

Kognitive Kommunikations- störungen

Julia Büttner
Ralf Glindemann

Fortschritte der
Neuropsychologie

 **hogrefe**

Kognitive Kommunikationsstörungen

Fortschritte der Neuropsychologie
Band 19

Kognitive Kommunikationsstörungen

Dr. Julia Büttner, Dr. Ralf Glindemann

Herausgeber der Reihe:

Dr. Angelika Thöne-Otto, Prof. Dr. Herta Flor,
Prof. Dr. Siegfried Gauggel, Prof. Dr. Stefan Lautenbacher,
Dr. Hendrik Niemann

**Julia Büttner
Ralf Glindemann**

Kognitive Kommunikations- störungen



Dr. Julia Büttner, geb. 1979. 1999–2005 Studium der klinischen Linguistik, Pädagogik und Psychologie in Bamberg und München. Seit 2005 therapeutische Tätigkeit als klinische Linguistin (BKL) in der neurologischen Rehabilitation. Seit 2009 Dozentin im Studiengang Sprachtherapie (LMU München). 2013 Promotion. Seit 2016 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der LMU München, Studiengang Sprachtherapie. Forschungsschwerpunkte: Exekutivfunktionen, Pragmatik und neurogene Kommunikationsstörungen.

Dr. Ralf Glindemann, geb. 1950. 1970–1984 Studium der Linguistik, Literaturwissenschaften, Pädagogik, Politologie und Soziologie in Hamburg, Berlin und Braunschweig. 1986 sprachwissenschaftliche Promotion. 1985–1987 Studium der Neurolinguistik in Brüssel. 1988–1992 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik für Neurologie der Uniklinik RWTH Aachen. 1992 bis 2015 Leiter der Neurolinguistik in der Klinik für Neuropsychologie im Klinikum Bogenhausen, München. Anschließend Beteiligung an Projekten der Entwicklungsgruppe Klinische Neuropsychologie (EKN) an der LMU München.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
verlag@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar
Format: PDF

1. Auflage 2019

© 2019 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2818-5; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2818-6)

ISBN 978-3-8017-2818-2

<http://doi.org/10.1026/02818-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Einführung in die kognitiven Sprach- und Kommunikationsstörungen | 1 |
| 1.1 | Sprachliche und kognitive Leistungsbereiche der Kommunikation .. | 1 |
| 1.2 | Epidemiologische Daten | 6 |
| 1.3 | Taxonomien und terminologische Varianten | 7 |
| 2 | Beschreibung der Störungstypen | 10 |
| 2.1 | Störungen im Interaktionsverlauf | 11 |
| 2.1.1 | Die Verschränkung der Perspektiven und die Aktivierung von Orientierungswissen | 13 |
| 2.1.2 | Störungen des kommunikativen Handelns | 15 |
| 2.1.3 | Abweichungen vom Thema | 19 |
| 2.1.4 | Antriebsstörungen und verändertes Aktivationsniveau | 21 |
| 2.1.5 | Mangel an Störungsbewusstsein | 22 |
| 2.1.6 | Sprachliche Abweichungen | 24 |
| 2.2 | Störungen im Produzieren und Verstehen von Texten | 28 |
| 3 | Ätiologien der kognitiven Kommunikationsstörungen | 31 |
| 4 | Anatomische und pathogenetische Aspekte der kognitiven Kommunikationsstörungen | 33 |
| 4.1 | Schädigungen des frontalen Cortex | 33 |
| 4.2 | Rechtshemisphärische Läsionen | 35 |
| 4.3 | Subkortikale Läsionen | 36 |
| 5 | Diagnostik | 37 |
| 5.1 | Checklisten zu pragmatischen Fähigkeiten und strukturierte Anamnese | 40 |
| 5.2 | Fragebögen zur Selbst- und Fremdeinschätzung | 40 |
| 5.3 | Gesprächsanalysen | 42 |
| 5.4 | Testverfahren zu pragmatischen und semantisch-lexikalischen Fähigkeiten | 43 |
| 5.4.1 | Kommunikativ-pragmatisches Screening | 44 |
| 5.4.2 | Der MEC-Test | 44 |
| 5.4.3 | Untersuchung der Wortflüssigkeit | 45 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 5.4.4 | Screening zur Wortfindung | 45 |
| 5.4.5 | Nonverbaler Semantiktest (NVST) | 46 |
| 5.5 | Textproduktion und -rezeption | 46 |
| 5.6 | Überblick zu Testverfahren für kognitive Kommunikationsstörungen | 48 |
| 5.7 | Fremdsprachige Testverfahren | 51 |
| 6 | Behandlung kognitiver Kommunikationsstörungen | 52 |
| 6.1 | Therapie kommunikativer Handlungen in situativen Kontexten (Einzel- und Gruppentherapien) | 54 |
| 6.1.1 | Turn-Taking-Training | 54 |
| 6.1.2 | Therapien zu situationsadäquaten Handlungen | 59 |
| 6.1.3 | Arbeit am gemeinsamen Thema | 62 |
| 6.1.4 | Therapie der sozialen und kommunikativen Kompetenz | 64 |
| 6.1.5 | Gruppentherapie Sprachplanung | 65 |
| 6.1.6 | Kognitiv-pragmatisches Training | 66 |
| 6.2 | Therapien der makropropositionalen Verarbeitung mündlicher und schriftlicher Texte (Einzel- und Gruppentherapien) | 66 |
| 6.2.1 | Texttherapie: Training des systematischen Textverständnisses | 67 |
| 6.2.2 | Hierarchisches makrostrukturelles Training | 68 |
| 6.3 | Therapien der kognitiv-sprachlichen Symptome | 69 |
| 6.3.1 | Verbesserung semantischer und lexikalischer Fähigkeiten | 69 |
| 6.3.2 | Metaphern-Training und Therapie zur Verbesserung des Verstehens von Pointen | 70 |
| 6.3.3 | Ansätze aus der Therapie von Aphasien | 70 |
| 6.4 | Alltagsorientierung und Wiedereingliederung in privaten und beruflichen Alltag | 71 |
| 6.4.1 | Übungen in authentischen Situativen vor Ort (AOT-Therapie/ In-vivo-Training) | 71 |
| 6.4.2 | Angehörigenarbeit | 73 |
| 7 | Fallbeispiele | 75 |
| 7.1 | Fallbeispiel KH: dysexekutive Symptome, sprachliche Auffälligkeiten und geringes Störungsbewusstsein | 76 |
| 7.1.1 | Status bei Aufnahme | 76 |
| 7.1.2 | Anamnese und Befund | 76 |
| 7.1.3 | Therapieziele | 79 |
| 7.1.4 | Therapieverlauf | 80 |
| 7.1.5 | Fazit | 83 |
| 7.2 | Fallbeispiel DR: schwere Kommunikationsstörung nach SHT | 83 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 7.2.1 | Status bei Aufnahme: neuropsychologische und sprachtherapeutischen Diagnostik..... | 84 |
| 7.2.2 | Eigen- und Fremdanamnese | 85 |
| 7.2.3 | Therapieziele | 85 |
| 7.2.4 | Therapieverlauf | 86 |
| 7.2.5 | Fazit | 88 |
| 8 | Literatur | 88 |
| 9 | Glossar | 105 |

1 Einführung in die kognitiven Sprach- und Kommunikationsstörungen

Das Erkenntnisinteresse an hirnorganisch bedingten Störungen der Kommunikation betrifft zunächst vielfältige neurolinguistische Perspektiven. Bei der Betrachtung solch komplexer Verarbeitungsprozesse und zwischenmenschlicher Interaktionen bedarf es unbedingt auch eines differenzierten neuropsychologischen Zugangs. Wir wenden uns hier also einem ausgeprägt interdisziplinären Thema zu, das auch interdisziplinär bearbeitet werden muss (vgl. Drechsler, 2000). Dabei wird zunehmend deutlich, dass die traditionelle heuristische Trennung sprachlich-kommunikativer Aspekte von kognitiven Planungs-, Aktivierungs-, Steuerungs- und Kontrollfunktionen exekutiver Prozesse für das Verständnis vieler kommunikationsrelevanter Leistungen wenig hilfreich ist (vgl. z.B. Davis, 2012). Auch die Beteiligung von Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsleistungen spielt in den betroffenen Prozessen eine wichtige Rolle (Car & Hinckley, 2012; van Dyke, 2012). Die Neurolinguistik entwickelt sich in diesem Sinne zunehmend zur *kognitiven Neurolinguistik* oder zur *Neurokognition der Sprache* (De Bleser, 2010). Sprachverarbeitungs- und Kommunikationsprozesse sind ohne die Einbeziehung kognitiver Parameter kaum mehr abbildbar. Friederici (2003) stellt beispielsweise ein „neurokognitives Modell des Sprachverstehens“ vor, oder De Bleser (2000) nennt eines ihrer Kapitel die „kognitive Neuropsychologie der Schriftsprache“.

Kognitive Kommunikationsstörungen sind vor allem ein interdisziplinäres Thema

Kommunikationsstörungen als Gegenstand der kognitiven Neurolinguistik und der Neuropsychologie

Wir werden in dieser Arbeit zeigen, wie sehr kommunikative Fähigkeiten vielfältige kognitive *und* sprachliche Leistungen voraussetzen und wie komplex beide Aspekte kommunikativen Handelns miteinander konfundiert sind. Wir werden darüber hinaus herauszuarbeiten versuchen, wie wichtig dieses Verständnis der Störungsmechanismen für die Entwicklung und Anwendung diagnostischer und therapeutischer Vorgehensweisen ist.

1.1 Sprachliche und kognitive Leistungsbereiche der Kommunikation

Am auffälligsten sind im Kanon der neurogenen Störungen des Kommunikationsprozesses auf den ersten Blick zunächst sprachsystematische Symptome, wie sie uns bei den Aphasien vorliegen. Betroffene Patienten verfügen oft nicht mehr sicher über ein ausreichendes Repertoire an verbalen (und nonverbalen) Zeichen, sie können Dinge nicht mehr benennen, Wörter und Sätze

Abgrenzung zu den Aphasien

nicht mehr eindeutig verstehen, keine grammatischen Strukturen mehr generieren oder sie können beispielsweise nicht mehr nachsprechen, lesen oder sich unbeeinträchtigt schriftlich äußern (Glindemann, Ziegler & Kilian, 2002). Die *Aphasiologie* kann auf eine lange wissenschaftshistorische Tradition zurückblicken; die *Aphasietherapie* wird unter den neuropsychologischen Disziplinen sicherlich als die traditionsreichste und am intensivsten erforschte angesehen (Goldenberg, 2017, S. 99). Aphasische Symptome und Störungsprofile sind inzwischen gut beschrieben (Basso, 2003; Huber & Ziegler, 2000; Weniger, 2003), sie lassen sich heute psychometrisch anspruchsvoll untersuchen (vgl. etwa Blömer et al., 2015; de Bleser et al., 2004; Huber et al., 1983) und es liegt eine Vielzahl therapeutischer Interventionsverfahren vor (vgl. z.B. Abel, 2007; Glindemann, 2006; Holland & Forbes, 1993).

Kognitive Kommunikationsstörungen und die Möglichkeiten ihrer Diagnostik und Therapie sind bisher im Vergleich zu den Aphasien noch weniger ausführlich erarbeitet worden, obwohl sie auf die alltäglichen Interaktionen der Betroffenen zumeist deutliche Auswirkungen haben. Uns begegnen im klinischen Alltag immer wieder Patienten, die in Alltagssituationen am Arbeitsplatz, bei der Ausbildung und in ihrer gesamten Lebensführung versagen mussten, stigmatisiert wurden und scheiterten, weil ihre kognitive Symptomatik nach einer erworbenen Hirnschädigung beispielsweise in Ermangelung geeigneter Diagnoseverfahren nicht angemessen erkannt werden konnte. Betroffene galten in ihrem sozialen Umfeld als eigenartig oder chaotisch, weil die teilweise diskreten dysexekutiven Probleme nicht angemessen eingeschätzt werden konnten. Solche Patienten wirken (und sind oft tatsächlich) eher planlos und in ihren Handlungen teilweise unkontrolliert, ihre Alltagskommunikation ist immer wieder wenig erfolgreich und es gelingt ihnen nicht, auf den Punkt zu kommen.

Wir haben es hier also eher mit Störungen der Organisation des Kommunikationsprozesses zu tun (Kaczmarek, 1984). Dabei handelt es sich nicht um *ein* umschriebenes Störungsbild, sondern wir sehen uns konfrontiert mit ausgesprochen *heterogenen Pathomechanismen* und sehr vielfältigen klinischen Erscheinungsformen. Bei entsprechenden Störungsprofilen kann die Vermittlung von reinen Sachinformationen ebenso beeinträchtigt sein wie die Realisierung von damit verbundenen kontextbezogenen komplexen Intentionen (Illokutionen), die unterschiedliche kommunikative Handlungen charakterisieren. Es kann zu deutlichen Fehleinschätzungen kommen, zu Missverständnissen und bei ausgeprägter Symptomatik zu abweichendem Verhalten bis hin zu kommunikativen Krisen. Dabei misslingt es den Betroffenen unter anderem, aus konventionellen Vorgaben des Kontextes ein Situationsmodell für die Handlungsplanung und deren Nachvollzug zu generieren. Es gelingt ihnen also nicht, die umfassende Repräsentation eines Gespräches oder eines geschriebenen Textes zu realisieren (Ferstl & Kintsch, 1999; Togher et al., 2014). Außerdem können Betroffene eigene Teilhandlungen und solche, die von

Kognitive Kommunikationsstörungen und ihre weitreichenden Konsequenzen

ihren Interaktionspartnern vollzogen werden, nicht sinnvoll hierarchisieren. Ursache-Wirkung-Beziehungen können nicht folgerichtig eingeordnet werden. Auch Abstraktionen werden nicht angemessen vollzogen, erkannt und nachvollzogen (vgl. Glindemann, 2009). Betroffene stehen beispielsweise rhetorischen Figuren, Metaphern und Pointen sowie ironischen Äußerungen nicht selten eher hilflos gegenüber (Brownell et al., 2013). Sie verlieren aufgrund gestörter Aufmerksamkeits- und Speicherfunktionen auch das handlungsleitende Konzept; nicht selten gerät das gemeinsame Thema in Gefahr (vgl. Glindemann & von Cramon, 1995). Diese Symptome werden bei der Verarbeitung von Informationsstrukturen schriftlicher Texte auf besondere Weise deutlich; kognitive Schemata und Skripts können bei der Realisierung kohärenter Informationsstrukturen nicht erfolgreich einbezogen werden und beispielsweise misslingt das Bilden von Inferenzen (Büttner, 2014a; Coelho et al., 1995). Diese Prozesse unterliegen insgesamt häufig einer mangelnden Störungseinsicht (Karnath, 2003; Müller, 2013, S. 12f.).

Kognitive Kommunikationsstörungen und ihre vielfältigen heterogenen Symptome

Erfolgreiche kommunikative Handlungen setzen in der Regel einerseits halbwegs intakte sprachliche Leistungsbereiche voraus; also mindestens eine unauffällige Verarbeitung sprachlicher Bedeutungs- und Lautstrukturen sowie deren grammatische Verknüpfung. Gleichzeitig müssen die Kommunikationspartner in ausreichendem Maße auch über weitgehend ungestörte Exekutivfunktionen verfügen sowie über ausreichende Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsleistungen, um im kommunikativen Prozess gemeinsam Sinn oder Bedeutungen realisieren zu können.

Die Verschränkung sprachlicher und kognitiver Leistungsbereiche

Die Abbildung 1 skizziert, dass Kommunikationspartner (KA und KB), die miteinander interagieren, gleichzeitig auf sprachliche *und* kognitive Leistungsbereiche zurückgreifen können müssen, um Kohärenz und Verständigung herstellen zu können. Die Notwendigkeit des Zugriffs auf diese Leistungsbereiche besteht bei der Realisierung aller unserer kommunikativen Handlungen; bei alltäglichen Fragen und Antworten ebenso wie beim Berichten von Ereignissen oder bei längeren Diskussionsbeiträgen, beim Zeitungslesen oder beim Schreiben einer SMS.

Betroffene mit Aphasie leiden in ihrer Kommunikation wahrscheinlich mehr unter Defiziten in Leistungsbereichen, die sich an der Oberfläche eher als sprachliche Symptome manifestieren, obwohl auch sie über kognitive Fähigkeiten verfügen können müssen. Sie müssen beispielsweise behalten, was sie gefragt wurden und was sie darauf antworten wollten. Sie müssen während des Sprechens oder Verstehens z. B. auch erinnern, wie eine längere Äußerung begonnen wurde. Und sie müssen sich auch entscheiden, in welcher Reihenfolge die Darstellung von Sachverhalten sinnvoll und kohärent ist und welche vielleicht weniger wichtigen Details sie vernachlässigen sollten. Dabei können wir nach dem heutigen Stand unseres Wissens noch nicht genau absehen, in welchem Ausmaß sie auch auf kognitive Ressourcen zurückgreifen

Kognitive Leistungen bei der Sprachverarbeitung