med objektet isolert fra sin værenskontekst/brukssammenhengen] [...] Det rent forhåndenværende er 'mer' enn en *livløs* materiell ting. Her møter vi noe *ikke-levende* som har mistet livet (Heidegger, 2007:252)

Denne helheten kommer til uttrykk gjennom døden som derværens egne individuelle og personlige slutt:

Denne representasjonsmuligheten [den ene derværen som representativ for den andre i kraft av å 'være'] svikter imidlertid fullstendig når det dreier seg om å representere den værensmuligheten der derværen kommer-til-ende (en mulighet som gir derværen dens helhet). *Den andres død kan ingen kan frata ham* [sic]. Man kan riktig nok 'gå i døden for en annen', men det innebærer alltid å ofre seg for den andre '*i en bestemt sak*'. Men det å dø for ... kan aldri bety at den andre dermed på noen måte avhjelpes sin egen død. Derværen må hver gang påta seg å dø. Døden er (i den grad den 'er') i hvert enkelt tilfelle vesentlig min egen (Ibid:254)

Døden konkluderer på denne måten derværen som en individuell helhet som kun den enkelte derværen kan påta seg. Det å dø må derfor forstås som muligheten for at det ikke vil være flere muligheter, fremfor det å forstå døden som en mulighet blant flere (Oaklander, 1996:154-155). Heidegger fortsetter resonnementet med å beskrive vår (derværens) relasjon til døden som tett forbundet med menneskets måte å eksistere i verden (vår væren i verden): Vi er kastet inn i en mulighet som ikke kan overskrides, gjennom at døden er uunngåelig og «nødvendig mulig» (Ibid:155). Samtidig er døden noe vi søker å flukte fra og glemme. Døden er på denne måten en del av det å være i verden, der den kommer til uttrykk som værens begrensende struktur. Med andre ord får vi innsikt i dødens begrensende struktur gjennom at vi er eksisterende individer som av nødvendighet og uunngåelighet skal ikke-eksistere; det å eksistere innebærer å ikke-eksistere.

Det er i vår daglige (friske) omgang med døden Heidegger kommer med sitt stikk om uegentlighet eller inautensitet³³: Vi behandler døden som en vilkårlig hendelse – en mulighet blant flere – som ikke skjer meg, men som vi observerer at skjer med andre; en hendelse blant hendelser. Dette er for Heidegger inautentisk i kraft av at man ikke tar inn over seg egenarten til ens egen død og ens eget liv, og at derværen overser at døden markerer avslutningen av ens egen væren i verden. Oaklander (1996:156) påpeker at denne uegentlige holdningen til døden bl.a. kommer til uttrykk i en ‘trøstende’ tilnærming der døden fremstilles som noe man ikke skal frykte, eller at et eller annet liv etter døden venter. Men, selv i forsøket på å maskere eller ufarliggjøre døden ligger det en bevissthet om dødens realiteter; dødens egenart og realitet blir implisitt gjennom at maskeringen og ufarliggjøringen av døden nettopp forsøker å maskere døden. Dens realitet blir altså tydelig gjennom at døden fremstilles som noe som ikke er så reelt eller nådeløst. Heidegger betoner det best selv:

[...] i motsetning til den uegentlige væren til døden, viker fremspranget ikke tilbake for det forhold at den ikke kan legge denne muligheten bak seg, men gjør derimot *fri til* dette forholdet. Når derværen blir fri *til* den egne døden gjennom fremspranget, befri den seg fra fortaptheten i de mulighetene som tilfeldigvis trenger seg på. Først nå kan den egentlig forstå og velge de faktiske mulighetene som ligger forut for den muligheten som den ikke kan legge bak seg (Heidegger, 2007:276)

Heidegger forfekter på denne måten et syn der det å ta inn over seg egenarten til egen død fremmer en autentisk, eksistensiell forståelse av ens egen væren. Man vil med denne autentiske værensmåten leve i tråd med sin begrensede væren, og skape seg selv ut fra forutsetningen om at væren og ikke-væren konstituerer hverandre. Heidegger belyser på denne måten at døden er av stor eksistensiell betydning, og at en tilslørende eller uærlig tilnærming til døden følgelig vil være en inautentisk måte forholde seg til livet på.

Det å ta inn over seg både dødens egenart og ens egen væren vil dermed omhandle det Heidegger betrakter som autentisk eller inautentisk væren. Dette har for Heidegger klare forbindelser til temporaliteten: En autentisk, eller egentlig, derværen forstår at det å skape sin fremtid innebærer en relasjon mellom dine tidligere og fremtidige valg. Fortiden er ikke bestemmende for nåtiden eller fremtiden, men er snarere en slags gjeld vi må ta i betraktning. Samtidig innebærer dette at man kan bli kvitt den man skylder, uten å være uten ansvar i sin

³³ I den norske oversettelsen av Heideggers «væren og tid» oversettes begrepene «eigentlichkeit» og «uneigentlichkeit» med «egentlighet» og «uegentlighet». Jeg vil imidlertid oversette begrepene, som i den engelske oversettelsen, til «autensitet» og «inautensitet», da jeg mener begrepet autensitet bedre formidler innholdet i Heideggers argumenter og teori.

relasjon til sin egen fortid. Gjeldsbegrepet blir dermed noe man i autentisk væren må leve med og ta ansvar for, samtidig som det ikke er bestemmende for hverken nåtiden eller fremtiden (Oaklander, 1996:157-158). Fremtiden er for Heidegger dermed et åpent potensiale som synliggjør friheten; en frihet der vi (derværender) kan skape oss selv i verden ved å kaste oss inn i fremtiden, tatt fortiden i betraktning.

I forbindelse med Heideggers redegjørelse for væren til døden, fremhever han også angsten som en potensiell værensmodus. Angsten er en forlengelse av væren til døden, der det å ta inn over seg at «døden i hvert enkelt tilfelle bare er min egen» (Heidegger, 2007:277) er å holde døden for sann. Vi åpner eller avdekker en tilsløring av væren, og utsetter derværen for trussel som munner ut i en værensangst.

«[...] angsten er befintheten som kan holde åpen den vedvarende og rene trusselen mot derværen selv, en trussel som stiger frem fra derværens mest egne og avsondrede væren. I angsten befinner derværen seg foran det intet som er den mulige umuligheten av dens eksistens. Angsten engster seg angående det kunne-være som tilhører det værende som er bestemt på denne måten, og den åpner dermed den ytterste muligheten» (Ibid:277)

Heidegger mener dette skyldes at derværen innser at det i hvert enkelt øyeblikk eksisterer et mulig kunne være, der friheten gir seg som en gjentakende mulighet i hvert enkelt øyeblikk frem mot døden. Derværens trussel blir dermed seg selv som en alltid ubestemt væren i en verden konfrontert med frihetens mulighet; individet i møte med det det er, kan og kunne være. Dette minner om Sartres begrep om absolutt frihet, og hans poengtering av den tunge åpenheten som er implisitt i den eksistensielle friheten.

Der er mye i Heideggers eksistensielle syn på væren som kan knyttes til begrepet om eksistensiell lidelse, men særlig autensiteten i væren til døden, sammen med angstens åpenhet, viser seg fruktbart i en redegjørelse av det begreplige innholdet til eksistensiell lidelse. Dette inkluderer forestillingen om værensmodus, der bevisstheten om dødens realitet gir livet en autensitet og en verdi man mister i en inautentisk tilnærming til døden.

Det samme poenget er fremhevet i Strang *et al* (2004:243), der Heideggers syn ses i sammenheng med Karl Jaspers' vektlegging av kritiske situasjoners (her: livsbegrensende sykdom som en kritisk situasjon) tofoldige menneskelige respons: Enten lever man mer intenst, eller så gir man opp – noe som korresponderer med henholdsvis autentisk og inautentisk væren hos Heidegger. Med utgangspunkt i Heidegger vil det også ligge et implisitt imperativ om å skape seg selv – mening og verdi for seg selv – i derværens autentiske væren i verden.

Eksistensen, eller væren, er dermed i utgangspunktet meningsløs, og kun gjennom å skape seg selv får eksistensen, væren, eller om man vil, livet en mening.

Eksistensiell lidelse kan også innebære en tolkning av Heideggers angstbegrep der dødens egenhet og realitet åpner opp væren som et ingenting der pasienten perplekst stirrer sin egen død i hvitøyet; pasienten blir lammet av bevisstheten om det han/hun kunne være frem til døden som et konkluderende punktum, uten videre muligheter til å gjøre seg selv. Autentisk bevissthet om døden – det å ta inn over seg muligheten for at det ikke vil være flere muligheter – uavhengig av angst eller ikke, er likevel en nådeløs og brutal eksistensiell utfordring som potensielt kan frembringe eksistensiell lidelse.

I sammenheng med livstrøtthet vil dette imidlertid arte seg annerledes, da dødens realitet betraktes som etterlengtet punktum på en væren som ikke lengre er fruktbar som muligheten til å gjøre seg selv; derværen oppfatter og føler seg ferdig med eller trøtt av å gjøre seg selv som en væren i verden, og ens egen død fremstår som fristende, fremfor brutal og nådeløs. Livstrøtthet innebærer på denne måten at lidelsen må knyttes til væren (selvet som eksisterende) i stedet for ikke-væren (døden).

Kierkegaard

Kierkegaards eksistensialisme omhandler i hovedsak den subjektive realiteten til det eksisterende individet. I dette vektlegges det subjektive fremfor det objektive, ved at subjektiv tro i fremheves i sammenheng med Kierkegaards eksistensialistiske vridning mot den kristne Gud. For Kierkegaard er dermed det eksistensielle nært knyttet til subjektivitet og tro, og hans bidrag til fenomenet eksistensiell lidelse fremkommer i forlengelsen av Kierkegaards overordnede eksistensielle poenger, fremfor gjennom hans religiøse overbevisning.

For å kunne forstå Kierkegaards posisjon må en først forstå hans syn på det subjektive i relasjon til det objektive. I det følgende belyses hvordan subjektivitet, tro, og frihet er en del av det eksistensielle begrepsfeltet og sammen utgjør utgangspunktet for den subjektive eksistensielle virkeligheten man kan relatere til eksistensiell lidelse. Kierkegaard gjør dette ved å kritisere en hegeliensk virkelighetsforståelse som vektlegger den objektivt sanne virkeligheten som det universelle og absolutte, og der kun et objektivt rasjonale kan svare til virkeligheten (Oaklander, 1996:10). Kierkegaard mener en slik virkelighetsforståelse ikke tar høyde for det faktum at vi er oppmerksomme oss selv som eksisterende individer; en subjektiv virkelighet som kommer av å oppfatte oss selv som eksisterende. Kritikken er imidlertid ikke ment som argumentasjon for en annen virkelighetsforståelse, men som en kritikk av den

objektive virkelighetens devaluering av den subjektive eksistensielle virkeligheten. En slik hegeliensk objektiv virkelighetsforståelse vil ifølge Kierkegaard fjerne oss fra den subjektive lidenskapen implisitt i det å eksistere som individ, og vil nødvendigvis bidra til at vi blir mindre selvbevisste. Kierkegaards mistro til vektleggingen av det objektive kommer tydelig frem i hans egne ord:

Den objektive Reflexions Vei gjør Subjektet til det Tilfældige og derved Existents til et LigeGYldigt, Forsvinnende. [...] Den objektive Reflexions Vei fører nu til abstrakt Tænkning, Mathematik, til historisk Viden af forskjellig Art, bestandig fører den bort fra Subjektet, hvis Tilværelse eller ikke-Tilværelse [her: eksistens eller ikke-eksistens] bliver, objektivt ganske rigtigt, uendelig ligeGYldig [...] (Kierkegaard, 1874:172)

Den objektive refleksjonens vei leder oss på denne måten vekk fra oss selv, forstått som det eksisterende «meg selv»; det subjektive individet som er bevisst seg selv som eksisterende. Det er på basis av dette synet på objektivitet Kierkegaard utlegger sin eksistensfilosofi. For Kierkegaard vil den subjektive sannheten som ligger i å tro på Gud dermed ligge i et subjektivt valg – med tilhørende ansvar – om å være kristen og tro på den ene Gud. På denne måten blir tro en subjektiv sannhet ved at individet tar et ansvar for sitt eget valg i å tro; det er et personlig anliggende som går ut over det å objektivt akseptere Gud som faktum. Gud utgjør dermed en egen relasjon i trosvalget, som en forpliktende handling subjektet har det totale ansvar for. I følge Kierkegaard blir dermed det å objektivt ta stilling til at Gud eksisterer – å intellektuelt ta stilling til Gud – en type stillingtagen som ikke innebærer den samme forpliktelsen og lidenskapen som et subjektivt valg innebærer (Oaklander, 1996:16-17). Intellektuell tvil kan dermed, sammen med det subjektive trosvalget, danne grunnlaget for den subjektive sannheten om den kristne Gud; Gud eksisterer i en subjektiv relasjon til det eksisterende individet (Ibid:17)

Kierkegaard anerkjenner likevel det paradoksale i å subjektivt tro på Gud som sann. Det å tro på Gud er objektivt sett absurd, men Gud som abstrakt «evig gudelig» får en subjektivt sann relasjon til det endelige eksisterende menneskeindividet. Likevel fremholder subjektet troen, på tross av en manglende rasjonell basis. Kierkegaard mener derfor at det å tro på Gud er å tro på det absurde. Man risikerer dermed å tro på noe som ikke er objektivt sant, men absurd. Subjektet forstår at det det tror på ikke kan rasjonell begrunnes eller rettferdiggjøres, men forplikter seg likevel overfor Gud gjennom å ta ansvaret for det valget som ligger i å tro på Gud. Troen er dermed et valg som er gjort mulig av subjektets frie vilje, og er således en selvpålagt eksistensiell plikt. For Kierkegaard markerer dette at også mennesket selv er

paradoksalt: Mennesket blir bevisst det paradoksale ved kristendommen gjennom å være bevisst seg selv; motsetningen mellom det subjektive og objektive, der det objektive (rettet utover mot verden), i motsetning til det subjektive (rettet innover mot oss selv), ikke gis virkelighet gjennom subjektets lidenskapelige og forpliktende vilje (Ibid:19); troen.

Dette poenget kan tolkes analogt til Sartres understrekning av bevissthetens dualisme, der vi på den ene siden er faktiske og på den andre siden er bevisste og flyktige, med *en-soi* og *pour-soi* som konstituenten. Kierkegaard og Sartre påpeker begge, om enn med radikalt forskjellige livssyn som utgangspunkt, at mennesket er i seg selv selvmotsigende og er et iboende paradoks i kraft av at vi både har en objektiv og faktisk rettethet utover, samtidig som vi er subjektive, flyktige og selvbevisste med en rettethet innover. Kierkegaard tydeliggjør, i likhet med Sartre, hvordan det subjektive er knyttet til det å eksistere som menneske: det å eksistere som individ betyr å være lidenskapelig subjektiv, fremfor objektivt å vurdere rasjonelle grunner. Dette er tydelig når han bruker Sokrates' tro på sjelens udødelighet som eksempel: «Den sokratiske Uvidenhet var saaledes det med Inderlighedens hele Lidenskab fastholdte udtryk for, at den evige Sandhet forholder sig til en Existerende, og derfor maa blive ham et Paradox, saalænge han eksisterer [...]» (Kierkegaard, 1874:180-181). Kierkegaards fremheving subjektiv virkelighet sammenfaller på denne måten Vetlesens begrep om «absolutt distanse og ikke-identifisering».

Selv om Kierkegaards beretninger om den subjektive troen ikke direkte kan knyttes til fenomenet eksistensiell lidelse, vil subjektiv tro ha en direkte sammenheng med Kierkegaards begrep om eksistensiell angst; et begrep som viser slektskapet mellom Kierkegaards eksistensialisme og det eksistensielle lidelsesbegrepet. Kierkegaard har ikke et begrep om eksistensiell angst *per se*, men det finnes klare eksempler på at han knytter angstbegrepet til den eksistensielle friheten vi blant annet finner hos Sartre: «Anxiety is the possibility of freedom» og angst som «[...] defined as freedom's disclosure to itself in possibility» (Marino, 1998:317). Den samme likheten finner vi også igjen i Heideggers begrep om væren til døden og det tilhørende potensialet for angst, der Kierkegaards angst forstått som «det ubestemmelige noe som er ingenting (dvs. ikke en ting)» (Reinhardt, 1952:136) står i relasjon til Heideggers angst som den gjentagende muligheten i hvert enkelt øyeblikk. Angsten er dermed, på samme måte som troen, konstituert av friheten eller muligheten til frihet. Nøyaktig hva man skal legge i angstbegrepet til Kierkegaard er imidlertid en kompleks filosofisk tematikk det knyttes flere tolkninger og en viss forvirring til.

I et forsøk på å utdype begrepet, vil jeg ta utgangspunkt i Marino (1998) sin redegjørelse av Kierkegaards angstbegrep i *The Cambridge Companion to Kierkegaard*. Her tolkes angsten som erfaringen av muligheten til frihet, der friheten avslører seg selv som viklet inn i seg selv; angsten innebærer friheten til å gjøre oss selv maktesløse og ufrige. Vi aktualiserer friheten ved å fornekte angsten, og friheten vil bare eksistere i den grad vi er frigjorte fra syndens tvang og fra angsten som utgangspunktet til synd (Ibid:318). Det vil med andre ord bare være muligheten, eller utsikten, til frihet som er konstituerende for angsten, ikke friheten som sådan. Angsten kan dermed sies å stamme fra en frihetshorisont, der mennesket erfarer at friheten er bundet i seg selv og at frihet kun eksisterer som et motstykke til sin egen mulighet. Dette kan ses i relasjon til Kierkegaards syn på angsten som manglende et objekt, samtidig som angsten peker mot fremtiden som fylt av muligheter (Ibid:319); samtidig som angsten tilsynelatende omhandler ingenting, innebærer den en anelse om ting som det er mulig at skjer. Marino oppsummerer derfor Kierkegaards angstbegrep som « [...] a manifestation of the fact that we are free» og « [angsten] reflects our relationship to possibility and the future» (1998:320).

Angsten omhandler paradoksalt nok også et individuelt begjær, som Kierkegaard selv skriver om den psykologiske forståelsen av angst; antipati og sympati som begrep for henholdsvis det å trekkes mot et valg og frastøtes valg på basis av muligheten til frihet:

Anxiety is a desire for what one fears, a sympathetic antipathy, anxiety is an alien power which grips the individual, and yet one cannot tear himself free from it and does not want to, for one fears, but what he fears he desires. Anxiety makes the individual powerless (Ibid:321)

Slik anskueliggjør Kierkegaards angstbegrep hvordan det eksistensielle lidelsesbegrepet kan arte seg som en angst som oppstår i en kontradiktorisk dikotomi mellom begjær og frykt: En «sympatisk antipati» (Marino, 1998:321) til døden eller livet; livet som begjær og frykt, og døden som begjær og frykt. Kierkegaards angstbegrep belyser her et interessant aspekt ved eksistensiell lidelse: Angsten som å begjære noe man frykter, og dermed en angst som det er vanskelig å løsrive seg fra (Ibid:320). I en medisinsk kontekst kan vi forstå dette som at den eksistensielle lidelsen er en angst der begjæret og frykten kan knyttes til det å dø. Pasienten frykter døden samtidig som han/hun også ønsker eller begjærer den; pasienten frykter livet samtidig som han/hun ønsker eller begjærer det. Slik kan Kierkegaards begrep om angst som en sympatisk antipati være en eksistensiell utfordring som gjør døden eller livet til noe man både frykter og ønsker. Pasienter med store somatiske eller psykiatriske lidelser vil eksempelvis både betrakte døden som en ønskelig slutt på lidelse og som en brutal slutt på et liv som man uten lidelse ville kunne fylt med livskvalitet.

Angsten er derfor en viktig komponent i Kierkegaards kontradiktoriske tilnærming til det eksistensielle, der angsten er en erkjennelse av at frihet innebærer et valg av hva man *vil* trekkes mot, samtidig som man frastøter og velger bort noe annet. Det blir dermed tydeligere hvordan Kierkegaards angstbegrep omhandler muligheten til friheten og fremtiden, samtidig som angsten mangler et klart objekt; fremtidens frihet innebærer valg der individet må velge samtidig som det må velge bort. Dette kan kontrasteres med den latente angsten knyttet til muligheten for å bli glemt av Gud, være alene, eller det å bli oversett:

Deep within every human being there still lives the anxiety over the possibility of being alone in the world, forgotten by God, overlooked among the millions and millions in this enormous household (Ibid:320)

Angstbegrepet til Kierkegaard blir på denne måten et særdeles komplekst begrep som innebærer at individet konfronteres med en mulighet til frihet der det må velge og velge bort, på en slik måte at man ikke realiserer sin latente angst. Slik vil Kierkegaards angstbegrep, i sammenheng med eksistensiell lidelse i en medisinsk kontekst, kunne tolkes å belyse et aspekt ved selve lidelsesinnholdet: Konfrontert med muligheten til frihet og den potensielle mangelen på fremtidig mulighet til frihet slipper pasientens angst ut, og den dype menneskelige angsten for å bli glemt, være alene, og å bli oversett kommer som et nødvendig resultat av at pasienten ser sine valg i retrospekt og betrakter sine livsvalg som enten syndige eller i tråd med Gud.

I tilfeller av livstrøtthet vil man derimot frykte det å fortsatt måtte leve et liv uten videre verdi eller mening, samtidig med at livet representerer et begjær av eller en lengsel etter livskvalitet, håp og mulighet til mer godt liv. Kierkegaard får på denne måten frem en eksistensiell utfordring ved det å være fri til å ta bittersøte valg fylt med både frykt og begjær.

Avsluttende bemerkninger

I siste kapittel og i oppgaven for øvrig, har jeg forsøkt å formidle at eksistensiell lidelse av nødvendighet må bunne i menneskelig evne til å være bevisst seg selv som eksisterende, og ikke er en sykdomstilstand der eksistensielle utfordringer betraktes som symptomer. Dette innebærer at individet, subjektet eller selvet, i kraft av å være et menneske, er muliggjort det å være bevisst seg selv som en eksisterende person, og dermed har et iboende potensiale for eksistensiell lidelse, et potensiale som kommer tydelig til uttrykk i tilfeller av livsbegrensende sykdom og livstrøtthet. Dette er igjen knyttet til vår person og livshistorie, samt den individuelle opplevelsen av det å lide og det å eksistere; eksistens kan oppleves, erfares, eller føles utfordrende, da særlig i møte med hendelser som enten potensielt eller med sikkerhet fjerner det Sartre og Heidegger betoner som de mulighetsgivende forutsetningene for å gjøre seg selv, henholdsvis eksistens i møte med ikke-eksistens og væren konfrontert med ikke-væren; liv konfrontert med døden.

For allerede i Sartres prinsipp om *eksistens som forutgående for essens* finner vi en kime til det eksistensielt utfordrende: Det viktige i livet – mening, verdi, og frihet; det essensielle livsinholdet – er betinget av at vi eksisterer, og når den eksisterende blir konfrontert med sin motsats (dvs. ikke-eksistens eller ikke-væren), enten som en pasient med livsbegrensende sykdom, som livstrøtt, eller gjennom generell refleksjon, vil det være naturlig å eventuelt oppleve at mening, verdi, og frihet oppløses.

Om vi betrakter eksistensiell lidelse ut fra argumentasjonen i foregående kapitler, vil det medisinske ved eksistensiell lidelse dermed kun måtte betraktes kontekstuell og kun utslagsgivende i den grad det rent medisinske spiller en fremprovoserende rolle: Sykdomsbildet og/eller prognosen kan tvinge individet til å betrakte seg selv, sin livshistorie, sine verdier, og meningsspørsmål i relasjon til det at han/hun nært forestående skal dø. Potensialet for eksistensiell lidelse er dermed naturlig, universelt menneskelig med en tydelig fremtreden i medisinsk kontekst, der livsbegrensende somatikk og psykiatri kan virke utløsende på det menneskelige potensialet for eksistensiell lidelse. På denne måten overskrider eksistensiell lidelse det medisinske, og omhandler de rent eksistensielle utfordringene ved det å være et menneske bevisst seg selv, mulighetene som ligger i det å eksistere, og ikke-eksistens frarøvelse av både bevissthet og muligheter. Dermed må opptreden av eksistensiell lidelse i medisinsk kontekst begrepsliggjøres og forstås med utgangspunkt i eksistensfilosofiens vektlegging av og konvergens mot frihet, død, isolasjon, og mening, fremfor å reduseres til

medikalisering. Dette blir også påpekt i Boston *et al* (2011) sin grundige litteraturgjennomgang.

For å oppsummere det siste kapittelet og gjøre det tydeligere hvordan eksistensialisme kan bidra til en bedre forståelse av eksistensiell lidelse innenfor medisinen, vil jeg, i tråd med Yalom (1980) sin kategorisering av eksistensielle utfordringer, skissere noen viktige eksistensielle betraktninger som kan relateres til livsbegrensende sykdom og livstrøtthet.

Død

Kierkegaard har betraktninger som tydelig belyser hvordan døden kan være eksistensiell utfordring: Den subjektive lidenskapen i å være bevisst seg selv som et eksisterende individ trer fram i det individet blir konfrontert med eller ønsker det å ikke eksistere; døden som et individuelt faktum fremprovoserer selvbevisstheten Kierkegaard fremhever som det sentrale aspektet ved den subjektive virkeligheten. Ergo, vil en eksistensiell (selv)bevissthet følge naturlig av det å være livstrøtt eller diagnostisert med en livsbegrensende sykdom.

Død som en eksistensiell utfordring kommer også tydelig frem i Heideggers begrep om væren til døden og autensitet. Heidegger forklarer hvordan døden mulighetsbetinges væren – vår opplevelse av det å eksistere – gjennom å fremheve nødvendigheten av å være bevisst dødens avsluttende og konkluderende realitet. Dette kan relateres til eksistensielle utfordringer i palliativ sammenheng, der det å møte eller forsones seg med at man nært forestående skal dø eller kan dø oppleves som vanskelig. I denne sammenhengen bør eksistensiell lidelse også ses i lys av Nietzsches begrep om *amor fati*, forstått som det å ikke evne å forsones seg med eller å kunne elske sin egen skjebne og en eventuell mangel på verdier og mening. For i tilfeller av livsbegrensende sykdom, vil revalueringen av verdier og mening, underforstått som en del av det å bli konfrontert med døden, potensielt medføre ytterligere lidelse.

I tråd med Heideggers fokus på viktigheten i det å være bevisst dødens makabre realitet og punktum, må dødens brutale uunngåelighet også forstås å være noe av forutsetningen for det å leve lidenskapelig eller å handle seg selv i tråd med livets betingelser, og en palliativ tilnærming til døden bør i denne sammenhengen ta høyde for at det ikke er uproblematisk å skulle forfekte en bagatelliserende eller maskerende forståelse av døden. Eksistensiell lidelse kan på denne måten symbolisere en autentisk kjærlighet til det å leve og det å ha levd, slik at pasientens lidelse også kan tolkes som en sorg over å skulle miste noe godt og verdifullt.

I tilfeller av livstrøtthet vil imidlertid døden måtte betraktes som en etterlengtet avslutning på et liv og en eksistens som ikke lenger oppfattes som det Heidegger, Sartre og Kierkegaard fremstiller som en mulighet til å handle seg selv; individet føler seg ferdig med eller trøtt av eksistensen og det å leve, og døden fremstår som fristende, fremfor brutal og nådeløs. Livstrøtthet innebærer på denne måten at lidelsen må knyttes til bevisstheten om det å måtte eksistere, fremfor det å bli bevisst døden eller ikke-eksistens som eksisterende.

Nietzsches nihilisme vil, i tillegg til å være et bidrag til å redegjøre for både eksistensiell frihet og menings spørsmålet, kunne belyse det å bli konfrontert med eller være bevisst sin egen død. Nihilismen vil med sin opphevelse av etablerte verdigrunnlag kunne betraktes analogt til bevisstheten om ens egen død, og er på denne måten en tilstand der etablert mening og verdier eroderer i møtet med en døden som en avgrunn av ikke-eksistens. I denne forstand innebærer døden eksistensiell lidelse i *bevisstheten om* den, der individet, i likhet med Camus' Sisyfos, kun ser det absurde i *bevisstheten om* livets streben; individet blir gjennom *bevisstheten om* dødens bevisst absurditeten ved det å leve. Eksempelvis vil det for et individ med livsbegrensende sykdom eller livstrøtthet kunne oppfattes som om livet ikke har noen verdi/mening siden han/hun henholdsvis er konfrontert med en snarlig død eller ønsker å dø. Dette sammenfaller også med Yalom (1980) sin meningskategori.

Den eksistensfilosofiske tilnærmingen til døden er på denne måten med på å synliggjøre hvordan spenningen mellom bevisstheten om en uunnværlig død og et ønske om å leve videre er utslagsgivende for (ytterligere) lidelse i medisinske kontekster.

Frihet

Det eksistensielle frihetsbegrepet fremstår som tydelig i Sartres anvendelse av begrepene *i-seg-selv* og *for-seg-selv*: Det ligger en menneskelig overflødighet i det at selvet er bevisst seg selv, samtidig som vi ser oss selv i en situasjonell relasjon til verden der alle mulige valg står åpne for oss som absolutt frihet. Dette bærer likheter med Camus' vektlegging av meningsløsheten som oppstående av *bevisstheten om* livet og Zapffes «Hornbærer». Den samme poengteringen av frihet finner vi også igjen hos Kierkegaard, der han peker på det iboende paradoks at vi er rettet utover, samtidig som vi er rettet innover, med henholdsvis objektive og subjektive standarder for virkelighet og sannhet. Kierkegaard forfekter imidlertid lidenskapen og troen i den subjektive virkeligheten som sentral for en eksistensiell selvbevissthet, før han, som Sartre, knytter friheten til sitt eget begrep om angst; angsten eller lidelse som manifesteringen av faktumet at vi er frie. Som kategorisert av Yalom innebærer det

eksistensielle perspektivet på frihet en mangel på ekstern struktur, og subjektet blir med sitt ønske om struktur og faktisitet, konfrontert med en avgrunn der hvert enkelt individ selv står som ansvarlig for å skape seg selv og sine valg.

Som en eksistensiell utfordring får frihet en lidelsesdimensjon som både Kierkegaard og Sartre, og for øvrig Heidegger, forespeiler i deres begrep om angst: Verden kan fremstå som tom for struktur og design, og det blir følgelig klart at ansvaret for individets livshistorie, valg, og handlinger ligger på individet selv, og ikke kan tilskrives forutbestemte strukturer for hvordan individet skulle velge eller handle i bestemte situasjoner. Eksempelvis kan det for en pasient med livsbegrensende sykdom først i retrospekt bli tydelig at han/hun kunne valgt annerledes, og at det nå tilsynelatende er for sent; individets valg og livshistorie kontrasteres opp mot hva han/hun kunne ha blitt og kunne ha gjort i verden som var åpen for en total frihet.

I forlengelsen av den kierkegaardske påstanden om at en eksistensiell selvbevissthet følger naturlig av det å være livstrøtt eller diagnostisert med en livsbegrensende sykdom, vil det kunne hevdes at ansvaret for sine handlinger og livshistorie tydeliggjør hvordan frihet kan være en eksistensiell utfordring: Eksistensielle refleksjoner kan bidra til skyldfølelse eller ønsker om å bekjenne valg og handlinger man i livets slutfase oppfatter som gale eller umoralske; en moralsk anger oppstår i møtet med døden. Dette leder for øvrig videre til Nozicks refleksjoner rundt ugjorte handlinger og kapasitet til å handle, der viktigheten til det ugjorte, sammen med kapasiteten til å handle, utgjør et potensiale for eksistensielt lidelse; livspotensial og anger som ikke-realiseret frihet i et eksistensielt lidelsesperspektiv. Dette er eksistensielle betraktninger som er sentrale både i sammenheng med livsbegrensende sykdom og livstrøtthet

Kierkegaard får for øvrig frem et ytterligere aspekt ved livstrøtthet og livsbegrensende sykdom gjennom begrepet «sympatisk antipati»: pasienter opplever eksistensiell lidelse (her: Kierkegaards eksistensielle angst) i frihet som ambivalens, ved at livet og døden kan være noe vi både begjærer og frykter. I tilfeller av livsbegrensende sykdom og livstrøtthet kan pasienter dermed oppleve det som utfordrende, og eventuelt lide av, det å begjære det man frykter, enten det være seg døden, livet, eller selve friheten.

Gjennom eksistensfilosofiens tilnærming til frihet blir det klart hvordan ansvar, livshistorie, personlighet, og valgmuligheter kan komme til uttrykk som eksistensiell lidelse i det pasienter blir konfrontert med dødens reevaluerende og strukturløse kraft.

Mening

Også mening som en eksistensiell utfordring vil følge av den eksistensielle (selv)bevisstheten som resultat av livstrøtthet eller livsbegrensende sykdom, og eventuell lidelse knyttet til verdier, meningsspørsmål, og absurditet vil måtte ses på som en naturlig reaksjon. Dette kan, som nevnt, bunne i en nihilistisk tilstand som samsvarer med meningsoppløsning og meningsløshet, der det hverken finnes overordnet mening eller struktur i kjølvannet av «Guds død», og dermed heller ingen svar på hverken generelle spørsmål som «hva er meningen med livet?», «hvorfor lever vi?», «hvordan skal vi leve?», eller mer spesifikke spørsmål som «hvorfor er akkurat jeg rammet av kreft?» og «hva er meningen med å leve videre med en livsbegrensende sykdom?»; fordi mennesker er meningssøkende skapninger, kan en mangel på universell mening, for noen, lede til eksistensiell lidelse.

Om man følger argumentet om at eksistensiell selvbevissthet følger naturlig av det å være livstrøtt eller diagnostisert med en livsbegrensende sykdom, kan også meningsspørsmål bli særlig presserende og dermed eksistensielt utfordrende for livstrøtte eller pasienter med livsbegrensende sykdommer. Mening blir i disse tilfellene sentralt for å kunne finne svar på *hvorfor akkurat jeg skal dø, ha denne sykdommen, lide, eller skulle måtte fortsette å leve*. Igjen berøres tematikk tilknyttet det å elske sin egen skjebne, autentisk ta inn over seg sin egen død, eller gi mening til sin skjebne; sentrale eksistensfilosofiske temaer i hos henholdsvis Nietzsche, Heidegger, og Camus.

I tillegg til i Nietzsches nihilisme er også meningsspørsmålet særlig fremtredende hos Camus. Hans noe makabre innledning til tematikken – hvorfor ikke begå selvmord? – legger den eksistensielle bevisbyrden på livet og dermed eksistensen, og viser hvordan det er en «[...] kløft mellom mennesket og dets liv [...]» (Camus, 1994:10); det absurde i skillet mellom *bevisstheten om eksistensen* og eksistensen som sådan. Dette kan relateres til uforsonligheten og den uløselige kampen for å gi mening til et liv pasienter ser går mot en slutt eller rettfærdiggjøringen av en livstrøtts ønske om å dø. Dette er ytterligere analysert av Sartre i hans skille mellom *en-soi* og *pour-soi*; skillet mellom det ytres *i-seg-selv*-faktisitet og det indres *for-seg-selv*-bevissthet. Et skille som ligger til grunn for et menneskelig grunnleggende forsøk på å gjøre seg selv hel og udelt: den overflødige og flyktige bevissthetens søken etter mening som faktisitet. Som Oaklander (1996:215) konkluderer:

«Humans stand before the world with a questioning attitude, an attitude that is filled with meaning. For Sartre, our questioning attitude reveals that we grasp the world as involving negation or nothingness»

Det å finne verdi, svar eller mening i å lide, være syk, eller å i det hele tatt leve, tydeliggjøres gjennom eksistensfilosofien som en av de tyngste byrdene ved det å være et meningssøkende vesen, og det er tydelig at slike spørsmål vil gjøre seg særlig relevant i tilfeller der pasienter har en livsbegrensende sykdom eller er livstrøtte.

Eksistensiell isolasjon

Gjennom Heideggers væren til døden får vi frem en eksistensiell isolasjon gjennom den ensomme forpliktelsen i autentisk væren til døden. Døden som avslutningen av derværens væren i verden kan kun gjennomgås av individet selv, og det er dermed en iboende eksistensiell isolasjon i det å være bevisst sin egen værens nødvendige avslutning. For på værensnivået – den eksistensielle opplevelsen – vil individet alltid være, og potensielt føle seg, til dels avskåret fra andre; andre kan ikke relatere seg til hver enkelt derværens væren, og væren er den individuelle opplevelsen av derværens væren i verden. Samtidig presiseres egenheten og den private naturen til det å dø, der eksempelvis pasienten eller den livstrøtte kun gjennom en slags eksistensiell isolasjon står i relasjon til sin egen død; døden som den private uunngåelig og nødvendige muligheten for at det ikke vil være flere muligheter. Denne brutale innsikten, som Heidegger betrakter det som, vil tenkes å være aktuell i sammenheng med skisserte idealmodeller.

Eksistensiell isolasjon vil også belyses av Sartres begrep om *en-soi* og *pour-soi*, og hans følgende redegjørelse av væren *for-seg-selv* og væren *i-seg-selv*. Dette innebærer at bevissthetens væren forutsetter og avhenger en annen væren enn bevisstheten; den symbiotiske dualismen mellom en bevisst og en ubevisst væren. Det bevisste kan derfor, i noen grad, oppfattes som eksistensielt isolert fra verden i kraft av å kunne være bevist seg selv samtidig som bevisstheten forutsetter en ubevisst væren (*en-soi* som konstituerende for *pour-soi*): Det er et aspekt ved selvet som alltid og nødvendig vil være isolert fra verden gjennom at bevissthetsobjektet er bevisstheten om seg selv som eksisterende og bevisst. Den selvrefleksive naturen til vårt eget selv i vår «eksistente dualisme» (*en-soi* og *pour-soi*) gjør at det eksistensielle refleksivitet blir oss selv helt alene, eksistensielt isolert fra alle andre og verden; analogt med at vi er eksistensielt splittet er vi også eksistensielt isolerte og eksistensielt ikke-isolerte; bevissthetsoverskuddet transcenderer oss selv og griper mot de andre, felleskap og helhet.

Pasienter med livsbegrensende sykdom og livstrøtte må dermed møte sin «personlige» død eksistensielt isolert fra andre, samtidig som de har et menneskelig behov for relasjonell

kontakt, omsorg, og fellesskapsfølelse, uten mulighet til å dele eller få hjelp med den eksistensielle opplevelsen av å bevege seg mot en snarlig døden og ikke-eksistens. Dette vil ofte komme til uttrykk som eksistensiell lidelse hos pasienter med livsbegrensende sykdom.

Referanseliste

- Aass, N., Faksvåg, D. H., Rosland, J. H., Jordhøy, M., Dønnem, T. & Knudsen, A. K. (2015) *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet
- Agrawal, M. & Emmanuel, E. J. (2001) «Attending to psychologic Symptoms and palliative care». *Clinical Oncology*, 20, s. 624
- Albert, S.M., Rabkin, J.G., Del Bene, M.L., Tider, T., O'Sullivan, I., Rowland, L.P. & Mitsumoto, H. (2005) «Wish to die in end-stage ALS». *Neurology*, 65(1), s. 68 – 74
- Balaguer, A. et al (2016) «An International Consensus Definition of the Wish to Hasten Death and Its Related Factors». *PLOS ONE*, s. 1 – 14, [Online]
DOI:10.1371/journal.pone.0146184
- Blinderman, C. D. og Cherny, N. I. (2005) «Existential issues do not necessarily result in existential suffering: lessons from cancer patients in Israel». *Palliative Medicine*, 19, s. 371 – 380
- Bolmsjö, I. (2000) «Existential Issues in Palliative Care – Interviews with Cancer Patients». *Journal of Palliative Care*, 16(2), s. 20 – 24
- Bolmsjö, I., Hermerén, G. & Ingvar, C. (2002) «Meeting Existential Needs in Palliative Care – Who, When, and Why?». *Journal of Palliative Care*, 18(3), s.185 – 191
- Boston, P., Bruce, A. & Schreiber, R. (2011) «Existential Suffering in the Palliative Care Setting: An Integrated Literature Review». *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(3), s. 604 – 618
- Bood, A., Griffiths, J. & Weyers H. (1998) *Euthanasia and law in the Netherlands*. Amsterdam: Amsterdam Universisty Press
- Breitbart, W. (2001) «Spirituality and meaning in supportive care: spirituality- and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer». *Support Care in Cancer*, 10(4), s. 271 – 280
- Brenne, E. et al (2013) «Depressed patients with incurable cancer: Wich depressive symptoms do they experience?». *Palliative and Supportive Care*, 11(6), s. 491 - 501
- Bruce, A. & Boston, P. (2011) «Relieving existential suffering through palliative sedation: discussion of an uneasy practice». *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), s. 2732 – 2740
- Busch, C. J. og Hirsch, A. (2007) «Eksistensiell og åndelig omsorg» i Kaasa, S. (red.) *Palliasjon – Nordisk lærebok*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag s. 115 – 141
- Camus, A. (1994) *Myten om Sisyfos*. Oslo: J. W. Cappelens Forlag s. 1 – 120
- Cassell, E. J. (1998) «The Nature of Suffering and the Goals of Medicine». *Loss, Grief & Care*, 8(1-2), s. 129 – 142

- Chochinov, H. M., McClement, S. E. & Kredentser, M. S. (2015) «Dignity and palliative end-of-life care» i Cherny, N. I. et al (red.) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 5. utg. Oxford: Oxford University Press
- Claessens, P. et al (2008) «Palliative Sedation: A Review of the Research Literature». *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(3), s. 310 – 333
- Clarke, D. (2014) *'Total pain': the work of Cicely Saunders and the maturing of a concept*. Tilgjengelig fra: <http://endoflifestudies.academicblogs.co.uk/total-pain-the-work-of-cicely-saunders-and-the-maturing-of-a-concept/> (Hentet 26.04.16)
- Filosofisk supplement (2014) *Frem fra glemselen: Herman Tønnessen (1918 – 2001)*. Tilgjengelig fra: <https://filosofisksupplement.no/2014/04/frem-fra-glemselen-herman-tonnessen-1918-2001/> (Hentet 30.05.16)
- Flynn, T. (2013), «Jean-Paul Sartre», i Zalta, E. N. (red.) *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (utgave høst). Tilgjengelig fra: <http://plato.stanford.edu/archives/fall2013/entries/sartre/> (Hentet 13.07.16)
- Folkehelseinstituttet (2015) *Dødsårsaker for 2014: Kreft stabilt, demens øker*. Tilgjengelig fra: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Area_7064&Main_6157=6261:0:25,6744&MainContent_6261=7064:0:25,6744&Area_7064=6178:116480::0:7065:1::0:0 (Hentet 21.09.16)
- Fors, E. A., Jacobsen, H. B., Borchgrevink, P. C. & Stiles, T. (2014) «Somatiske symptomer uten vesentlig medisinsk forklaring: bakgrunn, nosologi og kliniske betraktninger med relevans for psykologer». *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51, s. 365 – 377
- Foucault (2007) *Diskursens orden*. Oslo: Spartacus Forlag
- Førde, R. (2014) *Retningslinjer for lindrende sedering i livets slutfase*. Oslo: Den norske legeforening
- Gamondi, C., Pott, M. og Payne, S. (2013) «Families' experiences with patients who died after assisted suicide: a retrospective interview study in southern Switzerland». *Annals of Oncology*, 24, s. 1639 – 1644
- Heidegger, M. (2007) *Væren og tid*. Valdres: Pax Forlag s. 250 – 305
- Henoch, I., & Danielson E. (2009) «Existential concerns among patients with cancer and interventions to meet them: an integrative literature review». *Psychooncology*, 18, s. 225 – 236
- Hessen, D. O. (2006) *Peter Wessel Zapffe*. Tilgjengelig fra: <http://folk.uio.no/hessen/pdf/PeterWesselZapffe.pdf> (Hentet 04.03.16)
- Hudson, P. L., Kristjanson, L. J., Ashby, M., Kelly, B., Schofield, P., Hudson, R., Aranda, S., O'Connor, M. & Street, A. (2006) «Desire for hastened death in patients with advanced disease and the evidence base of clinical guidelines: a systematic review». *Palliative Medicine*, 20(7), 693 – 701
- Hultman, T. (2012) «Depression in Advanced Disease» i Campbell, M. L. (red.) *Case Studies in Palliative and End-of-Life Care*. Oxford: Wiley-Blackwell s. 198 – 204

- Kierkegaard, S. (1874) *Afsluttende uvidenskabelig efterskrift til de filosofiske Smuler: Mimisk-pathetisk-dialektisk sammenskrift eksistentielt indlæg*. København: C.A. Reitzels forlag
- Kimsma, G. K. (2015) «Longevity reversed: Medicine, suicide and laicide after the Euthanasia Law of 2002». *Ethics, Medicine and Public Health*, 1, s. 220 – 229
- Kissane, D. W. (2012) «The Relief of Existential Suffering». *Archive of Internal Medicine Journal*, 172(19), s. 1501 – 1505
- Kissane, D. W., Clarke, D. M. & Street, A. F. (2001) «Demoralization Syndrome – a Relevant Psychiatric Diagnosis for Palliative Care». *Journal of Palliative Care*, 17(1), s. 12 – 21
- Kissane, D. W. og Doolittle, M. (2015) «Depression, demoralization, and suicidality» i Cherny, N. I. et al (red.) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 5. utg. Oxford: Oxford University Press s. 1074 – 1085
- Lavoie, M., Blondeau, D. og De Koninck, T. (2008) «The dying person: an existential being until the end of life». *Nursing Philosophy*, 9, s. 89 – 97
- Lunney, J. R., Lynn, J. og Hogan, C. (2002) «Profiles of Older Medicare Decedents». *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, s. 1108 – 1112
- Malt, U. (2014) «Somatiseringslidelse» i *Store Medisinske Leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://sml.sn�.no/somatiseringslidelse> (Hentet 01.06.16)
- Marino, G. D. (1998) «Anxiety in The Concept of Anxiety» i Hannay, A. (red.) og Marino, G. D. (red.) *The Cambridge Companion to Kierkegaard*. New York: Cambridge University Press s. 308 – 328
- Materstvedt, L. J. og Bosshard, G. (2015) «Euthanasia and palliative care» i Cherny, N. I. et al (red.) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 5. utg. Oxford: Oxford University Press s. 314 – 323
- McClain, C. S., Rosenfeld, B. og Breitbart, W. (2003) «Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients». *The Lancet*, 361, s. 1603 – 1607
- McClement, S. (2015) «Spiritual issues in palliative medicine» i Cherny, N. I. et al (red.) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 5. utg. Oxford: Oxford University Press s. 1059 – 1067
- Mehnert, A. (2006) «Sinnfindung und Spiritualität bei Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen». *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 49(8), s. 780 – 787
- Michalski, K. (2007) *The Flame of Eternity – An Interpretation of Nietzsche's Thought*. Princeton: Princeton University Press s. 1 – 124 (124 sider)
- Morita, T. (2004) «Palliative Sedation to Relieve Psych-Existential Suffering of Terminally Ill Cancer Patients». *Journal of Pain and Symptom Management*, 28(5), s. 445 – 450

- Morita, T., Tsunoda, J., Satoshi, I. & Chihara, S. (2000) «An Exploratory Factor Analysis of Existential Suffering in Japanese Terminally Ill Patients». *Psychooncology*, 9, s. 164 – 168
- Murata, H. & Morita, T. (2006) «Conceptualization of psycho-existential suffering by the Japanese Task Force: The first step of a nationwide project». *Palliative and Supportive Care*, 4, s. 279 – 285
- Nietzsche, F (2012) *Menneskelig, altfor menneskelig*. Oslo: Spartacus Forlag
- Nozick, R. (1989) *The Examined Life – Philosophical Meditations*. New York: Simon and Schuster
- Oaklander, N. L. (1996) *Existentialist Philosophy – An Introduction*. 2. utg. Upper Saddle River: Prentice-Hall Inc.
- Okon, T. (2005) «Palliative Care Review: Spiritual, Religious and Existential Aspects of Palliative Care». *Journal of Palliative Medicine*, 8(2), 392 – 411
- Reinhardt, K. F. (1952) *The Existentialist Revolt*. New York: Frederick Ungar Publishing Co.
- Ruijs, C. D. M. (2015) *Unbearable suffering – A study into suffering in end-of-life cancer patients and requests for euthanasia*. PhD avhandling. Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam.
- Saunders, C. (2005) *Watch with Me*. Lancaster: Observatory Publications
- Shaiova, L. (1998) «Case Presentation: ‘Terminal Sedation’ and Existential Distress». *Journal of Pain and Symptom Management*, 16(6), s. 403 – 404 (2 sider)
- Sheldon, T. (2003) «Being ‘tired of life’ is not grounds for euthanasia». *BMJ*, 326, s. 71
- Smith II, G. P. (2011) «Refractory Pain, Existential Suffering, and Palliative Care: Releasing an Unbearable Lightness of Being». *Cornell Journal of Law and Public Policy*, 20(3), s. 469 – 532
- Strang, P. (1997) «Existential consequences of unrelieved cancer pain». *Palliative Medicine*, 11, s. 299 – 305
- Strang, P. *et al* (2004) «Existential Pain- An Entity, a Provocation, or a Challenge». *Journal of Pain and Symptom Management*, 27(3), s. 241 – 250
- Vetlesen, A. J. (2004) *Smerte*. Lysaker: Dinamo Forlag
- WHO (2016) *WHO Definition of Palliative Care*. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (Hentet 22.06.16)
- Yalom, I. D. (1980) *Existential Psychotherapy*. New York: Basic Books
- Zapffe, P. W. (1999) *Om det tragiske*. Falun: Pax Forlag
- Zapffe, P. W. (1969) «Den sidste Messias» i Fløistad, G. (red.) *Peter Wessel Zapffe*. Oslo: Pax Forlag