

Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis

Bearbeitet von
Christina Jerosch-Herold, Ulrike Marotzki, Birgit Maria Hack, Peter Weber, Martin Schwarz

3., überarb. Aufl. 2009. Taschenbuch. xxviii, 220 S. Paperback

ISBN 978 3 540 89770 5

Format (B x L): 17 x 24,4 cm

Weitere Fachgebiete > Medizin > Physiotherapie, Physikalische Therapie >
Ergotherapie, Beschäftigungstherapie, Gestaltungstherapie

Zu Inhaltsverzeichnis

schnell und portofrei erhältlich bei

The logo for beck-shop.de features the text 'beck-shop.de' in a bold, red, sans-serif font. Above the 'i' in 'shop' are three red dots of increasing size. Below the main text, 'DIE FACHBUCHHANDLUNG' is written in a smaller, red, all-caps, sans-serif font.

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

Praxismodelle der Ergotherapie

Rosemary Hagedorn

2.1 Das Verhältnis von Modell und Theorie – 16

2.2 Die Entwicklung der ergotherapeutischen Berufspraxis – ein evolutionärer Prozess – 17

Stadium 1: Entwicklung und Erkundung – 17

Stadium 2: Standardisierung versus Diversifizierung – 17

Stadium 3: Akademische Untersuchung – 18

Gibt es ein Stadium 4? – 18

2.3 Entwicklung von Praxismodellen in den USA – 18

2.4 Diskussion um Begrifflichkeiten – 20

2.5 Verständnis der Konzepte – 20

Geborgtes Wissen – 21

Veränderungsprozesse – 21

Die ergotherapeutische Variante – 22

»Pure« Ergotherapie – 23

Der »große« Entwurf – 25

Umsetzung der Theorie in die Praxis – 26

Glossar – 26

Literatur – 26

2.1 Das Verhältnis von Modell und Theorie

In ►Kap. 1 wurden unterschiedliche Auffassungen von ►Theorie dargestellt. Angesichts dieser Verschiedenheit verwundert auch die Feststellung nicht, dass es zusätzlich noch unterschiedliche Auffassungen über das **Wesen eines Praxismodells** gibt und darüber, wie Modelle zu beschreiben sind. Darum geht es in diesem Kapitel. Der Begriff ► »Modell« wird hier für jede Form einer Beschreibung von Berufspraktiken benutzt, die von Therapeuten entwickelt wurden. Manchmal werden die Worte »Theorie« und »Modell« synonym verwendet. Christiansen u. Baum (1997) bemerken: »Ein Überblick über die wissenschaftliche Literatur der Ergotherapie zeigt bald, dass unter den Verfassern wenig Übereinstimmung darüber herrscht, wie das organisierte Fachwissen zu beschreiben ist. Die Begriffe ► ‚Theorie‘, ► ‚Modell‘, ► ‚Bezugsrahmen‘ und ► ‚Paradigma‘ werden auf verschiedenste Weise benutzt, um Teilmenen des beruflichen Wissens darzustellen« (S. 41).

Zu diesem Schluss kommen auch eine Reihe weiterer Autoren. Was wäre dann die **Beziehung zwischen Theorien und Praxismodellen**? Sind beide Begriffe einfach Synonyme oder unterscheiden sie sich? Leider gibt es auf diese Frage keine einfache Antwort. Young u. Quinn (1992) schlagen folgende Erklärung vor: »Modelle stellen im Wesentlichen Datenmaterial deskriptiv dar und müssen nicht unbedingt Voraussagen machen, obwohl sie es manchmal tun. Eine angemessene Theorie hingegen macht klare Voraussagen. So bemerken Chorley u. Haggett (1967), dass sich Modelle und Theorien nicht mit den gleichen Begriffen evaluieren lassen. Sie weisen darauf hin, dass wir wohl sagen können, eine Theorie sei (vorläufig) wahr oder falsch; ein Modell hingegen können wir höchstens als ‚passend‘ oder ‚unpassend‘, ‚anregend‘ oder dergleichen bezeichnen«.

► Theorien bieten, wie schon gesagt, eine Erklärung für irgendeinen Aspekt der Welt, in der wir leben. Theorien, die im Rahmen des reduktionistischen Paradigmas aufgestellt wurden, werden geprüft, indem die Forschung sie zu widerlegen versucht.

Ein ► **Modell** hingegen ist an einen bestimmten »Gebrauchszweck« gebunden. Allgemein ist man sich einig, dass ein Modell Ideen, Konzepte und Methoden für einen spezifischen Beruf in sich vereinigt. Im Idealfall sollte ein Modell klären und erklären; es sollte dem Betrachter erleichtern zu verstehen, wie sich seine Elemente zu einer neuen Erklärung zusammenfügen. Es sollte Leitlinien für eine bestimmte Vorgehensweise vorgeben (oder zumindest andeuten). Modelle, die in der Krankenpflege benutzt werden, definieren beispielsweise, was Krankenpflege ist, was sie beabsichtigt und wie eine Krankenschwester oder ein Pfleger für Kranke sorgen sollte. Erziehungsmodelle erklären, wie Menschen lernen und wie sie demzufolge am besten unterrichtet werden können.

Es gibt keine lineare Beziehung zwischen Modellen und Theorien. Modelle sind von Theorien durchdrungen, können aber ihrerseits zur Entwicklung neuer Theorien führen. Wie dies im Einzelnen geschieht, hängt davon ab, wie man **»Theorie« und »Modell« definiert** – verschiedene Autoren tun dies auf unterschiedliche Art.

Für die Ergotherapie wurden unterschiedliche Modelltypen mit jeweils anderen Funktionen entwickelt. Manche dieser Modelle basieren auf der ► reduktionistischen Sichtweise, andere sind ► phänomenologisch oder sogar ► postmodern ausgerichtet. Manche konzentrieren sich auf einen bestimmten Schwerpunkt und sind nützlich für die Arbeit in einem Spezialgebiet, während andere einen breiten Rahmen für die Ergotherapie als Ganzes bilden wollen.

Wichtig

Im Allgemeinen kombinieren Modelle der Ergotherapie berufsfremde und berufsinterne Theorien und versuchen, einen bestimmten Aspekt der Praxis zu erklären und anzuleiten. Vielleicht kann man – auf die Gefahr hin, die komplexen Zusammenhänge zu stark zu vereinfachen – den Unterschied folgendermaßen zusammenfassen: Theorien erklären Prinzipien und Fakten, Modelle sagen, was man tun könnte und warum.

2.2 Die Entwicklung der ergotherapeutischen Berufspraxis – ein evolutionärer Prozess

Die Evolution von ► Modellen geschieht nach einem bestimmten Muster. Die Reihenfolge der Schritte scheint überall gleich zu sein, wenn sie auch in einer unterschiedlichen Geschwindigkeit durchlaufen werden. Bisher war Amerika, das Ursprungsland der Ergotherapie, dem Rest der Welt immer mehrere Jahre voraus. Aber heute, wo die beruflichen Kenntnisse und Fertigkeiten in vielen Ländern ein hohes akademisches Niveau erreicht haben, muss dies nicht unbedingt so bleiben. Der erwähnte evolutionäre Prozess weist **3 erkennbare Stadien** auf, die unmerklich ineinander übergehen.

Stadium 1: Entwicklung und Erkundung

Im 1. Stadium liegt das Hauptgewicht auf der **Entwicklung von Berufspraktiken**. Wissen und Fertigkeiten werden in den Beruf integriert, sie werden durch praktische Erfahrungen getestet und angepasst und gewinnen so an Relevanz für die Ergotherapie.

In diesem Stadium geht es in der Berufsausbildung im Wesentlichen um die **Vermittlung**

praktischer Fähigkeiten; der Standardisierungsgrad ist gering. Es gibt kaum professionelle Literatur; die wenigen Veröffentlichungen befassen sich vorwiegend mit Vorgehensweisen und Grundlagenwissen. Forschung oder den Versuch der Theorie- oder Modellbildung gibt es nicht; ebenso wenig wird nach Grundprinzipien der Praxis gesucht. Die Entwicklung von Berufspraktiken vollzieht sich empirisch.

Stadium 2: Standardisierung versus Diversifizierung

Im 2. Stadium werden Wissen und Fertigkeiten, die als »legitim« für den Berufsstand akzeptiert wurden, vereinheitlicht. Auch die Ausbildung wird standardisiert und offiziell anerkannt. Der Beruf entwickelt eine wohlorganisierte **formale Struktur**. Gleichzeitig beginnt die Praxis, sich zu diversifizieren und Spezialgebiete zu entwickeln, da sich das Arbeitsgebiet erweitert. Daraus ergibt sich ein Bedarf an spezifischen, strukturierten Wissensfeldern und an Fertigkeiten für diese Spezialgebiete. Die Forschung ist praxisorientiert und bedient sich deskriptiver oder ► quantitativer Methoden.

Diversifizierung kann allerdings auch zu **Fragmentierung** führen. In England spalteten sich beispielsweise in den 1970er Jahren Teile des Berufsstandes ab und bildeten neue Berufe mit Schwerpunkten wie Kunsttherapie, Dramatherapie, Musiktherapie und Freizeitgestaltungstherapie (»recreational therapy«).

In diesem Stadium neigt der Berufsstand dazu, sich selbst kritisch zu betrachten und seine Praxis stärker zu hinterfragen. Einige seiner Mitglieder beginnen, **Grundprinzipien für die Praxis** zu formulieren. Mit diesen Themen befasst sich auch die professionelle Literatur. Publikationen entstehen, die die Praxis beschreiben und einen Bezug zur Theorie herstellen; ► Bezugsrahmen für Spezialgebiete werden schriftlich formuliert.

Stadium 3: Akademische Untersuchung

Im 3. Stadium erhält der zunächst primär praxisorientierte Beruf eine erhebliche akademische Komponente. Die Berufsausbildung erreicht Hochschulniveau. **Forschungsmethodik** wird in den Lehrplan aufgenommen. Praktizierende Therapeuten werden ermutigt, ► Theorien und deren Anwendung zu hinterfragen, zu kritisieren und zu evaluieren.

In diesem Stadium reagiert der Berufsstand gegen Einflüsse von außen genauso wie gegen den großen Anteil an »geborgtem« Wissen und an »geborgten« Praktiken. Theoretiker versuchen, die spezifischen Merkmale der Ergotherapie zu definieren und eigene ► Modelle für den Beruf zu entwickeln. Immer mehr Therapeuten erlangen hohe akademische Qualifikationen – Diplom-, Doktor- und Professorentitel –, verfassen wissenschaftliche Arbeiten und führen Forschungsprojekte durch. Die Akademiker kennen die neueren Theorien anderer Berufsfelder. Sie beziehen sie in diesem Stadium jedoch nicht mehr unkritisch in den Wissensgrundstock ihres Berufes ein, sondern benutzen sie als **Anregung für Modelle und Theorien**, die sich direkt auf die Ergotherapie beziehen oder daraus ableiten.

Praktizierende Therapeuten interessieren sich für **Theorie und Forschung**. Sie suchen nach Belegen für die Wirksamkeit ihrer Arbeit und benutzen dabei sowohl ► quantitative als auch ► qualitative Methoden.

Gibt es ein Stadium 4?

Logischerweise muss die Antwort wohl »ja« lauten. Oft ist jedoch zur **Identifikation eines neuen Stadiums** ein längerer zeitlicher Abstand notwendig. Die USA, Kanada, Australien und England sind heute sicherlich bei Stadium 3 angelangt. Es ist interessant, darüber zu spekulieren, wie ein »Stadium 4« aussehen könnte;

bislang zeichnet sich jedoch keine klare Tendenz ab – die Vielfalt überwiegt.

Zusammenfassung

Stadium 1 – Entwicklung und Erkundung

- Suche nach relevanten existierenden Kenntnissen und Techniken zur Entwicklung einer Praxis
- Übernahme von Kenntnissen und Techniken in die Praxis

Stadium 2 – Standardisierung vs. Diversifizierung

- Anpassung von Kenntnissen und Techniken, sodass sie für die Ergotherapie an Relevanz gewinnen
- Entwicklung von Spezialgebieten, die spezifische Kenntnisse und Techniken erfordern
- Herausbildung verwandter Therapieformen

Stadium 3 – akademische Untersuchung

- Berufsausbildung mit Hochschulniveau
- Anwachsen der Forschung, kritische Einschätzung der Praxis, akademische Publikationen
- Entwicklung von Theorien und Modellen speziell für die Ergotherapie
- Suche nach einigenden Konzepten und Definitionen

2.3 Entwicklung von Praxismodellen in den USA

Anhand der oben beschriebenen Stadien lässt sich die **Entwicklung professioneller Praxis und Theoriebildung** in den USA skizzieren – eine Entwicklung, die sich etwa zur gleichen Zeit in Kanada und ungefähr 15 Jahre später in Großbritannien vollzog. Die angegebenen Daten für die Stadien sind lediglich Anhaltspunkte zur besseren Orientierung; im Prinzip sind die Übergänge jedoch fließend.

Stadium 1 (Entwicklung und Erkundung) erstreckte sich von der Gründung des Berufsverbandes im Jahre 1917 bis zum ersten Erscheinen des »American Journal of Occupational Therapy« im Jahre 1947. Im selben Jahr wurde die berufliche Zulassung zur Vorschrift erhoben. In dieser Phase wurden die ausbildenden Schulen offiziell anerkannt, und der Beruf nahm eine erkennbare und stabile Gestalt an.

Stadium 2 (Standardisierung vs. Diversifizierung) überlagerte das 1. Stadium und setzte sich ab 1947 bis in das Jahr 1977 fort. In dieser Zeit wurde der Beruf gut strukturiert und geregelt. Man entwickelte Standards, ethische Erklärungen und Definitionen der Praxis.

Die organisierte Suche nach **theoretischen Erklärungen** für die Ergotherapie lässt sich bis in die 1940er Jahre zurückverfolgen; damals wurde die Suche aber lediglich durch die persönlichen Bestrebungen einiger weniger Therapeuten vorangetrieben. Während der 1960er und 1970er Jahre erschien eine Vielzahl an Fachpublikationen, verfasst von Praktikern und Akademikern aus dem Bereich der Ergotherapie. Manche von ihnen veröffentlichten auch ► **Bezugsrahmen** (s. unten). Namhafte Autorinnen waren Gail Fiddler, Anne Cronin Mosey, Mary Reilly, Lela Lorens und Jean Ayres (Miller u. Walker 1993). In dieser Zeit wurde auch eine Ausbildung auf Hochschulniveau entwickelt.

Es ist unklug, hier irgendeine Theoretikerin als besonders einflussreich hervorzuheben – und doch war das Werk der Gruppe um Mary Reilly in den 1960er Jahren zweifellos bahnbrechend. Reilly beschrieb das **Konzept des »Betätigungsverhaltens«** (»occupational behaviour«) und der **Zuteilbarkeit menschlicher Betätigungsformen** in verschiedene Kategorien, wie Spiel, Arbeit, Freizeit und Selbstversorgung (Miller u. Walker 1993). In den folgenden Jahren entwickelte sie viele Theorien über menschliche ► **Betätigung** und war eine der ersten, die die Relevanz der Theorie offener Systeme für das Paradigma »Betätigungsverhalten« erkannte. Reilly hatte star-

ken Einfluss auf das Werk von Kathlyn Reed und Gary Kielhofner.

Aus dieser Vielzahl an akademischen Aktivitäten ging ganz selbstverständlich **Stadium 3** hervor. Der Zeitpunkt des Übergangs lag etwa um das Jahr 1977. Bis dahin war Theoriebildung hauptsächlich hochqualifizierten Akademikern vorbehalten. Ab 1977 jedoch zeigten Praxismodelle auch Auswirkungen auf die berufliche Grundausbildung; sie fanden endlich weite Verbreitung und wurden von Praktikern mit Interesse aufgenommen. Bis 1987 investierten ein Heer von Diplomanden und Doktoranden sowie eine Reihe namhafter Autoren viel Zeit in die Entwicklung von Praxismodellen, die alle jeweils das Wesen der Ergotherapie deutlich machen sollten.

Zwischen 1987 und 1997 wurde die Arbeit zunehmend akademischer. Das Interesse verschob sich von der Erforschung der Möglichkeiten, die Praxis zu verbessern, hin zur Frage nach dem Wesen von ► **Betätigung**, der ► **Umwelt** und der Bedeutung menschlichen Betätigungsverhaltens. Die Suche nach einem einigenden **Paradigma** oder einer einigenden Beschreibung von Ergotherapie wurde intensiviert. Die Theoretiker diskutierten die Frage, ob der Berufsstand die Begriffe ► »Betätigung« (»occupation«) oder ► »Aktivität« (»activity«) verwenden sollte, und suchten nach Definitionen für diese Begriffe.

Seit Mitte der 1990er Jahre entwickeln nun eine ganze Zahl von Theoretikern in den USA und anderswo **Modelle**, die ähnliche Eigenschaften aufweisen und auf den Konzepten »Person«, »Umwelt« und »Betätigungsperformanz« (»occupational performance«) beruhen. Darin zeigt sich vielleicht ein entstehender Konsens über die theoretische Basis der Praxis.

Im Jahr 1989 wurde an der »University of Southern California« ein Doktorandenprogramm **»Occupational Science«** zur Erforschung der Grundlagen des menschlichen Betätigungsverhalten eingerichtet. Dieser neue interdisziplinäre Bereich entwickelte schon bald »ein Eigen-

leben« (Zemke u. Clarke 1997). Bereits 1997 war diese Disziplin in einer Reihe von Ländern fest etabliert und veröffentlichte ihre eigenen Zeitschriften. Die »Occupational Science« erforscht menschliche ► Betätigung aus vielen Blickwinkeln; die Ergebnisse der Studien wirken wieder zurück auf die Ergotherapie.

Im beschriebenen historischen Ablauf erstreckten sich die Stadien 1 und 2 jeweils über etwa 30 Jahre. Dies ist zweifellos ein Zufall, aber es verleitet doch dazu, darüber zu spekulieren, ob es in der Entwicklung des Berufs so etwas wie einen **30-Jahres-Zyklus** gibt. Wenn dies so ist, dann beginnt Stadium 4 in den USA etwa im Jahr 2007.

2.4 Diskussion um Begrifflichkeiten

Wer nicht Englisch spricht, dem sind die Feinheiten der Diskussion um Praxismodelle nur schwer zu vermitteln. Ein Großteil der im englischen Sprachraum geführten Diskussion um **Modelle** dreht sich um die Bedeutung solcher Begriffe wie ► »Modell«, ► »Bezugsrahmen« (»frame of reference«) oder ► »Paradigma« oder um die Bedeutung und die Zulässigkeit von Wörtern wie »occupation« (► Betätigung), »task« (Aufgabe) und »activity« (► Aktivität). Die Begriffe werden von verschiedenen Autoren unterschiedlich verwendet – manchmal als Synonyme, manchmal mit jeweils spezifischer Bedeutung. Darüber muss sich der Leser von Anfang an klar sein; er muss wissen, dass es bislang noch keine verbindlichen Definitionen gibt.

Die Bedeutung von Wörtern zu erörtern ist ein interessantes akademisches »Spiel«; für Studierende der Ergotherapie mag dies jedoch verwirrend und ablenkend sein. »Modell« bleibt ein brauchbarer übergeordneter Begriff, der in diesem Abschnitt weiterhin zur Bezeichnung aller Arten theoretischer Gedankengebäude verwendet wird.

Wichtig

Um Modelle zu verstehen, ist es nützlich, von der Diskussion um Begrifflichkeiten abzukommen. Stattdessen sollten zugrunde liegende Konzepte betrachtet werden, denn darüber herrscht – trotz des unterschiedlichen Gebrauchs von Begriffen – oft breite Zustimmung.

2.5 Verständnis der Konzepte

In einem Versuch, das Problem mit den Begrifflichkeiten zu umgehen, hat die Autorin bereits zuvor vorgeschlagen (Hagedorn 1997), in den existierenden Modellen **6 grundlegende Konzepte** zu identifizieren. Diese ergeben sich zum Teil aus der Analyse der oben beschriebenen 3 Stadien der Entwicklung von Wissen und Praxis und zum Teil aus einer Analyse der Konzepte aus bereits veröffentlichten Modellen:

- **geborgtes Wissen:** Kenntnisse und Fertigkeiten aus berufsfremden Quellen;
- **Veränderungsprozesse:** Sichtweisen davon, wie Menschen sich entwickeln, lernen und sich verändern;
- **die ergotherapeutische Variante:** Synthese aus externen Ideen und ergotherapeutischer Praxis, die den Therapeuten einen ► Bezugsrahmen für den spezifischen Gebrauch an die Hand geben soll;
- **»pure« Ergotherapie:** Modelle, die auf spezifischen Theorien und Praktiken des Berufsstandes beruhen und die sich auf Aspekte der Betätigungsperformanz (»occupational performance«) und der Umwelt konzentrieren;
- **der »große« Entwurf:** Suche nach einer umfassenden, einigenden Aussage über Reichweite und Wesen der Ergotherapie;
- **Umsetzung der Theorie in die Praxis:** Entwicklung von praktischen Fertigkeiten, Methoden der Befunderhebung und des Zugangs zum einzelnen Menschen auf der Basis von Modellen und Bezugsrahmen.