

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: Dolore e sofferenza : una relazione imperfetta = Douleur et souffrance : une relation imparfaite (Résumé) = Schmerz und Leiden : eine unvollkommene Beziehung (Zusammenfassung)

Autor: Musi, Marco

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091884>

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>

È possibile provare un dolore fisico intenso senza soffrire, anche se questo può sembrare paradossale. Al contrario, si può soffrire intensamente in situazioni in cui il dolore è del tutto assente. Per cogliere il senso di queste affermazioni è necessario definire e distinguere i concetti di dolore e di sofferenza.

Dr. Marco Musi

Dolore e sofferenza: una relazione imperfetta



Dr. Marco Musi

Il rifiuto di trattamento del dolore: un apparente paradosso.

Il dolore è presente in una percentuale di malati oncologici che può raggiungere il 60–90% in fase avanzata di malattia. Gli effetti negativi del dolore sulle attività, l'umore e la qualità di vita dei pazienti sono ben noti a tutti coloro che si occupano di cure palliative. Fortunatamente, esistono da tempo dei mezzi terapeutici efficaci e di larga diffusione che possono controllare, se non eliminare, il dolore da cancro nella grande maggioranza dei casi. In molti paesi il problema, ancora oggi, è l'insufficiente accesso dei pazienti a cure antalgiche appropriate e la scarsa attenzione dei curanti verso il problema del dolore.

Tuttavia, l'idea secondo la quale il trattamento del dolore è sempre desiderato e accettato dai pazienti oncologici appare in realtà preconcetta e semplicistica. Essa è messa in crisi quando ci si confronta con casi di pazienti che dichiarano di avere un dolore importante e fastidioso, che descrivono il loro sintomo e si lamentano, ma rifiutano poi la terapia che potrebbe facilmente farli stare meglio. Apparentemente è un paradosso: se il dolore è un male, bisogna eliminarlo.

Non sono casi frequenti, ma suscitano delle domande: quali effetti positivi possono compensare l'effetto negativo di provare dolore, portando alla scelta di rifiutare le cure?¹

Si potrebbe ipotizzare che l'impatto negativo del dolore sul funzionamento della persona sia lieve (= poca motivazione ad alleviarlo), oppure che il timore, assai diffuso, degli effetti collaterali dei farmaci determini il rifiuto di assumerli (= evitare ulteriori danni), o ancora che il dolore produca alcuni effetti positivi, come, ad esempio, maggiori attenzioni e cure (=benefici secondari).

Una utile chiave di interpretazione si fonda sulla distinzione preliminare fra l'esperienza del dolore, su cui agiscono gli analgesici, e l'esperienza più complessa e olistica della sofferenza.

Questa distinzione, che si vuole qui proporre perché ricca di applicazioni nella pratica clinica, accresce la possibilità di decodificare e comprendere dei fenomeni difficilmente spiegabili, come quello descritto in precedenza. Compiuto questo passo, si può arrivare a capire che qualche volta accettare il dolore risponde all'obiettivo di sfuggire alla sofferenza¹.

Dolore e sofferenza: due concetti differenti

Nel linguaggio comune, anche in campo sanitario, i termini dolore e sofferenza sono spesso utilizzati indifferentemente

e per indicare gli stessi fenomeni. Tuttavia in modo crescente la letteratura medica li considera oggi come entità distinte.

– Il dolore è definito dalla IASP (International Association for the Study of Pain) come una esperienza sensoriale ed emozionale sgradevole associata ad un danno reale o potenziale dei tessuti o descritta in questi termini. Si tratta perciò di un fenomeno di percezione di dati sensoriali che provengono dal corpo (natura, localizzazione, intensità, durata), di interpretazione di questi dati come effetto di un danno fisico, accompagnati da una emozione negativa. Così, ad esempio, una piccola ustione accidentale o una metastasi ossea saranno localizzate e percepite come negative («ho male in tale parte del corpo»), interpretate («è a causa di...»), associate ad una reazione emozionale più o meno intensa (in relazione con l'interpretazione, da debole preoccupazione a angoscia), integrate in un comportamento (di evitamento della causa, di protezione della parte, di espressione del dolore). Pur non trattandosi di un fenomeno puramente neurologico, il dolore, nella sua definizione, resta un fenomeno radicato nel corpo.

– La sofferenza è stata definita da Cassel² come la percezione della minaccia di distruzione della persona, di perdita d'integrità dell'individuo. Il suo fondamento è perciò il concetto di persona. In modo schematico, una persona ha un corpo, ma è costituita anche da una personalità, una memoria, un passato, delle relazioni personali e dei ruoli sociali, una cultura, dei valori; una persona ha delle abitudini, dei progetti per il futuro e ha una dimensione trascendente. In altri termini una persona è tutto ciò che costituisce una identità individuale e che è necessario per mantenere nel tempo questa identità. Tutti gli aspetti citati della persona sono suscettibili di essere diminuiti o persi; come conseguenza la persona nella sua integrità risulta minacciata e si origina la sofferenza. Si tratta di minacce che non provengono solo dalla malattia, ma più in generale dagli eventi comuni della vita di ognuno.

Dolore causa di sofferenza

Ora è possibile, e frequente, che il dolore sia causa di sofferenza. Ad esempio, se il dolore impedisce di lavorare, interferisce con le relazioni interpersonali, non permette le normali attività quotidiane, esso minaccia diversi aspetti dell'integrità della persona; ancor di più, nei casi di dolore oncologico, se significa presenza e progressione della malattia, ricorda che la sopravvivenza dell'individuo è minacciata.

In questi casi, il dolore estende la sua influenza dall'ambito del corpo a quello della persona nella sua totalità, come definita sopra, ed è perciò causa di sofferenza.

Ecco un esempio di come la connessione causale fra dolore e sofferenza sia percepita, insieme alla differenza fra di essi³: «La cosa più dura non è il dolore. [...] Mi riferisco qui al dolore normale, quello che non vi molla mai, giorno e notte [...]. Ma è un dolore abbastanza limitato per poterlo

Palliative Care – eine Weiterbildung für Sie?



krebsliga schweiz
ligue suisse contre le cancer
lega svizzera contro il cancro

Haben Sie Ihre Weiterbildung für 2005 schon geplant?

Wenn Sie

- regelmässig mit Patientinnen und Patienten in palliativen Situationen konfrontiert oder
- in einer Palliative Care Einrichtung oder in einem allgemeinen Bereich tätig sind, in der/m Sie als Ressourceperson oder Lehrperson für den Bereich Palliative Care zuständig sind,
- eine qualifizierte Fachperson mit abgeschlossener Berufsausbildung, Praxiserfahrung und einer Anstellung von mind. 60% sind, ist der

interdisziplinäre Palliative Care Aufbaukurs

die passende Weiterbildung für Sie.

Daten

Modul 1 30.9.–1.10.05 in Walchwil ZG

«Der Patient und seine Nächsten»

Modul 2 11.–12.11.05 in Boldern ZH

«Multidisziplinarität als ‚Not-Wendigkeit‘
in komplexen Patientensituationen»

Modul 3 3.–4.2.06 in Kappel a.A.

«Palliative Care zwischen Behandlung
und Besinnung»

Kursleitung

Eva Waldmann, Kunst- und Ausdruckstherapeutin M.A.
Irène Bachmann, dipl. Pflegeberaterin SRK, Erwachsenen-
bildnerin AEB
Dr. Peter Grob, Arzt, Schwerpunkt Psychosomatik
Dr. Roland Kunz, Arzt, Schwerpunkt Palliativmedizin
Dr. Hans Neuenschwander, Arzt, Schwerpunkt Palliativmedizin
Theophil Spoerri, Seelsorger

Kurspreis

ganzer Kurs Fr. 1600.–
Einzelmodul Fr. 575.– / Modul
zuzüglich Vollpension im Hotel

Anmeldeschluss

ganzer Kurs oder
1. Einzelmodul 28.07.05
2. Einzelmodul 28.10.05
3. Einzelmodul 20.01.06

Anerkennung

durch SGAM, SGPMP (beantragt)

Oder möchten Sie als Arzt/Ärztin Ihre Kompetenz im Umgang mit schwerkranken und sterbenden Menschen erweitern und Ihr Wissen über die lindernde Behandlung von belastenden Symptomen vertiefen?

Dann ist der der

Basiskurs Palliativmedizin für Ärzte

genau die richtige Weiterbildung für Sie.

Daten

Teil 1 2.–3.09.05 in Fischen TG
Teil 2 23.–24.09.05 in Fischen TG

Anmeldeschluss

8. Juli 2005

Kurspreis

Fr. 960.–
zuzüglich Vollpension im Kurszentrum (Fr. 210.– pro Block)

Kursleitung

Dr. med. Steffen Eychmüller, St.Gallen
Dr. med. Heike Gudat, Arlesheim
Dr. med. Hans Neuenschwander, Lugano
Elke Burg, Palliativstation St.Gallen
Dr. med. Daniel Büche, St.Gallen

Anerkennung

durch SGAM, SGIM (beantragt, 2004 wurden
21 credits anerkannt), SGPMP (beantragt).
Dieser Kurs wird von der Krebsliga Schweiz zum letzten Mal
organisiert.

Details zu allen unseren Kursen finden Sie auf
www.swisscancer.ch unter Health Professionals, Professional
Education, wo Sie sich auch direkt anmelden können.

Unterlagen und weitere Informationen erhalten Sie bei Daniela
Wuillemin, Krebsliga Schweiz, Postfach 8219, 3001 Bern,
Tel. 031 389 91 40, Fax 031 389 91 60
E-Mail wuillemin@swisscancer.ch

Médecine palliative: Cours de base en français pour médecins

Dates:

1ère partie: 9 – 10 septembre 2005
2ème partie: 30 sept. – 1er octobre 2005

Coûts:

Fr 960.– sans le logement et les repas.
Le prix pour la pension complète est de Fr 200.– pour chaque
partie du cours.

Délai d'inscription:

26 juillet 2005

Lieu:

Montilier FR / Hôtel Bad

Responsables:

Dr Claudia Mazzocato, PD/MER, Lausanne
Dr Dominique Anwar, Aubonne

Intervenant-e-s:

Dr Nathalie Steiner, Genève
Dr Grégoire Gremaud, La Chaux-de-Fonds
Dr Sophie Pautex, Genève
Mme Cosette Odier, pasteure, Lausanne
Mme Maryse Stern, psychologue, Yverdon

Accréditation:

La SSMI accorde 22 crédits. Le cours est recommandé par la
SSMG. Demande en cours pour la recommandation par la SSMSP.
La Société suisse de radio-oncologie attribue à ce cours 20 points
CME de catégorie B.

Le programme du cours peut être commandé auprès de Mme
Daniela Wuillemin, Organisation de cours
Secteur psychosocial de la LSC, Tél. 031 389 91 40
Email: wuillemin@swisscancer.ch
Pour des renseignements complémentaires Mme Wuillemin ou
Georges Neuhaus, responsable du programme soins palliatifs,
Tél. 031 389 91 23, Email: neuhaus@swisscancer.ch se tiennent
à votre disposition.

Les inscriptions online sont possibles sur le site internet de la LSC:
www.swisscancer.ch; Health Professionals, Professional Educa-
tion, Médecine palliative: Cours de base pour médecins.

fronteggiare, sopportare. Non si è perduti, annientati. [...] Allora la cosa peggiore è l'inquietudine. È chiedersi: [...] quello che ora non funziona più potrà funzionare di nuovo? [...] e questo piccolo dolore nuovo, che cosa nasconde? Se l'inquietudine potesse tacere del tutto [...] allora sopporterei serenamente la sventura quotidiana».

Dolore senza sofferenza

Se dolore e sofferenza non coincidono, allora è anche possibile che l'uno esista senza l'altra.

Per esempio un dolore di lieve intensità e sotto controllo, come il dolore muscolare dopo esercizio fisico, o un dolore che si iscrive in un quadro di «normalità», come quello del parto, o ancora un dolore intenso ma di sicura origine benigna, come un dolore dentale, possono essere percepiti come negativi, ma non implicare profondamente tutta la persona, né minacciare l'integrità individuale: in questo senso, sono causa di disagio e malessere ma non di sofferenza.

Così pure i pazienti studiati all'ospedale di Aosta¹, spesso attendevano ad assumere un antidolorifico fino a che il dolore divenisse insopportabile o prendevano una dose inferiore del farmaco. Le ragioni della loro scelta, che comportava la sopportazione di un dolore eliminabile, possono essere lette come un compromesso fra necessità opposte e incompatibili: non provare dolore, da una parte, e mantenere il più possibile l'integrità personale, dall'altra. Ecco alcuni esempi delle ragioni per cui sopportare il dolore causa meno sofferenza:

- se si pensa che i farmaci sono più pericolosi per l'organismo del dolore stesso, la scelta di meno farmaci e più dolore mira in realtà a salvaguardare l'integrità fisica;
- se la capacità di sopportare il dolore al di là di quanto si immaginava aumenta l'autostima, l'identità personale non è minacciata ma rinforzata;
- se sopportare il dolore con dignità, senza lamentarsi, è socialmente considerato come degno di stima, l'identità personale riflessa dallo sguardo degli altri ne è rinforzata; se al contrario l'assunzione di oppioidi comporta ai propri occhi e nella considerazione degli altri di diventare un drogato, l'effetto è opposto;
- se il dolore costituisce il mezzo per percepire di essere ancora vivi, diventa uno strumento di sopravvivenza della persona e non di distruzione;
- se il dolore è ritenuto una componente normale della vita e l'espressione necessaria del percorso di malattia (fatalismo), esso costruisce e non distrugge il senso della esperienza del malato; così facendo, contribuisce alla integrità della dimensione trascendentale della persona.

Il dolore, quindi, ogni volta che non intacca la percezione dell'integrità personale non causa sofferenza, o addirittura, se rinforza la persona, diventa anti-sofferenza.

Sofferenza senza dolore

All'opposto, è possibile soffrire in assenza di dolore fisico.

Ad esempio, una donna cosciente di una massa tumorale mammaria maligna non sintomatica può non provare do-

lore, ma soffre se percepisce il rischio di morire, di perdere l'integrità fisica e l'immagine di se (mutilazione chirurgica), o di vedere compromessa la sua relazione con il partner.

In questo senso, più che il dolore è lo stato di malattia la causa della sofferenza, con le fragilità e l'incertezza che determina.

Spesso la sofferenza può originare da cause indipendenti da problemi del corpo o della salute. L'integrità della persona, come intesa da Cassel, può essere minacciata, in assenza di dolore, a più livelli:

- psicologico (sfiducia in se stessi, frustrazione),
- relazionale (perdita di legami affettivi, lutto),
- sociale (perdita del lavoro, emarginazione, discriminazione). Insomma, una persona può soffrire quando quello che è stato il suo mondo si disgrega attorno a lei, benché essa resti in perfetta salute.

Infine la sofferenza può originare dalla componente spirituale/esistenziale/trascendente della persona.

Il dolore esistenziale o la sofferenza esistenziale sono dei termini spesso usati ma mal definiti. Il concetto stesso di spiritualità è oggetto di interpretazioni diverse. Al di là di una concezione solo religiosa, la spiritualità si potrebbe definire come ciò che permette alla persona di percepire il senso trascendente della vita, ciò che determina il senso di appartenenza al mondo e dà significato alla vita in generale e alla esperienza contingente di malattia⁴.

Coerentemente con il modello di sofferenza proposto, si può soffrire per la perdita dei riferimenti trascendenti, che sono una componente importante della persona². Questo può succedere, ad esempio, per la perdita della fede, per una esperienza di malattia non coerente con i punti di riferimento della persona, o che isola da quello che gli altri sentono nella stessa situazione.

Uno studio ha dimostrato che il «dolore esistenziale» viene nei fatti descritto, in modo implicito o esplicito, in termini di «sofferenza esistenziale» dalla maggior parte dei medici di cure palliative e dei cappellani ospedalieri in Svezia⁵.

Il concetto di sofferenza di Cassel si presta quindi bene a interpretare anche questa componente della esperienza umana della sofferenza.

Conclusioni

Il concetto di sofferenza formulato da Cassel ha più di venti anni ed è considerato un archetipo, ripreso e sviluppato da vari autori. Tuttavia non è ancora largamente conosciuto e utilizzato.

La sua introduzione a fianco del concetto di dolore nella pratica clinica delle cure palliative, dove si è quotidianamente confrontati con il progressivo deterioramento del corpo e della vita delle persone, permette forse di capire, distinguere, concettualizzare delle situazioni in cui un linguaggio più aspecifico o l'utilizzo ambiguo del solo termine «dolore» ridurrebbe tali possibilità.

In questo senso sembra essere uno strumento utile da conoscere e di cui appropriarsi.

Riferimenti bibliografici

1. Musi M. (1999). Douleur n'est pas souffrance - Le refus de traitement de la douleur cancéreuse. Service d'Oncologie, Aoste-Italie, 1999. Mémoire. Master Européen Soin Palliatifs et Thanatologie, Institut Universitaire Kurt Boesch, Sion (CH).
2. Cassel E.J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. N. Engl. J. Med., 306, 639-45.
3. Bellet M. L'épreuve ou Le tout petit livre de la divine douceur. Desclée de Brouwer Ed., Paris 1988: p 17-8.
4. Breitbart W. (2002). Spirituality and meaning in supportive care: spirituality- and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. Support. Care Cancer;10:272-280.
5. Strang P., Strang A., Hultborn R., and Arnér S. (2004). Existential Pain - An entity, a provocation, or a challenge? J. Pain Symptom Manage.; 27:241-250.

Corrispondenze:

Dr. Marco Musi
U.O. Oncologia -
Ospedale Regionale
V.le Ginevra 3,
11100 Aosta - Italia
musi@aostanet.com

Weiterbildung für Sie?

Il est possible d'éprouver une douleur physique intense sans souffrir, même si cela peut paraître paradoxal. Au contraire, on peut souffrir intensément lors de situations dans lesquelles la douleur est totalement absente. Pour pouvoir comprendre le sens de ces affirmations il est nécessaire de définir et de distinguer les concepts de douleur et de souffrance.

Dr. Marco Musi

Douleur et souffrance: une relation imparfaite

(Résumé)

Le refus du traitement de la douleur: un paradoxe

La douleur est une conséquence fréquente et angoissante de la maladie cancéreuse, mais heureusement elle peut être traitée avec succès dans la plus grande partie des cas. Toutefois l'idée selon laquelle le traitement de la douleur est toujours désiré et accepté par les patients oncologiques, apparaît préconçue et simpliste, quand on est confronté à des cas de patients qui déclarent éprouver une douleur importante et gênante, mais qui, ensuite, refusent la thérapie qui pourrait facilement améliorer leur état.

Apparemment, c'est un paradoxe: si la douleur est un mal, il faut l'éliminer.

Une clé utile d'interprétation se fonde sur la distinction préliminaire entre l'expérience de la douleur et l'expérience plus complexe et holistique de la souffrance. Dès lors, on peut comprendre que, parfois, accepter la douleur répond au but de se soustraire à la souffrance.

Douleur et souffrance: deux concepts différents

- La douleur est définie par la IASP (International Association for the Study of Pain) comme étant une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage réel ou potentiel des tissus ou décrite en ces termes. Il s'agit donc d'un phénomène de perception de données sensorielles qui proviennent du corps et d'interprétation de ces données comme l'effet d'un dommage physique accompagné d'une émotion négative.
- La souffrance est définie par Cassel comme étant la perception d'une menace de destruction de la personne, d'une perte d'intégrité de l'individu. Son fondement est donc le concept de personne. Schématiquement, une personne a un corps mais elle est aussi constituée d'une personnalité, d'un passé, de relations personnelles et de rôles sociaux, de valeurs; une personne a des habitudes, des projets pour le futur et elle a une dimension transcendante. Tous les aspects cités qui composent la personne sont susceptibles d'être diminués ou perdus; par conséquent la personne est menacée dans son intégrité et la souffrance apparaît.

Douleur cause de souffrance

Il est fréquent que la douleur soit la cause de la souffrance. Par exemple, si la douleur empêche de travailler, si elle interrompt sur les relations interpersonnelles, si elle ne permet pas

d'accomplir les activités quotidiennes normales, elle menace alors différents aspects de l'intégrité de la personne. Cela est encore accru dans les cas de douleur oncologique, lorsqu'elle signifie présence et progression de la maladie et rappelle que la survie de l'individu est menacée. Dans ces situations, la douleur étend son influence de la sphère du corps à celle de la personne dans sa totalité, comme elle a été définie ci-dessus, et donc elle provoque de la souffrance.

Douleur sans souffrance

Si la douleur et la souffrance ne coïncident pas, il est possible alors que l'une existe sans l'autre. Par exemple, une douleur légère et sous contrôle, ou une douleur qui s'inscrit dans un cadre de «normalité» telle que celle de l'accouchement, ou encore une douleur intense mais certainement d'origine bénigne, telle qu'un mal de dents, peuvent être perçues comme négatives, mais peuvent ne pas impliquer profondément toute la personne, ni menacer l'intégrité individuelle. Elles sont donc cause de gêne et de malaise, mais pas de souffrance.

Ainsi les patients étudiés à l'hôpital d'Aoste attendaient souvent, avant de prendre un médicament contre la douleur, que celle-ci devienne insupportable ou prenaient une dose du médicament plus petite que celle prescrite. Pour différentes raisons, dans ces situations, leur douleur ne touchait pas à la perception de l'intégrité personnelle et ne causait pas de souffrance. Dans les cas où elle renforçait l'estime de soi de la personne, elle devenait même anti-souffrance.

Souffrance sans douleur

A l'opposé, il est possible de souffrir sans douleur physique. L'intégrité de la personne peut être menacée, en absence de la douleur, à plusieurs niveaux:

- physique, (par exemple une femme consciente d'une masse tumorale mammaire maligne asymptomatique, souffre si, avec la perspective d'une mastectomie, elle perçoit le risque de perdre son intégrité physique et de l'image positive de soi-même);
- psychologique (manque de confiance en soi, frustration);
- relationnel (perte des liens affectifs, deuil);
- social (perte du travail, marginalisation, discrimination);
- spirituel/existential/transcendant (perte de la foi, expérience de maladie incohérente avec les points de référence culturels). Une étude a démontré que la «douleur existentielle» est décrite en terme de «souffrance existentielle» par la majorité des médecins en soins palliatifs et des aumôniers des hôpitaux en Suède.

Conclusion

Le concept de souffrance formulé par Cassel n'est pas encore très connu et employé. Son introduction dans la pratique clinique des soins palliatifs pourrait être un instrument utile pour comprendre, distinguer, conceptualiser des situations dans lesquelles un langage moins spécifique ou l'emploi ambigu du seul terme «douleur» ne rendent pas toujours pleinement compte de cette réalité.

Mag dies auch paradox klingen: man kann starke Schmerzen empfinden, ohne zu leiden. Umgekehrt kann man auch intensiv leiden, ohne Schmerzen zu empfinden. Um dies besser zu verstehen, ist es nötig, die Begriffe von Schmerz und Leiden zu definieren und zu unterscheiden.

Dr. Marco Musi

Schmerz und Leiden: eine unvollkommene Beziehung

(Zusammenfassung)

Schmerzbehandlung ablehnen: eine scheinbare Paradoxie

Schmerz ist eine häufige und gefürchtete Folge von Krebserkrankungen, zum Glück ist die Erfolgsrate einer Schmerzbehandlung in vielen Fällen hoch. Aber die Meinung, dass alle an Krebs erkrankten Patienten eine Schmerzbehandlung wünschen und annehmen, erweist sich als allzu simples Vorurteil, wenn man mit Patienten konfrontiert ist, die zwar starke Schmerzen äussern, aber trotzdem auch eine unkomplizierte Schmerztherapie ablehnen. Das sieht recht paradox aus: wenn Schmerz etwas Schlechtes ist, so sollte man ihn doch ausschalten! Einen nützlichen Erklärungsschlüssel dafür gibt die Unterscheidung zwischen dem Schmerz und dem komplexeren und ganzheitlicheren Leiden. Anhand dieser Unterscheidung können wir verstehen, dass jemand lieber einen Schmerz erträgt, um damit einem grösseren Leiden zu entgehen.

Schmerz und Leiden: zwei unterschiedliche Begriffe

– Schmerz ist nach IAPS (International Agency for the Study of Pain) eine unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung, die von einer wirklichen oder möglichen Gewebeschädigung verursacht oder wenigstens in diesem Sinn beschrieben wird.

Es handelt sich also um eine körperliche Sinneswahrnehmung, die als Schaden im Körper verstanden und von einem negativen Gefühl begleitet wird.

– Nach Cassel wird Leiden als eine Bedrohung im Sinne von Persönlichkeitsverlust, von Verlust der individuellen Integrität empfunden. Grundlage ist also der Personenbegriff. Schematisch gesehen hat die Person einen Körper, sie besteht aber auch aus einer Persönlichkeit, einer Vergangenheit, persönlichen Beziehungen, sozialen Rollen, Werten; eine Person hat Gewohnheiten, Pläne für die Zukunft und eine transzendente Dimension. All diese Dimensionen können Schaden nehmen oder gar verloren gehen; dementsprechend fühlt sich die Person in ihrer Integrität bedroht, und es entsteht Leiden.

Schmerz Ursache von Leiden

Schmerz ist oft Ursache von Leiden. Wenn Schmerz einen zum Beispiel an der Arbeit hindert, Konflikte in persönlichen Beziehungen verursacht und es unmöglich macht, den täglichen Aktivitäten nachzukommen, so bedroht er verschiedene Aspekte der Personenintegrität; dieses Gefühl,

bedroht zu sein, verstärkt sich noch, wenn es sich um einen Schmerz handelt, der von einer Krebskrankheit verursacht ist und vielleicht auf eine Progression der Krankheit hinweist. Er erinnert dann daran, dass das Überleben der Person gefährdet ist. In diesen Fällen wirkt sich der körperliche Schmerz wie beschrieben auf die Ganzheit der Person aus und verursacht so Leiden.

Schmerz ohne Leiden

Sind Schmerz und Leiden unterschiedliche Dinge, so kann das eine auch ohne das andere vorkommen. Ein leichter, kontrollierbarer Schmerz zum Beispiel oder ein «normaler» Schmerz, wie etwa Geburtswehen, aber auch ein intensiver, jedoch ungefährlicher Schmerz, Zahnschmerzen etwa, können als negativ empfunden werden, ohne die Person ganzheitlich zu ergreifen und die Integrität der Person zu bedrohen: solche Schmerzen sind wohl Ursache von unangenehmen Empfindungen und Unwohlsein, aber nicht von Leiden.

Eine Studie im Krankenhaus von Aosta zeigt auf, dass gewisse Patienten, bevor sie ein Schmerzmittel einnehmen, abwarten, bis der Schmerz unerträglich wird, andere nehmen eine niedrigere Dosis ein, als verschrieben wurde. Aus verschiedenen Gründen bedroht der Schmerz in dem Moment nicht die Integrität der Person und verursacht also kein Leiden; manchmal stärkt diese Haltung das Selbstwertgefühl der Person und wirkt sich sogar als Gegenmittel gegen das Leiden aus.

Leiden ohne Schmerz

Umgekehrt ist es aber möglich, auch ohne körperliche Schmerzen zu leiden. Die Integrität der Person kann vielfältig bedroht sein:

- körperlich (ein Frau mit einem bösartigen Brustkrebs zum Beispiel leidet, auch wenn dieser keine Symptome verursacht, sobald sie sich bewusst wird, dass eine Mastektomie ihre körperliche Integrität und ihr persönliches Selbstbild bedroht);
- psychisch (kein Selbstvertrauen, Frust);
- beziehungsmässig (Verlust von Beziehungen, Trauer);
- sozial (Diskriminierung, sozialer Ausschluss);
- Spirituell, existentiell, transzendent (Glaubensverlust, Erfahrung von Krankheit, die nicht mit kulturellen Beziehungspunkten übereinstimmt). Eine Studie hat gezeigt, dass der «existenzielle Schmerz» von den meisten in Palliative Care tätigen Ärzten und Seelsorgern in schwedischen Krankenhäusern de facto als «existenzielles Leiden» beschrieben wird.

Schlussfolgerung

Cassels Definition von Leiden ist noch nicht allgemein verbreitet und gebräuchlich. Deren Einführung in die klinische Praxis von Palliative Care scheint jedoch sinnvoll, um besser zu verstehen, zu unterscheiden und gewisse Situationen klarer einzuschätzen, in denen der unspezifische Gebrauch des Wortes «Schmerz» zu Missverständnissen führen kann.