

Bianka Wachtlin, Jennifer Asmus, Paula Kathmann & Sina Seeger

Das Kawa-Modell

Wie Zeichnungen uns mehr über unsere Patient*innen erzählen

Einführung

Die qualitative Gesundheitsforschung nimmt sich gesellschaftlicher Themen auch im Bereich der Sprachtherapie an und richtet den Blick auf biografische, lebensbezogene und gesundheitsrelevante Aspekte der Patient*innen. Sie hat zum Ziel, mehr über den Menschen und dessen Krankheit wie Gesundheit in alltäglichen Lebensbereichen zu erfahren (Morse 2012). Damit werden Gesundheit und Krankheit in dem jeweiligen Bezug zur Lebenswelt der Patient*innen mit speziellen Methoden der qualitativen Forschung untersucht. Die qualitative Gesundheitsforschung hat hierbei mehrere Zielperspektiven (Ohlbrecht 2019):

- a) Analyse der Situation gesellschaftlicher Randgruppen in der gesundheitlichen Versorgung bzw. von Personen, die schwer erreichbar sind (hard-to-reach)
- b) Menschen mit Behinderungen, chronischen Krankheiten eine Stimme zu geben und Versorgungsprobleme zu benennen
- c) Bedeutung der Kontextualisierung von Phänomenen und Erlebnissen im Bereich von Gesundheit und Krankheit anzuerkennen und qualitative Forschung als Feld- bzw. Praxisforschung zu begreifen
- d) Partizipation und Einbindung von Betroffenen in die Forschung

Um diese von Ohlbrecht (ebd.) formulierten Aspekte in den Blick zu nehmen, bedient sich

die qualitative Forschung u.a. der Narrationen von Betroffenen, sowohl in Gesprächen als auch in fokussierten Interviews. Gerade die Phänomenologie, die von den Erfahrungen des Einzelnen ausgeht und diese in reflexiver Form bearbeitet (Flick et al. 2000), lässt Therapierende die Perspektive der Betroffenen einnehmen und eröffnet ihnen somit einen Zugang zu ihrer Lebenswelt. Als philosophische Strömung zielt die Phänomenologie in der Form einer Lehre (Logos) auf die Erkenntnisgewinnung aus den unmittelbaren Erscheinungen (Phänomenen, nach Heidegger (1967, 28) das „sich-an ihm selbst-zeigende“). Damit versucht die Phänomenologie als Methode das Individuelle und Einzigartige eines jeden Menschen in der konkreten Situation zu erfassen und an die Oberfläche zu bringen (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2021).

Der Gewinn für Therapeut*innen, die einen phänomenologischen Zugang wählen, liegt in der Wahrnehmung der Patient*innen und in der Entfaltung ihrer individuellen Wesensart. Zusätzlich „sollen LogopädInnen ermutigt werden, dass Ansatzpunkte der Lebenswelt neben einer evidenzbasierten Übungstherapie Gegenstand einer Behandlung sein können“ (Zimmermann & Hansen 2021, 190). In diesem therapeutischen Prozess geht es primär um die Begleitung der Patient*innen, aber auch um die Haltung der Therapeut*innen. Die „phänomenologische Haltung“ (ebd.) trägt wesentlich zu einer solide-

ren Ausgangsbasis der logopädischen Intervention bei, die sich auf die therapeutische Beziehung zwischen Patient*innen und Therapeut*innen positiv auswirkt und den Behandlungserfolg unterstützt. Dabei rücken die Patient*innen in die Rolle der Expert*innen. In der Praxis nähern sich Therapeut*innen heute schon intuitiv der Lebenswelt der Patient*innen über Gespräche am Beginn der Therapie und nehmen so die Perspektive der Patient*innen ein. Auch in der Sprachtherapie ist die Patientenperspektive nicht zuletzt durch die Arbeiten von Hilke Hansen und Kolleg*innen zu therapeutischen Beziehungen in den Mittelpunkt des therapeutischen Handelns gerückt, sondern auch durch das Bestreben von Kolleg*innen, den partizipativen Gedanken in der gesundheitlichen Versorgung mehr Raum zu geben (Kaiser et al. 2022, Grötzbach 2015).

Koob (2008) geht es in diesem Zusammenhang nicht nur darum, das Gesundheitsproblem zu rekonstruieren, sondern das Gesagte bildlich festzuhalten, zu betrachten und zu analysieren. Dies ermöglicht bei komplexen Störungsbildern in der Arbeit mit interprofessionellen Teams in den Therapieberufen eine struktur- und prozessanalytische Vorgehensweise sowie die Möglichkeit, die fachliche Perspektive der einzelnen Beteiligten in diesem Prozess einzunehmen. Mit den Worten von Rausch (2018, 13) sollte die Sprachtherapie sich nicht nur auf „Nachweise von Wirksamkeit beziehen, sondern auch die Angemessenheit von Theorien und Modellen sehr unterschiedlicher Herkunft“ untersuchen.

Patient*innen kommen mit einem Gesundheitsproblem in die Praxis und müssen sich mit diesem Problem und der Realität, in der sie leben, auseinandersetzen. Diese Auseinandersetzung ist für Therapeut*innen von außen nicht sichtbar. Hier ermöglicht das Kawa-Modell, das Gesundheitsproblem mit all seinen Facetten für die Patient*innen wie die Therapierenden sichtbar und damit auch erklärbar zu machen. Hier kann empfohlen werden, das Kawa-Modell in der sprachtherapeutischen Praxis mit Patient*innen auszuprobieren. Für die gelingende Nutzung des Modells schon sehr früh im Therapieprozess

ZUSAMMENFASSUNG. Das aus Japan stammende Kawa-Modell (Kawa = Fluss) ermöglicht es, die beeinflussenden Faktoren, Probleme und Handlungsoptionen von Patient*innen mittels einer Zeichnung, die im gemeinsamen Gespräch entsteht, zu erfassen. Der Fluss dient dabei als eine Metapher für das gesamte Leben und es ist unwesentlich, ob die Therapeut*innen oder die Patient*innen die Zeichnung erstellen. Wichtig ist, dass die Komponenten des Kawa-Modells deutlich werden, damit anschließend gemeinsam mit den Patient*innen an ihrem individuellen Gesundheitsproblem gearbeitet werden kann. Die Zeichnung und damit das Modell dienen einem gedanklichen Rahmenwerk der sprachtherapeutischen Behandlung. Anhand zweier Fallbeispiele werden die Anwendbarkeit und Akzeptanz der Methode beschrieben.

SCHLÜSSELWÖRTER: KAWA-Modell – qualitative Gesundheitsforschung – Sprachtherapie – Teilhabe

spielt eine von Akzeptanz geprägte Haltung eine wesentliche Rolle. Daher ist zunächst die Akzeptanz der Methode sicherzustellen, indem die hilfreichen Eigenschaften des Kawa-Modells im gemeinsamen Gespräch identifiziert werden.

Das Kawa-Modell

Aspekte und Komponenten des Modells

Das Kawa-Modell geht auf Prof. Michael Iwama (2007) zurück, der westliche Modelle anzweifelte, da sie seiner Meinung nicht hinreichend kultursensibel seien, um auch andere wie etwa japanische Sicht- und Herangehensweisen angemessen zu berücksichtigen. Aus dieser Motivation heraus entwickelte Iwama in den 1990er Jahren zusammen mit praktisch tätigen Ergotherapeut*innen das Kawa-Modell unter der Annahme, so die Vielschichtigkeit ergotherapeutischer Interventionen – verbunden mit der ostasiatischen Lebensanschauung – visualisieren zu können. Sein Ziel war ein Modell von Praktizierenden für Praktizierende, das sowohl Therapeut*innen als auch Patient*innen einen Zugang zum gemeinsamen Austausch über das vorliegende Gesundheitsproblem bieten konnte (für ausführliche Hintergrundinformationen zum Kawa-Modell s. Wachtlin 2021).

Das Kawa-Modell geht davon aus, dass der Mensch eng in einen Umweltkontext eingebunden ist. Menschliches Handeln ist nicht nur individuell motiviert, sondern beruht auf dem Zusammenspiel von Mensch und Umwelt. Diese Wechselbeziehung wird im Modell durch vier Aspekte veranschaulicht, aus denen fünf Komponenten abgeleitet werden (Tab. 1), die in ihrer Gesamtheit nach Iwama, Thompson & McDonald (2009) für das menschliche Leben stehen.

Da das übergeordnete Ziel jeder sprachtherapeutischen Behandlung die Verbesserung der kommunikativen Teilhabe von Betroffenen darstellt, kann aus unserer Sicht die Anwendung des Kawa-Modells dazu beitragen, „eine tiefere Ausgangsbasis der logopädischen Intervention“ (Zimmermann & Hansen 2021, 190). herzustellen.

Zusammenspiel der Komponenten

Das fließende Wasser symbolisiert den Lebensfluss und die Gesundheit und steht für Kraft und Wohlbefinden. Es wird als reinigend und erneuernd beschrieben (Iwama 2007). Jeder Mensch ist demnach in der Lage,

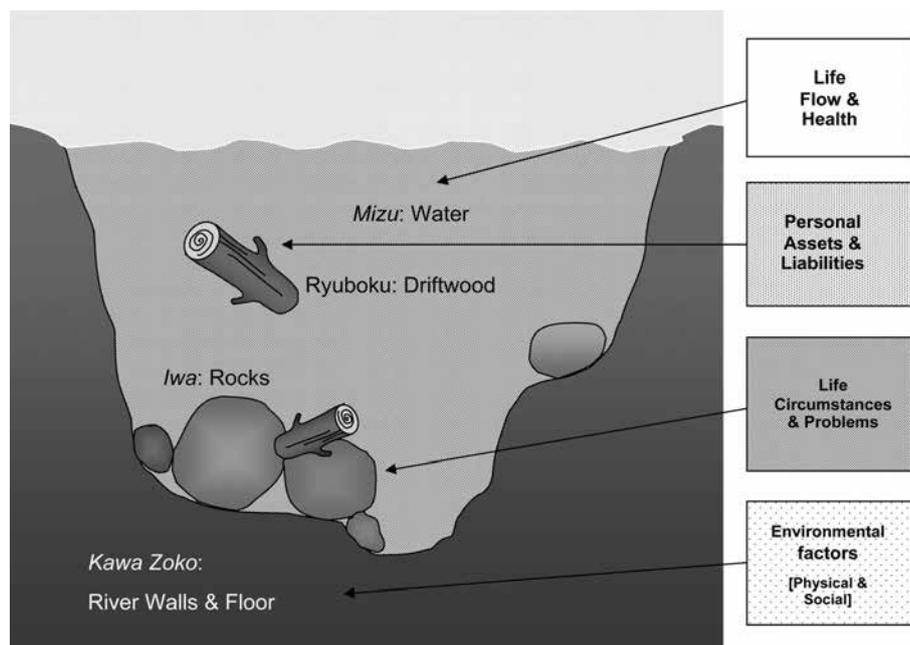
Tab. 1: Zuordnung von Aspekten und Komponenten im Kawa-Modell

Aspekte	Komponenten
Physische und soziale Umwelt (<i>environmental factors</i>)	Flussbett und -wände
Lebensumstände und Probleme (<i>personal assets & liabilities</i>)	Treibholz
Persönliche Ressourcen/Umstände und Barrieren (<i>life circumstances & problems</i>)	Steine
Lebensfluss und Gesundheit (<i>life flow & health</i>)	Wasser
Zwischenräume (<i>spaces</i>)	

den eigenen Störungen aktiv entgegenzutreten und Veränderungen anzunehmen, sofern ein Gleichgewicht mit der Umwelt vorhanden ist bzw. wiederhergestellt werden kann. Patient*innen mit hoher Motivation können durch Veränderung ihres Zustandes das „Fließen des Flusses“ in den jeweiligen Kontexten, in denen sie sich befinden, positiv beeinflussen – sinnbildlich gesprochen können sie Steine (Probleme) „wegschieben“ oder kleiner werden lassen. Ist die Lebensenergie oder auch die Motivation gering und sind die Patient*innen eher unzufrieden mit ihrer gesundheitlichen Lage, fließt der Fluss langsamer. Unmut und z.B. der Verlust des Freundeskreises, die als Barrieren wahrgenommen werden (hier Steine oder Treibholz), bleiben aufgrund der Wechselwirkung zwischen Wasser, Flussbett und -wänden sowie den Zwischenräumen liegen und beeinflussen die Lebenseinstellung und damit auch die Gesundheit. Im Kawa-Modell symbolisieren das Flussbett und das Ufer den Aspekt der physischen und

sozialen Umwelt, d.h. die materielle und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten. Im Kern entspricht dies der Betrachtungsweise des ICF-Modells mit dem Fokus auf fördernde Umweltfaktoren (Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, Sozialleistungen) und arrieren (fehlende soziale Unterstützung). Sind das Flussbett und die -wände stabil, kann der Fluss schnell fließen und Steine (Probleme) aus dem Weg räumen (ebd.). Dieser Stabilität stehen instabile Umweltfaktoren gegenüber. Der Fluss und sein Ufer ist durch Steine unterschiedlicher Größe symbolisiert. Letztere stehen für die Lebensumstände und Probleme im persönlichen, familiären, beruflichen und sozialen Themenbereich. Kann das Wasser aufgrund von Steinen und Barrieren nicht fließen und reicht die Lebensenergie der Patient*innen (Motivation und Eigenantrieb) an dieser Stelle nicht aus, können diese Hindernisse nur schwer oder gar nicht weggespült werden.

Abb.1: Kawa-Modell mit den Aspekten und Komponenten (Iwama et al. 2009)



Mit freundlicher Unterstützung von Michael Iwama

Das Treibholz steht im Kawa-Modell auch für die persönlichen Ressourcen, die sich zu Barrieren entwickeln können, indem sie sich im Flussbett verkeilen oder sich auf türmen. Wird das Treibholz berücksichtigt, können die so wichtigen Kontextfaktoren und Werte wie Fleiß und Ehrlichkeit, Charaktereigenschaften wie Optimismus oder Humor, spezielle Fertigkeiten wie Malen, Zeichnen, Singen, Musizieren, aber auch immaterielle Werte wie Verwandte und Freunde und materielle Werte wie Wohlstand positiv beeinflusst werden.

Die Zwischenräume, die sich zwischen den Steinen und dem Treibholz befinden, stellen Möglichkeiten oder Potenziale dar, sich mit dem eigenen Gesundheitsproblem auseinanderzusetzen. Therapeut*innen begleiten Patient*innen im Prozess der Krankheitsbewältigung und werden von den Patient*innen als Fachpersonen ihres Gesundheitsproblems angenommen und akzeptiert. Indem Patient*innen bei der Anfertigung einer visualisierten Darstellung ihrer persönlichen Lebenswelt eine aktive Rolle spielen und in-

dem Therapeut*innen aktives, aufrichtiges Interesse signalisieren, findet eine therapeutische Beziehung auf Augenhöhe statt (Oevermann 1996). Die Patient*innen werden mit dem eigenen Gesundheitsproblem unter einem neuen Zugang konfrontiert. Mithilfe des Kawa-Modells und durch eine entsprechende Narration können Unwägbarkeiten im Alltag der Betroffenen aufgedeckt und im weiteren therapeutischen Prozess aufgearbeitet werden.

FALLBEISPIEL 1

Patient 1 (88 Jahre) erlitt mehrere Schlaganfälle, zuletzt im Jahr 2020. Nach erfolgter ausführlicher logopädischer Diagnostik im Erstkontakt auf der Stroke-Unit wurden sowohl eine Dysphagie als auch eine Dysarthrie ausgeschlossen. Die Durchführung der Aphasie-Check-Liste (Kalbe et al. 2002) ergab eine leichtgradige Aphasie mit leichten Einschränkungen im Wortabruf und in der Wortfindung beim direkten Benennen von Gegenständen. Im Bereich der Schriftsprache kam es vermehrt zu phonetischen Paralexien und graphematischen Paraphrasen. Darüber hinaus zeigte der Patient eine neurogene Stottersymptomatik mit teils spannungsvollen Laut-, Silben- und Teilwortwiederholungen.

In der ersten Therapiestunde Mitte Mai 2020 erfolgte die Erprobung des Kawa-Modells, indem die Therapeutin das zugrunde liegende Modell vorstellte, die verschiedenen Komponenten und deren Bedeutung erläuterte und dem Patienten anschließend anhand des Leitfadens begleitende Fragen stellte (Abb. 2). Seine Aktivitäten und Hobbys (s. Einträge des Patienten in die „im Wasser schwimmenden“ Kästchen) waren die Hühner- und Taubenzucht auf dem eigenen Grundstück, die Gartenarbeit, das Besuchen von plattdeutschen Abenden sowie zusammen mit seiner Ehefrau das gegenseitige Vorlesen aus der Zeitung. Als Ressourcen (Treibholz) beschrieb er vor allem die Unterstützung seiner Ehefrau sowie seine positive Lebenseinstellung und seinen Humor. Die Stottersymptomatik und das Besuchsverbot aufgrund der COVID-19-Pandemie stellten für ihn zu dem Zeitpunkt die größten Barrieren (Treibholz) dar. Auf weitere Nachfragen nach konkreten Problemen berichtete er, dass die Symptomatik anstrengend und „unberechenbar“, also von Tag zu Tag unterschiedlich stark ausgeprägt sei, sowie die Tatsache, dass sich die Symptomatik verschlimmere, wenn er unter Zeitdruck stehe. Eine eher untergeordnete Barriere stellte nach seinen Angaben die Wortfindung dar, die ihn nur noch gelegentlich im spontanen Gespräch einschränke.

Die zweite Durchführung erfolgte Mitte Juni 2020 während eines Reha-Aufenthaltes (Abb. 3). Die Aktivitäten (Wasser), die dem Patienten besonders wichtig waren, unterschieden sich nun erheblich von jenen im ersten Durchgang. Er bezog die Frage nach seinen Aktivitäten und Hobbys nicht mehr auf die Situation vor der Erkrankung im häuslichen Umfeld, sondern beschränkte sich auf die Aktivitäten im Klinikalltag. Hierzu gehörten Zeitung lesen, Kreuzworträtsel lösen, Gespräche mit seinem Bettnachbarn sowie Besuche

von seiner Ehefrau oder der Tochter. Seinen Humor sowie den guten Kontakt zu seiner Familie beschrieb er weiterhin als eine wichtige Ressource (Treibholz). Gegenwärtig empfinde er auch seine kommunikative und offene Art als unterstützend bei der Krankheitsverarbeitung.

Die Schwierigkeiten des Patienten lagen weiterhin im flüssigen Sprechen und in der Schriftsprache, wobei er den die Schriftsprache symbolisierenden Stein im zweiten Durchgang größer visualisierte, da ihn die Problematik im Unterschied zur ersten Durchführung mittlerweile mehr beeinträchtigte als die Stottersymptomatik. Seine Hauptkommunikationspartner*innen seien neben seiner Frau indessen sein Bettnachbar und das Pflegepersonal. Als Barriere sah der Patient nicht mehr nur seine Stottersymptomatik. Die größte Herausforderung stellten nach wie vor die eingeschränkten Besuchsmöglichkeiten seiner Ehefrau dar, die er ebenso vermisse wie sein häusliches Umfeld. Tage, an denen er aufgrund der Situation sehr frustriert und traurig sei, brächten ihn laut eigenen Angaben an seine Grenzen. Auch der Zeitdruck durch viele aufeinanderfolgende Behandlungseinheiten mit langen Wegen innerhalb des Klinikkomplexes belasteten ihn sehr.

Dieses Praxisbeispiel zeigt einen vorsichtigen ersten praktischen Einsatz des Kawa-Modells in der Sprachtherapie. Die Anwendung soll dafür sensibilisieren, dass es notwendig ist, die Lebenswelt des Patienten umfassend zu verstehen und Therapieinhalte auf die Bedürfnisse des Patienten abzustimmen bzw. diese zu berücksichtigen. Auf der ersten Zeichnung ist der Stein, der die Stottersymptomatik symbolisiert, sehr groß gemalt, die Ressourcen (wie z.B. Familie und Freunde) hingegen erscheinen eher klein. Dies ändert sich im Vergleich mit der zweiten Zeichnung. Auf der Seite des Patienten war gut erkennbar, dass er die Elemente des Kawa-Modells und deren Bedeutung aufgrund seines unbeeinträchtigten Sprachverständnisses sehr schnell erfassen und differenzierte Aussagen treffen konnte. Aufgrund seiner schnellen Auffassungsgabe und der Tatsache, dass der Patient in der Lage war, die Abbildung selbstständig anzufertigen, betrug die Bearbeitungsdauer lediglich 25 Minuten. In Momenten, in denen sich die Stottersymptomatik stark ausgeprägt zeigte, konnten Schriftsprache und Zeichnen als alternative Kommunikationsmöglichkeiten genutzt werden, um ins Gespräch zu kommen und um minimale Veränderungen, die sich aus der Therapie ergeben, entdecken zu können.

Abb. 2: Zeichnung des Patienten zu Beginn der Therapie

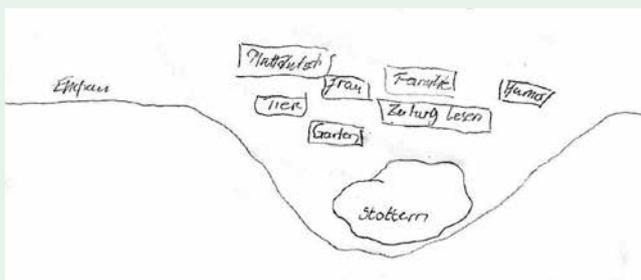
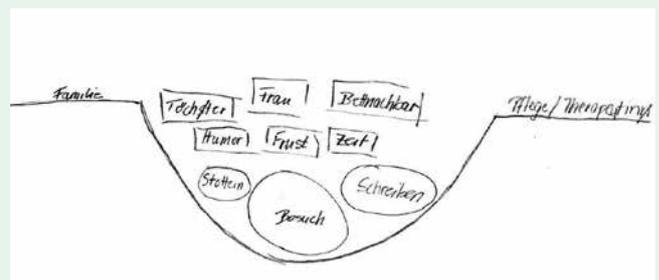


Abb. 3: Zeichnung des Patienten nach ca. 6-8 Wochen



Anwendung des Kawa-Modells

Nachfolgend werden zwei Fallbeispiele aus der sprachtherapeutischen Praxis vorgestellt, die im Rahmen eines Studienprojekts im 5. Semester an der HAWK Hildesheim im Bachelorstudiengang ELP dokumentiert wurden. Das Studienprojekt verfolgte das Ziel, erste praktische Erfahrungen zur Anwendbarkeit und Akzeptanz des Kawa-Modells seitens der Therapeut*innen und Patient*innen zu gewinnen. Es ging folglich noch nicht um eine Machbarkeitsstudie (Voigt-Radloff et al. 2013), die in weiterführenden Projekten durchaus denkbar erscheint. Die Studierenden gingen folgender Frage nach: Ist das Kawa-Modell in der jetzigen Form in der sprachtherapeutischen Praxis für Patient*innen jeglichen Alters und jeglichen Gesundheitsproblems einsetzbar? Zur Beantwortung der Frage wurden sechs Patient*innen in einem Zeitraum von sechs bis sieben Wochen zweimal gebeten, das Kawa-Modell mit der Therapeutin zu zeichnen. In diesem Beitrag werden zwei dieser Patient*innen anonymisiert als Fallbeispiele präsentiert.

Da in Iwamas Ausführungen (2007) Angaben über den genauen Ablauf zur Erstellung der Zeichnung leider fehlen, orientierten sich die Studierenden an dem Leitfaden von Wada (2011). Sie schlägt folgendes Vorgehen vor:

1. Klient*in/Patient*in einladen, ein Bild mit allen Details vom Fluss zu malen
2. Leben im Kontext darstellen (klarstellen und verstehen)
3. Priorisierung der Standpunkte der Klient*innen/Patient*innen
4. Interventionen auf deren Ziele ausrichten
5. Implementierung (war nicht Gegenstand des Studienprojekts)
6. Evaluierung, Intervention, Outcome (war nicht Gegenstand des Studienprojekts)

Zu Beginn der Anfertigung der Zeichnung wurde je nach Situation mit begleitenden Fragen gearbeitet (s. Fallbeispiel 1).

Relevanz für die logopädische Praxis

Vor dem Hintergrund der Zielsetzung im Rahmen des Studienprojekts, das die Akzeptanz und Umsetzbarkeit des Kawa-Modells im sprachtherapeutischen Setting in den Fokus setzte, wird die diagnostische Erfassung des Gesundheitsproblems durch Narrationen in visueller Form relevant. Aus Sicht der Therapeut*innen konnte die kindliche Patientin 2 (Fallbeispiel 2) ihre Ideen kreativ umsetzen und eigene Wünsche in die Therapie mit einbringen. Da die befragten Kinder oft nicht von sich aus erzählten und somit spontan-

sprachliche Äußerungen ausblieben, wurden geschlossene Fragen oder Alternativfragen gestellt. Manchmal ergab sich aufgrund der Nachfragen eine unnatürliche Gesprächssituation. Bei kindlichen Patient*innen ist den Therapeut*innen zufolge wichtig, die Zeichnung des Kawa-Modells spielerisch umzusetzen und kindgerechte Erklärungen zu verwenden. Kindern als Patient*innen, die eher kein Störungsbewusstsein aufweisen, fällt es laut den Therapeut*innen eher schwer, das Kawa-Modell zu zeichnen.

Hingegen war beim erwachsenen Patienten 1 eine gute Gesprächsatmosphäre spürbar, aus der viele Informationen zum Lebensumfeld und zur Therapieplanung gewonnen werden konnten. Darüber hinaus wurde eine intensive Beziehung zwischen Patient*in und Therapeut*in beobachtet, die sich darin zeigte, dass die Anwendung des Kawa-Modells als wertvolle Erfahrung aufgenommen wurde. Anhand offen gestellter Fragen konnte der Redeanteil beim Fallbeispiel 1 erhöht werden, sodass auch persönliche Themen in dieser ungezwungenen Gesprächsatmosphäre angesprochen werden konnten und in einen partizipativen Interaktionsprozess mündeten (Kraus 2018).

Im Hinblick auf die durchschnittliche Durchführungsdauer wurden Zeiten bei Kindern zwischen 20 und 45 Minuten, bei Erwachsenen zwischen 30 und 45 Minuten angegeben. Die längere Durchführungsdauer hing maßgeblich vom Störungsbild der Patient*innen ab. Bezogen auf den ambulanten und klinischen Kontext stehen diese großzügigen Zeiträume nur sehr eingeschränkt zur Verfügung und sollten deshalb im Vorfeld der Umsetzung im Rahmen der qualitativen Diagnostik berücksichtigt werden. Der Zeitraum zwischen der ersten und zweiten Durchführung des Kawa-Modells betrug sechs bis sieben Wochen. Hierbei ist zu erwähnen, dass der gewählte Zeitraum aufgrund der vorgeschriebenen Studienprojektlaufzeit innerhalb der Studienstruktur vorher festgelegt war. Ein größerer Abstand zwischen den beiden Zeichnungen hätte sicherlich andere Veränderungen hervorgebracht.

Nicht allen Patient*innen fiel es anfangs leicht zu malen, hier wurden Modifikationen in der Anwendung des Modells erprobt. Anpassungen des Kawa-Modells wie z.B. mit verschiebbaren Bestandteilen zu arbeiten wurde als sehr sinnvoll betrachtet. Für Erwachsene sind verschiebbare Elemente innerhalb des Flusses oder der Einsatz von Magneten denkbar. Sowohl für Erwachsene als auch für Kinder kann sich die Unterstützung durch analoge Bildkarten oder digitale Bilder (Tablet) eignen, um leichter ins Gespräch zu kommen oder das Zeichnen zu

IHR ABRECHNUNGS EXPERTE

Legen Sie Ihre
Abrechnung in
vertrauensvolle
Hände.

IHRE VORTEILE MIT UNS

Persönlicher Ansprechpartner

Keine Vertragslaufzeiten

Auszahlung ab 48 Stunden

Keine Grundgebühren



AS

ABRECHNUNGSSTELLE
für Heil-, Hilfs- u. Pflegeberufe AG

erleichtern. Des Weiteren sind auch Anpassungen in Form von Materialien wie Knete, Kreide oder realen Gegenständen (z.B. Holzstücke, Steine etc.) denkbar.

Die Anwendung hat gezeigt, dass sich innerhalb dieser kurzen Zeit die therapeutische Haltung der Anwender*innen gegenüber den Patient*innen aus deren mündlicher Rückmeldung verändert hatte. Zusätzlich wurden durch die Zeichnung wertvolle Informationen zur Lebenswelt des Patienten sichtbar, die in die weitere Therapieplanung einfließen konnten. Die Patient*innen gaben an, dass die bildliche Darstellung half, das persönliche Gesundheitspro-

blem anzunehmen und Ressourcen präzise zu benennen. So ist klar erkennbar, dass der Patient 1 in Momenten, in denen sich die Stottersymptomatik stark ausgeprägt zeigte, die Schriftsprache und das Zeichnen als alternative Kommunikationsmöglichkeit nutzte. Für weitere Projekte ist geplant, in Einzelfallstudien Therapeut*innen und Patient*innen vor und nach der Zeichnung mit einem (teil)narrativen Interview zu befragen, um Veränderungen noch detaillierter aufzeigen zu können.

FALLBEISPIEL 2

Die Patientin 2 (6;5 Jahre) besuchte die 1. Klasse und war seit Oktober 2019 in logopädischer Behandlung. Der Lautbefund der Patholinguistischen Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen (PDSS, Kauschke & Siegmüller 2012) ergab eine Vorverlagerung von /k, g/ zu /t, d/ und einen Sigmatismus addentalis. Die Vorverlagerung konnte bereits erfolgreich behandelt und überwunden werden. Die erste Durchführung des Kawa-Modells fand zu Beginn der Behandlung des Sigmatismus statt. Die Erklärung des Modells erfolgte zeitgleich mit der Zeichnung des Flusses. Anschließend begann die Therapeutin der Reihe nach die Fragen aus dem Leitfaden zu stellen. Daraufhin malte die Patientin zuerst einen Stein in den Fluss, in den sie ein /s/ schrieb. Dazu erklärte sie, dass sie das /s/ noch nicht gut sprechen könne. Als nächstes entstanden über dem Fluss ein Trampolin und ein Pferd. Sie spiele gerne im Garten und springe auf dem Trampolin, erzählte sie auf Nachfrage der Therapeutin. Als Ressourcen zeichnete die Patientin sowohl einen Baumstamm in den Fluss mit den Lauten /g, k, d, t/ als auch die Staffelei mit dem Bild oberhalb des Flusses. Hiermit weist sie darauf hin, dass der Prozess der Vorverlagerung überwunden ist und sie bereits ein Erfolgserlebnis in der Therapie erlebt hat. Über dem Fluss hat sie des Weiteren ihre Eltern, ihre besten Freunde und ihre Haustiere gemalt. Diese Menschen und Tiere sind für die Patientin am wichtigsten und somit ein großer Halt bzw. eine große Unterstützung in ihrem Leben. Zuletzt malte die Patientin das Haus unterhalb des Flusses, in dem ihre Großeltern wohnen. Mit Unterstützung der Therapeutin schrieb sie das Wort „Willkommen“ und strich es anschließend durch. Hiermit drückte sie aus, dass sie aufgrund der Corona-Krise ihre Großeltern nicht besuchen durfte. Sie erklärte, dass sie dies belastet und ärgerlich findet. Die Durchführung dauerte insgesamt rund 25 Minuten.

Die zweite Durchführung fand sieben Wochen später statt. Da die Patientin sich noch gut an ihre Zeichnung erinnern konnte, fiel der Einstieg in das Modell insgesamt kürzer aus und es wurden keine ausführlicheren Erklärungen benötigt. Zuerst malte die Patientin sich selbst und schrieb in eine Sprechblase: „Ich muss s & z noch lernen.“ Die Antworten während dieses Durchgangs ähnelten stark den Antworten im ersten Durchgang, sind jedoch unterschiedlich dargestellt. Die Patientin malte ein Trampolin mit einem Ball, ein Strichmännchen, das einen Handstand macht, und ein Gefäß mit Buntstiften. Dazu erklärte sie, dass sie sich vor allem im Malen verbessert habe. Im Folgenden schrieb sie alle wichtigen Menschen und Haustiere in ihrem Leben auf. Unterhalb des Flusses zeichnete sie einen Kasten mit verschiedenen Symbolen, die für die Spiele in der Therapie stehen, die ihr besonders Spaß machen. Zuletzt zeichnete die Patientin eine Zunge und viele Zähne. Die Patientin kommentierte dies damit, dass ihr das /s/ noch schwerfalle und dass sie mit der Zunge noch an die Zähne komme. Insgesamt hatte die Patientin großen Spaß an der Erstellung der Bilder und gute Ideen, ihre Antworten auf die Fragen umzusetzen.

Dieses Praxisbeispiel zeigt zum einen die Kreativität und Aufgeschlossenheit der Patientin, sich mit dem Modell und dessen Umsetzung zu befassen.

: LITERATUR

- Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.) 2000. *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Hamburg: Rowohlt
- Grötzbach, H. (2015). Partizipationsorientierte Sprachtherapie im Rahmen der ICF. *Sprache – Stimme – Gehör* 39 (03), 146
- Heidegger, M. (1967). *Sein und Zeit*. Tübingen: Max Niemeyer
- Iwama, M.K. (2007). Kawa-(Fluss)-Modell – Überwinden kultureller Begrenzungen der zeitgenössischen Theorie der Ergotherapie. *ergoscience* 2 (3), 107-119

Zum anderen wird auch deutlich, dass Stärken und Schwächen seitens der Patientin im Therapieprozess schnell identifiziert werden konnten. Die Therapeutin erhielt einen tieferen Einblick in die Lebenswelt der Patientin und konnte somit die Ausrichtung der Therapieinhalte gemeinsam mit der Patientin abstimmen. Insgesamt ist eine spielerische Anpassung mit kindgerechten Erklärungen notwendig, um das Modell altersgerecht umsetzen zu können.

Abb. 4: Zeichnung der Patientin zu Beginn der Therapie*



Abb. 5: Zeichnung der Patientin nach ca. 6-8 Wochen*



*) Namen geändert

- Iwama, M.K., Thomson, N. & MacDonald, R.M. (2009). The Kawa model: The power of culturally responsive occupational therapy. *Disability and Rehabilitation* 31, 1125-1135
- Kaiser, J., Klinck, M., Grötzbach, H., Spitzer, L. & Lauer, N. (2022). Partizipative Zielsetzung mit FATMA 2.1. *Forum Logopädie* 36 (2), 22-27
- Kalbe, E., Reinhold, N., Ender, U. & Kessler, J. (2002). *Aphasie-Check-Liste*. Göttingen: Hogrefe
- Kauschke, C. & Siegmüller, J. (2012). *Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen* (PDSS). München: Urban & Fischer
- Koob, D. (2008). Sachen gibt's ...?! Ein Survival-Kit für angehende Phänomenologinnen und Phänomenologen. *Forum Qualitative Sozialforschung* 9 (2), Art. 20. <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/426/922> (29.10.2022)
- Kraus, E. (2018). Diagnostische Verfahren und Dokumentation. In: Haring, R. & Siegmüller, J. (Hrsg.), *Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen* (127-144). Berlin: Springer
- Morse, J.M. (2012). *Qualitative health research: Creating a new discipline*. Oxfordshire: Routledge
- Oevermann, U. (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe, A. & Helsper, W. (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns* (70-180). Berlin: Suhrkamp
- Ohlbrecht, H. (2019). Qualitative Methoden der empirischen Gesundheitsforschung. In: Haring, R. (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften* (91-100). Berlin: Springer
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2021). *Qualitative Sozialforschung*. Berlin: De Gruyter
- Rausch, M. (2018). Zum Wissenschaftsverständnis in Logopädie und Sprachtherapie. In: Haring, R. & Siegmüller, J. (Hrsg.), *Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen* (1-16). Berlin: Springer
- Voigt-Radloff, S., Stemmer, R., Behrens, J., Horbach, A., Ayerle, G.M., Schäfers, R. & Kempf, S. (2013) (Hrsg.), *Forschung zu komplexen Interventionen in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie*. <https://freidok.uni-freiburg.de/dnb/download/10702> (30.11.2022)
- Wachtlin, B. (2021). Das Kawa-Modell. Ein Instrument für die Logopädie/Sprachtherapie? *Logos* 29 (3), 195-205
- Wada, M. (2011). Strengthening the Kawa model: Japanese perspectives on person, occupation, and environment. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 78 (4), 230-236
- Zimmermann, F. & Hansen, H. (2021). Qualitative Forschungsmethoden zur Erweiterung einer logopädischen Professionalisierung – Ein Plädoyer für den Einsatz in Praxis und Forschung. *Logos* 29 (3), 190

SUMMARY. How drawings tell us more about our patients.

The Japanese Kawa model (Kawa = river) helps to identify influencing factors, problems and options for action of patients by a drawing made during the conversation with the therapist. The river serves as a metaphor for the entire life and the drawing can be created either by patients or therapists. It is important that the components of the Kawa model become clear so that the individual health problem can then be worked on together with the patient. The drawing/the model serve as a conceptual framework for the patient's speech and language therapy. The applicability and acceptance of the Kawa method is described on the basis of two cases.

KEYWORDS: KAWA model – qualitative health research – speech and language therapy – participation

Dr. Bianka Wachtlin ist Verwalt.-Professorin für Logopädie an der Hochschule für angewandte Wissenschaften in Hildesheim (HAWK). Sie schloss ihr Studium mit einem Diplom in Lehr- und Forschungslogopädie an der RWTH Aachen ab und promovierte an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz. Schwerpunkte ihrer Arbeit liegen im Bereich Geschichte der Logopädie in Deutschland, Kommunikation, Diversity, hörtherapeutische Ansätze in der sprachtherapeutischen Praxis sowie im Einsatz quantitativer und qualitativer Methoden in der Sprachtherapieforschung bei Hörschädigungen.



Jennifer Asmus beendete 2019 ihre Ausbildung zur Logopädin und arbeitet seitdem in einer logopädischen Praxis in Neustadt am Rübenberge. Sie behandelt in der Praxis Kinder mit Sprech- und Sprachstörungen sowie vorrangig neurologische Störungsbilder im klinischen Setting. 2021 schloss sie erfolgreich den Bachelorstudiengang Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie (ELP) an der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst in Hildesheim (HAWK) ab. Derzeit ist sie zusätzlich als Lehrlogopädin tätig.



Paula Kathmann ist seit September 2019 staatlich anerkannte Logopädin. Sie hat außerdem den B.Sc. Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie der HAWK Hildesheim 2021 abgeschlossen. Sie arbeitet in Hannover in der interdisziplinären Praxis reha-konzept als Logopädin und behandelt sowohl pädiatrische als auch neurologische und geriatrische Patient*innen. Zusätzlich ist sie an der Ross-Schule Hannover als Lehrlogopädin im Bereich der praktischen und theoretischen Ausbildung tätig.



Sina Seeger schloss im Jahr 2019 ihre Ausbildung zur staatlich anerkannten Logopädin an der Medizinischen Hochschule Hannover ab und absolvierte in Kooperation mit der HAWK Hildesheim ein interdisziplinäres Bachelorstudium. Seit 2019 arbeitet sie in einer Klinik für Neurologie und arbeitet parallel seit 2021 in einer logopädischen Praxis auch im Bereich Kindersprache.



<https://doi.org/10.2443/skv-s-2023-53020230103>

KONTAKT

Dr. Bianka Wachtlin

Verwaltungs-Professorin für Logopädie
HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst
Hildesheim/Holzminen/Göttingen
Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit
Bachelorstudiengang Ergotherapie, Logopädie und
Physiotherapie (ELP)
Goschentor 1
31134 Hildesheim
bianka.wachtlin@hawk.de