

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

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Band: - (2005)

Heft: 2: Existenzielles Leiden = Souffrance existentielle = Sofferenza esistenziale

Artikel: Souffrir de douleur existentielle - Vers une reconnaissance de la détresse spirituelle? = Existenzielles Leiden - auf dem Weg zur Erkennung spiritueller Not? (Zusammenfassung) = Soffrire di dolore esistenziale, verso un riconoscimento dello sconforto sp...

Autor: RoCHAT, Etienne

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091883>

Nutzungsbedingungen

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

Conditions d'utilisation

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

Terms of use

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

Download PDF: 25.04.2026

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

Dans cet article, l'auteur illustre au travers d'un exemple comment la douleur existentielle fait à la fois partie des préoccupations des soignants tout en restant un vécu problématique à intégrer dans la prise en charge globale de la personne malade. Il s'attache ensuite à établir que la douleur existentielle peut-être comprise comme une «détresse spirituelle», et que ce déplacement permet la mise en place d'une «clinique spirituelle». Enfin, une courte présentation des résultats d'une étude pilote en gériatrie montre l'intérêt d'une telle clinique pour les patients et les membres de l'équipe interdisciplinaire.

Etienne Rochat

Souffrir de douleur existentielle – Vers une reconnaissance de la détresse spirituelle?



Etienne Rochat

Madame B.

Lors de la conversation téléphonique, l'infirmière a une expression courante mais qui reste néanmoins extraordinaire à mes yeux: «... suite à notre proposition, Madame B. accepte de rencontrer un aumônier, mais il faudrait que ce dernier ne soit pas trop religieux ... non ... elle ne veut pas voir un psychiatre car elle déclare ne pas être folle ...». Suivent encore quelques précisions sur la prise en charge palliative de Madame B.

Dans l'ascenseur qui m'emmène à l'étage, je repense à cette conversation et je trouve qu'elle illustre bien l'étrange situation des envoyés des Eglises chrétiennes en milieu hospitalier, la non moins étrange situation des psychiatres de liaison, et surtout je reste étonné qu'une professionnelle de la santé puisse transmettre sans la moindre interprétation ni même sourire cette sorte d'information.

Madame B. serre les mains si fortement que les jointures de ses doigts en deviennent blanches. Elle ose ses questions: Pourquoi est-ce elle qui est dans cette situation? Qu'a-t-elle fait de particulier pour mériter cela? Elle ajoute qu'elle a mal à l'intérieur, qu'elle se sent atteinte au plus profond de son être, qu'à aucun moment elle n'a imaginé sa vie comme cela, que tout s'écroule autour d'elle, qu'elle ne voit pas de lumière au bout du tunnel.

Elle dit cela après quelques minutes d'entretien, en réponse à une seule question de ma part! Pourtant la prise en charge de Madame B. est exemplaire: physiquement elle dit ne plus avoir de douleur, socialement les membres de sa famille sont très présents et font ce qu'ils peuvent pour la soutenir, encouragés et parfois relayés par des amis de longue date. Psychologiquement, son adaptation est remarquable, elle fait face; n'est-il pas fort normal que son contexte génère un peu de déprime par moment, ceci malgré une «béquille» médicamenteuse bien adaptée et bien tolérée?

Cette dame me touche, m'atteint moi aussi au plus profond, me fait prendre conscience (comme à chaque fois depuis de nombreuses années) du mystère de l'autre et

du côté insaisissable et incompréhensible de son vécu. Je ne sais pas sur quoi va déboucher ce long parcours: une sérénité renouvelée ou une fin dans cette sorte de déchirure de l'être?

A la fin de cette première rencontre, je m'entretiens quelques minutes avec l'infirmière. Nous sommes d'accord pour dire que Madame B. souffre de «douleur existentielle». En fait, ce que nous nommons, c'est surtout notre impuissance devant un mal être et une crise qui échappent en grande partie à la prise en charge et à la maîtrise des soignants. Mais, et c'est bien connu, le partage de ce sentiment diffus et fort désagréable d'impuissance le rend moins lourd à porter! En ce sens je pense qu'un des buts inconscients des membres de l'équipe qui ont proposé l'aumônier est atteint.

En d'autres termes, il faut rester lucide sur le fait que cette infirmière et moi n'avons rien échangé qui puisse être noté dans le dossier dans un langage facilement accessible aux autres soignants, de même que nous n'avons ni l'un ni l'autre les moyens de faire en sorte que la mise en évidence de cette partie du vécu de Madame B. change la manière d'en prendre soin.

En quittant le service, je me fais une fois encore la réflexion que le choix des soignants de solliciter un aumônier pour cette dame (mis à part le bénéficiaire mentionné plus haut), est paradoxalement un moyen efficace de prendre quelque chose de son vécu au sérieux sans qu'il y ait forcément de conséquence sur la prise en charge, ni que l'équipe interdisciplinaire subisse de confrontation dans ses manières de faire.

Cet état de fait est grave, car je pense qu'il prive Madame B. d'une partie non négligeable des ressources et des moyens possibles pour faire baisser cette douleur. En effet, et Madame B. le confirmera par la suite, l'intensité de la douleur existentielle est en partie liée à la qualité de l'alliance thérapeutique ainsi qu'aux liens créés avec les soignants. Or, si ces deux aspects de la prise en charge sont insuffisants et / ou ne s'adaptent pas en fonction du vécu correctement analysé du malade en fin de vie, ils ne permettent pas à cette personne d'opérer un travail intérieur dans le quotidien des soins, travail nécessaire pour faire baisser la douleur existentielle.

Les deux questions suivantes restent toujours en suspens; comment changer la dynamique des soins prodigués à Madame B et comment interroger les soignants sur leur éventuelle responsabilité dans l'apparition et la persistance de cette douleur existentielle?

La souffrance existentielle, vécu insaisissable ou objet d'étude?

S'il est certain que la souffrance d'un «autre que moi» comportera toujours une part de mystère et d'incompréhensible, et qu'il s'agit d'une limite qui exige humilité, vigilance et lucidité sur soi et sur la puissance de son action, faut-il pour autant renoncer à analyser ce vécu singulier de la personne malade? Et en tant qu'aumônier, faut-il sim-

plement se contenter de redire aux membres des équipes interdisciplinaires d'être le plus empathiques possible, de rester passionné par l'autre même et surtout lorsque ce qu'il vit échappe à toute maîtrise et ne peut être contenu dans la prise en charge habituelle?

Comme beaucoup de soignants et de médecins¹ aujourd'hui, je pense au contraire que la douleur existentielle en tant que phénomène particulier constaté dans un contexte de soin doit faire l'objet d'analyses et d'études. Ces dernières, sans nier l'intérêt que présente les travaux anglo-saxons, devraient avoir comme point de départ la culture européenne et les travaux récents tant en sociologie de la religion qu'en histoire de la médecine.

De la douleur existentielle à la détresse spirituelle

A quoi et comment rattacher la douleur existentielle dans la vision de la personne hospitalisée en soins palliatifs, de manière à concrétiser cette volonté d'en faire un objet d'études? Avant de répondre à cette question, je pense qu'il est nécessaire de rappeler comment l'irruption de l'éthique dans la prise en charge quotidienne des malades de même que les modifications profondes de la loi sur la santé ont fait prendre conscience à l'ensemble du monde hospitalier de l'importance extraordinaire de l'ajout du terme «spirituel» par le mouvement des soins palliatifs au modèle bio-psycho-social traditionnel.

Soudain, la personne n'était pas simplement un corps, un contexte social et un psychisme dans un lit d'hôpital, ces éléments lui appartenaient et lui conféraient son unicité.

L'affirmation que toute personne a une dimension spirituelle quel que soit son état psychique ou sa distance vis à vis de sa religion d'origine a construit une place nouvelle à la personne hospitalisée et a sans doute donné un coup fatal au paternalisme médical.

Malheureusement, cette prise de conscience n'a eu que peu d'impact, faute de conceptualisation suffisante, sur la compréhension par les soignants de la manière dont les personnes malades vivent cette dimension à l'hôpital. En effet, l'idée que la personne puisse vivre une crise majeure en lien direct avec sa dimension spirituelle est peu évoquée par les soignants dans des termes qui déterminent une prise en charge au même titre qu'une autre pathologie. Pourtant, les manuels² de diagnostic infirmier nomment cette crise très clairement au moyen de l'expression «être en détresse spirituelle». De ce fait, je réponds à la question ci-dessus en affirmant que, dans notre contexte particulier, la douleur existentielle peut être comprise comme un ensemble de symptômes qui indique une possible «détresse spirituelle»³.

Comprendre la détresse spirituelle

J'ai noté que si la recherche, au moyen de l'évaluation de sa dimension spirituelle, d'une possible détresse spirituelle chez une personne en fin de vie ne fait pas partie de la routine clinique, c'est faute d'une conceptualisation suffisante. En effet, le problème principal reste que lorsque cette évaluation a lieu, les soignants analysent les symptômes soit avec un cadre de références psycho-sociologique et / ou psychiatrique, soit avec un cadre de références religieuses. Ils prennent rarement conscience du fait que l'analyse de ce type de crise échappe en grande partie à ces deux référentiels. En d'autres termes, l'étude de la dimension spirituelle et a fortiori de la détresse spirituelle nécessite de construire un cadre de références nouveau. Cette construction est actuellement en cours. Elle me permet, en tant qu'aumônier, de vivre une expérience d'élaboration très stimulante.

A titre d'exemples, trois brèves descriptions de références.

Une définition de la spiritualité liée à la modernité et vécue dans une démocratie libérale.

«La spiritualité de la personne hospitalisée est définie par la cohérence singulière qu'elle donne à connaître lorsqu'elle déclare son sens à l'existence, manifeste ses valeurs et désigne sa transcendance. Cette cohérence fonde son identité.»

Cette définition est liée à la modernité du fait que les contenus des termes clefs ne seront pas les mêmes pour chaque personne, et vivre d'une spiritualité à ce point individualisée est lié à la démocratie libérale dans le sens que ce régime politique garanti à l'individu le respect de ses convictions et croyances propres.

Une définition de la culture et une description claire des déterminismes culturels et de leurs conséquences dans l'expression d'un vécu tel que celui de la douleur existentielle.

«La culture peut être définie comme un ensemble de balises explicites et implicites dont héritent les individus en tant que membres d'une société particulière et qui leur disent de quelle façon voir le monde, l'expérimenter individuellement et s'y comporter en relation avec les autres (Helmann 1990).»

L'importance de la culture dans ce cadre de références est qu'elle a fabriqué et fabrique encore les langages pour exprimer la douleur existentielle. En ce sens, les paroles, les émotions et les gestes mêmes deviennent symptômes à interpréter à partir de références spécifiques (par exemple,

1. Pour un aperçu de la littérature sur ce sujet, le lecteur voudra bien se reporter aux références ci-après et à la bibliographie du rapport intitulé: «Prise en compte de la dimension spirituelle des personnes hospitalisées en CTR». Ce rapport, fruit du travail d'un groupe interdisciplinaire que j'ai présidé, est disponible sur le site www.readaptation.ch.
2. Par exemple, Diagnostic infirmier, L.J. Carpenito, Marc Graw Hille éd., Québec, 1989, qui donne la définition suivante «Etat dans lequel un individu (...) éprouve ou risque d'éprouver une perturbation à l'égard du système de valeurs ou de croyances qui lui apportent la force, l'espoir et qui donne sens à sa vie».
3. Cette hypothèse comme une partie des développements et des définitions qui vont suivre est également inspirée du rapport mentionné à la note 1.

que signifie pour Mme B. l'expression: «je suis croyante, mais pas pratiquante»?).

Des techniques relationnelles utilisées au cours de l'accompagnement.

Régulièrement, les soignants prétendent que leur expérience des malades et de la maladie remplace avantageusement les techniques relationnelles, considérant souvent ces dernières comme des gadgets sans véritable utilité. Ce faisant, ils ne donnent pas la chance aux débutants d'avoir un apprentissage des savoirs-être et des savoir-faire relationnels nécessaires à leur travail à partir d'écoles reconnues d'écoute, de construction d'alliance et de liens. Cet apprentissage est pourtant d'autant plus essentiel qu'il implique aussi une connaissance approfondie de soi-même dans le processus de soins. C'est pourquoi ce cadre de références accorde une place importante aux techniques relationnelles.

Le lecteur l'aura deviné, un tel cadre de références est difficile à faire accepter car il emprunte des éléments à diverses disciplines. Certains sociologues de la religion appellent cela un «bricolage», tout en reconnaissant que cette caractéristique est propre à tous les cadres de référence qui doivent rendre compte de phénomènes complexes telle que la détresse spirituelle.

Les trois dimensions d'une clinique spirituelle

Ce cadre de références, même s'il reste embryonnaire, contient néanmoins suffisamment d'éléments pour autoriser le développement et la formalisation d'une «clinique spirituelle».

J'esquisse ci-dessous les trois dimensions principales de cette clinique.

Une théorie de la dimension spirituelle de la personne malade

La lecture de nombreux articles⁴ et leur analyse a amené le groupe de travail cité plus haut à caractériser la dimension spirituelle à l'aide de quatre concepts clefs:

- *sens*: ce qui oriente, la nécessité pour toute personne d'avoir une raison de vivre dans son existence.
- *valeurs*: ce qui caractérise le bien et le vrai chez la personne, ensemble de choses et d'êtres qui ont du poids dans la vie d'une personne.
- *transcendance*: rapport à l'ultime, élément(s) qui dépasse(nt) la personne, et par rapport au(x)quel(s) la personne nomme sa dépendance existentielle;
- *identité*: cohérence singulière de la personne, résultat d'une combinatoire des trois autres éléments qui produit l'unicité du sujet qu'est la personne, tant au niveau de ses réflexions, de ses émotions, et de ses relations.

Les membres de ce même groupe ont alors défini la dimension spirituelle comme le système formé des quatre termes ci-dessus. L'équilibre de ce système contribue au bien-être global de la personne, et son déséquilibre va provoquer la détresse spirituelle. Une des forces de problématiser ainsi la dimension spirituelle de la personne en soins palliatifs, c'est-à-dire en postulant qu'elle est une sorte de combinatoire des éléments mentionnés plus haut, est que cela permet de rendre compte à la fois d'un vécu individuel et d'une expérience générale.

Des critères pour une évaluation spirituelle et une interprétation de cette évaluation pour diagnostiquer une éventuelle détresse spirituelle

Pour rester en congruence avec la culture soignante, l'évaluation spirituelle se fait à l'aide de besoins spécifiques à chacun des quatre termes cités ci-dessus. Par exemples, le besoin d'avoir des projets en lien avec le concept de «sens»; le besoin de beau en lien avec le concept de «transcendance»; etc. L'évaluation spirituelle consiste donc dans l'analyse des divers besoins spirituels de la personne pour diagnostiquer lesquels ne sont pas ou plus «couverts».

Des résultats escomptés d'une prise en charge de cette détresse spirituelle au travers d'un accompagnement

De nombreux résultats escomptés sont attendus de cette prise en charge de la dimension spirituelle, j'en commente deux.

Le premier est d'améliorer la prise en charge globale. En effet, il n'y a pas de prise en compte de cette dimension sans invitation pour les patients et les soignants à (re)penser régulièrement ce qu'ils vivent dans la relation de soin. Ce travail devrait permettre à la personne malade d'«oser» sa parole et aux soignants de mieux saisir le sens de ses demandes et ses désirs.

Le second est de mobiliser les ressources dites spirituelles pour mieux intégrer la maladie et/ou la crise. Comment faire face? Comment se recréer un équilibre global dans une situation de crise profonde? Comme nombre de mes collègues, je suis convaincu que l'analyse fine des images et des symboles de la personne donne des pistes pour un accompagnement spirituel qui permet à la personne de trouver en elle les ressources pour intégrer ce qui lui arrive. Mais, j'imagine deux avantages majeurs à l'évaluation spirituelle telle que présentée ici. Le premier est que les ressources sont plus diversifiées et que leur provenance est à la fois extérieure et intérieure à la personne. Le deuxième est qu'elles seront plus spécifiques suite à l'évaluation pratiquée par l'accompagnant et/ou le soignant.

4. Par exemple: pour Amandarajah G et coll: la spiritualité est un aspect complexe et multidimensionnel de l'expérience humaine comprenant – des aspects cognitifs ou philosophiques incluant la recherche de sens et de vérité dans la vie, les croyances et les valeurs, – des aspects liés à l'émotion et/ou aux expériences de vie incluant l'amour, l'espoir, la paix intérieure, la sécurité, qui sont souvent liés aux ressources personnelles, aux liens qui existent entre le moi, la communauté, l'environnement, la nature et la transcendance (à savoir un pouvoir plus grand que le moi, Dieu, une conscience cosmique etc), – des aspects comportementaux en relation avec la manière dont un individu manifeste extérieurement ses croyances et son évolution spirituelle.

Quelques résultats d'une expérience pilote

Ce qui précède me/nous place devant le défi d'entreprendre sans tarder des travaux pour valider cette clinique spirituelle. Je présente ici brièvement deux résultats d'une expérience pilote⁵ réalisée ces derniers mois. Ces résultats sont tirés de l'analyse d'une part de l'évaluation et de l'accompagnement de 70 patients gériatriques hospitalisés en centre de traitement et de réadaptation (CTR) et d'autre part de l'impact sur les soignants d'une évaluation spirituelle systématique de ces patients.

Deux tendances lourdes apparaissent. L'une montre que l'évaluation spirituelle permet d'optimiser les ressources spirituelles «habituelles» des patients, (par exemple la valorisation de leurs ressources religieuses (prières, méditations ou rituels particuliers)), mais également de les diversifier (par exemple la mise à jour de conflits de valeurs avec les soignants et leur résolution ou encore le fait de porter à la connaissance des soignants des éléments signifiants de leur vie et/ou de leur famille). L'autre établit que les soignants pensent bénéficier du fait de mieux connaître cette dimension spirituelle car ils disent alors mieux connaître le patient lui-même. Les membres de l'équipe interdisciplinaire affirment par ailleurs que la prise en charge globale en est améliorée.

Pourtant, à aucun moment ces améliorations ne sont nommées ou notées dans le dossier et aucun soignant ne rend compte d'une modification de son attitude dans les soins.

Cette expérience pilote illustre donc bien le paradoxe évoqué plus haut, à savoir que la prise en compte de cette dimension ne confronte pas encore suffisamment ni le plan de soin ni les soignants pour que ces derniers puissent rendre compte de changements signifiants soit dans leurs attitudes soit dans la prise en charge.

Conclusion

Pour conclure cet article, je donne quelques éléments de réponses à deux questions qui sont régulièrement posées au sujet de l'évaluation spirituelle. Ces deux questions sont en corrélation fortes avec celles citées plus haut.

L'évaluation spirituelle réduit-elle le mystère de la personne malade?

Au contraire, l'évaluation spirituelle effectuée dans une relation respectueuse de l'autre permet de lui redonner une «densité» humaine plus forte à ses propres yeux d'abord et devrait modifier les représentations parfois «simples» des soignants.

Cette clinique spirituelle a-t-elle besoin d'experts?

Certains membres de la communauté soignante, y compris nombre d'aumôniers, se demandent si cette manière de définir la dimension spirituelle «à distance» de la religion ne va pas provoquer la disparition des aumôniers en donnant le rôle d'accompagnant spirituel aux seuls soignants.

Personnellement, je crois que la mise en place d'une telle clinique demandera encore beaucoup de temps, et je pense que s'ils savent s'adapter intelligemment au contexte des institutions laïques de santé, les aumôniers resteront encore longtemps les experts dont la communauté soignante a besoin pour que les patients, notamment en soins palliatifs, bénéficient de ressources spirituelles aidantes.

Références

1. Belet Maurice, Psychologie et spiritualité, in revue *Christus* n° 153, 143-156
2. Dom Henry, Douleur, besoins et soins spirituels: les reconnaître et y répondre, *European Journal of Palliative Care*, 1999
3. Doucet Hubert, De l'éthique au spirituel, in revue *Théologique* vol 2, 17 – 31, 2001
4. Foucault Michel, *L'herméneutique du sujet*, Gallimard/Le seuil, Paris, 2001, p14-21
5. Harrington Anne, Dieu randomisé en double aveugle contre placebo, in *Revue La Recherche*, hors série n° 14, Dieu, la science et la religion, 2004
6. Keller Pascal-Henri, La médecine psychosomatique en question, le savoir du malade, édition Odile Jacobs, Paris, 1997
7. Odier Cosette, Accompagnement spirituel, ou faire passer un chameau par le trou d'une aiguille, revue *Frontière*, automne 2004
8. Rivier E et coll. Besoins spirituels en soins palliatifs – évaluation d'un nouveau dossier. *Revue médicale de la Suisse Romande* 121, 769-775, 2001
9. Rochat Etienne, Soutien spirituel dans les institutions de santé: la pastorale hospitalière entre crise du religieux dans la société et volonté d'autonomie spirituelle chez la personne malade, 2001, article disponible sur le site www.aumonerie-hospital.ch
10. Roland Campiche, *Croire en Suisse*, Edition L'Age d'Homme, Lausanne 1992

Correspondance:

Etienne Rochat
pasteur
Aumônerie du CHUV
1011 Lausanne
Etienne.Rochat@chuv.hospvd.ch

1. Expérience pilote menée par moi-même et la Doctoresse Stéfanie Monod-Zorzi au Centre universitaire de traitement et de réadaptation (CUTR) Cevey Sylvana (Epalinges/Vaud) de décembre 04 à mars 05.

Etienne Rochat

Existenzielles Leiden – auf dem Weg zur Erkennung spiritueller Not?

(Zusammenfassung)

Der Artikel beginnt mit der Vorstellung einer Patientin mit existenziellem Leiden. Die Frau macht dem Team auf der Palliativstation Sorgen, obwohl ihr physischer und ihr psychischer Schmerz adäquat behandelt werden. Das Team lässt den Seelsorger, den Autor des Artikels, kommen.

Im Gespräch mit dem Team stellt sich heraus, dass alle die Situation dieser Frau gleich einschätzen und dass alle ihr helfen möchten. Trotzdem kommen im Gespräch weder mögliche Änderungen in den Blick, noch gelingt es, die Behandlung so zu hinterfragen, dass die Frau zur Gesamtheit jener Ressourcen Zugang findet, die ihr hätten Linderung verschaffen können.

Was also tun, damit sich in dieser Situation etwas bewegt?

Existenzielles Leiden in Palliative Care – unfassbare Erfahrung oder Gegenstand möglicher Studien?

Natürlich muss klar festgehalten werden, dass das Leiden des «anderen» immer teilweise unfassbar und unverständlich bleiben wird. Trotzdem plädiert der Autor dafür, dass auch das existenzielle Leiden, auch wenn es je einzigartig bleibt, analysiert und studiert wird.

Vom existenziellen Leiden zur spirituellen Not

Schaut man, was die Palliativbewegung in der Pflege zum Verständnis kranker Menschen beigetragen hat, so kommt das existenzielle Leiden in Sicht, verstanden als eine Anzahl von Symptomen, die Ausdruck einer grösseren Störung in der spirituellen Dimension dieser Person sind. Die Folgen diese Störung nennen wir die «spirituelle Not».

Spirituelle Not verstehen

In seiner Analyse kommt der Autor zum Schluss, dass die spirituelle Not sich als Studienobjekt dem üblichen Verständnishorizont sowohl der Psychologie als auch der Religion entzieht. Es erheischt die Konstruktion eines eigenen Verständnisrahmens. Ein solcher ist zwar noch nicht abschliessend erstellt, es gibt aber doch schon genügend Elemente davon, um eine gewisse «Klinik» der Spiritualität zu ermöglichen. So gibt es etwa Definitionen der Spiritualität, wie diese im Kontext der modernen Welt und einer liberalen Demokratie gelebt wird; es gibt Beschreibungen der kulturellen Determinismen und ihrer Folgen für den Ausdruck einer Erfahrung wie jener des existenziellen Leidens; es gibt Zusammenstellungen von Beziehungstechniken, die in einer Begleitung zum Zuge kommen können etc.

Die drei Dimensionen einer spirituellen Klinik

Der Artikel fährt dann mit der Beschreibung einer spirituellen Klinik fort, und zwar entlang den drei klassischen Dimensionen der Klinik, nämlich mit einer Theorie der spirituellen Dimension kranker Personen in Palliative Care, mit Kriterien für die Erfassung der spirituellen Dimension und die Interpretation von deren Resultaten, die dann möglicherweise zur Diagnose einer spirituellen Not führt, und schliesslich mit einer Liste von Resultaten, mit denen bei einer Behandlung der spirituellen Not durch eine Begleitung gerechnet werden kann.

Einige Resultate einer Pilotstudie

Der Autor beschreibt zwei Resultate einer Pilotstudie, die in den letzten Monaten durchgeführt wurde. Das eine ist die Analyse der Erfassung und Begleitung von 70 geriatrischen Patienten in einem Behandlungs- und Rehabilitationszentrum, das andere sind die Auswirkungen dieser systematischen spirituellen Erfassung der Patienten auf das Behandlungsteam.

Schwerpunktmässig konnten zwei Erkenntnisse gewonnen werden. Die erste zeigt auf, dass eine spirituelle Erfassung der Patienten diesen ihre «üblichen» spirituellen Ressourcen besser zugänglich macht, die zweite zeigt, dass die Behandelnden froh sind darüber, diese Dimension ihrer Patienten besser zu kennen, allerdings ohne dass dies die Behandlung in irgendeiner Weise verändert hätte. Mit anderen Worten: die Kenntnis dieser Dimension wird noch nicht mit dem Pflegeplan in Verbindung gebracht und ermöglicht also auch nicht dessen Veränderung.

Schlussfolgerungen

Der Artikel schliesst mit der Beantwortung zweier Fragen:

- Mindert die spirituelle Erfassung das Geheimnis, das die kranke Person darstellt? Nein, ganz im Gegenteil. Wenn sie innerhalb einer respektvollen Beziehung geschieht, gibt sie dem anderen für sich selber einmal eine grössere menschliche «Dichte» und könnte allzu «simple» Vorstellungen von Pflegenden verändern.
- Benötigt diese spirituelle Klinik Experten? Ja, denn wenn wir wollen, dass die Patienten ihre spirituellen Ressourcen breiter nutzen können, so besteht ein riesiges Ausbildungsbedürfnis.

Etienne Rochat

Soffrire di dolore esistenziale, verso un riconoscimento dello sconforto spirituale?

(Riassunto)

L'articolo inizia con la presentazione di una persona che manifesta un dolore esistenziale. Questa donna in cure palliative, presa a carico in maniera corretta per quanto riguarda il dolore fisico e psichico, preoccupa i curanti. Questi ultimi chiamano uno dei cappellani, l'autore dell'articolo.

Egli constata, nella discussione che segue con i curanti, al tempo stesso una comprensione identica del vissuto di questa donna e una uguale volontà di darle sollievo; ma questo scambio non consentirà né i cambiamenti né la messa in discussione necessaria nella presa a carico affinché questa donna possa accedere all'insieme delle risorse per diminuire la sua sofferenza. Come fare per far evolvere questa situazione?

Il dolore esistenziale in cure palliative, vissuto inafferrabile o oggetto di studio?

Pur rispettando pienamente il fatto che il dolore di un «altro» resterà sempre in parte inafferrabile e incomprensibile per la comunità curante, l'autore prosegue con un appello in favore di un'analisi e di uno studio di questo vissuto singolare che è il dolore esistenziale.

Dal dolore esistenziale allo sconforto spirituale

Nel contesto delle cure, la ripresa degli apporti del movimento delle cure palliative alla visione della persona ammalata mostra che il dolore esistenziale può essere compreso come un insieme di sintomi che caratterizza una perturbazione maggiore della dimensione spirituale di questa persona. La conseguenza di questo disturbo è definita «sconforto spirituale».

Comprendere lo sconforto spirituale

L'autore analizza come lo sconforto spirituale quale oggetto di studio sfugga agli schemi di riferimento abituali, cioè gli schemi psicologici e religiosi, e necessita di costruire un nuovo referenziale. Quest'ultimo, ancora in elaborazione, contiene ora sufficienti elementi per determinare una «clinica spirituale».

Per esempio: una definizione della spiritualità legata alla modernità e vissuta in una democrazia liberale, una descrizione chiara dei determinismi culturali e delle loro conseguenze nell'espressione di un vissuto quale quello del dolore esistenziale, uno statuto per le tecniche relazionali utilizzate durante l'accompagnamento, ecc.

Le tre dimensioni di una clinica spirituale

L'articolo prosegue con una formalizzazione di questa clinica spirituale attraverso le tre dimensioni classiche della

clinica, ossia una teoria della dimensione spirituale della persona gravemente ammalata, dei criteri per una valutazione spirituale e un'interpretazione di questa valutazione per diagnosticare un eventuale sconforto spirituale e, infine, una lista dei risultati attesi da una presa a carico di questo sconforto spirituale mediante un accompagnamento.

Alcuni risultati di una esperienza pilota

L'autore presenta brevemente due risultati di una esperienza pilota realizzata in questi ultimi mesi. Questi risultati sono tratti da una parte dall'analisi della valutazione e dell'accompagnamento di 70 pazienti geriatrici ospedalizzati in un centro di trattamento e di riabilitazione (CTR) e, d'altra parte, dall'analisi dell'impatto sui curanti di una valutazione spirituale sistematica di questi pazienti.

Appaiono due grosse tendenze. Una mostra che la valutazione spirituale consente di ottimizzare le risorse spirituali «abituale» dei pazienti, e l'altra stabilisce che i curanti pensano di beneficiare dalla miglior conoscenza di questa dimensione del paziente, ma senza che la presa a carico ne sia modificata. In altri termini, la presa in conto di questa dimensione non confronta ancora il piano di cure e non permette dunque di modificarlo.

Conclusioni

L'articolo termina con la risposta a due domande:

- la valutazione spirituale riduce il mistero della persona ammalata? No, al contrario, essa facilita l'espressione di bisogni in relazione a questa dimensione e ottimizza le risorse per far diminuire il dolore esistenziale.
- questa clinica spirituale necessita di esperti? Sì, poiché i bisogni in formazione sono immensi se vogliamo che i pazienti approfittino di un ventaglio allargato di risorse spirituali.