

# Eine psychologische Kurzintervention zur Stärkung von Würde am Lebensende

Die von der kanadischen Forschergruppe um Harvey M. Chochinov entwickelte sogenannte „Dignity Therapy“ (DT) findet in den letzten Jahren international zunehmend Beachtung. Auch in Deutschland gibt es mittlerweile erste Implementierungsansätze. DT bezieht sich auf den für die Palliativarbeit zentralen Begriff der Würde und wurde forschungsbasiert entwickelt. Im Folgenden sollen das zugrunde liegende Modell und die Behandlungsmethode vorgestellt werden.

## Würde – ein zentraler Begriff in Palliative Care

▼ Oft wird der Verlust an Würde als Grund für einen vorzeitigen Sterbewunsch oder als Argument für Beihilfe zum Suizid bei terminal erkrankten Patienten herangezogen.

In der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland wird für ein „Sterben in Würde“ gefordert, dass der „sterbende Mensch (...) sicher sein können [muss], mit seinen Vorstellungen, Wünschen und Werten respektiert zu werden. Ein würdevolles Sterben verlangt Zeit, Raum und kompetenten Beistand.“ (Charta, S. 9) Grundlegend wird sowohl in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der UN als auch im deutschen Grundgesetz die Würde des Menschen jeweils in Artikel 1 als angeboren bzw. unantastbar deklariert. Indem der Begriff hier jedoch nicht näher definiert wird, bleibt die Spezifizierung von Würde individuell. Entsprechend kann man zwischen grundlegender Würde (basic dignity) und persönlichem Würdegefühl (personal dignity) unterscheiden [1]. Chochinov bezieht seine Arbeit auf das Konstrukt des persönlichen Würdegefühls, indem er dieses aus Patientenperspektive untersucht.

## Das Dignity-Modell

▼ Das Dignity-Modell von Chochinov gründet auf halb-strukturierten Inter-

views mit terminal an Krebs erkrankten Patienten, welche mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse durch vier unabhängige Kodierer ausgewertet wurden [2]. Die Patienten wurden dabei nach ihrer persönlichen Definition von „Würde“ gefragt, nach fördernden oder unterminierenden Faktoren, nach mit Würde assoziierten Situationen, und nach dem Zusammenhang des Würdegefühls mit ihrem Lebenswillen. Zudem gab es Fragen, aus denen geschlossen werden konnte, ob Würde internal oder external attribuiert wird. Aus der Analyse der Interview-Daten kristallisierten sich drei Hauptkategorien heraus, die den Würdebegriff determinieren (vgl. **Abb. 1**):

1. krankheitsbezogene Belange
2. das Würde bewahrende Repertoire: Denk- und Verhaltensweisen, die das Würdegefühl aufrechterhalten
3. der Bereich der sozialen Würde: Würde in Bezug auf interpersonelle Interaktion und Beziehungen

Interaktionen zwischen den drei Faktoren werden dahingehend angenommen, dass das Würde bewahrende Repertoire als Puffer fungieren könnte, um „negative“ Einflüsse von als niedrig empfundener sozialer Würde und krankheitsbezogenen Belangen auszugleichen.

Tatsächlich konnte Chochinov nachweisen, dass Patienten mit herabgesetztem Würdegefühl signifikant depressiver und

## Würde - Hauptkategorien, Themen und Unterthemen

Krankheitsbezogene Belange	Würde bewahrendes Repertoire	Soziale Würde
<ul style="list-style-type: none"> <li>Unabhängigkeitsgrad</li> <li>Kognitive Verfassung</li> <li>Funktionelle Kapazität</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Würde bewahrende Perspektiven               <ul style="list-style-type: none"> <li>Selbst-Kontinuität</li> <li>Aufrechterhaltung von Rollen</li> <li>Generativität, Vermächtnis</li> <li>Bewahrung von Stolz</li> <li>Autonomie/Kontrolle</li> <li>Hoffnung</li> <li>Akzeptanz</li> <li>Resilienz/Kampfgeist</li> </ul> </li> <li>Würde bewahrendes Handeln               <ul style="list-style-type: none"> <li>Leben im Hier und Jetzt</li> <li>Aufrechterhaltung von Normalität</li> <li>Bestreben nach spirituellem Einklang</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Privatsphäre</li> <li>Soziale Unterstützung</li> <li>Pflegerische Grundhaltung</li> <li>Anderen eine Last sein</li> <li>Sorgen hinsichtlich ungereregelter Dinge in der Zeit nach dem Tod</li> </ul>

Abb. 1 Das Würde-Modell von Chochinov [2].

ängstlicher sind und ausgeprägtere Todeswünsche haben [3].

### Würde bewahrende Interventionen

Chochinov beschreibt für alle drei Hauptkategorien Interventionsempfehlungen, wobei sich die eigentliche DT allein auf die Kategorie des Würde bewahrenden Repertoires bezieht.

Bezüglich krankheitsbezogener Belange kann Würde durch gute Symptomkontrolle, einfühlsames Zuhören, Information und Aufklärung des Patienten und Einbeziehung in pflegerische und persönliche Entscheidungen gestärkt werden.

Soziale Würde wird durch Berücksichtigung des Patientenwillens, Einbindung in das soziale Umfeld, Offenheit im Umgang mit Sorgen, Vorausplanung der Bestattung etc. und generell mit grundlegendem Respekt und der Begegnung auf Augenhöhe vermehrt.

### Die Interventionsform „Dignity Therapy“

Durch gezieltes Nachfragen und Aufschreiben der Erinnerungen, Wünsche und Anliegen des Patienten soll die Wertschätzung für das eigene Leben erhöht, die Sinn-

findung unterstützt und die Bedeutung des eigenen Lebenswerks erkannt oder verstärkt werden. DT umfasst drei Schritte:

#### Schritt 1

Zunächst erfolgen ein bis zwei Sitzungen von maximal einer Stunde Dauer, welche auf Band aufgenommen werden und sich inhaltlich an einem Fragenkatalog orientieren (vgl. Infobox).

#### Schritt 2

Anschließend werden die Aufnahmen transkribiert, editiert und dann dem Patienten ausgehändigt. Zu diesem redaktionellen Prozess gehören grundlegende Klärung des Transkripts (z. B. Beseitigung von Unterbrechungen und Fülllauten), das Erstellen einer chronologischen Reihenfolge, die Überarbeitung oder Elimination von potenziell für die Angehörigen verletzenden Inhalt (in Absprache mit dem Pa-

### Fragenkatalog der „Dignity Therapy“ (Chochinov, 2005)

- ▶ Erzählen Sie mir ein wenig aus Ihrem Leben; besonders über die Ereignisse, an die Sie sich am meisten erinnern oder die am wichtigsten in Ihrem Leben waren. Was war Ihre beste Zeit?
- ▶ Gibt es bestimmte Dinge, die Sie Ihrer Familie über sich mitteilen wollen? Gibt es bestimmte Erinnerungen, die Sie mit Ihrer Familie teilen wollen?
- ▶ Was waren die wichtigsten Rollen, die Sie in Ihrem Leben eingenommen haben (familiär, beruflich, gesellschaftlich etc.)? Warum waren Ihnen diese Rollen wichtig und was haben Sie Ihrer Meinung nach darin erreicht?
- ▶ Was waren Ihre wichtigsten Taten, worauf sind Sie besonders stolz?
- ▶ Gibt es Dinge, von denen Sie merken, dass sie noch ausgesprochen werden wollen? Oder auch Dinge, die Sie Ihren Angehörigen gerne noch einmal sagen möchten?
- ▶ Was sind Ihre Hoffnungen und Wünsche für Ihre Angehörigen?
- ▶ Was haben Sie über das Leben gelernt, was Sie gerne anderen weitergeben möchten? Welchen Rat oder welche Lebensweisheiten würden Sie gerne an Ihren ... (Sohn, Tochter, Mann, Frau, Eltern etc.) weitergeben?
- ▶ Gibt es Worte/Botschaften oder vielleicht sogar dringende Empfehlungen, die Sie Ihren Angehörigen mitgeben möchten, um ihnen zu helfen, ihre Zukunft gut zu bewältigen?
- ▶ Gibt es andere Dinge, die Ihnen während dieses Gesprächs einfallen und die Thema sein sollten?

tienten) und das Auffinden einer Passage, die als angemessener Schluss und Zusammenfassung dienen kann („Ich hätte nichts anders gemacht“ oder „Ich wünsche meiner Familie Gottes Segen“).

### Schritt 3

In einer abschließenden Sitzung liest der Therapeut das Dokument dem Patienten vollständig vor. „Dies ist emotional häufig sehr bewegend, weil die Patienten ihre Worte, Gedanken und Gefühle ausgesprochen hören“ [4]. Danach werden eventuell noch letzte Änderungen vorgenommen. Das fertige Skript wird dem Patienten ausgehändigt, welcher es dann seinen Angehörigen vorzeigen und hinterlassen kann.

### Dignity Therapy in der Forschung

Die DT als psychotherapeutische Kurzintervention kann inzwischen als wissenschaftlich gut erforscht und belegt gelten. Es gibt eine Vielzahl an Nachfolgeforschung, etwa zur Anwendung im klinischen Kontext von Krebszentren [5], zur Anwendung in Pflegeheimen [6, 7], zur Auswirkung auf die Behandlungseffektivität [8], zur Einsetzbarkeit bei Hochbetagten – auch mit kognitiven Einschränkungen [9] und zur Einsetzbarkeit bei ALS-Patienten [10].

*Annika Schramm, Frankfurt am Main*  
*Daniel Berthold, Frankfurt am Main*  
*Martin Weber, Mainz*  
*Jan Gramm, Frankfurt am Main*

*Korrespondenzadresse:*  
 Dipl. Psych. Jan Gramm,  
 Institut für Palliativpsychologie, Frankfurt  
 jan.gramm@palliativpsychologie.de

### Literatur

- 1 Pullman D. The ethics of autonomy and dignity in long term care. *Can J Aging* 1999; 18: 26–46.
- 2 Chochinov HM, Hack T, McClement S, Kristjanson L, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social science & medicine* 2002; 54: 433–443.
- 3 Chochinov, HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study. *The Lancet* 2002; 360: 2026–2030.
- 4 Chochinov HM. Dignity Therapy: A Novel Psychotherapeutic Intervention for Patients Near the End of Life. *Journal of Clinical Oncology* 2005; 23: 5520–5525.
- 5 Johns SA. Translating Dignity Therapy into Practice: Effects and Lessons Learned. *OMEGA—Journal of Death and Dying* 2013, 67: 135–145.
- 6 Goddard C, Speck P, Martin P, Hall S. Dignity Therapy for older people in care homes: a qualitative study of the views of residents and recipients of 'generativity' documents. *Journal of Advanced Nursing* 2013; 69: 122–132.
- 7 Hall S, Goddard C, Opio D, Speck P, Higginson JJ. Feasibility, acceptability and potential effectiveness of Dignity Therapy for older people in care homes: A phase II randomized controlled trial of a brief palliative care psy-

chotherapy. *Palliative medicine* 2012; 26: 703–712

- 8 Östlund U, Brown H, Johnston B. Dignity conserving care at end-of-life: a narrative review. *Eur J Oncol Nurs* 2012; 16: 353–367
- 9 Chochinov HM, Cann B, Cullihall K, Kristjanson L, Harlos M, McClement SE, Hack TF, Hassard T. Dignity therapy: A feasibility study of elders in long-term care. *Palliative and Supportive Care* 2012; 10: 3–15
- 10 Bentley B, Aoun SM, O'Connor M, Breen LJ, Chochinov HM. Is dignity therapy feasible to enhance the end of life experience for people with motor neurone disease and their family carers? *BMC Palliat Care* 2012; 11: 18.

### Weitere Literatur

- 11 Chochinov, HM. Dignity-conserving care – a new model for palliative care. *JAMA: the journal of the American Medical Association* 2002; 287: 2253–2260.
- 12 Chochinov, HM. Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-Life Care. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 2006; 56: 84–103.
- 13 Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, McClement S, Hack TF, Hassard T, Harlos M. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *The lancet oncology* 2011; 12: 753–762. .

### Veranstaltungshinweis

Wer diese Interventionsform aus erster Hand kennenlernen möchte, hat im November dieses Jahres Gelegenheit, Harvey M. Chochinov im Rahmen der Fachtagung „Würde und existentielles Leid am Ende des Lebens“ in Mainz persönlich zu begegnen. Gegenstand dieser Tagung sind die Erfahrung von existentiellem Leid am Lebensende und die Faktoren, die für das Würdeempfinden unheilbar kranker Menschen von Bedeutung sind, sowie die daraus entwickelten wissenschaftlich etablierten Interventionen. Harvey M. Chochinov wird persönlich an dieser Tagung teilnehmen und erstmals in Deutschland über die Ergebnisse seiner langjährigen Forschungsarbeit berichten. Weitere Referenten werden u. a. Wissenschaftler aus Dänemark und Portugal sein, die über Erfahrungen der Implementierung der DT in ihren Kulturkreisen berichten. An die Tagung schließt sich ein zweitägiger Workshop an, bei dem die Teilnehmer in die praktische Umsetzung der DT eingeführt werden. Genauere Informationen zur Tagung finden Sie im Kongresskalender auf S. 139