

Würdezentrierte Therapie – eine Intervention für Menschen mit palliativen Erkrankungen¹

Anne Baumann, Tim Reuter

Zusammenfassung

In diesem Artikel stellen wir die Grundzüge der Würdezentrierten Therapie vor. Diese Therapieform bietet eine methodische Grundlage, um bestmöglich auch das Angehörigen- und Freundessystem in die palliative Versorgung eines Klienten mit einzubeziehen. Wir beschreiben anhand von Fallbeispielen, wie wir die Würdezentrierte Therapie praktisch in der Arbeit mit schwer erkrankten Menschen an deren Lebensende umsetzen.

Mit der Würdezentrierten Therapie (engl. Dignity Therapy) haben wir eine therapeutische Methode in unserem klinischen Repertoire, die sowohl unseren Patientinnen und Patienten als auch deren Angehörigen nachhaltigen therapeutischen Nutzen bringt.

Ausgehend von der grundsätzlichen Herangehensweise in der Palliativmedizin, nicht alle therapeutischen Bemühungen ausschließlich auf den Patienten auszurichten, sondern früh und bestmöglich auch deren Angehörigen- und Freundessystem in die palliative Versorgung mit einzubeziehen, bietet die Würdezentrierte Therapie eine methodische Grundlage, auf deren Basis dieses System auch in der letzten Lebensphase unserer Patientinnen und Patienten und sogar über deren Tod hinaus – im Sinne eines transgenerativen Vermächtnisses – in die therapeutische Arbeit integriert werden kann.

Anders als in der ansonsten eher patientenzentrierten klinischen Praxis in den Akutphasen der Erkrankung, in denen die hinter den Erkrankten stehenden Angehörigen aus dem Blick geraten und mehr noch, in der medizinischen Akutversorgung vom fachlichen Personal sogar passager als störend und unbequem empfunden werden können (Ernst, Weißflog, 2016), stellt die Würdezentrierte Therapie eine Methode dar, die sowohl die Belastungsmomente als auch die Unterstützungspotenziale des Familiensystems mit einbezieht und die durch die Steigerung des Würdeempfindens und Würdegefühls zu einer Verbesserung der Lebensqualität auf beiden Seiten, bei Patienten und Angehörigen, führen kann und in vielen Fällen den Prozess des beidseitigen Abschiednehmens erleichtert.

1) Dieser Artikel ist zuerst erschienen als Kapitel in dem Buch *Systemische Methoden in der Familienberatung und -therapie*. Herausgeber des Buches sind Andreas Eickhorst und Ansgar Röhrbein und es ist 2019 im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht erschienen. Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Verlages.

Wir stellen in unserem Beitrag die Methode daher in ihrer Entstehung, Anwendung und bisherigen wissenschaftlichen Nutzenbewertung näher vor.

Entstehung

Als 1991 in den Niederlanden Ärzte zu den medizinischen Entscheidungen ihrer Patientinnen und Patienten am Lebensende befragt wurden, nannten sie am häufigsten den „Verlust von Würde“ als ausschlaggebenden Grund für den Wunsch nach Sterbehilfe. Nicht Schmerzen oder Einsamkeit, sondern bedrohte Würde war ihrer Einschätzung nach der zentrale Aspekt, der den Lebenswillen von Patientinnen und Patienten mit schweren Erkrankungen am Lebensende maßgeblich beeinflusst (van der Maas et al., 1991). Das machte den kanadischen Professor Harvey M. Chochinov nachdenklich. „If dignity is worth dying for, surely, it is worth carefully studying“ (Chochinov, 2012, dt. 2017, S. 5 des engl. Originals), also: „Wenn Angst vor Verlust der Würde ein Grund ist, weswegen Menschen sterben wollen, dann sollte man sich auf jeden Fall auch wissenschaftlich mit dem Thema beschäftigen.“ So begann er, Patientinnen und Patienten zu ihrem Erleben zu befragen – um letztendlich eine Intervention zu entwickeln, die das Würdeempfinden bei Schwerkranken am Lebensende steigern soll: die Dignity Therapy, d. h. Würdezentrierte Therapie.

Die Würdezentrierte Therapie

Bei der Würdezentrierten Therapie handelt es sich um eine Kurzintervention für schwer kranke Menschen am Lebensende. Mit ihnen wird anhand eines halbstrukturierten Leitfadens ein circa einstündiges Interview durchgeführt. Wie in einem Fotoalbum des eigenen Lebens blätternd erzählt der Patient von verschiedenen bedeutsamen Momenten seines Lebens. Dieses Interview wird aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert. So wird die eigene Lebensgeschichte in eigenen Worten lebendig und greifbar. Das selbst erzählte Leben wird dem Patienten bei einem nächsten Termin durch die Therapeutin vorgelesen.

Dies ist häufig ein sehr emotionaler Moment. Die eigene Lebenserzählung in den eigenen Worten mit der Stimme eines anderen zu hören, bewegt die Menschen. Änderungen, Kürzungen oder Ergänzungen können vorgenommen werden, bevor das letztendliche Dokument dann den Patienten und ihren Angehörigen übergeben wird. Angehörige als Adressaten spielen dabei eine zentrale Rolle zum Gelingen der Intervention. Sich bewusst Zeit zu nehmen, das, was einem wichtig ist, (noch mal) in Worte zu fassen, sich zu trauen, dem anderen mitzuteilen, wie gern man ihn hat, oder aber auch ein Missverständnis aus dem Weg zu räumen, ist emotional hoch bedeutsam und bewegend.

Die Fragen des Interviews behandeln unterschiedliche Schwerpunktthemen, die auf einem durch Chochinov, Hack, McClement, Kristjanson und Harlos (2002) entwickelten Würdemodell beruhen: „Wann haben Sie sich besonders lebendig gefühlt? Was sind die wichtigsten Aufgabenbereiche, die Sie in Ihrem Leben eingenommen haben (Rollen in der Familie, im Beruf, im Sozialleben etc.)? Was haben Sie über das Leben gelernt, das Sie gern an andere weitergeben würden?“

Das Würdemodell – eine theoretische Grundlegung

Was ist eigentlich Würde in den Augen von Patientinnen und Patienten? Woran machen schwer kranke Menschen fest, ob sie ihr Leben als würdevoll empfinden? In welchen Situationen haben sie den Eindruck, dass ihre Würde gestärkt wird? Und in welchen Momenten erleben sie ihre Würde eher als gefährdet? Um das herauszufinden, führten Chochinov et al. (2002) Interviews mit fünfzig terminal an Krebs erkrankten Patientinnen und Patienten zu ihrem Verständnis von Würde und stellten ihnen genau diese Fragen. Aus den Antworten entwickelten sie inhaltsanalytisch ein Würdemodell aus Patientenperspektive (siehe Abbildung 1 auf der folgenden Seite).

Anhand von Zitaten aus den von uns mit Patientinnen und Patienten durchgeführten Würdezentrierten Therapien lassen sich die einzelnen Aspekte des Würdemodells verdeutlichen.

Der folgende Abschnitt soll die Patientinnen und Patienten vorstellen, deren Interviews in Auszügen die empirische Grundlage dieses Beitrags bilden. Zum Schutz der Persönlichkeitsrechte der Interviewten verzichten wir natürlich auf deren namentliche Nennung, auch die Kürzel sind geändert.

Im Sommer 2016 führten wir die Würdezentrierte Therapie mit zwei Patientinnen (Frau G. und Frau K.) und im Sommer 2017 mit einem Patienten (Herr F.) auf der Palliativstation der HELIOS Universitätsklinik Wuppertal durch:

- Frau G. war zum Zeitpunkt des Interviews 64 Jahre alt und litt unter einem gastrointestinalen Stromatumor des Magens. Die Patientin verstarb circa 8 Stunden nach dem Vorlesen des Interviews und der Übergabe des Generativitätsdokuments an die Familie auf der Palliativstation.
- Frau K. war 82 Jahre alt und hatte ein Multiples Myelom diagnostiziert. Sie starb 2,5 Wochen nach Beendigung der Würdezentrierten Therapie auf der Palliativstation.

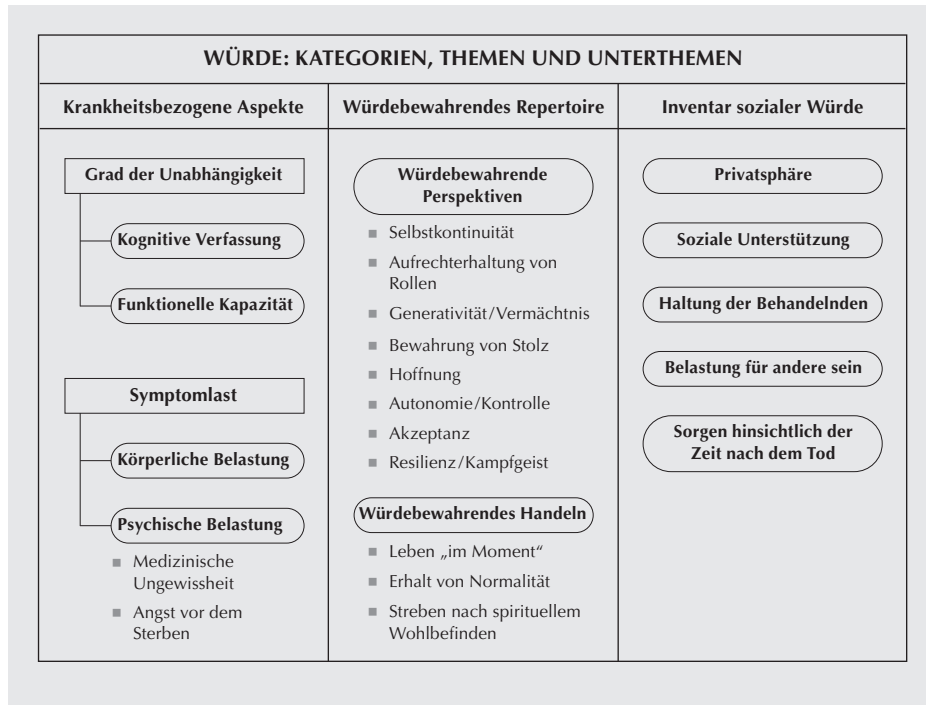


Abbildung 1: Modell zur Würde bei unheilbarer Erkrankung (aus Chochinov 2012, dt. 2017, S. 28)

- Ein weiterer Patient (Herr F.) wurde im Juli 2017 auf der Privatstation der HELIOS Universitätsklinik Wuppertal mit ebenfalls palliativer Zielsetzung behandelt. Der Patient war zum Zeitpunkt des Interviews 55 Jahre alt und wurde mit der Primärdiagnose eines malignen Melanoms seit circa fünf Monaten in der Klinik behandelt. Herr F. wurde circa eine Woche nach Abschluss der Würdezentrierten Therapie in stabilem Allgemeinzustand, bei insgesamt palliativem Behandlungskonzept, nach Hause entlassen. In regelmäßigen Abständen kommt der Patient zu Kontrolluntersuchungen zurück in die Klinik, sodass der Kontakt zwischen der Abteilung für Psychoonkologie und dem Patienten nach wie vor besteht.

Vorgespräche, Interviews sowie Nachgespräche und Übergabe der Interviews fanden jeweils im Einzelzimmer der Patientinnen und des Patienten auf den Stationen in unserer Klinik statt.

Chochinov et al. (2002) identifizierten in ihren Interviews drei verschiedene Bereiche von Einflussfaktoren auf das Würdeempfinden von Patientinnen und Patienten: Krankheitsbezogene Aspekte, das sogenannte würdebewahrende Repertoire und äußere Faktoren, die in dem Modell als Inventar sozialer Würde bezeichnet werden (Chochinov, 2012, dt. 2017) (siehe Abbildung 1).

Natürlich spielt die Krankheit an sich mit ihren Effekten auf den Grad der Unabhängigkeit eines Patienten und die damit einhergehende Symptomlast eine entscheidende Rolle. Starke Schmerzen und körperliche Einschränkungen können das Leben eines Menschen so sehr prägen, dass funktionelle Kapazitäten stark eingeschränkt sind. Auch die kognitive Verfassung – wenn das Gefühl auftritt, nicht mehr in der Lage zu sein, für sich selbst Entscheidungen treffen und für sich sorgen zu können – kann das Würdeempfinden eines Menschen gefährden. Die körperlichen und psychischen Belastungen, die mit einer schweren Erkrankung einhergehen, beeinträchtigen den Betroffenen und seine Wahrnehmung des eigenen Lebens maßgeblich. Dabei beeinflussen sich der körperliche Zustand und die emotionalen Reaktionen wechselseitig. Medizinische Ungewissheit bezüglich der eigenen Situation und Angst in Bezug auf das Fortschreiten der Erkrankung und das mögliche Versterben beeinflussen Patientinnen und Patienten stark und mindern das Empfinden von Würde.

Neben diesen direkt mit der Krankheit im Zusammenhang stehenden Aspekten nannten Menschen aber auch eine Reihe von psychischen und spirituellen Faktoren, die die Wahrnehmung der eigenen Situation und damit auch das subjektive Würdeempfinden positiv oder negativ beeinflussen können: das sogenannte „würdebewahrende Repertoire“. Dieses setzt sich zusammen aus der würdebewahrenden Perspektive und dem würdebewahrenden Handeln. Das würdebewahrende Repertoire ist der Punkt, an dem die Würdezentrierte Therapie ansetzt.

Die würdebewahrende Perspektive

Die würdebewahrende Perspektive kann als eine Art Blickwinkel auf das eigene Leben verstanden werden, der sich nicht nur im Rahmen der Erkrankung, sondern auch schon davor entwickelt hat. Dabei kommt Grundsätzliches zur Sprache, wichtige Lebensereignisse, die einen großen Effekt auf die Menschen hatten:

„Wichtige Bausteine in meinem Leben denk ich mal sicherlich: Kindheit und Jugend. Da ist ein prägendes Element der Tod meiner Mutter, als ich 12 Jahre alt war. Das ist so ein Einschnitt gewesen, der sicherlich ein paar Dinge in eine gewisse Richtung auch geführt hat. Sehe ich danach die Phase, wo sich mein Vater dann eben um die beiden Kinder, also ich war eins davon, sehr stark gekümmert hat. Das ist so ein Aspekt, der so diesen ganzen

familiären Hintergrund ja auch ein bisschen beschreibt und auch gewisse Werte dann auch an mich vermittelt hat.“ (Herr F.)

Dabei nannten die Patientinnen und Patienten den Blick auf sich selbst als einen wichtigen Einflussfaktor, von Chochinov unter dem Begriff Selbstkontinuität zusammengefasst. Nimmt man sich als derjenige wahr, der man auch vor der Krankheit war? Kann man sich noch wiedererkennen im momentanen Zustand mit dem, was auch vor der Erkrankung das Selbstgefühl fundamentierte?

„Dass man jetzt diese Dinge einfach noch mal bewusster gemacht hat, in der Form, dass man gesagt hat: ‚Ja, wer weiß, wie oft wir noch gemeinsam fahren?‘ – und jetzt nicht unter dem Aspekt Krankheit, Tod oder sonst was. Sondern einfach die Kinder sind aus dem Haus und haben ihr eigenes Leben, so das war dann noch mal so eine Phase des Zusammenrückens, sozusagen dann genießen wir jetzt auch noch mal die Zeit.“ (DT-Auszug Herr F.)

Damit hängt die Möglichkeit, soziale Rollen aufrechtzuerhalten, eng zusammen; sich noch als denjenigen oder diejenige zu empfinden, der oder die ich auch vorher war, sei es als engagierter Familienvater, engagierte Helferin, gute Freundin oder als kompetenter Ansprechpartner in beruflichen Fragen:

„Wo man sicherlich auch daneben, neben der Krankheit, diese anderen Facetten sich klar machen muss, denn wie gesagt, man ist ja jetzt nicht nur Kranker, sondern man ist ja immer trotzdem noch eine Person mit ... Dingen. Mit Eigenschaften, mit Erfahrung, mit Wünschen. Und die sind ja nicht nur ausschließlich durch die Krankheit dann definiert.“ (Herr F.)

„Erst in einem internationalen Konzern und nachher in einem mittelständischen Unternehmen und aber in beiden Organisationen jeweils dann bis zur Geschäftsführung gegangen. Das ist so ein bisschen der Part. Parallel dann eben in den letzten Jahren Kennenlernen meiner Frau, Heirat und dann eben zwei Kinder. Die eine Tochter eben 20, der Sohnemann 17. Was halt eben, sag ich mal, der zweite große Baustein in meinem Leben ist. Also wenn man sagt, es gibt sicherlich zwei wesentliche Bausteine, dann ist es a) Familie und b) Beruf. [...] Ehemann zu sein und ..., das ist eine Riesenaufgabe, das ist, für eine andere Person da zu sein [...], Vater zu sein ist eine wichtige Thematik, keine Frage. Da ist ..., die sehe ich auch genauso wichtig.“ (Herr F.)

„Dass ich immer da war, wenn Menschen mich gebraucht haben. Ich habe für meine Mutter eingestanden, für meinen Mann und ich würde auch jetzt noch jedem helfen, wenn ich könnte.“ (Frau K.)

Ein zentraler Aspekt, der immer wieder von den Patientinnen und Patienten genannt wurde, ist der der Generativität; etwas an andere weitergeben zu wollen, ein Vermächtnis zu hinterlassen. Die Menschen, die im Leben besonders wichtig waren, nicht einfach so allein dastehen zu lassen, sondern ihnen etwas zu hinterlassen, sei es ein guter Ratschlag, ein Wunsch, eine Geschichte – oder nur einfach ein Kochrezept:

„Ich würde sicherlich meinem Sohn ... – meiner Tochter nicht, meine Tochter lebt das ähnlich wie ihre Mutter, die hat ein ausgeprägtes und sehr erfülltes soziales Leben mit Vereinen und Aktivitäten, das ist Klasse! Mein Sohn ist da in dem Punkt, glaube ich, eher ein bisschen meine Richtung. Dem würde ich das sicherlich auch sagen, dass er vielleicht das auch als Punkt für sich mal aufnimmt und sagt okay, das ist ein wichtiger Punkt, sich auch um Freunde und Bekannte, um andere Dinge zu kümmern, die jetzt halt bei ihm noch außerhalb der Schule – momentan ist er noch in der Schule – liegen. Dass man sagt, okay, es geht nicht nur darum, sich auf die Schule zu konzentrieren, sondern halt auch mal was anderes zu machen, was dann halt nicht unmittelbar dem schulischen Erfolg dann hilft. Sondern dass es vielleicht mal ganz gut ist, einfach mal was anderes zu tun.“ (Herr F.)

„Ich denke, was wichtig wäre, dass ich sicherlich noch mal mit den Kindern spreche und sage, okay, wie wichtig die für mich sind, wie stolz ich auf sie bin.“ (Herr F.)

„Ich hoffe, dass alles immer so schön bleibt und alle schön leben können. Ich hoffe nur das Gute für die Familie, denn die sind fleißig.“ (Frau K.)

Über den Tod hinaus im Leben anderer wirksam sein zu können, gibt Menschen ein Gefühl von Bedeutsamkeit und hilft ihnen, ihr Dasein als würdevoll wahrzunehmen.

Aber auch das Gefühl, Stolz zu wahren, Person zu bleiben und in den Augen der anderen nicht nur Kranker zu sein, sondern wahrgenommen zu werden als Mensch, der etwas erreicht und geleistet hat, macht für viele Menschen einen entscheidenden Teil der Würde aus:

„Dass man eben in verschiedenen Bereichen, in verschiedenen Umfeldern klarkommt. Dass man mit Menschen klarkommt in anderen Ländern. Dass man mit Menschen mit komplett anderem Hintergrund, also wie gesagt, in internationalen Konzernen, wo fast nur Akademiker unterwegs waren, dann wechselt man zu einem Mittelständler, wo es dann vielleicht drei oder vier Akademiker gibt und der Rest sind „Hands-on“. Leute, die wirklich einen Blauemann anhaben. Dass man also beides irgendwie geregelt kriegt, dass man sich darauf einstellen kann, das sind sicherlich, finde ich, Leistungen, die ich erst im Nachhinein so auch für mich sage, gar nicht so schlecht, wie das gelaufen ist.“ (Herr F.)

In der Krankheitssituation ist es für Menschen wichtig, Hoffnung aufrechtzuerhalten. Damit ist bei palliativ erkrankten Patientinnen und Patienten nicht die Hoffnung auf Heilung gemeint. Gemeint sein kann hier die Hoffnung auf Symptomlinderung, auf einen schmerzfreien Tod oder auch die „kleinen Hoffnungen“, noch schöne Stunden mit Menschen zu verbringen, die einem am Herzen liegen, oder einen bestimmten wichtigen Tag noch miterleben zu dürfen, z. B. ein Weihnachtsfest, die Geburt eines Enkelkinds, einen Geburtstag oder die nächste Fußballweltmeisterschaft. Diese Hoffnungen auf Miterleben geben dem Menschen Kraft und können das Leben auch in der (Extrem-)Situation einer palliativen Erkrankung lebenswert machen:

„Ich möchte erst mal wieder etwas gesünder werden, soweit dies möglich ist, und dann versuchen so viel zu erleben, wie es mir meine Verfassung erlaubt. Alles was mir kräftemäßig noch möglich ist.“ (Frau G.)

Autonomie und Kontrolle, das Gefühl, dass ich auch noch manches selbst entscheiden und beeinflussen kann, selbst wenn ich vielleicht in manchen Bereichen auf die Hilfe anderer angewiesen bin, beschreibt im Gegensatz zur Unabhängigkeit das subjektive Empfinden. Hierbei unterscheiden sich Menschen mit ähnlichen Symptomen oft sehr. Es gibt Patientinnen und Patienten, die selbst, wenn sie unter einer Querschnittslähmung leiden, weiterhin das Gefühl haben, ihr Leben selbst im Griff zu haben. Die Wahrung von Selbstkontrolle (im Gegensatz zum Gefühl der Abhängigkeit und Hilflosigkeit) zählt zu den wesentlichen Bestandteilen von Resilienz (Antonovsky, 1997).

Gleichzeitig ist auch die Akzeptanz des momentanen Zustands entscheidend, um zu einem Gefühl des inneren Friedens zu kommen. Mit Akzeptanz ist in der Würdezentrierten Therapie die Fähigkeit gemeint, sich auf die sich verändernden körperlichen und seelischen Zustände einzustellen. Dabei geht es nicht darum, die Krankheit als Ganzes zu akzeptieren – mancher wird auch bis zum Ende seines Lebens „ringen“. Entscheidend sind vielmehr die vielen kleinen Schritte des Akzeptierens, die peu à peu den Patientinnen und Patienten – und auch den Angehörigen – möglich sind.

Für viele Patientinnen und Patienten ist auch Resilienz und Kampfgeist ein entscheidender Faktor, der die Würde positiv beeinflusst. Dabei ist die Kraft gemeint, die es einem ermöglicht, mit dem, was im Laufe der Erkrankung passiert, umzugehen. Natürlich unterliegt diese Kraft auch Schwankungen und ist davon abhängig, was einem wie passiert und welche Unterstützung man erfährt.

Das würdebewahrende Handeln

Das würdebewahrende Handeln bezeichnet Aktivitäten und Verhaltensweisen, die jemanden dazu befähigen, mit den sich verändernden Lebensbedingungen umzugehen (Chochinov, 2012, dt. 2017).

Häufig leben Menschen nicht im Hier und Jetzt. Doch besonders bei einer palliativen Erkrankung, wenn die verbleibende Lebenszeit begrenzt ist, tut es gut, immer wieder zwischendurch das Gestern und Morgen zu vergessen und im Moment zu leben. Viele nebenwirkungsreiche Therapien werden durchgehalten in der Hoffnung darauf, dass einem noch Zeit bleibt, die man gut nutzen kann. So verlieren viele Patientinnen und Patienten den Bezug zum Aktuellen. Im Hier und Jetzt entstehen dagegen Situationen, die schwerkranken Menschen einfach guttun, sei es ein Gespräch über Wichtiges, was aktuell in der Familie oder dem bekannten sozialen Umfeld passiert, oder ein Moment, in dem man die Natur bewusst(er) wahrnimmt.

Wichtig ist es auch, ein Stück Normalität zu erhalten und die Krankheit nicht alles dominieren zu lassen. Eine Pizzabestellung auf der Palliativstation und Fußball schauen, und nicht alles aufgeben zu müssen, was man vorher gerne gemacht hat; oder auch in den Zeiten zwischen Krankenhausaufenthalten wieder arbeiten zu gehen, wenn es die Kräfte zulassen – so etwas gibt vielen Menschen ein Gefühl von Sinnhaftigkeit und Zufriedenheit:

„Ich habe jetzt [...] ab und zu mal 'n bisschen über und kann den Kindern damit mal ne Freunde machen und denen etwas zu stecken. [...] Das tut einen kranken Menschen aufbauen.“ (Frau K.)

Besonders am Lebensende spielt für viele Menschen das Streben nach spirituellem Wohlbefinden eine wichtige Rolle, das Gefühl, Teil eines größeren Ganzen zu sein. Dabei sind häufig Fragen nach dem Sinn des Daseins Thema. Manch einer lebt seine Spiritualität dabei klassisch über die Zugehörigkeit zu einer institutionalisierten Religionsgemeinschaft aus, doch für viele bedeutet Spiritualität auch einfach Sinnsuche, die Verbindung zwischen sich und der Natur zu spüren oder daran zu glauben, dass es mehr gibt als das direkt Sicht- und Greifbare, und sich in einem größeren Zusammenhang eingebunden zu fühlen.

Soziale Würde

Der Mensch ist vor allem ein soziales Wesen – und so hat auch der Kontakt zu anderen einen entscheidenden Einfluss auf das eigene Würdeempfinden:

„Aber jetzt ist alles so schön, da ich sehr viel Freude an meinen Enkeln habe. Jetzt, wo ich krank bin, helfen sie mir alle.“ (Frau K.)

Diese sozialen Aspekte werden im Würdemodell nach Chochinov et al. (2002) im „Inventar sozialer Würde“ zusammengefasst (siehe Abbildung 1).

Besonders, wenn ein Mensch Unterstützung bei der Körperpflege benötigt, was am Lebensende sehr häufig der Fall ist, wird das Bedürfnis, Rückzugsräume zu wahren und weiterhin Privatsphäre aufrechtzuerhalten, sehr wichtig.

Angemessene soziale Unterstützung ist in dieser Phase elementar: Zu wissen, dass jemand anderes da ist, um einen in den Dingen zu unterstützen, die einem in der momentanen Situation schwerfallen; jemand, der die Kinder zum Sport bringt, Erledigungen übernimmt oder im Haushalt mithilft – das kann viel Kraft und Sicherheit geben.

Die Bewahrung sozialer Würde ist jedoch nicht ausschließlich von der Art der sozialen Unterstützung durch die Angehörigen abhängig, sondern in einer Pflegesituation vor allem von der Haltung der Behandelnden, also der Einstellung, mit der die professionellen Helfer (Ärzte, Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Psychologen, Seelsorger etc.) dem Kranken begegnen. Dies ist für Harvey M. Chochinov der zentrale soziale Aspekt. Durch ihren Blick auf den Menschen beeinflussen professionelle Helfer direkt und indirekt, wie Patientinnen und Patienten sich selbst wahrnehmen. Chochinov bezeichnet diesen Aspekt im Englischen als „Care tenor“, also sozusagen der Ton oder Klang, mit dem man einander begegnet.

„Diese Freude ist genau dasselbe wie mit den Rosen, die man mir hier auf der Station geschenkt hat. [...] Ich hatte in Schwelm auch so einen lieben Stationsarzt, wo ich mein Bein gebrochen hatte, genau wie die anderen Therapeuten. Das hilft einem. Ich weiß nicht, wie ich das sagen soll, aber die bauen einen dann noch mehr auf. Ein kleines freundliches Wort ist für uns Kranke schon sehr viel wert.“ (Frau K.)

Das Gefühl, eine Belastung für andere zu sein, kann das subjektive Empfinden von Würde stark beeinflussen. Nicht ohne Grund ist die Suizidrate in Ländern, in denen die Menschen große Armut erleben, und unter älteren Menschen in Deutschland, insbesondere unter alleinstehenden Männern über 65, besonders hoch. Hier spielt das Gefühl, nicht mehr bedeutsam oder nur noch eine Last zu sein, eine wichtige Rolle:

„Dass ich meinen Kindern nicht so zur Last falle, damit die auch ihr Leben haben. Wenn ich wieder zu Hause ankomme, dann helfe ich immer. Das war das Schöne.“ (Frau K.)

Letztlich sind am Lebensende auch für viele Menschen Sorgen hinsichtlich der Zeit nach dem Tod, wenn sie nicht mehr da sind, wesentlich. Zu wissen, dass die Kinder gut versorgt sind, wenn man selbst nicht mehr da ist; dass die Beerdigung nach den eigenen Wünschen gestaltet; Finanzielles geklärt ist oder jemand Bescheid weiß, wie die Dinge zu regeln sind, wenn der Tod eintritt –, das kann eine große Erleichterung für einen schwerkranken Menschen darstellen. Raum zu geben, um diese Fragen zu klären, ist daher wichtiger Bestandteil einer würdezentrierten Behandlung.

Die Umsetzung der Würdezentrierten Therapie im klinischen Setting – Anwendung und Grenzen

Seit 2014 wird die Würdezentrierte Therapie als ein Baustein therapeutischer Arbeit auf der Palliativstation sowie auf den onkologisch behandelnden Stationen des HELIOS Universitätsklinikums Wuppertal eingesetzt. Schwerpunktmäßig werden hier onkologisch erkrankte Patientinnen und Patienten in allen Phasen und Stadien der Erkrankung (kurative sowie palliative Behandlungsansätze) betreut. 2015 arbeiteten wir dort gemeinsam. Aus dieser Zeit stammt die Übernahme der Würdezentrierten Therapie ins Repertoire, vor allem in der psychologischen Begleitung der Patientinnen und Patienten der Palliativstation. Nach meinem Fortgang 2015 führt ich (Anne Baumann) die Würdezentrierte Therapie nun auch an meinem neuen Arbeitsplatz auf der Palliativstation der Uniklinik Köln weiter durch. Aktuell ist die Intervention fester Bestandteil in unseren beiden Arbeitskontexten. Insbesondere in palliativen Phasen, in denen hochinvasive Behandlungen nicht mehr im Vordergrund stehen wie im kurativen Behandlungskonzept, tritt der Patient als eigentliche Person wieder mehr in den Vordergrund. War er zuvor oft vorrangig Patient und musste seine Bedürfnisse zugunsten eines meist engmaschigen, restriktiven und kräftezehrenden Behandlungsregimes zeitweilig unterordnen, besteht die Chance, im palliativen Kontext der Person (und nicht nur der Person als Patient) mit ihren Wünschen, Bedürfnissen und Hoffnungen wieder mehr Raum zu geben. Die Würdezentrierte Therapie bestärkt genau diese Zuwendung zum Patienten als Person. Mit ihrem Fokus auf die Aspekte der Biografie des Menschen, in denen Würde eine Rolle spielt, ermöglicht sie dem Patienten, den Angehörigen und Behandelnden einen ganzheitlicheren Blick. Außerdem erfolgt bei narrativer Arbeit fast immer eine unbewusste Selbstkonstruktion, manchmal auch reflektierte Neukonstruktion von Identität, wie sie nach schweren Krisen üblicherweise eintritt und therapeutisch genutzt werden kann.

Natürlich müssen wir in diesem Zusammenhang vorsichtig sein, um nicht die biografische Vorgeschichte unserer Patientinnen und Patienten in einen womöglich falsch verstandenen, die Symptomatik erklärenden Zusammenhang zu stellen. Lebensereignisse (z. B. chronische Konflikte in der Familie, Verlust- oder Trauerereignisse) sind nie kausal mit der onkologischen Symptomatik unserer Patientinnen und Patienten verbunden, sicher jedoch indirekte

Kontextvariablen. Subjektives Zusammenhangsdenken des Betroffenen schafft vielmehr ein sinnhaftes Verstehen, fördert innere Ordnung und schafft mehr oder weniger bewusst einen Korridor der Selbstentwicklung – auch in der letzten Phase des Lebens.

Eine gelingende Krankheitsverarbeitung und -bewältigung ist eng verknüpft mit den Wirkungskräften und Blockaden eines ganzen zusammenhängenden Lebensentwurfs. Dabei miteinbezogen ist das Familien- und Freundessystem der Patientinnen und Patienten. Psychotherapeutische und insbesondere psychoonkologische Arbeit stützt sich daher heutzutage größtenteils auf ressourcenorientierte und das Familien-, Partnerschafts- und Freundesystem integrierende Arbeitskonzepte. Da der Aspekt der Generativität ein entscheidender Punkt in der Würdezentrierten Therapie ist, eignet sich die Intervention besonders für Patientinnen und Patienten mit Angehörigen. Zu Beginn spielen das sogenannte „Joining“ (wörtlich: sich verbinden, sich anschließen, ankoppeln) sowie die allgemeine Informationssammlung vor der eigentlichen Intervention eine entscheidende Rolle (Schlippe, Schweitzer, 2013, S. 225).

Dabei folgen unsere Kontakte meist einem ähnlichen Schema. Zunächst geht es um die Kontaktaufnahme, in der man sich als Therapeut/-in mit den Patientinnen und Patienten meist langsam bzw. stufenweise bekannt macht (ebd.). Seit 2015 werden alle Patientinnen und Patienten auf der Palliativstation der HELIOS Universitätsklinik Wuppertal außerdem zu Beginn im obligaten Aufnahmegespräch zu ihrem familiären Hintergrund (Angehörige, wichtige Bezugspersonen, Bevollmächtigte etc.) befragt und in ihrer Akte wird ein Genogramm angelegt. Dies ermöglicht allen einen guten Überblick über den familiären und sozialen Kreis und die wichtigsten Ansprechpartner im „System“. Bei Patientinnen und Patienten, die auf den übrigen Stationen unserer Klinik verweilen, versuchen wir über eine persönliche Kurzvorstellung der eigenen Fachabteilung den ersten Kontakt zu bahnen und zunächst die Patientinnen und Patienten und ihr soziales System über ihre Interessen und Ressourcen kennenzulernen.

Da ein Aspekt der Würdezentrierten Therapie in der Weitergabe von guten Wünschen und Hoffnungen für das Familiensystem besteht, kann der transgenerative Aspekt demnach als zentraler Bestandteil und Wirkvariable angesehen werden. Für Menschen, die keine Angehörigen haben, an die sich die Erzählung richtet, können Studierende als Adressaten dienen, die im Nachhinein das Gesagte zu Lehrzwecken in Auszügen zu lesen bekommen. Auch so können die Patientinnen und Patienten etwas an andere weitergeben und Generativität stärken.

Natürlich ist nicht jedes Leben so verlaufen, dass es den Menschen leichtfällt, nur gute Geschichten zu erzählen, die ihren Angehörigen beim Abschied und in der Trauer Trost

spenden. Häufig wird im Rahmen der Würdezentrierten Therapie auch über Aspekte des Lebens gesprochen, die konflikthaft verlaufen sind oder das Gefühl von Unerledigtem vermitteln. Daher ist es wichtig, dass die Intervention als Teil der therapeutischen Arbeit verstanden wird und in einen Behandlungsprozess integriert ist. So können schwierige Themen, die im Rahmen der Würdezentrierten Therapie aufkommen, in der weiteren Begleitung aufgegriffen werden, wenn der Patient oder die Angehörigen das Bedürfnis danach haben.

Wenn Patientinnen und Patienten voraussichtlich nur noch eine sehr geringe Lebenserwartung von wenigen Tagen oder Stunden haben, ist die Methode wenig geeignet, da zur erfolgreichen Umsetzung auch die Revision des Interviews durch die Patientinnen und Patienten gehört. Insgesamt vier Termine sind notwendig, um die Würdezentrierte Therapie in ihrer Vollversion durchzuführen. Dies sollte also vor Beginn bedacht werden, um nicht Stress beim Patienten und Enttäuschungen bei Patienten und Angehörigen zu verursachen. Auf jeden Fall bietet es sich an, sich vor der Durchführung einen Angehörigen benennen zu lassen, der für den Fall, dass der Patient die Revision nicht mehr selbst durchführen kann, diese stattdessen übernimmt.

Die Vorgehensweise mit Patientinnen und Patienten, die unter starken kognitiven Einschränkungen leiden, gestaltet sich oftmals schwierig. Sollte dennoch ein starker Wunsch bei Patient und Angehörigen bestehen, die Würdezentrierte Therapie durchzuführen, ist es auch denkbar, dass ein sehr vertrauter Angehöriger beim Interview anwesend ist und an Stellen, an denen sich der Patient oder die Patientin vielleicht schwertut, die passenden Worte zu finden, ergänzt und unterstützt.

Auch wenn die Methode als Kurzintervention gedacht ist, kann es im klinischen Kontext am Lebensende doch häufiger dazu kommen, dass die Intervention im gesamten zeitlichen Umfang schwer umsetzbar ist. Insbesondere die Transkription des Interviews dauert je nach Umfang des Gesagten lang oder kann zu spät erfolgen, da diese im Normalfall nicht durch Psychologen oder andere Berater im Rahmen ihrer normalen Arbeitszeit verwirklicht werden kann. Hier kann das Hinzuziehen eines Transkriptionsbüros bzw. einer supervidierten studentischen Hilfskraft oder eines Praktikanten eine mögliche Lösung sein.

Wirksamkeit der Würdezentrierten Therapie

Eine Vielzahl von Studien in Kanada, aber auch in Dänemark, Portugal und anderen Ländern hat die positiven Effekte der Würdezentrierten Therapie nachweisen können und stellt das Verfahren auf eine wissenschaftliche Grundlage (u. a. Houmann et al., 2014; Julião et al., 2017). In der ersten kontrollierten randomisierten (Blind-)Studie von Chochinov et al. (2011) konnten zwar keine signifikanten Vorteile der würdezentrierten Therapie gegenüber klie-

tenzentrierter oder standardisierter Therapie bzw. Palliativversorgung in Bezug auf das Erleben von negativem Stress (engl. Distress) sowie der signifikanten Reduktion der Depressionswerte (Testverfahren HADS, „Distressthermometer“) festgestellt werden, eine qualitative Nachbefragung der Patienten hingegen zeigte, dass die Intervention in Bezug auf die individuelle Verbesserung der Lebensqualität, die Steigerung des Würdeempfindens und Würdegefühls sowie die Einschätzung der Art und Weise, wie die Familie den Patienten sieht und schätzt, als deutlich positiv und hilfreich bewertet wird.

Zudem konnten mittlerweile zahlreiche weitere Studien zeigen (u. a. Goddard et al., 2013; Hall et al., 2011; Johns, 2013), dass auch Angehörige die Intervention als hilfreich im Prozess des Abschiednehmens wie auch im späteren Trauerprozess nach dem Tod des Patienten erleben.

Auch wir erleben die Würdezentrierte Therapie als hilfreichen und passenden Therapiebaustein innerhalb der Beratung und Begleitung von Patienten und deren Familien in palliativen klinischen Kontexten.

Es ist sehr gut möglich, dass zukünftige Studien den individuellen Nutzen der Würdezentrierten Therapie insbesondere gegenüber anderen Therapieformen noch deutlicher unter Beweis stellen werden.

Literatur

- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT.
- Chochinov, H. M. (2012, dt. 2017). Würdezentrierte Therapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Chochinov, H. M., Hack, T., McClement, S., Kristjanson, L. Harlos, M. (2002). Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social Science & Medicine*, 54 (3), 433-443.
- Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Breitbart, W., McClement, S., Hack, T. F., Hassard, T., Harlos, M. (2011). The effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *The Lancet Oncology*, 12 (8), 753-762.
- Ernst, J., Weißflog, G. (2016). Familie, Partnerschaft und Krebs. In: Mehnert, A., Koch, U. (Hrsg.). *Handbuch Psychoonkologie*. Göttingen: Hogrefe, S. 284-295.
- Goddard, C., Speck, P., Martin, P., Hall, S. (2013). 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*, 69 (1), 122-132.
- Hall, S., Goddard, C., Opio, D., Speck, P. W., Martin, P., Higginson, I. J. (2011). A novel approach to enhancing hope in patients with advanced cancer: a randomised phase II trial of a dignity therapy. *BMJ supportive and palliative care*, 1, 315-321.
- Houmann, L. J., Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Petersen, M. A., Groenvold, M. (2014). A prospective evaluation of Dignity Therapy in advanced cancer patients admitted to palliative care. *Palliative Medicine*, 28 (5), 448-458.

- Johns, S. A. (2013). Translating dignity therapy into practice: effects and lessons learned. *Omega*, 67 (1-2), 135-145.
- Julião, M., Oliveira, F., Nunes, B., Carneiro, A. V., Barbosa, A. (2017). Effect of dignity therapy on end-of-life psychological distress in terminally ill Portuguese patients: A randomized controlled trial. *Palliative and Supportive Care*, 1-10.
- Schlippe, A. v., Schweitzer, J. (2013). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I: Das Grundlagenwissen* (10. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- van der Maas, P. J., van Delden, J. J., Pijnenborg, L., Looman, C. W. (1991). Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. *Lancet*, 338 (8768), 669-674.

Anne Baumann: *Diplom-Psychologin und in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin. Sie hat die Weiterbildung in Palliative Care für Psychologen (DGP) abgeschlossen und arbeitet im Zentrum für Palliativmedizin und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Uniklinik Köln.*
anne.baumann@uk-koeln.de

Tim Reuter: *Dr. phil., Dipl.-Soz., ist Psychoonkologe (DKG), Systemischer Therapeut und Familientherapeut (DGSF), Medizinsoziologe (Dipl.) und Fachpädagoge für Psychotraumatologie (DIPT). Er arbeitet als Leiter der Abt. für klinische Psychologie/Psychoonkologie am HELIOS Universitätsklinikum Wuppertal, ist u. a. Lehrbeauftragter der Medizinischen Fakultät der Universität Witten/Herdecke und Gastdozent am Helm Stierlin Institut (HSI) Heidelberg. Derzeit absolviert er eine Ausbildung zum Systemischen Supervisor.*
tim.reuter@helios-gesundheit.de