

3.1 Pragmatisch-kommunikative Störungen als Ungleichgewicht der pragmatischen Elemente

Wie oben angeführt stellen sich pragmatisch-kommunikative Defizite in den meisten Fällen als Sekundärproblematik dar. Die pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten sind nur im Kontext der individuell vorhandenen sprachstrukturellen Fähigkeiten (Aussprache, Wortschatz, Grammatik), sowie eingebunden in situative, soziale, kulturelle Kontexte etc., analysierbar. Zusätzlich werden sie durch weitere Fähigkeits-, Verarbeitungs- und Persönlichkeitsmerkmale der Person moderiert. So wirken sich beispielsweise Störungen im semantisch-lexikalischen Bereich auch auf die Möglichkeit zum Verständnis von Kommunikationssituationen oder von (schrift-)sprachlichen Inhalten aus. Ebenfalls werden Redeflussstörungen oder sozio-emotional bedingte Sprachstörungen auf der pragmatischen Sprachebene sichtbar. Notwendig ist ein Bezugsrahmen, der die Zusammenhänge zwischen Sprachstörungen und den pragmatischen Fähigkeiten nachvollziehbar verdeutlicht. Die Zusammenstellung der Elemente der Pragmatik und das Verständnis ihrer Wechselwirkungen durch Perkins bieten sich hierfür an. In der Kommunikation interagieren die semiotischen, kognitiven, motorischen und sensorischen Elemente der Pragmatik, sie stärken oder hemmen einander ([415], S. 62 ff.). Bei Kindern und Erwachsenen mit einer typischen Sprachentwicklung/Sprachverarbeitung befinden sich diese Elemente im Gleichgewicht (*equilibrium*) und gewährleisten situations- und kontextangemessenes sprachliches und

nichtsprachliches Kommunizieren. Ist jedoch eines dieser Elemente beeinträchtigt, kann sich dies auf die Fähigkeit einer Person auswirken, Kommunikationssituationen angemessen zu verstehen oder als Kommunikationspartner selbst zu agieren. Dadurch kommt es zu einem Ungleichgewicht (*disequilibrium*). Nach Perkins [415] sind pragmatische Störungen demzufolge als kompensatorische Adaption und damit als Sekundärproblematik zu verstehen, da die betroffenen Personen versuchen, trotz des Ungleichgewichtes der pragmatischen Elemente, zu kommunizieren und zu interagieren. Dies führt zu rezeptiven oder produktiven pragmatischen Beeinträchtigungen, die sich wiederum intrapersonell (Verständnis von Situationen, Texten, Sprachäußerungen) oder interpersonell (Kommunikation zwischen Personen) auswirken können (► Tab. 3.1).



Merke

Bei Kindern und Erwachsenen mit einer typischen Sprachentwicklung/Sprachverarbeitung befinden sich die semiotischen, kognitiven, motorischen und sensorischen Elemente der Pragmatik im Gleichgewicht (*equilibrium*). Ist eines dieser Elemente beeinträchtigt, kann sich dies auf die Fähigkeit einer Person auswirken, in Kommunikationssituationen angemessen zu verstehen oder zu agieren. Es kommt zu einem Ungleichgewicht (*disequilibrium*).

Die pragmatisch-kommunikative Sprachebene ist bei entwicklungsbedingten oder erworbenen Sprach-, Sprech- oder Stimmstörungen unterschiedlich betroffen, da sie durch unterschiedliche

Tab. 3.1 Elemente der Pragmatik (Perkins 2007, [412], S. 63)

Semiotische Elemente (Zeichen)	Kognitive Elemente (Gedächtnis)	Motorische Elemente (Bewegung)	Sensorische Elemente (Wahrnehmung)
<ul style="list-style-type: none"> • Sprache: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Phonologie ◦ Prosodie ◦ Morphologie ◦ Syntax ◦ Semantik ◦ Diskurs • Gesten • Blick • Mimik • Körperhaltung 	<ul style="list-style-type: none"> • Logik (Inferenz) • Theory of Mind • exekutive Funktionen • Gedächtnis • Emotion • Einstellung/Standpunkt (Attitude) 	<ul style="list-style-type: none"> • Vokaltrakt • Hände • Arme • Gesicht • Augen • Körper 	<ul style="list-style-type: none"> • Hören • Sehen

Beeinträchtigungen in Bezug auf die semiotische, kognitive, motorische oder sensorische Verarbeitung gekennzeichnet sind und die Rezeption und/oder Produktion in unterschiedlichem Maß betreffen. Als sprachliche Symptome zeigen sich beispielsweise Probleme bei Sprechakten (Turn-Taking, Inferenzziehung, unangemessener Rededrang, Beharren auf besonderen, eigenen Themen oder Sprunghaftigkeit in Themen, feste Phrasen und Perseverationen), beim Verständnis von Witz und Ironie, Probleme in Bezug auf Kohärenz und Kohäsion, unangemessene Präsuppositionen, Sprachverständnisprobleme und durch die Verwendung von situations- oder kontextunangemessenem Wortschatz. Auf der nichtsprachlichen Ebene zeigen sich Auffälligkeiten durch mangelnde nonverbale Kommunikation und Emotionsdeutung oder Verwendung (Mimik und Gestik) ebenso wie Probleme bei sozialer Interaktion und ggf. ein negatives Selbstwertgefühl [80], [122], [547].

Zu den Besonderheiten in Bezug auf die pragmatischen Fähigkeiten bei ausgewählten Störungsbildern im Kindes- und Erwachsenenalter wird im folgenden Abschnitt ein einführender Überblick gegeben. Eine differenzierte Darstellung erfolgt in Kap. 6 und Kap. 9.

3.2 Störungen im Kindesalter

Für den Kinderbereich gab es eine langjährige Debatte über das Vorhandensein einer eigenen, klar definierbaren, sozial-pragmatischen Störung. Die Debatte war und ist begleitet von inkonsistenten Terminologien und diagnostischen Ein- und Ausschlusskriterien. So fehlen reliable und kulturunabhängig zuverlässige Messinstrumente und es bestehen beispielsweise Schwierigkeiten, die sozialen Auffälligkeiten und Kommunikationsprofile bei kognitiven und neurologischen Entwicklungsstörungen miteinander zu vergleichen [394]. Dohmen [139] gruppiert die Störungen im Kindesalter nach qualitativen und symptomatischen Aspekten in einem Rahmenplan. Sie unterscheidet Kinder mit einer verzögerten kommunikativen Kompetenz, Kinder mit sprachstrukturellen Defiziten, Kinder mit sprachlich-pragmatischen Defiziten, Kinder mit sozial-kommunikativen Defiziten und Kinder mit dauerhaft gravierend eingeschränkter kommunikativer Kompetenz. Sie bietet so eine gute Grundlage für die Vorgehensweise bei der Intervention. Eine nähere Erläuterung erfolgt in Kap. 6 und Kap. 8.

Für die einführende Darstellung werden die Störungen nachfolgend in Bezug zum Entwicklungsalter dargestellt. So unterteilt Cummings [122] für das Kindesalter Störungen in der Entwicklungsperiode (0–7 Jahre) und Störungen in der älteren Kindheit/dem Jugendalter bzw. der frühen Adoleszenz (7–18 Jahre).

3.2.1 Störungen in der Entwicklungsperiode (0–7 Jahre)

Die Störungen in der Entwicklungsperiode sind einerseits vor dem Hintergrund der Sprachentwicklung und damit dem Erwerb sprachstrukturellen und metasprachlichen Wissens und zum anderen vor dem Hintergrund der Entwicklung in anderen Domänen (Motorik, Kognition, Sensorik etc.) zu analysieren. So treten die Störungen im Kindesalter vor allem in Verbindung mit (Sprach-)Entwicklungsstörungen auf und manifestieren sich als pragmatisch-kommunikative Auffälligkeiten bis ins Jugend- und Erwachsenenalter. Dabei führen die sprachstrukturellen, vorrangig morphologisch-syntaktischen Probleme zu Auffälligkeiten im situations- und kontextangemessenen Sprachgebrauch [80]. Ebenfalls zeigen sich in diesem Alter pragmatisch-kommunikative Probleme als Hauptsymptom bei Kindern mit Autismus-Spektrum-Störung [444]. Es gibt Überschneidungen in der Symptomatik dieser beiden Gruppen und Diskussionen um eine zwischen beiden Störungen liegende Störung mit der Bezeichnung *pragmatic language impairment* [56], [394]. Bereits 1983 beschrieben Rapin und Allen die Störung *semantic-pragmatic deficit syndrome* [437] mit einem nicht angemessenen Einsatz nonverbaler Mittel, Problemen im Turn-Taking und der Gesprächsorganisation. Ebenfalls finden sich floskelhafte Äußerungen und es fällt den Kindern schwer, Witz und Ironie zu erkennen (siehe auch: [438], [56]). Zudem erfüllt ein Teil der Kinder mit umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen (USES) die Kriterien einer pragmatischen Störung. Bei ihnen stehen die Schwierigkeiten auf der pragmatisch-kommunikativen Ebene stärker im Vordergrund, als es ihre Leistungen auf den anderen Sprachebenen erwarten lassen würden. Bishop prägte hierfür den Begriff *Pragmatic Language Impairment (PLI)* [392], [56]. Norbury [394] bemängelt in einem Review die Ungenauigkeit der oben beschriebenen Diagnose *social (pragmatic) communication disorder – SPCD* (Qualität der Diagnostikinstrumente, große

Überschneidungsbereiche zu neurologischen Entwicklungsstörungen und scheinbar disparaten Störungen wie Verhaltensstörungen, ADHS und genetische Störungen). Für sie ist SPCD daher eher ein Symptomprofil, das in verschiedenen neurologischen Entwicklungsstörungen vorkommt und das über verbindliche Diagnostikkriterien zukünftig genauer gefasst werden sollte. Zudem weist sie darauf hin, dass die Leistungen in den Bereichen soziale Kommunikation und Pragmatik sehr stark von der Entwicklung sprachstruktureller Fähigkeiten beeinflusst werden. Für eine Diskussion siehe die Darstellungen in Kap. 6.

Ebenfalls von Cummings der Entwicklungsperiode zugeordnet werden pragmatisch-kommunikative Auffälligkeiten, die aus Problemen in den Bereichen Emotionalität, Verhalten und Aufmerksamkeit resultieren [339], [35], [215]. So können Kinder mit Verhaltensstörungen, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Kontaktstörungen oder Mutismus in bestimmten Situationen nicht adäquat kommunizieren oder interagieren. Für einen Teil dieser Kinder können die Auffälligkeiten im Verhalten auch als Sekundärfolge ihrer geringen sprachlichen Fähigkeiten angesehen werden [294]. Ebenfalls können sozial-emotionale Störungen zu Isolation und damit zu geringeren pragmatisch-kommunikativen Lernerfahrungen führen [339]. Als weitere Gruppe sind hier Kinder zu nennen, deren pragmatisch-kommunikative Auffälligkeiten mit kognitiven Beeinträchtigungen oder genetischen Syndromen (z.B. Down-Syndrom, Williams-Beuren-Syndrom, Fragiles-X-Syndrom) einhergehen [323], [173]. Die kommunikativen Fähigkeiten dieser Kinder interagieren mit den geringen kognitiven Fähigkeiten und/oder Auffälligkeiten im sprachstrukturellen Wissen sowie in Wahrnehmungsfähigkeiten. Demzufolge sind ihre Fähigkeiten zum situations- und kontextangemessenen Sprachgebrauch sowie zum Verstehen dieser Kontexte in Kommunikation und Interaktion beeinträchtigt.

Merke

Die Störungen in der Entwicklungsperiode sind einerseits vor dem Hintergrund der Sprachentwicklung und damit dem Erwerb sprachstrukturellen und metasprachlichen Wissens und zum anderen vor dem Hintergrund der Entwicklung in anderen Domänen (Motorik, Kognition, Sensorik etc.) zu analysieren.

3.2.2 Störungen in der älteren Kindheit/dem Jugendalter (frühe Adoleszenz, 7–18 Jahre)

Die Sprachentwicklung ist in ihren wesentlichen Grundzügen im Alter von 5 Jahren abgeschlossen [290], allerdings entwickeln sich pragmatische Kompetenzen wie die Fähigkeit zum Verstehen linguistischer Zweideutigkeiten, die Fähigkeit zur individuell angemessenen Berücksichtigung von Präsupposition oder die Fähigkeit zur korrekten Wiedergabe komplexer Abläufe erst nach dem 7. Lebensjahr (vgl. Kap. 2). Folglich zeigen sich bei älteren Kindern die manifestierten Störungen der Entwicklungsperiode, wenn die Beeinträchtigungen der pragmatisch-kommunikativen Verarbeitung im Entwicklungsverlauf zu dauerhaften Auffälligkeiten geführt haben (z. B. bei Down-Syndrom, Autismus). Erfolgen mögliche Störungen erst in dieser späteren Entwicklungsphase nach dem erfolgreich durchlaufenen Spracherwerb, dann betreffen sie die eingangs geschilderten Aspekte der komplexeren pragmatischen Verarbeitung. Hinzu kommen im Altersbereich von 7 bis 18 Jahren Störungen infolge von Krebserkrankungen im Bereich des Gehirns oder Störungen infolge von anderen Hirnverletzungen (z. B. durch Autounfälle, Sportverletzungen). Daneben können auch Interventionen wie Chemotherapie oder neurochirurgische Eingriffe zu weiteren sprachlichen und kognitiven Beeinträchtigungen führen. So lassen sich vor allem dysarthrische Symptome und Schluckbeschwerden ebenso wie Probleme im Langzeit- und Kurzgedächtnis beobachten [371], [370]. Je nach Läsions- oder Störungsort können auch Wahrnehmungs- und/oder Konzentrationsfähigkeiten betroffen und die Kommunikation beeinträchtigt sein, ferner können semantisch-lexikalische oder syntaktische Beschränkungen auftreten. Die Störungssymptomatik zeigt sich in Abhängigkeit vom allgemeinen und sprachlichen Entwicklungsstand zum Zeitpunkt der Hirnverletzung. So fanden zum Beispiel Ewing-Cobbs und Barnes [161] sprachliche Defizite im Bereich des Lexikons und grundlegender Diskursfähigkeiten bei jüngeren Kindern, währenddessen bei älteren Kindern infolge der Hirnverletzungen komplexere Diskursfähigkeiten gestört sind. Im Gegensatz zu den Störungen im Erwachsenenbereich kann es durch die Reorganisation des immer noch im Wachstum befindlichen Gehirns und dem gleichzeitigen Erwerb späterer sprachlicher und metasprachlicher Kompetenzen

zu komplexen Erscheinungsbildern der pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten kommen. So können sich Störungen in der sprachstrukturellen Verarbeitung, in den Diskursfähigkeiten, aber auch im Textverstehen oder in narrativen Leistungen zeigen (für eine Übersicht siehe [122], S. 44–49).

Merke

Bei älteren Kindern und Jugendlichen zeigen sich die Störungen der Entwicklungsperiode als manifestierte Störung. Hinzu kommen Störungen und Schädigungen nach dem erfolgreich durchlaufenen Spracherwerb, sie betreffen Aspekte der komplexeren pragmatischen Verarbeitung.



3.3 Störungen im Erwachsenenalter

Die seit dem Kindesalter bestehenden pragmatisch-kommunikativen Störungen, die sich im weiteren Entwicklungsverlauf manifestiert haben (z. B. Autismus, Störungen infolge genetischer Syndrome), sind ein Teil der im Erwachsenenalter zu beobachtenden Störungen. Pragmatisch-kommunikative Störungen können aber auch erst im Erwachsenenalter entstehen und resultieren neben neurologischen Erkrankungen oder Schädigungen zusätzlich auch aus psychiatrischen oder degenerativen Krankheiten. Wie bereits für das Jugendalter berichtet, ist die sprachliche und pragmatisch-kommunikative Symptomatik infolge von neurologischen Schädigungen von der Art der Lokalisation der Störung abhängig. Im Gegensatz zum Kindesalter tritt die Schädigung bei Erwachsenen jedoch nach dem abgeschlossenen Spracherwerb auf. Zusätzlich kommt es aufgrund der abgeschlossenen Hirnreifung seltener zu Reorganisation, Remission oder Kompensation [261], [240].

Ab dem mittleren Erwachsenenalter sind zunehmend degenerative Erkrankungen wie multiple Sklerose oder Parkinson zu beobachten. Bei betroffenen Personen resultieren die pragmatischen Auffälligkeiten zumeist aus den mit der Degeneration einhergehenden kognitiven oder motorischen Problemen. Die pragmatisch-kommunikativen Leistungen wurden jedoch selten in Studien differenziert untersucht [122]. Die meisten Befunde gibt es hier zu Personen mit Morbus Parkinson. Für sie

werden neben motorischen und damit artikulatorischen Einschränkungen, z. B. Auffälligkeiten im Bereich Intonation (Markieren von syntaktischen Phrasengrenzen), Verstehen von Sprechakten, Ironie sowie von Metaphern und Implikaturen, berichtet [351], [352], [122].

Ein weiterer Schwerpunkt im Erwachsenenalter sind pragmatisch-kommunikative Störungen infolge von psychischen Erkrankungen, wie z. B. Schizophrenie. Bei Personen mit dieser Störung sind neben sprachstrukturellen Ebenen (Phonologie, Semantik und Syntax) ebenfalls sprachpragmatische Fähigkeiten betroffen. So sind bei ihnen beispielsweise Texte und Erzählungen (Narration) häufig inkohärent und es fehlt meist der „rote Faden“ [416]. Außerdem werden Synonyme und Metaphern nicht korrekt verwendet oder verstanden. Kruck et al. [311] berichten darüber hinaus von Problemen im Bereich der Inferenzziehung und des Schlussfolgerns.

Im fortgeschrittenen Erwachsenenalter kann es zudem zu pragmatisch-kommunikativen Störungen infolge von degenerativen Krankheiten wie Demenz oder Alzheimer-Krankheit kommen [482], [481]. Infolge der Demenz kann intrapersonell das Gesprächsverhalten gestört sein (Wortfindung, Benennen) und interpersonell das Planen komplexer sprachlicher Handlungen. Im späteren Verlauf treten zunehmend Paraphrasien, Perseverationen und syntaktische Störungen auf. Dadurch werden die Äußerungen zunehmend floskelhaft und inhaltsarm.

Merke

Im Erwachsenenalter und fortgeschrittenen Erwachsenenalter zeigen sich neben den manifestierten pragmatisch-kommunikativen Störungen aus den Phasen der frühen und späten Kindheit zunehmend Störungen infolge von neurologischen, psychischen und degenerativen Erkrankungen.



3.4 Ursachenhypothesen und Wechselwirkungen

Perkins ([412], S. 108) unterteilt die pragmatischen Störungen aufgrund der zugrunde liegenden Ursachen in primäre, sekundäre und multiple pragmatische Störungen. Die primären pragmatischen

Störungen resultieren demnach aus kognitiven Dysfunktionen in den Bereichen Gedächtnis, Theory of Mind, exekutive Funktionen, Emotion und Verhalten sowie schlussfolgerndes Denken. Sekundäre pragmatische Störungen resultieren im Gegensatz dazu einerseits aus Problemen im sprachlichen Bereich (Phonologie, Morphologie, Grammatik/Syntax, Lexikon, Prosodie, Diskursfähigkeit) oder andererseits aus Problemen im sensomotorischen Bereich (auditive Wahrnehmung, visuelle Wahrnehmung, motorische/artikulatorische Fähigkeiten). Liegen mehrere Ursachen zugrunde, spricht er von komplexen pragmatischen Störungen.

3.4.1 Pragmatik und Beeinträchtigung auf der kognitiven Ebene

Pragmatische Fähigkeiten sind nicht das Produkt eines kognitiven Prozesses. Vielmehr zeigen sich vielfältige Interaktionen und Überlappungen zwischen kognitiven Teilprozessen und der pragmatischen Verarbeitung auf der intrapersonellen und der interpersonellen Ebene, welche Teilaspekte von Sprachstörungen oder ihre Entwicklung erklären ([412], S. 70 ff.).

Probleme in Bezug auf schlussfolgerndes Denken bei fehlenden expliziten Hinweisen (Inferenz) werden bei Störungen wie Autismus-Spektrum-Störung, umschriebene Sprachentwicklungsstörung, pragmatische Sprachentwicklungsstörung (PLI) sowie bei rechtshemisphärischen Hirnschädigungen oder infolge traumatischer Hirnverletzungen beschrieben [392], [325]. Sie wirken sich beispielsweise auf das Verständnis von Ironie und Sarkasmus, von indirekter Rede, Doppeldeutigkeiten oder Metaphern sowie von Texten und Diskussionen oder das Einschätzen von Emotionen und Gefühlen aus. Auf der intrapersonellen Ebene bedeutet diese Störung, dass Informationen aus unterschiedlichen Quellen nicht miteinander verknüpft werden können oder auf neue Informationen übertragen werden. In Bezug auf die interpersonelle Ebene kann die Äußerung des Gesprächspartners nicht vollständig verstanden und die eigene Sprachäußerung nicht angemessen an den Gesprächspartner angepasst werden, da es nicht gelingt, die Teilaspekte seiner Äußerung (Sprache, Gesten, Gesichtsausdruck, Emotionalität etc.) zu integrieren. Zusätzlich müssten ebenfalls das Wissen des Gesprächspartners, seine Intention, seine Wünsche etc. berücksichtigt werden ([412], S. 74 ff.).

Probleme in Bezug auf Theory of Mind können bei Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung, bei Erwachsenen mit rechtshemisphärischen Hirnverletzungen, bei traumatischen Hirnverletzungen, bei Schizophrenie sowie bei Kindern mit Entwicklungsstörungen, mentaler Retardierung und bei umschriebenen Sprachentwicklungsstörungen vorliegen [405], [334], [1]. Die Betroffenen benutzen eine vereinfachte Sprache (Wortschatz) und verstehen demzufolge beispielsweise Doppeldeutigkeiten nicht und können So-tun-als-ob-Handlungen nicht verstehen oder Lügen und Witze nicht voneinander unterscheiden. Intrapersonell gibt es Wechselwirkungen zwischen der Entwicklung der ToM und dem Semantik- und Syntaxerwerb. Die Entwicklung der ToM ist auch von der Entwicklung auf der sensorischen Ebene beeinflusst. So scheinen auch gehörlose Kinder in der Entwicklung der ToM verzögert ([412], S. 76 ff.).

Als exekutive Funktionen werden höhere kognitive Prozesse wie Planen, Organisieren, Abstrahieren, Problemlösen etc. verstanden, ebenso Dinge wie Meinungsbildung und gedankliche Flexibilität [20]. Sie werden als ein Hauptproblem bei pragmatischen Störungen beschrieben [1]. Ebenfalls sind die exekutiven Funktionen bei Schädigungen des Frontallappens oder bei rechtshemisphärischen Hirnverletzungen gestört [115]. Es zeigen sich Beeinträchtigungen bei Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom, Autismus, beim Fragiles-X-Syndrom etc. [610], [441], [63]. Da die exekutiven Funktionen mit Teilleistungen im kognitiven, semiotischen und sensorischen Bereich vielfach interagieren, können sich Störungen (Aufmerksamkeitsfokus, Erfassen neuer Situationen, Verarbeitungsgeschwindigkeit) sowohl intra- als auch interpersonell auswirken und zu geringerer Interaktion führen ([412], S. 82 ff.).

Des Weiteren lassen sich Einflüsse von Gedächtnisleistungen auf die pragmatische Verarbeitung aufzeigen [412]. Defizite im Kurzzeitgedächtnis führen zur eingeschränkten Fähigkeit, sprachliche und nichtsprachliche Informationen über eine bestimmte Zeit aktiv verfügbar zu halten. In der Folge kommt es zu Missverständnissen, da die Inhalte nicht über die gesamte Kommunikationszeit zur Verfügung stehen. Wörter und Sätze können nicht erinnert oder wiederholt werden. Hieraus resultieren ebenfalls Probleme im Spracherwerb [25]. Defizite im Langzeitgedächtnis wirken sich ebenfalls auf die pragmatischen Fähigkeiten aus, da bereits erworbenes Wissen nicht verfügbar gemacht wer-

den kann (Abruf) oder unvollständig bzw. fehlerhaft (phonologische Form, lexikalische Bedeutung) gespeichert ist. Masters u. Donlan [346] fanden in einer Untersuchung mit 5- bis 10-jährigen kommunikationsbeeinträchtigten Kindern, dass die Fähigkeit zur sozialen Interaktion mit den Leistungen im Nachsprechen von Wortfolgen (Kurzzeitgedächtnis) korreliert. Auch hier zeigt sich die interpersonelle Bedeutung der kognitiven Ebene für die pragmatische Verarbeitung.

Die Fähigkeit, Emotionen und Einstellungen über Mimik und Gestik, durch prosodische Markierung oder die Wortwahl mitzuteilen oder zu deuten, kann beeinträchtigt sein und zu pragmatischen Auffälligkeiten oder Störungen führen. Probleme im Verständnis und/oder der Produktion von Emotionen und Einstellungen werden unter anderem für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung, Sprachentwicklungsstörungen, Down-Syndrom, Alzheimer-Krankheit, Morbus Parkinson und Schizophrenie berichtet [186], [339], [63], [440], [422]. Intrapersonell können die entsprechenden Signale nicht erkannt und/oder produziert werden. Dies beeinflusst die Entwicklung der sozialen Intelligenz ebenso wie die Sprachentwicklung. Des Weiteren können sozio-emotionale Probleme im Zusammenhang mit Sprach(entwicklungs)störungen auftreten. Auf interpersoneller Ebene kann es zu Missverständnissen kommen, wenn Informationen zu Emotionen und Einstellungen nicht erkannt oder produziert werden können ([412], S. 104 ff).

Merke

Es zeigen sich vielfältige Interaktionen und Überlappungen zwischen kognitiven Teilprozessen (schlussfolgerndes Denken, ToM, exekutiven Funktionen, Gedächtnis-/Arbeitsgedächtnisprozesse, Emotion) und der pragmatischen Verarbeitung auf der intrapersonellen und der interpersonellen Ebene, welche als Teilaspekte von Sprachstörungen auftreten.

3.4.2 Pragmatik und Störungen auf anderen linguistischen Ebenen

Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen sind durch unterschiedliche Beschränkungen in der Verarbeitung von Sprache, bezogen auf die linguistischen Sprachebenen, gekennzeichnet. Sie betreffen das

Wahrnehmen, Verstehen und Produzieren von sprachlichen Lauten (Phonetik-Phonologie), Bedeutungen und Inhalten (Semantik-Lexik) sowie von sprachlichen Strukturen und Regeln (Morphologie-Syntax). Störungen auf diesen Ebenen führen intrapersonell zu geringen Wahrnehmungs- und Verstehensleistungen und beispielsweise zu fehlerhaften Repräsentationen von Lauten und Wörtern im Lexikon, ebenso können morphologische und syntaktische Regeln nicht angemessen erkannt und repräsentiert werden [278]. Dadurch wird der Spracherwerb negativ beeinflusst und/oder das Verstehen sprachlicher Äußerungen im Kontext ist erschwert. Interpersonell wirken sich die produktiven Beschränkungen infolge der Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen auf die Qualität der Sprachäußerungen der betroffenen Personen aus. Sie können entweder in Bezug auf die Lautgestalt (Aussprache), den Inhalt (Wortbedeutung) oder den Aufbau (grammatische Struktur) fehlerhaft sein [278]. Möglicherweise sind aber auch die Prosodie oder der Redefluss betroffen [305]. Die Folge sind eingeschränkte sprachlich-kommunikative Ausdrucksmöglichkeiten, die dann die Möglichkeiten für situations- und kontextangemessene Kommunikation und Interaktion beeinträchtigen.

Merke

Geringe Verarbeitungsleistungen in den sprachstrukturellen Bereichen (Phonetik/Phonologie, Semantik/Lexik, Morphologie/Syntax) sowie in Prosodie und Sensorik können zu eingeschränkten sprachlich-kommunikativen Ausdrucks- und Erkennensmöglichkeiten führen, die dann die Fähigkeit für situations- und kontextangemessene Kommunikation und Interaktion beeinträchtigen.

3.4.3 Pragmatik und Wahrnehmungsstörungen (vorrangig Hören und Sehen)

In Kommunikations- und Sprachlernsituationen müssen sprachliche und nichtsprachliche Signale gleichzeitig beachtet werden. Daher wirken sich geringe oder nicht vorhandene Seh- und/oder Hörfähigkeiten auf das Sprachverstehen aus und führen zu Besonderheiten im Erwerb und im Sprach-

gebrauch. Personen mit visuellen Problemen können beispielsweise die Mimik und Gestik nicht für das Analysieren einer sprachlichen Äußerung heranziehen, sie sind auf den Stimmklang und prosodischen Hinweisreize angewiesen. Blinde Kinder haben Schwierigkeiten im Erwerb der semantischen Elaboration, vor allem bei handlungsbezogenen Wortbedeutungen. Weitere Probleme kann es beim Erwerb und Gebrauch von räumlich-deiktischen Ausdrücken (drüben, dort, hier), von lokalen Präpositionen (über, neben, auf) sowie bei Personalpronomen, die sich bei Sprecherwechsel ändern, geben (ich, du) [529]. Bei der Beschreibung von Objekten werden weniger visuelle Parameter berichtet [584].

Bei starken Hörbeeinträchtigungen oder Taubheit können prosodische/emotionale Informationen (Melodie, Akzent, Stimmklang ...) nicht oder unzureichend genutzt werden und eine lautsprachliche Kommunikation ist nicht möglich. Aufgrund der eingeschränkten Hörerfahrungen kann es zu Einschränkungen in der Wortschatzentwicklung sowie zu einer semantischen Elaboration kommen, was dann auch das verfügbare Weltwissen einschränkt [163]. Dies beeinträchtigt die Fähigkeit zur situations- und kontextangemessenen Kommunikation und Interaktion neben den verbalsprachlichen Möglichkeiten zusätzlich. Menschen, die mit Hörgeräten oder Cochlea-Implantat versorgt sind, können ebenso Probleme mit der phonologischen Verarbeitung (Analyse) sowie mit dem Hören in komplexen Situationen (Selektion - viele Sprecher, viele Nebengeräusche, hoher Gesamtlärmpegel...) haben, was das Verstehen und eigene Handeln in Kommunikation und Interaktion erschwert [451]. Probleme mit der Analyse, Lokalisation, Diskrimination und Selektion von lautsprachlichen Äußerungen zeigen sich ebenso bei Personen mit auditiven Verarbeitungsstörungen, die auch als auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS) bezeichnet werden [322]. Damit erleben hörbeeinträchtigte Menschen häufiger Missverständnisse und frustrierende Kommunikation. In Kombination mit der erhöhten Anspannung und Aufmerksamkeit im Zuge der Kommunikation erfahren sie so eine hohe Stressbelastung, die auch zu sozialem Rückzug führen kann.

3.4.4 Weitere Ursachen und Risikofaktoren für pragmatisch-kommunikative Störungen

Wie bereits beschrieben, sind pragmatische Fähigkeiten ein Zusammenspiel semiotischer, kognitiver, motorischer und sensorischer Teilfähigkeiten, das sich rezeptiv (intrapersonell) und produktiv (interpersonell) auswirkt [412]. Infolgedessen können die für diese Wahrnehmungs- und Entwicklungsbereiche bekannten Ursachen und Risikofaktoren ebenfalls als Ursachenhypothesen für pragmatische Störungen im Kindesalter herangezogen werden.

Anregung/sozioökonomischer Status Infolge einer geringen sprachlichen Anregung im Elternhaus oder aufgrund der mit dem sozioökonomischen Status assoziierten Anregung im weiteren sprachlichen Umfeld des Kindes, stehen dem Kind im Spracherwerb unvollständige, verkürzte, fehlerhafte oder unangemessene Sprach-, Kommunikations- und Interaktionsmodelle zur Verfügung. Dies kann zu einer geringeren Qualität und Quantität des semantisch-lexikalischen sowie morphologisch-syntaktischen Wissens oder der pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen führen [60].

Probleme im Bereich der sozial-emotionalen Entwicklung und des Verhaltens werden von Perkins [412] den kognitiven Störungen zugeordnet. Zu den Wechselwirkungen von Störungen im Bereich Emotion und Verhalten für das Kindesalter (z. B. Kontaktstörung, ADHS, Mutismus) wurde bereits in Kap. 2.3.6 berichtet. Sprach- und Kommunikationsstörungen gehen bei Kindern häufig mit Verhaltens- und emotionalen Störungen einher. Bei einem Teil der Kinder könnte der Verhaltens- und emotionalen Störung eine nicht diagnostizierte Sprachstörung zugrunde liegen [294]. Hinzu kommt, dass Betroffene häufig sozial isoliert werden und damit in der Folge weniger Gelegenheit haben, soziale Verhaltensweisen zu trainieren [339].

Im Erwachsenenbereich kann es beispielsweise infolge von Läsionen, Alkoholismus oder einer bipolaren Störung (Schizophrenie) zu Verhaltensstörungen kommen, die sich wiederum auf Kommunikation und Interaktion auswirken. Auch sie sind oben im Kap. 3.4.1 dargestellt.

4 Prinzipien und Methoden der Diagnostik

Das diagnostische Vorgehen in der sprachtherapeutischen bzw. logopädischen Praxis erfolgt systematisch, hypothesengeleitet und prozessorientiert und kann unterschiedliche Zielstellungen verfolgen [479]. Dabei kommen verschiedene diagnostische Methoden zum Einsatz, die in diesem Kapitel beschrieben werden.

4.1 Zielstellung und Ablauf der Diagnostik

Die übergeordnete Grundlage des Vorgehens bildet die jeweilige Zielstellung des diagnostischen Prozesses. In Anlehnung an die Zusammenstellung von Schrey-Dern und Kollegen [505] sind die folgenden Zielsetzungen zu nennen:

- Erfassung der sprachlichen Kompetenz
- Erfassung von Fähigkeiten anderer Entwicklungsbereiche bzw. Störungen
- Erfassung von Abweichungen hinsichtlich des Verlaufs der Sprachentwicklung
- Entwicklung und Überprüfung von Hypothesen über Bedingungsfaktoren der Beeinträchtigung
- Feststellung einer Behandlungsbedürftigkeit
- Interventionsplanung (Ableitung der Therapie- und Beratungsschwerpunkten)
- Evaluation (Beurteilung der Effektivität von Interventionsmaßnahmen)

Die Diagnostik erfüllt somit keinen Selbstzweck, sondern dient im sprachtherapeutischen Arbeitsfeld in der Regel der Sicherstellung der optimalen Anpassung von Interventionsangeboten an die (sprachlichen) Voraussetzungen einer Person. Nur mit dezidiertem Wissen über das Kompetenzprofil einer Person können unter Berücksichtigung von kindlichen Entwicklungsprozessen sowie von Sprachverarbeitungsmechanismen und sprachlichen Lernmechanismen therapeutische Angebote bzw. Förderangebote unterbreitet werden, welche die individuellen Voraussetzungen aufnehmen.

Das Ziel einer Diagnostik muss somit die Zusammenstellung aller Daten sein, die eine spezifische sprachliche Intervention ermöglichen. Im Sinne der ICF [136], [611] und bezogen auf den Bereich der pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten sind folglich Aspekte zur Aktivität zu erfassen, die als Fähigkeiten zum Handeln als Sender und Empfänger (Kommunikationspartner) beitragen (unter

anderem kognitive Variablen wie ToM oder Gedächtnisfähigkeiten und sprachliche Kompetenzen zur Gesprächsführung und Textproduktion). Zum anderen geht es um Aspekte hinsichtlich der Partizipation. Dies schließt die Erfassung der interpersonellen Interaktionen und Beziehungen ein sowie die Beschreibung der Teilhabe in bedeutenden Lebensbereichen (Schule, Beruf, Familie, Freizeit) [48].

Lukesch [336] stellt den diagnostischen Prozess aus der psychologischen Perspektive heraus so dar, dass ein Problem den Ausgangspunkt des Prozesses markiert, aus dem sich Fragestellungen und entsprechende Hypothesen dazu ableiten lassen. Entsprechend der Hypothesenbildung erfolgt die Methodenauswahl zur Überprüfung derselben.

Das diagnostische Urteil, das aus der Annahme oder dem Verwerfen von Hypothesen hervorgeht, bildet dann den Ausgangspunkt einer entsprechenden Intervention (Therapie, Beratung). Dieser Prozess ist jedoch nicht linear zu verstehen, sondern dadurch gekennzeichnet, dass aufgrund des Verwerfens von Hypothesen neue aufzustellen sind, was wiederum auch eine Neu-Auswahl geeigneter Methoden und Verfahren nach sich zieht. Erst wenn die Fragestellungen zufriedenstellend beantwortet werden können und so beispielsweise das sprachliche Kompetenzprofil erstellt, eine Entscheidung über eine Therapieindikation festgestellt oder mögliche Therapieziele erfasst wurden, wird zum nächsten Schritt, in der Regel zur Intervention übergegangen (z.B. Therapie, Beratung, Förderung). Anschließend erfolgt eine erneute Evaluation und wiederum eine Ableitung von neuen Therapiezielen. Ewert et al. [160] sprechen in diesem Zusammenhang vom Rehab-Cycle mit den Teilen Assessment (Auswahl geeigneter Diagnostikinstrumente), Assignment (Indikationsstellung und Zuordnung zu spezifischen Interventionen), Intervention (Durchführung, Steuerung) sowie Evaluation (Analyse der Therapieergebnisse, Prüfen des Erreichens des Therapiezieles). Die Teile des Rehab-Cycle werden immer wieder durchlaufen (Assessment → Assignment → Intervention → Evaluation → Assessment → ...).



Merke

Die Diagnostik stellt alle Daten zusammen, die für eine spezifische sprachliche Intervention notwendig sind. Dabei sind für die Pragmatik im Sinne der ICF Aspekte zur Aktivität (Fähigkeiten des Sendens und Empfangens von Informationen, Gedächtnisfähigkeiten, sprachliche Kompetenzen zur Gesprächsführung und Textproduktion) und zur Partizipation (interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, Teilhabe in Schule, Beruf, Familie, Freizeit) zu erfassen. Die Diagnostik ist auch nach der Indikationsstellung weiterhin als fortwährender Prozess der Evaluation von Therapieergebnissen und des Prüfens des Erreichens von Therapiezielen ein ständiges Element der sprachtherapeutischen Intervention.

4.2 Diagnostische Methoden

Bei der Auswahl diagnostischer Methoden für die Sprachtherapie ist neben der Objektivität/Subjektivität der eingesetzten Verfahren ebenso die Art der erfassten Sprachdaten (qualitativ/quantitativ) von Bedeutung. Für die Diagnostik werden objektive Methoden wie die Erfassung der Hörfähigkeit mittels Audiometrie oder Spektralanalyse sowie bildgebende Verfahren eingesetzt. Als subjektive Verfahren kommen Fragebögen, Ratingskalen oder die Beurteilung des Stimmbefundes zum Einsatz. Qualitative Sprachdaten ermittelt man mithilfe von Spontansprachanalysen oder spontanen Beobachtungen, quantitative Sprachdaten werden mithilfe von standardisierten und normierten Tests sowie validierten Fragebögen erhoben [47].

Neben diesen Überlegungen spielt das Alter der Probanden bei der Auswahl der Methoden eine entscheidende Rolle. So ist gerade bei sehr jungen Kindern und auch bei Kindern mit starkem Störungsbewusstsein eine freie Spielsituation mit einer sich anschließenden Auswertung der Spontansprache möglicherweise vorteilhafter als eine stark strukturierte Überprüfungssituation, z. B. mit einem Test [291]. Bei älteren Patienten ist es ratsam, die Diagnostik mithilfe von Tests durchzuführen, die in der Form eines Gesprächs konzipiert sind. Konfrontative Testsituationen vernachlässigen oft die kommunikative Dimension. Sie prüfen Fähigkeiten ohne Alltagsbezug und sind für alte Menschen oft zu ermüdend [27].

4.2.1 Beobachtung

Die professionelle Beobachtung als zielgerichtetes und aufmerksames Wahrnehmen von Merkmalen und Verhaltensweisen [279] stellt eine der grundlegenden Methoden für die Erfassung pragmatisch-kommunikativer Fähigkeiten dar. Das kommunikative Verhalten und vor allem der situations- und kontextadäquate Sprachgebrauch lassen sich nur in Realsituationen umfassend einschätzen.

Eine systematische Beobachtung stellt sicher, dass genau vorgegeben ist, „...was (und bei mehreren Beobachtern auch von wem) zu beobachten ist, was für die Beobachtung wesentlich ist, ob bzw. in welcher Weise das Beobachtete gedeutet werden darf, wann und wo die Beobachtung stattfindet und wie das Beobachtete zu protokollieren ist“ [77]. Für die Auswertung der Beobachtung kann auf eine Vielzahl unterschiedlicher Beobachtungsmaterialien (z. B. Beobachtungsbögen, Einschätzskalen) zurückgegriffen werden, die vorwiegend dazu geeignet sind, längerfristige Beobachtungen zu einer Person zu dokumentieren. So werden Einschätzungen zu Fähigkeiten/Fertigkeiten in ganz unterschiedlichen Lebenssituationen verlangt, was in der Regel nur über eine längere Kontaktzeit mit dieser Person möglich ist.

Beobachtet werden kann weiterhin auch die Interaktion, z. B. des betreffenden Kindes mit seinen Eltern in einer Spielsituation. Hier muss jedoch einschränkend darauf hingewiesen werden, dass durch den Einfluss des erwachsenen und möglicherweise unbekanntes Untersuchers ggf. nur Ausschnitte der kommunikativen Fähigkeiten des Kindes sichtbar werden und damit Bereiche des pragmatisch-kommunikativen Repertoires verborgen bleiben [473]. Des Weiteren spielt vor allem im Kindesalter die Vertrautheit mit dem Kommunikationspartner eine wesentliche Rolle für das Gelingen einer Kommunikation. Demzufolge kann sich ein unbekannter Untersuchungsleiter bei einem jungen oder schüchternen Kind negativ auf die gezeigten pragmatisch-kommunikativen Kompetenzen auswirken.

„Die Interaktionsweise des Erwachsenen beeinflusst das Auftreten und die Interpretation einzelner kommunikativer Verhaltensweisen des Kindes. Wenn er es beispielsweise fortwährend anspricht und seine Aktivitäten dirigiert, mag die Fähigkeit des Kindes, durch Blickausrichtung oder Gesten spontan sein In-

teresse oder seine Wünsche zu bekunden, gar nicht beurteilbar sein.“

Sarimski u. Möller ([473], S. 152)

Diagnostikmaterialien zur Dokumentation und Auswertung von Beobachtungen werden vor allem im Altersbereich bis zum 4. Lebensjahr eingesetzt. Bezugspersonen, Eltern, Erzieherinnen, Lehrerinnen oder Partner füllen den Bogen allein aus oder bearbeiten diesen gemeinsam mit der Therapeutin. Beim gemeinsamen Ausfüllen gibt es ggf. bereits eine Überschneidung zur Methode der Befragung (siehe unten (S. 73)), was in einigen Verfahren sogar explizit gewünscht ist [368].

In den Beobachtungsmaterialien finden unterschiedliche Skalierungen Anwendung. Sie reichen von einer binären Skalierung, wo die Betreffenden Merkmale als *zutreffend* bzw. *nicht zutreffend* einschätzen. Weiterhin kommen Formen der Likert-Skala mit unterschiedlichen Abstufungen zum Einsatz. Daneben existieren häufig auch offene Fragen, die ohne Vorgabe zu beantworten sind.

Problematisch bleibt die Bewertung, wann Fähigkeiten als „altersgemäß“ einzuschätzen sind, da dies mangels Datengrundlage für die typische kindliche Entwicklung in diesem Bereich schwierig ist und der individuelle Erfahrungshintergrund der beobachtenden Person die Einschätzung verfälschen kann. So ist es beispielsweise schwierig einzuschätzen, wie sich die stärker ausdifferenzierten pragmatischen Fähigkeiten eines 5-jährigen Kindes im Gegensatz zu einem 4-jährigen Kind darstellen. Aber auch für Jugendliche und Erwachsene muss festgehalten werden, dass es keine einheitliche „altersspezifische Kommunikation“ gibt. Die pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten sind weniger durch den Bezug zur Lebensspanne, als durch den Bezug zu Personengruppen oder einer Sprachgemeinschaft gekennzeichnet. Somit beeinflussen neben dem biologischen Alter vor allem soziale Aspekte wie die Integration im sozialen Leben, die Lebenssituation, Erfahrungen und die individuellen Rollen (Mutter, Rentner, Großvater) die Interaktion und Kommunikation von Personen [172].

Spontansprachanalysen

Für die Erhebung von Spontansprachdaten empfehlen sich Audio- und Videomitschnitte. Videografierte Verhaltensbeobachtungen bzw. Audioaufnahmen ermöglichen eine nachträgliche/zeit-

versetzte Beurteilung beobachteter Interaktionen einer Person (Off-line-Beobachtung). Im Bereich der Sprachtherapie interessiert dabei schwerpunktmäßig sprachliches Handeln. Die Beobachtungsergebnisse können dann beispielsweise in entsprechenden Bögen dokumentiert werden.

Ein Vorteil dieser Methode ist, dass eine unabhängige nachträgliche Einschätzung der beobachteten Merkmale möglich ist. Nachteil ist dabei der zeitliche Aufwand, vor allem für die nachträgliche Kodierung sowie die potenzielle Möglichkeit, dass sich die gewünschten Merkmale nicht zeigen.

4.2.2 Befragung bzw. diagnostisches Gespräch

Die Befragung von Bezugspersonen spielt im Bereich der Diagnostik pragmatisch-kommunikativer Auffälligkeiten ebenfalls eine große Rolle. In der Regel kommen zur Einschätzung der pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten eines Kindes, Jugendlichen oder Erwachsenen Fragebögen oder Interviewleitfäden zum Einsatz, wobei es starke Überschneidungen zu vorhandenen Beobachtungsbögen gibt. Daneben können auch die von Kannengieser [278] formulierten Ausführungen zu pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten als Grundlage für eine Befragung verwendet werden. Die Therapeutinnen, Erzieherinnen, Lehrerinnen und andere Personen, die ggf. noch nicht lange mit dem betroffenen Kind, Jugendlichen oder Erwachsenen arbeiten, können über die Befragung von Bezugspersonen und Lebenspartnern detaillierte Informationen über das sprachliche Verhalten in unterschiedlichen Situationen und Kontexten erhalten. Diese sind in der Therapie- oder Fördersituation (häufig 1 : 1 – Therapeut : Klient) häufig so nicht beobachtbar und können auch über Testverfahren nicht sichtbar gemacht werden. Diese indirekte Methode zur Erhebung von Daten basiert somit auf der Erinnerung über die Sprachhandlungskompetenzen (retrospektiv) des betroffenen Kindes, Jugendlichen oder Erwachsenen, in der Regel durch die Bezugspersonen [279]. Hierbei lassen sich unterschiedliche diagnostische Gesprächsformen je nach Strukturierungsgrad unterscheiden [249]: Dies sind die Anamnese/das anamnestische Gespräch und die Exploration als Erkundungsgespräch. Beides sind Informationsmöglichkeiten, die unter anderem dazu dienen, konkrete diagnostische Fragestellungen abzuleiten und Hypothesen aufzustellen, die es dann zu überprüfen gilt (vgl.