

Spenden Sie ... (Troost)?

Fortschritt, Spezialisierung und unser Glaube an die nahezu uneingeschränkte Machbarkeit hat eine traditionelle Kompetenz der ärztlichen Arbeit vernachlässigen lassen. Sie gehört nicht zum Studium und wird auch in Fortbildungsveranstaltungen kaum angeboten: die Kunst des Trost Spendens. Schlimmer noch: man spricht von billigem Trost, als wäre trösten etwas Zweitklassiges.

Wir verstehen uns als Ärztinnen und Ärzte, die heilen, rehabilitieren und die Patientinnen und Patienten in einem besseren Zustand entlassen sollen, als sie zu uns gekommen sind. Das ist Medizin.

Doch was, wenn der Therapieverlauf sich verzögert, eine Therapie gar nicht anschlägt, oder wir in der Diagnosestellung oder Therapiewahl falsch liegen? Was geschieht, wenn wir vergebens auf den Erfolg, die Besserung warten und stattdessen dem Abbau, dem Zerfall zuschauen müssen? Was geschieht in all jenen Fällen, in denen Alter, Krebs oder bewusster Verzicht auf weitere medizinische Massnahmen zum Tod führen? Sind wir dann noch für unsere PatientInnen da?

Empathisches Beistehen, Begleiten und zu Akzeptanz verhelfen, sind edle und schwierige Aufgaben. Sie werden weder

gut honoriert, noch führen sie zum Kick, einer seltenen Krankheit auf der Spur zu sein. Aber wenn wir es genau betrachten, führt diese Anteilnahme sehr wohl zu einer inneren Erfüllung, vielleicht so, wie es der Begriff der «Spende» meint: Zuwendung, Geschenk, Gabe, Opfer. Aber darüber hinaus ist Trost spenden eine ärztliche Kompetenz, die hilft, den Bezug zur Realität, zu unserer Endlichkeit herzustellen. Wir helfen unseren PatientInnen, diese Realität anzunehmen: *Man bietet Trost an, doch die Leidenden bleiben untröstlich. Trost muss deshalb in vollem Bewusstsein seiner bescheidenen Bedeutung angeboten werden. Der drängende Tröster übermittelt die Botschaft, dass er den Kontakt mit dem Leidenden vermeiden möchte, als habe er Angst, sich anzustecken. «Wird alles schon gut werden!» Als Zeuge einer menschlichen Tragödie fühlt man sich demütig, aber oft auch spirituell erhoben. Man wird demütig durch das Ausmass des Leidens und erhoben durch Anteilnahme an der Menschlichkeit angesichts eines überwältigenden Schicksals.*¹

Im Einzeltutoriat werden reifere KollegInnen den Studierenden vorleben können, dass es in bestimmten Situationen gerade nicht darum geht, alles Machbare zu ermöglichen und dass das Übel nicht immer mit der Wurzel entfernt werden kann. In

Qualitätszirkeln sollten auch solche Fälle und unsere Hilflosigkeit besprochen werden – zu oft klammern wir uns an technischen, pharmakologischen oder organisatorischen Aktivismus. Gefragt ist vielmehr der ruhige Beistand, ein tröstendes Gespräch oder eine angemessene Berührung. Auch hier ist weniger oft mehr. Auch das können wir lernen und üben.

In kritischen Situationen geben wir gern auf, meinen, wenn unser medizinisches Handeln nicht mehr gefragt ist, nichts mehr für unsere PatientInnen tun zu können und entziehen uns ihnen. Ein bedauerlicher Fehler. Verzichten wir also nicht auf den Einsatz der elementaren Bausteine unseres Betreuungsangebots: Eine kleine Spende Trost kann viel bedeuten.



Pierre Loeb
Präsident der APPM

¹ Zitiert aus: Haim Omer, Nahi Alon, Arist von Schlippe: Feindbilder der Dämonisierung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2007.

Dispensez-vous ... la consolation?

Le progrès, la spécialisation, et notre foi en un pouvoir quasi illimité nous ont fait négliger une compétence traditionnelle du travail médical. Elle n'est pas enseignée pendant les études et apparaît à peine parmi les formations continues: cette compétence est un art, l'art de dispenser la consolation, le soulagement.

Pire encore: on parle d'apaisement à bon marché comme si la consolation était de seconde classe.

En tant que médecins, nous pensons que nous devons guérir, remettre en état, réhabiliter et libérer nos patients dans un état si possible meilleur que lorsqu'ils sont venus à nous. C'est cela la médecine! Mais que se passe-t-il quand le traitement se prolonge, quand il échoue lamentablement ou quand nous nous trompons en le choisissant ou même en posant le diagnostic? Qu'arrive-t-il dans tous les cas où nous attendons vainement un succès légitime? Et qu'à la place d'une amélioration, nous devons assister à une détérioration voire un anéantissement où l'âge et le cancer, ou encore le renoncement conscient du patient à toute mesure active, le conduisent irrémédiablement à la mort? Sommes-nous alors encore là pour nos patients?

La présence empathique, l'accompagnement et l'aide au patient à accepter son destin sont des tâches nobles et difficiles qui ne sont guère honorées dans notre système tarifaire et qui ne fournissent pas non plus la satisfaction intellectuelle de traquer une maladie rare. Mais si nous y regardons de près, cette empathie conduit bien à une satisfaction intérieure, dans la mesure où elle nous autorise à «dispenser» au sens de donner, se tourner vers, offrir, sacrifier. Dispenser la consolation est une réelle compétence médicale qui soutient le rapport à la réalité et à notre état de mortel. Et nous aidons nos patients à accepter cette part de la réalité: *En dépit de la consolation qui lui est dispensée, le malade peut rester inconsolable. La consolation doit donc être offerte en pleine conscience de sa portée modeste. Elle peut être proposée, elle ne doit pas être imposée. Le consolateur impérieux – «Tout ira bien!» – transmet par son attitude le message qu'il voudrait éviter le contact avec celui qui souffre, comme s'il avait peur d'être contaminé. Le témoin d'une tragédie humaine se sent souvent humble mais aussi élevé spirituellement. Humble devant la souffrance et grandi par la compassion et le partage du caractère humain de l'autre face à un destin écrasant.*¹

A travers un tutorat individuel, des collègues plus âgés peuvent enseigner à leurs étudiants que, dans certaines situations, il

ne s'agit pas de faire tout ce qui est possible ni d'enlever le mal à la racine. Dans les cercles de qualité, nous devons aussi parler de tels cas où nous sommes confrontés à l'impuissance. Nous sommes trop souvent entraînés à l'activisme forcené, qu'il soit technique, pharmacologique ou organisationnel.

De telles situations demandent plutôt une présence tranquille, des échanges compaisants et des traitements pondérés procédant d'un tact reconfortant.

Là aussi, il arrive que le mieux soit l'ennemi du bien, et nous devons nous en souvenir.

Dans des situations critiques, il nous arrive de renoncer et de nous retirer, croyant que notre expérience médicale n'est plus requise puisqu'il n'y a plus rien à faire pour notre patient. C'est une faute regrettable aussi bien pour les patients que pour nous. Ne renonçons pas à proposer le principe élémentaire de notre assistance: un peu de consolation a toute son importance.



Pierre Loeb,
Président de l'AMPP

¹ Traduction d'une citation de Haim Omer, Nahi Alon, Arist von Schlippe: Feindbilder der Dämonisierung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2007.