

Dignity Therapy

Psychologische Kurzintervention für Würde am Lebensende

Annika Schramm, Daniel Berthold, Jan Gramm, Institut für Palliativpsychologie, 2013

„Würde-Therapie“ – was ist das?

Dignity Therapy ist eine „spezielle individualisierte Kurzzeit-Psychotherapie, die für Patienten (und ihre Familien) entwickelt wurde, die mit lebensbedrohenden oder -verkürzenden Krankheiten leben“ (Chochinov et al., 2011)¹.

Das der Intervention zugrunde liegende Modell wurde 2005 veröffentlicht und basiert auf empirischer Forschung zum Thema „Würde“, die seit 1995 von kanadischen Forschungsteams um Harvey M Chochinov betrieben wird..

Hauptziel ist dabei, die psychosoziale und existenzielle Not der Palliativpatienten zu lindern, indem sie dazu aufgefordert und angeleitet werden, die Themen zu besprechen, „die ihnen am meisten bedeuten oder in Erinnerung behalten werden sollen. Die Sitzungen werden transkribiert und redigiert, wobei ihnen eine Endversion ausgehändigt wird, die sie einem Freund oder Angehörigen hinterlassen können“ (Chochinov, 2005). Im weitesten Sinne ist Dignity Therapy also eine Form wertschätzender Biografie-Arbeit, die darauf abzielt, die Würde des Menschen bis zu seinem Ende zu erhalten oder zu steigern.

Was ist „Würde“ – worum geht es?

Aber was heißt das überhaupt – Würde? Bereits im allerersten Artikel des Grundgesetzes wird sie jedem Menschen zugesichert. Was jedoch genau gemeint ist, wird weder juristisch konkretisiert, noch gibt es zufriedenstellende wissenschaftliche Definitionen: „Trotz der Bedeutung, die dem Begriff Würde zugesprochen wird, gibt es in der Forschung nur wenige empirische Daten. Somit fehlen bislang Konkretisierungen des Begriffes und die Beschreibung, wie Würde von Patienten und dem Behandlungsteam tatsächlich wahrgenommen wird ...“ (Schröder, 2008).

Dignity Therapy adressiert in der letzten Lebensphase die „Würde“ der Patienten dahingehend, dass Wünsche und Wertvorstellungen des Patienten

zunächst erfragt, um sie dann entsprechend zu achten und zu wertschätzen.

Für den Nutzen und die Förderlichkeit dieser Intervention bestehen empirische Hinweise; So sind etwa Patienten mit Einschränkungen im Würdegefühl signifikant depressiver, ängstlicher und haben ausgeprägtere Todeswünsche (Chochinov, Hack, Hassard et al., 2002). Vor dem Hintergrund dieser Befunde erscheint es sinnvoll, eine Würdigung am Lebensende in psychologische Arbeit zu integrieren.

Entstehung und Aufbau des Modells

Das Dignity-Modell nach Chochinov gründet auf einer empirischen Erhebung: Halb-strukturierte Interviews von Patienten mit einer Krebserkrankung im Endstadium wurden mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse durch vier unabhängige Coder ausgewertet (vgl. Chochinov, Hack, McClement, Kristjanson & Harlos, 2002). Die Patienten wurden dabei nach ihrer persönlichen Definition von „Würde“ gefragt, was diese fördert oder unterminiert, nach mit Würde assoziierten Situationen, was passieren müsste, um ihnen das Würdegefühl vollständig zu rauben, und ob es mit ihrem Lebenswillen assoziiert ist. 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:

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

Anschließend wurden mögliche Operationalisierungen besprochen und anhand der zugrundeliegenden Therapieprotokolle vorstellbare Zusammenhänge zwischen den Subfaktoren abgewogen. Interaktionen zwischen den drei Faktoren werden

¹ Alle Übersetzungen im Folgenden von den Verfassern

dahingehend angenommen, dass das Würde bewahrende Repertoire als Puffer fungieren könnte, um die „negativen“ Einflüsse von niedriger sozialer Würde und krankheitsbezogener Sorgen abzumildern.

Die Ausdifferenzierung dieser Hauptkategorien gestaltet sich wie folgt:

1. Krankheitsbezogene Belange

Hierzu zählen physisches und psychisches Leid, Unsicherheit in medizinischen Fragen und Angst vor dem Tod sowie der Grad der Unabhängigkeit des Patienten (also seine mentalen und funktionellen Kapazitäten). Um dieses Leiden zu lindern wären geeignete Interventionen eine gute Symptomkontrolle, einfühlsames Zuhören, Information und Aufklärung des Patienten über seinen Zustand – sofern er dies wünscht – und der Einbezug in pflegerische und persönliche Entscheidungen.

2. Würde bewahrendes Repertoire

Das Würde bewahrende Repertoire schließlich setzt sich zusammen aus dem Gefühl von Beständigkeit des Selbst, der Möglichkeit, Rollen aufrecht

zu erhalten, das Leben im Jetzt, die Wahrung von Alltagsnormalität und spirituelle Zufriedenheit. Zusätzlich spielen Stolz und Hoffnung eine Rolle, sowie Autonomiegefühl, Akzeptanz, Kampfgeist und Generativität, d.h. die Möglichkeit, der Nachwelt etwas zu hinterlassen (vgl. Chochinov, 2006).

3. Soziale Würde

Die „Soziale Würde“ wiederum wird von Wahrung der Privatsphäre, sozialem Rückhalt, der Grundhaltung der Pflegekräfte, die Angst, anderen eine Last zu sein und Sorgen über die Zeit nach dem Tod beeinflusst. Um diesen Aspekt der Würde in der Arbeit mit Palliativpatienten zu berücksichtigen, ist es hilfreich, Auftragsklärung zu betreiben, den Patienten also vor Interventionen und Erlaubnis zu bitten, viele Menschen und Besucher zu involvieren, wenn das im Sinne des Patienten ist, die Sorgen direkt zu adressieren und somit zu entkräften, für die Beerdigung etc. vor auszuplanen und dem Patienten generell mit grundlegendem Respekt und im Bewusstsein zu begegnen, einen gleichwertigen Menschen auf Augenhöhe vor sich zu haben.

Tabelle 1: Das Würde-Modell von Chochinov

Würde - Hauptkategorien, Themen und Unterthemen		
Krankheitsbezogene Belange	Würde bewahrendes Repertoire	Soziale Würde
<p>Unabhängigkeitsgrad</p> <p>Kognitive Verfassung</p> <p>Funktionelle Kapazität</p> <p>Symptombelastung</p> <p>Körperliche Belastung</p> <p>Psychische Belastung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unsicherheit in medizinischen Fragen • Angst vor dem Tod 	<p>Würde bewahrender Blickwinkel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selbst-Kontinuität • Aufrechterhaltung von Rollen • Generativität, Vermächtnis • Bewahrung von Stolz • Autonomie/Kontrolle • Hoffnung • Akzeptanz • Resilienz/Kampfgeist <p>Würde bewahrendes Handeln</p> <ul style="list-style-type: none"> • Im Moment leben • Aufrechterhaltung von Normalität • Bestreben nach spirituellem Wohlbefinden 	<p>Privatsphäre</p> <p>Soziale Unterstützung</p> <p>Pflegerischer Grundtenor</p> <p>Anderen eine Last sein</p> <p>Belange bezüglich der Zeit danach</p>

Übersicht des therapeutischen Vorgehens

Dignity Therapy bezieht sich auf den Bereich "Würde bewahrendes Repertoire". Durch gezieltes Nachfragen und Aufschreiben der Erinnerungen, Wünsche und Anliegen des Patienten soll die Wertschätzung für das eigene Leben erhöht, die Sinnfindung unterstützt und die Bedeutung des eigenen Lebenswerks erkannt oder verstärkt werden.

Schritt 1

Zunächst erfolgen ein bis zwei Sitzungen von maximal einer Stunde Dauer. Die Sitzungen orientieren sich inhaltlich am Fragenkatalog und werden auf Band aufgenommen.

Schritt 2

Anschließend werden die Aufnahmen transkribiert, editiert und dann dem Patienten zurückgegeben. Zu diesem redaktionellen Prozess gehören

grundlegende Klärung des Transkripts (z.B. Beseitigung von Unterbrechungen, Fülllauten), das Erstellen einer chronologischen Reihenfolge, in Absprache mit dem Patienten die Überarbeitung oder Elimination von potenziell für die Empfänger verletzendem Inhalt und das Auffinden einer Passage, die als angemessener Schluss und Zusammenfassung dienen kann (so etwa: „Ich hätte nichts anders gemacht“ oder „Ich wünsche meiner Familie Gottes Segen“).

Schritt 3

Danach findet eine abschließende Sitzung statt, in der der Therapeut das Dokument dem Patienten vollständig vorliest. „Dies ist emotional häufig sehr bewegend, weil die Patienten ihre Worte, Gedanken und Gefühle laut ausgesprochen hören“ (Chochinov, 2005). Danach finden eventuell noch letzte Änderungen statt.

Tabelle 2: Die verbale Umsetzung des Würdemodells nach Chochinov im therapeutischen Kontext (adaptiert und verkürzt nach H. M. Chochinov, 2002)

Kategorien	Geeignete Würde bewahrende Fragen
Krankheitsbezogene Belange	<ul style="list-style-type: none"> • Wie geht es Ihnen? Was können wir tun, damit Sie sich besser fühlen? • Wie gehen Sie mit der Situation um? • Gibt es irgendwas über Ihren Zustand, das Sie gerne wissen möchten? Brauchen Sie noch mehr Information? • Möchten Sie über den Tod sprechen? • Hat sie Ihre Krankheit abhängiger von anderen gemacht? • Haben Sie Probleme mit dem Denken?
Würde bewahrendes Repertoire	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es Bereiche bei Ihnen, die unberührt von der Krankheit bleiben? Worauf sind sie am meisten stolz? • Was waren die wichtigsten Dinge für Sie vor der Krankheit? • Was ist noch möglich? Wie sehr haben Sie das Gefühl, die Kontrolle zu haben oder im Frieden mit sich zu sein? • Was wollen Sie, dass von Ihnen in Erinnerung behalten wird? • Gehören Sie einer religiösen oder spirituellen Gruppe an? • Was genießen Sie noch? Gibt es Dinge, die Sie positiv ablenken? • Welcher Teil ist genau jetzt der stärkste in Ihnen?
Soziale Würde	<ul style="list-style-type: none"> • Was ist Ihnen im Bezug auf Ihre Privatsphäre wichtig? • Haben Sie das Gefühl anderen zur Last zu fallen? Wenn, ja, wem? • Beeinträchtigt die Art, wie Sie behandelt werden, in irgendeiner Weise Ihr Würdegefühl? • Wer sind Ihre engsten Vertrauten und was die Sorgen, die Sie um die Menschen haben, die Sie zurücklassen werden?

Tabelle 3: 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 Lieben gerne noch einmal sagen möchten?
- Was sind Ihre Hoffnungen und Wünsche für Ihre Liebsten?
- 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, die Sie Ihrer Familie mitgeben wollen, oder vielleicht sogar Anweisungen, damit sie für die Zukunft gerüstet sind?
- Gibt es andere Dinge, die Ihnen während dieses Gesprächs einfallen und die Thema sein sollten?

Empirische Überprüfung

In einer randomisiert-kontrollierten Studie an onkologischen Palliativpatienten ($n = 165$) wurde die Dignity Therapy mit Patientenzentrierter Pflege und Standard-Palliativbehandlung verglichen (vgl. Chochinov et al., 2011). Dabei wurde nach primären und sekundären Ergebnissen unterschieden; erstere beziehen sich auf objektive Unterschiede zwischen dem Vorher- und Nachher-Zustand der psychosozialen, spirituellen und existenziellen Belastungen. Auf dieser Ebene konnten keine Unterschiede zwischen den drei Gruppen festgestellt werden, was hauptsächlich auf das allgemein niedrige Belastungslevel der Stichprobe zurückzuführen ist.

Im Bezug auf die sekundären Ergebnisse, d.h. die subjektiven Bewertungen der Patienten nach der Erhebung, ergaben sich aber für Dignity Therapy signifikant bessere Urteile als für die zwei Vergleichsgruppen: Patienten berichten signifikant öfter, dass die Intervention hilfreich, Würdestiftend und Lebensqualitäts-erhöhend war. Zudem wurde signifikant häufiger angegeben, dass

die Therapie der Familie helfen würde und ihren Blick auf den Patienten verändern könne.

In der Originalstudie (Chochinov, 2005) wurden diese selbstberichteten Variablen quantitativ ausgewertet, wobei eine subjektiv positive Wirkung bei den Patienten deutlich beobachtet werden konnte:

- 91% empfanden die Intervention als hilfreich
- 76% berichteten über ein gehobenes Würdegefühl
- 68% berichteten über ein gesteigertes Empfinden von Bedeutung im Leben
- 47% gaben einen erhöhten Lebenswillen an
- 81% beurteilten die Intervention als hilfreich für die Familie

Diese Ergebnisse sprechen deutlich für Dignity Therapy als hilfreiche und effektive Intervention am Lebensende.

Weiterführende Links

- Website des Forscher-Teams um H. M. Chochinov
<http://dignityincare.ca/en/dignity-research.html>
- Zugang zum Volltext der Originalstudie
<http://jco.ascopubs.org/content/23/24/5520.full.pdf+html>
- Amerikanischer Dignity Therapy Dienstleister, mit geschichtlichen Hintergrundinformationen
<http://www.dignitytherapybooks.com/index.html>

Literatur

- Chochinov, H. M. (2005). *Dignity Therapy: A Novel Psychotherapeutic Intervention for Patients Near the End of Life*. *Journal of Clinical Oncology*, 23(24), 5520–5525. doi:10.1200/JCO.2005.08.391
- Chochinov, H. M. (2002). *Dignity-conserving care—a new model for palliative care*. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 287(17), 2253–2260.
- Chochinov, H. M. (2006). *Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-Life Care*. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 56(2), 84–103. doi:10.3322/canjclin.56.2.84
- Chochinov, Harvey Max, Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., & Harlos, M. (2002). *Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study*. *The Lancet*, 360(9350), 2026–2030.
- Chochinov, Harvey Max, 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, Harvey Max, Kristjanson, L. J., Breitbart, W., McClement, S., Hack, T. F., Hassard, T., & Harlos, M. (2011). *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.
- Schröder, A.S. (2008). *Würde in der Behandlung schwer kranker Menschen*. Dissertation, Hamburg.

Nachfolgeforschung

Prospektive Evaluation der DT durch Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung

Houmann, L. J., Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Petersen, M. A., & Groenvold, M. (2013). *A prospective evaluation of Dignity Therapy in advanced cancer patients admitted to palliative care*. *Palliative Medicine*, 0(0) 1–11, doi:10.1177/0269216313514883

- Vorher-Nachher-Design, n = 80, univariate logistische Regression für den Einfluss von Hintergrundvariablen auf die Bewertung der DT; Outcome-Variablen (u.A.): Patient Dignity Inventory, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), DT-Feedback-Bogen
- Die Ergebnisse sprechen für eine kulturübergreifende Anwendbarkeit der DT, da die Daten an dänischen Patienten erhoben wurden.
- Patienten, die anfangs niedrigere Performanz-Werte in der Baseline aufwiesen oder deren Aussehen verändert war, konnten die Therapie besser annehmen und hatten ein gesteigertes Würdeempfinden.
- 73–89% fanden DT hilfreich und zufriedenstellend, 47–56% berichteten gesteigertes Würdegefühl und Lebenswillen und obwohl sich die Lebensqualität im Verlauf der Studie verschlechterte und Depression zunahm, verbesserten sich das Würdegefühl und das Gefühl, anderen eine Last zu sein.

Zur Anwendung im klinischen Kontext von Krebszentren

Johns, S. A. (2013). *Translating Dignity Therapy into Practice: Effects and Lessons Learned*. *OMEGA--Journal of Death and Dying*, 67(1), 135–145, doi: 10.2190/OM.67.1-2.p

- Quasi-experimentelle Studie, n = 10
- Die Therapieform zeigte sich für diesen Rahmen durchaus geeignet und die Durchführbarkeit konnte bestätigt werden.
- Zudem konnten die meisten Patienten sowie deren Angehörige die Therapie gut annehmen.

Einschätzung durch die behandelnden Palliativkräfte

Montross, L. P., Meier, E. A., De Cervantes-Monteith, K., Vashistha, V., & Irwin, S. A. (2013). *Hospice Staff Perspectives on Dignity Therapy*. *Journal of palliative medicine*, doi: 10.1089/jpm.2013.0030

- Qualitative Untersuchung, n = 18
- 92% der befragten Behandelnden gaben an, DT würde den Patienten und Familien helfen und 100% wollten die Therapieform weiterempfehlen.
- Zudem scheint DT dafür geeignet zu sein, die Arbeitszufriedenheit der Behandelnden zu erhöhen und die Beziehungsqualität zum Patienten zu verbessern.

Zur Anwendung in Pflegeheimen

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, doi:10.1111/j.1365-2648.2012.05999.x

- Kohortenstudie ohne Kontrollgruppe, qualitative Analyse semi-strukturierter Interviews, Frameworkanalyse nach Green & Thorogood, n = 14
- Die Ergebnisse sprechen für einen positiven Effekt auf den Kontakt des Interviewers mit den Heimbewohnern und legen eine potenzielle Verbesserung der Pflege nahe, sollten Pfleger die Therapie-Skripte nutzen.
- Diese zeigten sich auch nach dem Tod der 14 untersuchten Bewohner hilfreich für die Angehörigen.

Behandlungseffektivität steigern durch Dignity Therapy

Östlund, U., Brown, H., & Johnston, B. (2012). *Dignity conserving care at end-of-life: a narrative review*. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(4), 353–367, doi:10.1016/j.ejon.2011.07.010

- Meta-Analyse, 39 Studien, von denen 26 qualitativ und 13 quantitativ waren, wurden nach Mays (2005) thematisch analysiert, wobei das Chochinov-Modell die strukturelle Basis darstellte; die in den Studien benannten pflegerischen Handlungen wurden als Analyseeinheiten definiert und dahingehend überprüft, ob sie strukturell dem Chochinov-Modell zugeordnet werden können.
- In der narrativen Analyse der Primärforschung zur DT kristallisieren sich zu allen im Modell genannten Themen bestimmte pflegerische Handlungen heraus, sich empirisch als Würde bewahrend erwiesen hatten.
- Beispiele für Ergebnisse: den Patienten nicht alleine lassen, um den Faktor „Soziale Unterstützung“ zu verbessern; offene Kommunikation zur Stärkung des Würde bewahrenden Repertoires; Besprechen des normalen Krankheitsverlaufs zur Linderung krankheitsbezogener Sorgen
- Diese empirisch als effektiv abgesicherten Pflegeschritte führen die Autoren derzeit in weiterer Forschung zusammen, um eine konkrete Pflegeanleitung für das Lebensende zu gestalten und die bisher schwache Evidenz für die effektive Behandlung der individuellen Sorgen der Palliativpatienten zu verbessern.

Vergleich verschiedener Therapien am Sterbebett

Kumar, S., Morse, M., Zemenides, P., Jenkins R. (2012). *Psychotherapies for Psychological Distress in the Palliative Care Setting*. *Psychiatric Annals* 42(4). 132–137, doi:10.3928/00485713-20120323-05

- Experteneinschätzung
- Verglichen werden DT, kognitive und tiefenpsychologische Therapie, Gruppentherapie und Lebensrückschau-therapie, wobei DT der Vorteil zugesprochen wird, für Patienten mit physischen Einschränkungen am besten zu wirken, da sie an der Bettkante stattfinden kann.
- Die Autoren betonen die Bedeutung der Gegenübertragung im palliativen Kontext und legen nahe, dass eine vollständige Auflösung von Verdrängung zugrunde liegenden Prozessen am Lebensende nicht möglich ist.

Umsetzbarkeit und Wirksamkeit von Dignity Therapy in Pflegeheimen

Hall, S., Goddard, C., Opio, D., Speck, P., & Higginson, I. J. (2012). *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 psychotherapy*. *Palliative medicine*, 26(5), 703–712, doi:10.1177/0269216311418145

- Randomisiert-kontrollierte Studie, n = 60 (älter als 65 Jahre, keine kognitiven Einschränkungen)
- Die Autoren berichten sehr wohl von gegebener Umsetzbarkeit, die Intervention dauerte aber länger als angenommen.
- Trotz dieser Schwierigkeiten nehmen die Autoren an, dass DT eine Möglichkeit sein könnte, die Lebensqualität von Pflegeheim-Bewohnern zu erhöhen.
- Es konnte sowohl in der Kontroll- als auch der Versuchsgruppe eine Reduktion von Würde bezogener Belastung nachgewiesen werden ($p = 0.026$).
- Die Interventionsgruppe wies allerdings Vorteile in Bezug auf die Annehmbarkeit der Intervention auf (Cohens $d = 0.25$ bis 0.85 ; z.B. „Hilfe für Familie“ $p = 0.02$ und „würdevolleres Leben“ $p = 0.04$).

Zur Einsetzbarkeit von Dignity Therapy an älteren Patienten

Chochinov, H. M., Cann, B., Cullihall, K., Kristjanson, L., Harlos, M., McClement, S. E., Hack T.F. & Hassard, T. (2012). *Dignity therapy: A feasibility study of elders in long-term care*. *Palliative and Supportive Care*, 10(01), 3–15, doi:10.1017/S1478951511000538

- Quasi-experimentelle Studie, deskriptiv-statistische Auswertung, n = 23
- Sowohl die kognitiv uneingeschränkten (n = 12) Testpersonen als auch die mit kognitiven Defiziten (n = 11) fanden DT hilfreich und gaben an, dass dies auch ihren Familien wohl tun würde.
- Auch die Behandelnden gewannen dadurch eine neue respektvollere Sicht auf die Patienten und wollten es für weitere Familien empfehlen.

Dignity Therapy bei Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung

Hall, S., Goddard, C., Martin, P., Opio, D., & Speck, P. (2012). *Exploring the impact of dignity therapy on distressed patients with advanced cancer: three case studies*. *Psychooncology*, 22(8), 1748-1752, doi:10.1002/pon.3206

- Drei Fallstudien
- Die drei Fallstudien an besonders belasteten Patienten in einem fortgeschrittenen Krebsstadium legen nahe, dass zwar durch DT ein Gefühl von angehobener Würde erreicht werden kann, die massiven physischen und psychosozialen Probleme jedoch nicht gelöst werden können.
- Vergleich des Zustandes nach 1–4 Wochen mit der Baseline-Belastung. Die Erhebung fand mittels des Patient Dignity Inventory (DTI) statt, beschränkt sich aber auf die jeweils zum Messzeitpunkt relevanten Themen.
- Zudem war die Kommunikation der Intervention aufgrund der hohen Belastung und Sorgen schwierig, daher regen die Autoren weitere Forschung an dieser Zielgruppe an.

Untersuchung zu den zugrunde liegenden Prozessen, wegen derer Dignity Therapy als hilfreich empfunden wird

Hall, S., Goddard, C., Speck, P. W., Martin, P., & Higginson, I. J. (2012). *“It Makes You Feel That Somebody Is Out There Caring”*: A Qualitative Study of Intervention and Control Participants' Perceptions of the Benefits of Taking Part in an Evaluation of Dignity Therapy for People With Advanced Cancer. *Journal of pain and symptom management*, 45(4), 712-725. doi:10.1016/j.jpainsymman.2012.03.009

- Qualitative Untersuchung, n = 29 (Patienten mit Krebs im fortgeschrittenen Stadium) und 9 Familienmitglieder, Vergleich von semi-strukturierten Interviews hinsichtlich Relevanz der einzelnen Unterfacetten des Modells (qualitative Framework-Analyse)
- Für fünf der sieben im Modell postulierten Prozessen konnte durch eine qualitative Framework-Analyse Evidenz gefunden werden: Hoffnung, Bewahrung der Würde, Beständigkeit des Selbst, Grundtenor der Pflege und Generativität.
- Hilfreiche Themen, die von den Patienten selbst ausgehend aufkamen, waren Erinnerung, eine Pseudo-Lebensrückschau und in der Kontrollgruppe das Gefühl, einen Beitrag zu leisten.

Zur Umsetzung im dänischen Kulturkreis und speziell in der gynäkologischen Onkologie

Houmann, L. J., Rydahl-Hansen, S., Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., & Groenvold, M. (2010). *Testing the feasibility of the Dignity Therapy interview: adaptation for the Danish culture*. *BMC palliative care*, 9(1), 21, doi:10.1186/1472-684X-9-21

- Deskriptive Untersuchung, n = 20 mit DT behandelte Patienten, n = 10 Pflegekräfte, deren Beurteilung von und Erfahrung mit DT inhaltlich analysiert wurde
- Die Übertragbarkeit auf die dänische Bevölkerung ist mit leichten Abwandlungen gegeben, bei den Palliativpatienten konnte sie gut umgesetzt werden, in der gynäkologischen Onkologie weniger gut.
- Die Autoren empfehlen DT als machbare, leicht zu akzeptierende und relevante Intervention.

Nachfolgeforschung zur Integration von Dignity Therapy im palliativen Kontext

Gagnon, P., Chochinov, H. M., Cochrane, J. P., Moreau, J. L. M., Fontaine, R., & Croteau, L. (2010). *Psychothérapie de la dignité: une intervention pour réduire la détresse psychologique chez les personnes en soins palliatifs*. *Psycho-Oncologie*, 4(3), 169–175, doi:10.1007/s11839-010-0267-1

- Kohortenstudie ohne Kontrollgruppe, n = 33, Auswertung mittels t-Test, Messung mit Edmonton Symptom Assessment Score (ESAS), Lebensqualität nach McCorkle (1987), Spiritualitätsgrad mit dem FACIT-Sp, Chochinovs eigenes Würdeinventar für den palliativen Bereich, Test zu Gedächtnis und Kognition nach Katzman & Brown (1983)
- Diese Studie für den französisch-sprachigen Raum Kanadas bestätigt die große Zufriedenheit sowohl der Patienten als auch deren Angehörigen.
- Zudem wurden keinerlei Hindernisse beobachtet, die die Intervention behindert hätten – die Autoren betonen auch die gute Übertragbarkeit und Abwandlungsfähigkeit für andere Kulturkreise
- Die Auswertung mittels t-Test zeigte keinen signifikanten Unterschied; die deskriptive Auswertung ergab, dass 88% DT hilfreich und 96% zufriedenstellend fanden, 76% berichteten eine gesteigerte Sinngebung.

Zur Anwendung als elektronisch gestützte „Tele-Therapie“

Passik, S. D., Kirsh, K. L., Leibee, S., Kaplan, L. S., Love, C., Napier, E., ... & Sprang, R. (2004). *A feasibility study of dignity psychotherapy delivered via telemedicine*. *Palliative & Supportive Care*, 2(02), 149–155.

- Kohortenstudie ohne Kontrollgruppe, n = 8, Zung Self-Rated Depression Scale (ZSDS) und PUB-Skala nach Passik
- Die Krebspatienten aus dem Kaukasus berichteten durchweg von hoher Zufriedenheit und es war den Autoren möglich, auf digitalem Weg DT ohne technische Zwischenfälle zu den Patienten zu bringen, wobei die Studie mit einer Testpersonen von 10 explorativ angelegt war.
- Telemedizin könnte einen großen Gewinn für Patienten darstellen, die daheim gepflegt oder in ländlichen Gegenden wohnen.
- Eine Zufriedenheitsbefragung ergab eine leicht überdurchschnittliche Zufriedenheit mit der Intervention (5-stufige Likert-Skala, AM = 3.29).