

# Kinder und Jugendliche mit Aphasie

Christina Möhrle, Pete Guy Spencer

**ZUSAMMENFASSUNG.** Kinder und Jugendliche mit Aphasie bilden unter allen von Aphasie Betroffenen eine besondere Gruppe, zum einen aufgrund ihres Alters, der noch nicht abgeschlossenen Gehirnreifung und der speziellen Lebenssituation, zum anderen aber auch, weil sich die Aphasien in diesen Altersgruppen von Aphasien bei Erwachsenen unterscheiden. Der Beitrag gibt einen Überblick über die Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen, über Ursachen, Diagnostik, Therapie, Prognose sowie über die schulische und berufliche Weiterversorgung nach der Rehabilitation. Er stützt sich dabei auf die aktuelle Forschungslage und langjährige klinische Erfahrung.

Schlüsselwörter: Aphasie – Kinder – Jugendliche – Hirnschädigung – neurologische Rehabilitation – schulisch-berufliche Rehabilitation

## Besonderheiten von Kindern und Jugendlichen

Vor die Aufgabe gestellt, einen Artikel über Kinder und Jugendliche mit Aphasie zu schreiben, muss zunächst überdacht werden, inwiefern diese nach dem Alter definierten Gruppen auch unter den von Aphasie betroffenen Menschen Besonderheiten aufweisen, durch die sie sich klar abgrenzen lassen.

Während sich Kinder zum Zeitpunkt einer Schädigung noch mitten im Erstspracherwerb befinden, haben Jugendliche diesen bereits abgeschlossen, stehen also insofern den Erwachsenen mit Aphasie näher. Gleichzeitig zeichnet die überwiegende Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit Aphasie als Gemeinsamkeit der Schulbesuch aus: Sie befinden sich in der Lebensphase, in der nicht nur die Grundlagen für die Allgemeinbildung gelegt werden, sondern auch die Grundlagen für das Lernen an sich, wie es dann in Ausbildung oder Studium vorausgesetzt wird. Gemeinsam ist Kindern und Jugendlichen auch die noch relativ große Abhängigkeit von den Eltern, wobei bei den Jugendlichen der Prozess der Ablösung zum Zeitpunkt der Hirnschädigung schon mehr oder minder weit vorangeschritten ist und durch die plötzlich auftretenden kognitiven und physischen Beeinträchtigungen häufig wieder

rückgängig gemacht wird. Ist die Aphasie definiert als eine Sprachstörung aufgrund einer Hirnschädigung nach Abschluss des Erstspracherwerbs (Tesak, 2000), so können Kinder keine Aphasie haben. Deshalb gibt es hier den eigens zu definierenden Begriff der „kindlichen Aphasie“.



Erzählen einer Bildergeschichte

**Christina Möhrle** absolvierte von 1991 bis 1994 die Ausbildung zur Logopädin an der Lehranstalt für Logopädie in Ulm. Seit 1994 arbeitet sie im Hegau-Jugendwerk, Neurologisches Rehabilitationszentrum für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, in der allgemeinen Rehabilitation für Jugendliche. Im Jahr 2002 übernahm sie die Leitung der logopädischen Abteilung.



**Pete Guy Spencer** studierte unter anderem Neurolinguistik / Klinische Linguistik in Freiburg im Breisgau. Er ist Mitglied im dortigen Neurolinguistischen Labor unter der Leitung von Prof. M. Schecker und arbeitet seit 2002 in der logopädischen Abteilung des Hegau-Jugendwerks Gailingen. Dort war er Ansprechpartner für die Forschungsgruppe um M. Meinzer, unter deren Leitung das Intensivtraining „CIAT“ im Jugendwerk eingeführt wurde. Seit 2005 hält er Vorträge und schreibt Artikel zum Thema „Kindliche Aphasie“.



## Versuch einer Definition der kindlichen Aphasie

In der Literatur wird die kindliche Aphasie bezüglich des Alters nicht einheitlich eingegrenzt. So gibt es die Auffassung, eine kindliche Aphasie sei erst jenseits des vierten Lebensjahres ohne weiteres diagnostizierbar, wenn der primäre Spracherwerb in seinen Grundzügen abgeschlossen sei (Leischner, 1987). Andere sprechen von einer Grauzone, ungefähr in einem Alter zwischen 6 und 18 Monaten, in der es problematisch sei zu entscheiden, ob ein Kind ein erworbenes Problem hat oder nicht (Lees & Urwin, 1997). Wir im Hegau-Jugendwerk halten uns an letztere Auffassung und bezeichnen neuro-

gene Sprachstörungen ab dem zweiten Lebensjahr als kindliche Aphasie. Voraussetzung ist, dass der Spracherwerb auf Wortebene bereits eingesetzt hat.

Auch die Altersgrenze nach oben ist fließend. So gilt das achte Lebensjahr als die Zeit, in der die Sprachentwicklung in ihren wesentlichen Aspekten abgeschlossen ist. Gleichzeitig sind besonders die schriftsprachlichen Modalitäten in diesem Alter noch recht frisch erworben und werden in ihrer Anwendung noch nicht sicher beherrscht. Der Erwerb von Redewendungen, Sprichwörtern, übertragen gebrauchten Ausdrücken geht langsamer vonstatten und dauert an bis zu einem Alter von etwa 12-14 Jahren, so dass bei uns im Hegau-Jugendwerk die Grenze nach oben um das 11./12. Lebensjahr gezogen wird.

Zusammenfassend lässt sich festhalten:

Von einer kindlichen Aphasie sprechen wir dann, wenn ein Kind nach Beginn und vor Abschluss des Erstspracherwerbs (ca. 2. bis 11./12. Lebensjahr) durch eine neurologische Schädigung eine Störung der bis dahin erworbenen Sprache erlitten hat.

## Ursachen für Aphasie bei Kindern und Jugendlichen

Die Verteilung der Schädigungsursachen unterscheidet sich grundlegend von der bei älteren Betroffenen: Während bei Erwachsenen die häufigste Ursache für eine Aphasie ein Schlaganfall ist (ca. 80%), stellt bei über der Hälfte der Kinder und Jugendlichen das Hirn-Trauma die Ursache. Hiervon sind typischerweise männliche 15- bis 25-Jährige betroffen (*Hartley & Levin, 1990*).

Weitere Ursachen sind Hirn- oder Hirnhautentzündungen, Schlaganfälle, Hypoxien, Tumore und sehr selten Epilepsien (z. B. Landau-Kleffner-Syndrom) (*Lees & Urwin, 1997*). Rund 300 von jährlich 200.000 Schlaganfällen in Deutschland betreffen Kinder. Das heißt: Schlaganfälle treten auch bei Kindern auf, sind aber wesentlich seltener als bei Er-

wachsenen. Bei den Jugendlichen nimmt die Häufigkeit vaskulärer Ereignisse zu (*Hofmann Stocker, 1990a*).

Nicht nur im Verhältnis zu älteren Menschen mit Aphasie, sondern auch unter allen jüngeren mit neurologischen Schädigungen stellen die von Aphasie betroffenen Kinder und Jugendlichen nur eine kleine Gruppe dar. So befanden sich im Jahr 2005 in unserer Klinik 773 PatientInnen, davon waren 5% Kinder und 6% Jugendliche und junge Erwachsene von Aphasie betroffen.

Während also bei Erwachsenen unilaterale, fokale Läsionen überwiegen, bei denen recht klare Syndromkomplexe zu erwarten sind (z. B. Broca- oder Wernicke-Aphasie), sind es bei Kindern und Jugendlichen hauptsächlich diffuse, oft auch bilaterale Schädigungen, die in unterschiedlichem Ausmaß viele Hirnareale betreffen. Dementsprechend heterogen ist das klinische Erscheinungsbild.

## Klinik

Aufgrund der speziellen Ätiologien können die Aphasien bei Kindern und Jugendlichen meist nicht mit der herkömmlichen Syndromeinteilung, die sich an Erwachsenen nach Schlaganfall orientiert, klassifiziert werden. Deshalb beschreiben wir meist das individuelle Erscheinungsbild der Aphasie (z. B. Schweregrad, flüssig – unflüssig...) und verwenden die klassische Syndromeinteilung nur selten.

Kindliche Aphasien sind typischerweise unflüssig und zeichnen sich durch Verarmung des Wortschatzes, Wortfindungs- und Sprachverständnisprobleme sowie reduzierte Grammatik aus. Positive Symptome wie Jargon und Neologismen (typisch für Wernicke-Aphasie) oder auch Sprachautomatismen (typisch für Globale Aphasie) finden sich bei Kindern und Jugendlichen kaum unter den persistierenden Symptomen. Wo sie auftreten, werden sie meist nur ganz am Anfang nach der Schädigung beobachtet und verschwinden dann schnell wieder.

Im Vergleich zu Erwachsenen treten bei Kindern und Jugendlichen chronische globale Aphasien nur äußerst selten auf und meist in Verbindung mit Sprechapraxien.

Besonders bei Kindern mit Aphasie wird initialer Mutismus beschrieben, der in sozusagen allen Fällen von später diagnostizierter kindlicher Aphasie auftritt, aber auch bei vielen nicht-aphasischen Kindern beobachtet wird. Einerseits wird als Ursache dafür der Schädigungsort benannt, andererseits auch das bei Kindern häufig nach traumatischen Ereignissen beobachtete Rückzugsverhalten (*Van Dongen & Paquier, 1991*).

Wichtig ist festzuhalten, dass das unmittelbar nach der Schädigung für Tage, Wochen oder gar Monate beobachtete „Verstummen“ der Kinder nicht gleichzusetzen ist mit einer globalen Aphasie und dass zu diesem Zeitpunkt noch keine Aussage über das Vorliegen einer Aphasie oder deren Schweregrad möglich ist.

Aufgrund der bis hierhin beschriebenen Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen werden wir die Diagnostik und Therapie sowie die Prognose für beide Altersgruppen getrennt darstellen.

## Diagnostik der kindlichen Aphasie

Es gibt keine Tests, die dezidiert zur Erfassung von kindlichen Aphasien erstellt wurden. Es gibt wohl eine Altersnormierung des Token-Tests für Kinder ab 5 Jahren (*Gutbrod & Michel, 1986*), aber ansonsten muss auf normierte Sprachentwicklungstests zurückgegriffen werden.

Um das Ausmaß der Aphasie abschätzen zu können (auch in Abgrenzung von einer möglicherweise vorbestehenden SEV oder LRS), ist das Erfassen des prämorbidem sprachlichen Niveaus, z. B. durch einen Elternfragebogen, notwendig. Linguistische Fähigkeiten entwickeln sich über einen Zeitraum von vielen Jahren weiter, und diese Entwicklung verläuft nicht linear. Durch das Erfragen des prämorbidem Standes erhoffen wir, eine erste Einschätzung des sprachlichen Entwicklungsalters vor der Schädigung erhalten zu können. In einer Spielsituation können verbliebene kommunikative Fähigkeiten beobachtet und eingeschätzt werden.

An diese erste Überblicksdiagnostik schließt sich die sprachsystematische Diagnostik an. Wir möchten hier einige relevante Tests auf-führen, die bei uns im Hegau-Jugendwerk in Ermangelung von für Kinder normierten Aphasie-Tests durchgeführt werden:

- bei den 1- bis 3-Jährigen das Zollinger-Entwicklungsprofil
- bei den 2- bis 5-Jährigen der SETK 2 bzw. SETK 3-5 (Sprachentwicklungstest für zwei- bzw. für drei- bis fünfjährige Kinder)
- bei 3- bis 9-Jährigen der HSET (Heidelberger Sprachentwicklungstest)
- bei 4- bis 9-Jährigen der PSST (Psycholinguistischer Sprachentwicklungs- und Sprachverständnistest)
- bei den ab 10-Jährigen auch schon der AAT (Aachener Aphasie Test), einzelne Teile daraus auch noch früher.

Da bei Kindern mit Aphasie besonders die Verarmung des Wortschatzes und Wortfindungsschwierigkeiten eine große Rolle spielen, wird besonderes Augenmerk auf die Benennungsfähigkeit gerichtet. Wir verwenden:

- bei 3- bis 8-Jährigen die LOGO-Ausspracheprüfung
- bei 3- bis 10-Jährigen den AWST-R (Aktiver Wortschatztest für 3- bis 5-jährige Kinder)
- bei 6- bis 10-Jährigen den WWT 6-10 (Wortschatz- und Wortfindungstest für 6- bis 10-Jährige)

Für die Überprüfung der Schriftsprache eignen sich besonders:

- für Grundschülerinnen der SLRT (Salzburger Lese- und Rechtschreibtest)
- für 1.- bis 6.-Klässler ELFE 1-6 (Ein Leseverständnistest für Erst- bis Sechstklässler)

## Therapie

Nachdem so ein möglichst detailliertes Bild der sprachlichen Fähigkeiten, Bedürfnisse und Einschränkungen des aphasischen Kindes gewonnen wurde, sollte die Therapie sowohl die Förderung der Alltagskommunikation (z. B. mit Gleichaltrigen oder der Familie) als auch der sprachlichen Fähigkeiten, die für schulische Anforderungen unerlässlich sind, im Blick haben. Vergleichbar der Therapie bei Sprachentwicklungsstörungen sollte die Therapie alltagsbezogen und handlungsorientiert sein, um möglichst große Motivation beim Kind zu wecken.

Von Aphasie betroffen ist immer über die sprachgestörte Person hinaus ihr soziales Umfeld, d. h. hier besonders die Eltern und Geschwisterkinder. Um die Eltern als zusätzliche Motivatoren zu gewinnen, müssen diese in die Therapie mit einbezogen werden: Therapietransparenz und Zeit für Gespräche zum Erörtern von Fragen und Problemen der Eltern schaffen Vertrauen. Außerdem besteht bei den häufig verunsicherten Eltern, die in der Regel zum ersten Mal mit Aphasie konfrontiert werden, Beratungsbedarf zum Umgang mit dem sprachbehinderten Kind.

Je nach Zusammensetzung der aphasischen Symptome können folgende Inhalte die Therapie bestimmen:

- Übungen zur Verbesserung der auditiven Wahrnehmung und Merkfähigkeit
- Sprachverständnisübungen auf Satzebene
- Gesteneinsatz zur Laut- und/oder Schriftanbahnung oder als Kompensation
- Verbesserung des Wortabrufs und Wortschatzerweiterung, eventuell Erlernen von Kompensationsstrategien (z. B. Umschreibungen)
- Übungen zur Verbesserung von Syntax und Morphologie
- praktische Übungen mit Rollenspielen
- Bearbeitung von Texten (Lesen und Schreiben)

In der mutistischen Phase oder bei stark eingeschränkten verbal-kommunikativen Fähigkeiten (sehr schweren Aphasien) bieten sich Gesten oder kindgerechte Kommunikationstafeln als alternative oder augmentative (erweiternde) Kommunikationsmittel an. Bei der Auswahl solcher Methoden der unterstützten Kommunikation spielen sowohl die Be-

dürfnisse des Kindes als auch die Akzeptanz der Eltern eine übergeordnete Rolle (Lees & Urwin, 1997).

Das Ziel therapeutischer Intervention darf im Gegensatz zur Therapie bei Erwachsenen nicht nur das Erreichen des prämorbidem Standes sein. Therapie sollte Sprechfreude und Selbstvertrauen wecken, muss sprachliches Lernen fördern und dabei einerseits die seit der Hirnschädigung verpassten Entwicklungsschritte nachholen und gleichzeitig die reduzierten sprachlichen Entwicklungsmöglichkeiten (Langzeitfolgen) im Blick haben.

Ergänzend zu den Einzeltherapien ist auch Gruppentherapie für Kinder sehr wichtig, um die Freude am Sprechen und die verbale wie non-verbale Kommunikationsfähigkeit zu unterstützen. So können die Kinder bei uns z. B. in einer Koch- oder HOT-Gruppe (Handlungs-Orientierte Therapie) die Anwendung ihrer sprachlichen Fähigkeiten trainieren, den Umgang mit ihren sprachlichen Schwierigkeiten voneinander lernen und sich als aktive Gesprächsteilnehmer erleben. Dadurch werden sie in alltagsnaher Weise auf die Teilhabe in ihrem häuslichen und schulischen Umfeld vorbereitet.

Ab November 2007 soll im Hegau-Jugendwerk für 8- bis 15-Jährige mit chronischer Aphasie ein intensives Sprachtraining in Anlehnung an die CIAT (Constraint-Induced Aphasia Therapy, Meinzer et al., 2006) angeboten werden (s. u.).

## Prognose kindlicher Aphasien

Von der sehr guten Prognose, wie sie lange Zeit galt, scheint man sich nur zögerlich getrennt zu haben. So hieß es in den 1980ern noch, dass bei mehr als 50% der von Apha-



Therapie eines Jugendlichen mit Aphasie und Sprechapraxie



CIAT – Intensive Gruppentherapie für Jugendliche mit Aphasie

sie betroffenen Kinder nach einem Jahr alle Symptome vollständig zurückgebildet seien. Die Faustregel hieß dabei: Je jünger (ein Kind bei Erkrankung ist), desto besser (ist die Prognose) (Lenneberg, 1967)! Nach *Martins & Ferro* (1991) ist die Rückbildung weniger abhängig vom Alter als vielmehr von Ätiologie (vaskuläres Ereignis und Hirntrauma besser als Enzephalitis), Läsionsort und -größe (fokale, unilaterale Läsion bessere Prognose).

Bei Kindern verschlechtert sich die Prognose, wenn auch die rechte Hemisphäre oder das Wernicke-Areal in Mitleidenschaft gezogen wurde oder wenn das Gedächtnis zusätzlich beeinträchtigt ist. *Lees & Urwin* (1997) betonen allerdings, dass die Auswirkungen von zerebralen Dysfunktionen während der Sprachentwicklung nicht auf vereinfachte Lokalisationstheorien reduziert werden können, sondern dass eine komplexe Wechselbeziehung zwischen dem Alter des Kindes bei Schädigung, initialer Schwere der Sprachprobleme und dem gleichzeitigen Auftreten von anderen neurologischen Symptomen durch klinische Erfahrungen nahe gelegt wird.

Heute darf Lennebergs Faustregel als widerlegt gelten, da jüngere Forschungsergebnisse darauf hindeuten, dass die Auswirkungen von Hirnschädigungen bei Vorschulkindern am gravierendsten sind. Der neuronalen Plastizität steht die erhöhte Vulnerabilität (Verletzlichkeit) von Funktionen gegenüber, die gerade im Erwerb begriffen sind (*Brookshire et al.*, 2000). Die Erwerbsrate für Sprache ist in der frühen Kindheit besonders hoch und das fünfte Lebensjahr gilt als kritische Phase,

nach der ein normal verlaufender Erstspracherwerb nicht mehr möglich ist.

Eine anfänglich schnelle Remission der sprachlichen Auffälligkeiten, besonders „positiver“ Symptome wie Paraphasien und Perseverationen, steht im Zusammenhang mit einer besseren Prognose. Grundsätzlich ist eine Prognosestellung frühestens ein Jahr nach Schädigung sinnvoll.

Auf höherer Ebene – Verstehen und Darstellen komplexer Sachverhalte, Umgang mit Texten – bleiben in aller Regel sowohl rezeptiv als auch produktiv langfristig Probleme bestehen. Im schriftsprachlichen Bereich werden die meisten bleibenden Spracheinschränkungen beobachtet, da Kinder besonders hier ausgeprägtere Probleme haben als Erwachsene (*Ewing-Cobbs et al.*, 1985). Eine mögliche hirnrorganische Erklärung dafür ist, dass die Erholung der mündlichen Sprachfähigkeit auf Kosten von Arealen stattfindet, die unter normalen Umständen für Lesen und Schreiben zuständig gewesen wären (*Martins & Ferro*, 1992). Dieses Phänomen, das als „Crowding“ bezeichnet wird (*Aram & Eisele*, 1992), ist neben generellen Lernproblemen eine der möglichen Erklärungen dafür, dass in einer Vielzahl der Fälle die kognitiven Einschränkungen im weiteren Verlauf nicht nur konstant bleiben, sondern oft weiter degradieren, so dass besonders die im Vorschulalter hirngeschädigten Kinder über die Jahre gegenüber den Gleichaltrigen immer weiter zurückbleiben (*Taylor & Alden*, 1997).

Nach mehr Erfahrungen mit Langzeitverläufen weiß man heute, dass die Prognose nur oberflächlich betrachtet besser zu

sein scheint als bei Erwachsenen. Die häufig schnelle Wiedererlangung der alltagskommunikativen Fähigkeiten täuscht über bleibende Schwierigkeiten mit komplexeren Sprachleistungen hinweg. Die Prognose für eine vollständige Rückbildung ist eher schlecht und abhängig von einem komplexen Wechselspiel zwischen Alter bei Schädigung, Ätiologie, Läsionsort und -größe, anfänglichem Schweregrad der Sprachstörung und neurologischen Begleitstörungen. Auch bei wieder normalen Testergebnissen bleiben Sprachverarbeitungsprobleme oft bestehen (Lees & Neville, 1990). Die weitere sprachlich-kognitive Entwicklung bleibt langfristig beeinträchtigt:

Aufgrund der noch un abgeschlossenen Entwicklung in allen Bereichen folgt aus einer kindlichen Aphasie eine Kaskade von Folgestörungen, die normalerweise bei Erwachsenen nicht mit einer Aphasie assoziiert werden (frei nach *Ostergaard, 1987*).

## Besondere Charakteristika der Aphasie bei Jugendlichen

Das Besondere der Aphasien von Jugendlichen und jungen Erwachsenen liegt v. a. in deren physiologischem und sprachlich-kognitivem Entwicklungsstand und in ihrer Lebenssituation. E. Hofmann Stocker, die in den 80er-Jahren im Hegau-Jugendwerk Untersuchungen durchführte, beschreibt Faktoren, die aphasische Jugendliche sowohl von Kindern als auch von Erwachsenen unterscheiden, und plädiert dafür, diese Gruppe gesondert zu betrachten. Neuere Untersuchungen sind uns nicht bekannt.

- Die physiologische Hirnreifung bei Jugendlichen ist weiter vorangeschritten als bei Kindern, jedoch noch nicht feiner ausdifferenziert. Im Gegensatz zu Erwachsenen verfügt das Gehirn in diesem Alter über eine größere Plastizität und ist noch nicht von Abbauprozessen betroffen.
- In der sprachlich-kognitiven Entwicklung sind im Gegensatz zu Kindern die wesentlichen Strukturen und Prozesse ausgebildet, jedoch noch weniger eingeschliffen und automatisiert als bei Erwachsenen.
- Im psycho-sozialen Bereich geraten die gerade in der Ablösung befindlichen Jugendlichen in eine erneute Abhängigkeit von Eltern und Familie und müssen sich dann mit und trotz der Aphasie (erneut)

lösen und ihre Persönlichkeit mit eigenen Wertmaßstäben entwickeln. Alte Freunde gehen häufig verloren, der Aufbau neuer Beziehungen ist durch die Aphasie oft erschwert. Außerdem stehen die Jugendlichen vor bzw. in einer Ausbildung, die besondere sprachliche Anforderungen an sie stellt und die von der Aphasie stark beeinflusst wird.

- Die spezielle Ätiologie von vorwiegend Hirn-Traumen oder Hirnblutungen mit nicht umschriebenen Läsionen führt zu sehr heterogenen Störungsbildern (Hofmann Stocker, 1990b).

## Diagnostik bei Jugendlichen

Wie bei den Erwachsenen führen wir auch bei den Jugendlichen standardmäßig den Aachener Aphasie Test (AAT) durch, teilweise ergänzt durch andere Testverfahren (z. B. LeMo). Aufgrund der speziellen Lebenssituation der Jugendlichen, die sich zum Großteil (85%, Hofmann Stocker, 1996) noch in schulischer oder beruflicher Ausbildung befinden, müssen auch sehr leichte Aphasien, die mit dem AAT nur unzureichend oder gar nicht zu erfassen sind, genau diagnostiziert werden. In Ermangelung geeigneter standardisierter Tests entstand bei uns hierzu eine Sammlung von Aufgaben, u. a. bestehend aus:

### 1. Lexikon/Semantik:

- Überprüfung der Wortfindung anhand eines Benennstests mit nieder- und hochfrequenten Items auf Zeit
- Überprüfung des Warteinfalls anhand des Regensburger Wortflüssigkeitstests (RWT) fakultativ und ergänzend, v. a. wenn ein Vergleich mit dem prä-morbiden Niveau gefordert wird
- Finden von Oberbegriffen (ebenfalls auf Zeit)

### 2. Mündliche Formulierung: Beschreiben einer Bildergeschichte

### 3. Schriftliche Formulierung: schriftliche Bildbeschreibung des Cookie-Theft-Pictures von Goodglass & Kaplan

### 4. Textverständnis: Textverständniscreening nach D. Claros-Salinas

In die Beurteilung/Entscheidung, ob eventuelle Auffälligkeiten als aphasisch zu interpretieren sind, fließen Angaben aus der Anamnese, neuropsychologische Testergebnisse, Informationen aus unserer Krankenhausschule und eventuell der Berufstherapie mit ein unter Berücksichtigung des prä-morbiden Schulniveaus und der beschriebenen prä-morbiden sprachlichen Fähigkeiten.

## Spezielle Therapieansätze

Die Therapieansätze für die Jugendlichen unterscheiden sich nicht von denen bei Erwachsenen. Lediglich die Inhalte und das Material werden teilweise speziell auf das Alter, die Lebenssituation und die Interessen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen abgestimmt. Es werden Einzel- und Gruppentherapien angeboten.

Darüber hinaus haben wir auch positive Erfahrungen mit der CIAT (Constraint-Induced Aphasia Therapy) bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, einem kommunikativen Intensivtraining bei chronischen Aphasien, bei dem über einen Zeitraum von zwei Wochen drei Stunden täglich in einer Gruppe mit drei PatientInnen trainiert wird (Meinzer et al., 2006).

Da bei vielen unserer RehabilitandInnen das Rehabilitationsziel die Wiedererlangung schulischer und/oder beruflicher Ausbildungsfähigkeit ist, stellt die Arbeit mit Texten oft einen wichtigen Teil der Therapie dar.

Hierbei sei speziell auf das Texttherapieprogramm von E. Hofmann Stocker „Zum Arbeiten mit ausbildungsbezogenen Texten“ hingewiesen, das speziell für Jugendliche entwickelt wurde, die laut AAT eine leichte bis minimale Aphasie haben, in ihrer Alltagskommunikation kaum mehr auffällig sind, jedoch große Probleme beim sprachlichen Lernen und beim Verstehen schulischer Texte haben (Hofmann Stocker, 1990a, 1991).

Es wird davon ausgegangen, dass die Ursache der Probleme beim Lernen und Abrufen von Textinhalten in einer unzureichenden Einspeicherung liegt. Das Programm dient zur Vorbereitung auf die Anforderungen einer Ausbildung und gliedert sich in folgende Teile:

1. Orientieren – Vorbereiten
2. Verstehen
3. Zusammenfassen – Ordnen
4. Überprüfen – Erweitern – Beurteilen

Anhand des Programms werden sprachliche Übungen z. B. zum Finden von Synonymen, zur Formulierung und zum Verstehen auf Wort- und Satzebene durchgeführt. Ein sehr wichtiger Teil ist das bildliche bzw. graphische Darstellen der Textinhalte, das vielen Jugendlichen hilft, den Textinhalt nicht nur verbal, sondern auch visuell zu speichern und eine gute Grundlage zu schaffen, um das Gelesene zu behalten und wiederzugeben. Insgesamt werden auch der generelle Umgang mit Texten und eine selbstständige Arbeitsweise trainiert.

## Prognose

Die Anfangssymptomatik der Jugendlichen ist prognostisch wenig aussagekräftig. Hofmann Stocker beschreibt in ihrer Studie, dass bei Jugendlichen mit Aphasie größtenteils signifikante Verbesserungen zu erwarten sind und die Aphasien sich über einen langen Zeitraum und auch lange nach Beginn der Erkrankung unter Behandlung noch bessern können. Erst nach ca. einem Jahr können zuverlässigere prognostische Aussagen gemacht werden. Eine vollständige Rückbildung kann jedoch kaum erwartet werden (Hofmann Stocker, 1990b). Meist ist nur bei minimaler oder leichter Aphasie eine weitere Ausbildung möglich, jedoch oft nicht auf dem prämorbidem Niveau.

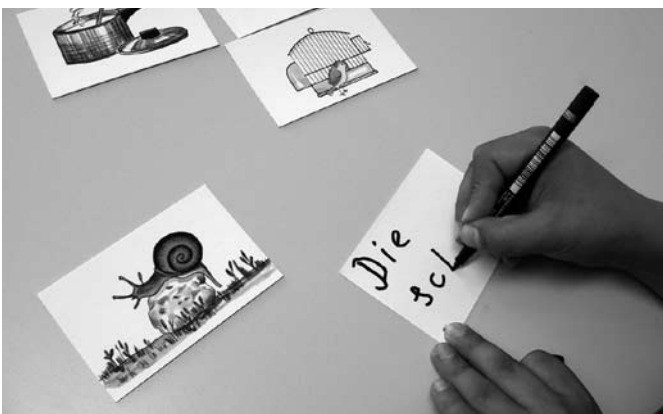
## Schulisch-berufliche Weiterversorgung der Kinder und Jugendlichen mit Aphasie

Das Andauern der sprachlichen und anderer neuropsychologischer Einschränkungen lassen den Besuch der bisherigen Schule oft nicht empfehlenswert erscheinen oder machen diesen gar unmöglich – insbesondere weil die sprachlichen Anforderungen mit steigendem Ausbildungsniveau zunehmen. Schulschwierigkeiten können durch erschwerte Abspeicherung neuer (verbal vermittelter) Inhalte, verzögerten Wortabruf und Sprachverständnisprobleme, durch Verlangsamung, Merkfähigkeits- und Strukturierungsprobleme, Verhaltensauffälligkeiten, Schwierigkeiten mit sozialen Interpretationen etc. entstehen. So sind als anhaltende Schulschwierigkeiten zu nennen:

- Verstehen und Lesen rein sprachlich vermittelten Schulstoffs
- Bearbeiten von schriftlichen Aufgaben
- präzise Formulierung komplexer Zusammenhänge
- erhöhter Lernaufwand und damit erhöhter Schulstress

Es gibt keine eindeutig „richtige“ Beschulung für Kinder und Jugendliche mit Aphasie. Im Idealfall gelingt die Rehabilitation so weit, dass die alte Schule (in der Regel mit dem Verlust eines Schuljahres) wieder besucht werden kann. Dies ist die Ausnahme. Manchmal reicht ein Schulwechsel innerhalb der Regelschulen (von Gymnasium auf Realschule oder von Real- auf Hauptschule). Oft jedoch wird der Besuch einer Sprachheil-, Körperbehinderten- oder Förderschule notwendig. Auch Sprachheilschulen sind jedoch nicht grundsätzlich auf SchülerInnen mit Aphasie eingestellt.

Bezüglich der weiteren beruflichen Ausbildung kam Hofmann Stocker in ihrer katamnestischen Studie zu ähnlichen Ergebnissen: Von



Ein Junge mit Aphasie übt schriftliches Benennen

65 von Aphasie betroffenen Jugendlichen konnten 15% ihre Ausbildung auf dem früheren Niveau (teilweise mit speziellen Bedingungen) und 12% auf niedrigerem Niveau, aber auf einer Regelschule oder in der freien Wirtschaft fortsetzen. 17% waren auf Sondereinrichtungen (Berufsbildungs- und -förderungswerke) angewiesen. Ca. ein Viertel nahm an speziellen Berufsvorbereitungsmaßnahmen teil und einem Drittel war keine Ausbildung möglich (Hofmann Stocker, 1990b). Erfreulicherweise gibt es inzwischen Berufsförderungswerke, die ein spezielles Angebot für aphasische Menschen haben und deren spezifische Schwierigkeiten berücksichtigen (z. B. IBRA in Nürnberg und HAM in Heidelberg). Grundsätzlich sind folgende Faktoren sowohl für Kinder als auch für Jugendliche mit Aphasie hilfreich für einen erfolgreichen Besuch von Schule und Ausbildung:

- schul- bzw. ausbildungsbegleitende und ausbildungsbezogene Sprachtherapie
- kleine Schulklassen
- Rücksichtnahme im Unterricht (z. B. ausführliche Erklärungen, ergänzende Unterlagen, bildliche Darstellungen, praktisches Vormachen, inhaltliche Wiederholungen, Vermeiden von unvorbereiteten Themensprüngen, Reduktion von Zeit- und Leistungsdruck)
- besondere Prüfungsbedingungen (z. B. zusätzliche Zeit)

Um die schulische und soziale Wiedereingliederung möglichst zu erleichtern, muss das Umfeld, d. h. die Eltern, zukünftige Lehrer-/AusbilderInnen und TherapeutInnen, auf zu erwartende Probleme im Alltag vorbereitet werden (Hofmann Stocker, 1996).

Denn es kann auch bei Personen mit augenscheinlich gut erholter Aphasie zu verlangsamer Sprachverarbeitung, schnellerer Ermüdbarkeit und Tagesformschwankungen kommen, was Verständnis und adäquate Reaktionen von den Mitmenschen verlangt. Gerade im Bereich der Weiterbeschulung/Ausbildung sehen wir eine wichtige Aufgabe von Lehrer- und AusbilderInnen darin, Be-

dingungen zu schaffen, unter denen die betroffenen Kinder und Jugendlichen mit ihren Fähigkeiten und Einschränkungen möglichst optimal lernen können.

Ein guter Übergang von der stationären Rehabilitation in die ambulante therapeutische, schulische oder berufliche Weiterbehandlung mit umfangreicher Information und gegebenenfalls Schulung der Betreuenden erscheint uns für eine erfolgreiche Reintegration der aphasischen Kinder und Jugendlichen sowie für deren Teilhabe an der Gesellschaft äußerst wichtig.

### Literatur

Aram, D. M. & Eisele, J. A. (1992). Plasticity and recovery of higher cognitive functions following early brain injury. In: Boller, F. & Grafman, J. (Hrsg.), *Handbook of Neuropsychology* 6 (73-92). Amsterdam: Elsevier

Brookshire, B. L., Chapman, S. B., Song, J. & Levin H. S. (2000). Cognitive and linguistic correlates of children's discourse after closed head injury: A three-year follow-up. *Journal of the International Neuropsychological University* 6, 741-751

Ewing-Cobbs, L., Fletcher, J. M., Landry, S. H. & Levin, H. S. (1985). Language disorders after pediatric head injury. In: Darby, J. K. (Hrsg.), *Speech and Language Evaluation in Neurology: Childhood Disorders* (97-111). New York: Grune & Stratton

Gutbrod, K. & Michel, M. (1986). Zur klinischen Validität des Token Tests bei hirngeschädigten Kindern mit und ohne Aphasie. *Diagnostica* 2 (32), 118-128

Hartley, L. L. & Levin, H. S. (1990). Linguistic deficits after closed head injury: a current appraisal. *Aphasiology* 4 (4), 353-370

Hofmann Stocker, E. (1990 a). Zum Arbeiten mit ausbildungsbezogenen Texten in der Aphasietherapie. Teil 1: Textverstehen und sprachliches Lernen bei Aphasie. *Aphasie und verwandte Gebiete* 3 (3), 22-39

Hofmann Stocker, E. (1990 b) Aphasische Störungen bei Jugendlichen. Besondere Charakteristika und Verlauf. *Neurolinguistik* 2 (4), 109-127

Hofmann Stocker, E. (1991). Zum Arbeiten mit ausbildungsbezogenen Texten in der Aphasietherapie. Teil 2: Vorschlag eines Therapieprogramms. *Aphasie und verwandte Gebiete* 1 (4), 5-25

Hofmann Stocker, E. (1996). Aphasische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. In: Huber, W., Hofmann-Stockler, E., Kotten, A., Lutz, L. (Hrsg.), *Aphasie* (Band 240), 5. Aufl., (37-50). Düsseldorf: Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte

Lees, J. A. & Neville, B. G. R. (1990). Acquired aphasia in childhood: case studies of five children. *Aphasiology* 5 (4), 463-478

Lees, J. & Urwin, S. (1997). *Children with Language Disorders*. 2. Auflage. London: Whurr

Leischner, A. (1987). *Aphasien und Sprachentwicklungsstörungen. Klinik und Behandlung*. Stuttgart: Thieme

Lenneberg, E. H. (1967). *Biological Foundations of Language*. New York: John Wiley

Martins, I. P. & Ferro, J. M. (1991). Recovery from Aphasia and Lesion Size in the Temporal Lobe. In: Martins, I. P., Castro-Caldas, A., van Dongen, H. R. & van Hout, A. (Hrsg.), *Acquired aphasia in children. Acquisition and breakdown of language in the developing brain* (= NATO ASI Series, Series D: Behavioural and Social Sciences – Vol. 60) (171-184), Dordrecht: Kluwer

Martins, I. P. & Ferro, J. M. (1992). Recovery of acquired aphasia in children. *Aphasiology* 4 (6), 431-438

Meinzer, M., Djundja, D., Möhrle, C. & Spencer, P. G. (2006). Intensive therapeutische Intervention bei chronischer Aphasie: Eine Pilotstudie zur Effektivität der Constraint-Induced Aphasia Therapy bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. *Aphasie und verwandte Gebiete* 2 (20), 25-38

Ostergaard, A. L. (1987). Episodic, semantic and procedural memory in a case of amnesia at an early age. *Neuropsychologia* 25, 341-357

Taylor, H. G. & Aiden, J. (1997). Age-related differences in outcomes following childhood brain insults: an introduction and overview. *Journal of the International Neuropsychological Society* 3, 555-567

Tesak, J. (2000). *Grundlagen der Aphasietherapie*. 2. Auflage. Idstein: Schulz-Kirchner

Van Dongen, H. R. & Paquier, P. (1991). Fluent Aphasia In Children. In: Martins, I. P., Castro-Caldas, A., van Dongen, H. R. & van Hout, A. (Hrsg.), *Acquired aphasia in children. Acquisition and breakdown of language in the developing brain* (= NATO ASI Series, Series D: Behavioural and Social Sciences – Vol. 60) (125-141), Dordrecht: Kluwer

### SUMMARY. Children and adolescents with acquired aphasia

Children and adolescents with acquired aphasia form a special group among all persons affected by aphasia. On the one hand, because of their age, not yet completed cerebral maturation and their special life situation; on the other hand, because aphasia within these age groups is different to those among adults. The article outlines the particularities of children and adolescents, the etiology, diagnostics, therapy, prognosis as well as the onward educational supply after rehabilitation. It is based on latest research results and many years of clinical experience.

Key words: Acquired aphasia – children – adolescents – brain injury – neurological rehabilitation – educational rehabilitation

### Autoren

Christina Möhrle  
 Pete Guy Spencer  
 Gesundheitsverbund HBH-Kliniken  
 Hegau-Jugendwerk GmbH  
 Abteilung Logopädie  
 Kapellenstraße 31  
 78262 Gailingen am Hochrhein  
 christina.moehrle@hegau-jugendwerk.de  
 pete.spencer@hegau-jugendwerk.de