

Aphasien bei Kindern – ein unterschätztes Phänomen

Folgen, Prognose und Langzeitverlauf im Überblick

Melanie Kubandt

ZUSAMMENFASSUNG. Aphasie bei Kindern findet bis heute in der Aphasieforschung und -behandlung nur wenig Beachtung. Dies liegt vor allem daran, dass man lange Zeit annahm, es handle sich um ein seltenes Phänomen und die Prognose sei im Vergleich zu Aphasien bei Erwachsenen sehr gut. In den letzten Jahren hat sich diese Sicht gewandelt. Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass eine erworbene Hirnschädigung im Kindesalter mit besonderen Risiken verbunden ist. Im vorliegenden Überblicksbeitrag werden neuere Erkenntnisse zu Folgen, Prognose und Langzeitverlauf der Aphasien im Kindesalter präsentiert und notwendige Schlüsse für die Intervention aufgezeigt.

Schlüsselwörter: Aphasie beim Kind – unvollständige Genesung – inhomogene Leistungsprofile – Growing into the deficit – Risikopatienten

Einleitung

Ist in Fachwelt und therapeutischer Praxis von Aphasie die Rede, dann sind in der Regel aphasische Phänomene bei Erwachsenen gemeint. Dabei zeigt sich innerhalb der Aphasieforschung und -behandlung bis heute ein sehr heterogenes Bild. Lange Zeit galt als ein zentrales Definitionskriterium der Aphasie die Abgeschlossenheit des Spracherwerbs (Goodglass & Kaplan 1972, Huber et al. 1997, Tesak 1997). Mittlerweile verändert sich diese Sicht, denn Aphasien sind keineswegs auf Erwachsene oder Jugendliche mit abgeschlossenem Spracherwerb beschränkt. Durch Hirnschädigungen, vorwiegend Schädel-Hirn-Traumata (SHT), können auch Kinder eine Aphasie erleiden und damit prämorbid bereits erworbene sprachliche Fähigkeiten verlieren (Leischner 1987, Rother 2005, Spencer 2006). Weitere häufige Ursachen für Aphasien im Kindesalter sind unter anderem Hirntumore, degenerative Erkrankungen des Zentralen Nervensystems (ZNS), Enzephalitiden und Epilepsien (Becker et al. 1986, Fabbro 2004).

Spencer (2006) sieht im SHT mit ca. 80% die Hauptursache der Aphasien im Kindes- und Jugendalter. Bei erwachsenen Patienten sind dagegen 80% vaskuläre Ätiologien die Hauptursache für Aphasien (Huber et al. 1997). Folglich handelt es sich im Erwachsenenalter meist um unilaterale fokale Läsionen. Im Kindes- und Jugendalter werden dagegen hauptsächlich diffuse, meist sogar bilaterale Schädigungen beobachtet, die in unterschiedlichem

Ausmaß viele Hirnareale betreffen können. Nicht nur für die Ätiologien gilt, dass sich kindliche Aphasien „im Erscheinungsbild, im Verlauf und in den pathogenetischen Bedingungen erheblich von denen bei Erwachsenen“ unterscheiden (Poeck & Hacke 2006, 102). So zeigen sich Besonderheiten gerade bei Folgen, Prognose und (Langzeit-)Verlauf, die bis heute kaum Berücksichtigung finden.

Aphasien bei Kindern – nicht so selten wie angenommen

Huber et al. (1997) sprechen bei Erwachsenen von einer Inzidenzrate von 24 000 und einer Prävalenzrate von 70 000. Wissenschaftlich gesicherte Zahlen zur Inzidenz und Prävalenz der Aphasien bei Kindern und Jugendlichen fehlen bisher. Nach einer Schätzung des Bundesverbandes Aphasie e.V. erleiden in Deutschland jährlich mindestens 3 000 Kinder und Jugendliche bis zum 15. Lebensjahr eine Aphasie neu. Die geringe vermutete Prävalenz für das Kindes- und Jugendalter ist eine mögliche Erklärung für die bis heute wenigen deutschsprachigen Publikationen (Rother 2005).

Jedoch handelt es sich bei kindlichen Aphasien nicht unbedingt um ein seltenes, sondern vielmehr um ein häufig nicht erkanntes bzw. wenig berücksichtigtes Phänomen. Eine Ursache dafür ist, dass die Aphasie im Kindesalter selten isoliert auftritt. Besonders nach

Melanie Kubandt ist akademische Sprachtherapeutin (Magister) und Diplom-Pädagogin mit Schwerpunkt „Frühe Kindheit“.

Von August 2007 bis Januar 2010 leitete sie beim Bundesverband Aphasie e.V. das Projekt „Beschulung aphasischer Kinder“ der ZNS



– Hannelore Kohl Stiftung und war Lehrbeauftragte für kindliche Aphasie an der Universität Würzburg. Gemeinsam mit dem Bundesverband Aphasie e.V. führt sie weiterhin Eltern-Kind-Seminare für betroffene Familien und Fortbildungen für Therapeuten durch. Derzeit ist sie am Niedersächsischen Institut für Frühkindliche Bildung und Entwicklung in Osnabrück in der Forschung tätig.

SHT stehen neben der Aphasie meist andere (Begleit-)Symptomatiken im Vordergrund (Kubandt 2009).

Gestützt auf seine Studien bezweifelte Guttmann (1942) bereits vor über 50 Jahren die relative Seltenheit dieses Störungsbildes: „[I]t is surprising that the rarity of aphasia in children is so often emphasized, and I think this can be accounted for only by lack of understanding of the clinical picture of aphasia in children“ (ebd., 208). Im Vergleich zur Aphasie bei Erwachsenen sieht Guttmann das Diagnostikproblem wie folgt: „Aphasia in the adult is mostly diagnosed or sought for when the patient complains of difficulty in his speech – which children do not do – or if he uses wrong names for objects; in other words, apart from cases of complete motor aphasia, the early diagnosis of aphasia is commonly based on subjective or objective word-amnesia. The clinical appearance in children is different, and the signs of aphasia in a sick, apathetic, shy and often morose child are easily overlooked unless specially sought.“ (ebd.).

Satz und Lewis (1993) teilen diese Zweifel und weisen auf Studien hin, die für eine größere Anzahl an Kindern mit aphasischen Symptomen sprechen als in Fachkreisen angenommen.

Als eine weitere Ursache für die Seltenheit der Diagnose gilt die schwierige Differenzialdiagnostik zwischen Aphasie und Sprachentwicklungsstörungen. In vielen Kliniken wird die Diagnose „Aphasie“ für Kinder bis heute nicht gestellt. Nach wie vor finden sich in Berichten uneindeutige Diagnosen wie „Zustand nach Schädelhirntrauma mit Sprachentwicklungsstörung“. Dies rührt sicher auch daher, dass es bisher keine Zuordnung der kindlichen Aphasie in die Heilmittelrichtlinien oder eine Verankerung in der ICD-10 gibt.

Abgrenzung zu Sprachentwicklungsstörungen

Bis heute gibt es keine einheitliche Definition, ab welchem Lebensalter von einer kindlichen Aphasie gesprochen werden kann (Heccaen 1976, Leischner 1987, Fabbro 2004). In der Praxis hat es sich mittlerweile etabliert, bei Kindern erst ab etwa zwei Jahren von Aphasie zu sprechen, wenn der Spracherwerb auf Wort- und Satzebene bereits eingesetzt hat (Van Hout 1992, Spencer 2006, Spencer & Möhrle 2007). Fabbro (2004) schließt sich dabei einer Definition von Van Hout (1992) an: „Acquired childhood aphasia refers to language deficits following brain lesions after the age of acquisition of the first sentences, generally after the age of 2.“ (Fabbro 2004, 1). Demnach kann man erst ab diesem Zeitpunkt von einer Aphasie aufgrund einer erworbenen Hirnschädigung sprechen, d.h. von Verlust bzw. Abbau vorhandener sprachlicher Fähigkeiten.

Ein wesentlicher Unterschied zu den Sprachentwicklungsstörungen ist somit, dass kindliche Aphasien nach bzw. während eines zunächst normal verlaufenden Spracherwerbs eintreten und die Folge eines klar umschriebenen Ereignisses sind. Für Aphasien im Kindesalter gilt damit, dass neben der Abgrenzung von Aphasien im Erwachsenenalter die Unterscheidung von entwicklungsbedingten Sprachbeeinträchtigungen berücksichtigt werden muss.

Symptomatik und Folgen der Aphasie im Kindesalter

Von Aphasie bei Erwachsenen wurde die kindliche Aphasie lange Zeit anhand drei charakteristischer Hauptkriterien unterschieden: „(1) The children's symptoms were said to be uniform and predominantly nonfluent, whatever the lesion localization; (2) Prognosis was assumed to be more favourable for children than for adults; (3) The frequency of right-hemisphere lesions was thought to be higher in children than in adults.“ (Van Hout 1992, 139).

Man ordnete den kindlichen Aphasien fünf Hauptbeschreibungsmerkmale zu: einen anfänglichen Mutismus, daran anschließend die Reduktion der Spontansprache, das Auftreten einer milden Form der Dysarthrie, Agrammatismus und sogenannte „negative signs“ (Van Hout 1992, 146). Unter „negative signs“ versteht Van Hout dabei das Fehlen von Symptomen, die bei flüssigen Aphasien im Erwachsenenalter normalerweise auftreten, wie Jargon, Logorrhoe, Paraphasien, Neologismen, usw.

Dies führte dazu, kindliche Aphasie bis in die 1980er Jahre als vorwiegend „nicht-flüssig“ zu charakterisieren. Guttmann (1942), Alajouanine und Lhermitte (1965) sowie Hécaen (1976) gingen sogar von einem völligen Fehlen flüssiger Aphasien bei Kindern aus. Diese klassische Vorstellung wurde in den letzten Jahren durch mehrere Studien revidiert. So finden sich bei Kindern mit Aphasie durchaus auch „positive Symptome“ wie Logorrhoe, Paraphasien, Perseverationen vor (Fabbro 2004, Lehecková 2004, Paquier et al. 2004). Prinzipiell geht man heute davon aus, dass alle Symptome, die bei Erwachsenen mit Aphasie auftreten, ebenso bei Kindern und Jugendlichen vorkommen können (Van Hout et al. 1985, Martins & Ferro 1991, Fabbro 2004, Spencer & Möhrle 2007).

Nach Alajouanine und Lhermitte (1965) sind gerade Störungen des Schriftspracherwerbs bei Kindern mit Aphasie sehr häufig und in der Regel stärker vorhanden als Störungen der gesprochenen Sprache. Die Autoren weisen darauf hin, dass Störungen des Schreibens dabei weit häufiger auftreten als Beeinträchtigungen des Lesens (ebd.). Spencer (2006) spricht insgesamt von der „schlechtesten Teil-Prognose“, da es sich bei Lesen und Schreiben um die zuletzt erworbenen Modalitäten des Spracherwerbs handelt. Insgesamt kann man festhalten, dass neuere Studien darauf hinweisen, dass es bei kindlichen Aphasien zu einer Vielzahl unterschiedlicher Lese- und Schreibstörungen kommen kann, die mit denen der Erwachsenen zu vergleichen sind (Loew & Böhringer 2002).

Dennoch gibt es spezifische Besonderheiten in Bezug auf die Folgen und die Prognose bei Kindern mit Aphasie. So beinhaltet ein optimales Rehabilitationsergebnis im Kindesalter nicht nur die Wiedergewinnung von zuvor bereits vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten, sondern darüber hinaus die Wiedergewinnung der prätraumatisch gegebenen Entwicklungsmöglichkeiten, d.h. des jeweils individuellen Entwicklungspotentials. Dabei geht es darum, die für das ganze weitere Leben eines jungen Menschen – der noch nicht wie Erwachsene auf abgesichertes und

attestiertes Altwissen zurückgreifen kann – entscheidende Fähigkeit zum Neu-Lernen im schulischen, beruflichen und sozialen Bereich wiederzugewinnen (Benz & Ritz 2003).

Begleitsymptome und ihre Folgen

Neben der Aphasie können weitere Beeinträchtigungen wie Hemiplegien, Dysarthrien, Epilepsien, Dysphagien, Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen auftreten (Spencer & Möhrle 2007). Dies gilt sowohl für das Erwachsenenalter als auch für Aphasie bei Kindern und Jugendlichen. Nach Spencer (2006) kommt es jedoch bei betroffenen Kindern häufiger zu Störungen der Aufmerksamkeit und des Arbeitsgedächtnisses, da bei Schädel-Hirn-Traumata in den meisten Fällen das Frontalhirn (mit)beschädigt wird, das wichtige neuropsychologische Funktionen sichert. Miller et al. (1984) sprechen noch von weiteren typischen Merkmalen, die nicht auf die Aphasie direkt zurückzuführen sind. Sie haben festgestellt, dass kindliche Aphasien häufig mit Verstehensproblemen einhergehen, viele betroffene Kinder wie taub erscheinen und sich dementsprechend verhalten.

Sollee und Kindlon (1987) sehen zudem einen Zusammenhang zwischen Gehirnläsionen und Verhaltensproblemen bei Kindern und Jugendlichen. Agranowitz und Riddle McKeown (1975) beschreiben anhand ihrer Studien ähnliche Beobachtungen und konstatieren: „Behavior problems play an important part in the diagnosis of aphasic children.“ (ebd., 192). Miller et al. (1984) führen die Verhaltensauffälligkeiten auf die Tatsache des plötzlichen Sprachverlusts zurück und suchen die Ursache(n) im psychologischen Bereich. Auch die Studien von Campbell und Heaton (1978) sprechen für diesen Erklärungsansatz. Ihre These basiert auf der Feststellung, dass Verhaltensauffälligkeiten in vielen Fällen zurückgehen, sobald den betroffenen Kindern alternative Kommunikationssysteme angeboten werden.

Prognose und Langzeitverlauf der Aphasien im Kindesalter

Der Verlauf kindlicher Aphasien ist sowohl im deutschsprachigen als auch im englischsprachigen Raum fast ausschließlich im Zusammenhang mit der Frage nach der Prognose beschrieben worden. Trotz vieler Studien in diesem Bereich sind die langfristigen Entwicklungen bis heute eher unklar (Miller et al. 1984). Traditionell ging man von einer sehr guten Prognose aus, besonders im Ver-

gleich zu Aphasien bei Erwachsenen (Bernhardt 1885). Diese Sichtweise wurde auch im zwanzigsten Jahrhundert weiter propagiert. Lange Zeit nahm man an, dass bei Kindern aphasische Symptome nur vorübergehend auftreten und sich selten persistent verhalten (Guttmann 1942, Alajouanine & Lhermitte 1965, Hécaen 1976). Guttmann (1942) berichtet in seiner Studie in einigen Fällen von einer erstaunlich guten Prognose: „The recovery from aphasia of the purely motor type is surprisingly rapid, and most cases with a reversible lesion have recovered within four weeks.“ (ebd., 218). Auch Alajouanine und Lhermitte (1965) stellten bei der Untersuchung von 32 kindlichen Aphasiepatienten gute Prognosen für den Verlauf fest. 24 der von ihnen untersuchten Patienten erlangten fast vollständig ihre Sprache wieder. Basser (1962) berichtet sogar von einer Erholung in allen Fällen.

Lenneberg (1967) untersuchte eine Gruppe von Aphasiepatienten im Alter von 3 bis 18 Jahren. Nur bei den beinahe erwachsenen Patienten blieb die Aphasie bestehen, bei den jüngeren konnte er eine vollständige Genesung feststellen. Aufgrund dieser Ergebnisse kam er zu dem Schluss: je jünger das Kind bei der Erkrankung ist, desto besser die Prognose. Auch Hécaen (1976) sprach sich eindeutig für die bessere Prognose der kindlichen Aphasien gegenüber den Aphasien bei Erwachsenen aus. Diese vorherrschende Sicht führte dazu, dass Kinder und Jugendliche mit Aphasie in den darauf folgenden Jahrzehnten innerhalb der Aphasieforschung kaum Beachtung fanden und in der Regel auch nicht ausreichend therapiert wurden (Fabbro 2004).

Neuere Arbeiten und Studien widersprechen einer guten Prognose mittlerweile in vielen Punkten. Satz und Bullard-Bates (1986) zum Beispiel untersuchten Daten, die bis 1978 zu kindlichen Aphasien veröffentlicht wurden und machten darauf aufmerksam, dass 25-50% der untersuchten Fälle noch nach einem Jahr weiterhin an Aphasie litten. Auch Loonen und Van Dongen (1990) beobachteten ähnliche Fälle: „Most of the children had not recovered completely 1 year after onset.“ (ebd., 1324).

Jordan und Murdoch (1994) untersuchten mehrere Erwachsene, die in ihrer Kindheit schwere Kopfverletzungen erlitten hatten und kamen zu folgendem Ergebnis: „Results indicated that all areas of language competence assessed (syntax, semantics, pragmatic) appeared to be compromised by the childhood closed-head injury.“ (ebd., 506). Zwei Jahre später veröffentlichten Jordan und Ashton (1996) eine ähnliche Untersu-

chung, diesmal mit Probanden im Kindesalter und kamen zum gleichen Ergebnis.

Eine Erklärung für die neuen Erkenntnisse und Ansichten ist, dass die unterschiedlichen Variablen, die Prognosen und Langzeitverlauf bei kindlichen Aphasien beeinflussen können, von früheren Studien nicht oder nur wenig berücksichtigt wurden. So kritisiert Van Hout (1991), dass das Alter als Hauptkriterium für eine gute Prognose gilt. Woods und Teuber (1978) konnten bereits Mitte der 70er Jahre in einer Studie mit 65 Kindern zeigen, dass die Prognose bei Kindern, die bei ihrer Hirnschädigung jünger als acht Jahre alt waren, zwar tendenziell günstiger erschien, jedoch innerhalb dieser Gruppe erhebliche Unterschiede zu beobachten waren. So reichte die Dauer der Genesung bei den einzelnen Probanden von weniger als einem Monat bis hin zu mehr als zwei Jahren.

Van Hout (1991) zählt die Ätiologie, das Alter zum Zeitpunkt der Erkrankung, das Läsionsausmaß und die Aphasietypen zu den Variablen, die für die Prognose zentral sind. Gerade die unterschiedlichen Ätiologien kindlicher Aphasie machen ein allgemeingültiges Urteil über die Prognose jedoch fast unmöglich.

Van Dongen und Loonen (1977) waren mit die ersten, die der Ätiologie bezüglich der Prognose große Bedeutung zusprachen. Sie kamen unter anderem zu dem Schluss, dass sich kindliche Aphasien, die aufgrund von Hirntraumata eintreten, oftmals vollständig legen. Zudem propagierten sie, dass die Prognose der traumatisch bedingten Aphasien weit besser sei als die von enzephalitisch bedingten Aphasien. Auch Remschmidt und Niedergall (1981) vertraten lange diese Ansicht. Martins und Ferro (1991) spezifizieren diese These weiter: „[The] children with stroke had a very good recovery compared to those with traumata and especially the infectious cases.“ (ebd. 179, auch Martins & Ferro 1992).

In einer weiteren Studie von Martins (2004) anhand von 50 kindlichen Aphasiepatienten wird darauf hingewiesen, dass 11 der untersuchten Patienten auch noch nach zwei Jahren an einer chronischen Aphasie litten. Sie kommt in ihrer Studie zu einem ähnlichen Schluss wie Van Hout (1992), dass nicht Faktoren wie Alter oder Geschlecht für den Genesungsverlauf eine Rolle spielen, sondern vielmehr Faktoren, die mit Ausmaß und Lokalisation der Läsion in Verbindung stehen. Dies wird auch in einer neueren Langzeitstudie zu hirnverletzten Kindern bestätigt, bei der mittlerweile Erwachsene untersucht wurden: „Injury severity was a particularly strong predictor of long-time outcomes.“ (Anderson et al. 2009, 303).

Ein wesentlicher Unterschied zwischen der Prognose bei Aphasie im Kindesalter und Erwachsenen ist nach *Martins* (2004) der Zeitpunkt der Verbesserung: „Curves of aphasia recovery in adults (again, mostly stroke patients) have shown that the greatest improvement is seen in the first 3 months (especially in the first three weeks) (...) There may be some recovery during the first year (...), but afterwards there are no significant changes, and functional decline has occasionally been reported (...) Although children who recovered did so during the first year, in our group of chronic aphasics improvement of different language abilities was found not only after the first year, but also 5 or more years after lesion onset, causing changes in the aphasic profile and taxonomic diagnosis.“ (ebd. 245).

Anders als bei erwachsenen Aphasiepatienten können sich bei Kindern sprachliche Leistungen auch in der chronischen Phase weit häufiger noch verbessern: „Regarding recovery, there are two main differences between these findings and findings related to adult aphasics. First, unlike adults, the overall recovery was better in children and, secondly, children improved in the chronic period.“ (ebd.).

Martins spricht sich zwar generell für eine bessere Prognose der Aphasie bei Kindern aus, kritisiert aber, dass noch nicht genug Wissen über chronische Aphasiefälle bei Kindern vorhanden ist. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch *Lehecková* (2004). In ihrer Einzelfallstudie zur Genesung eines tschechischen Kindes mit Aphasie kommt sie anhand eines Vergleichs mit einem erwachsenen Aphasiepatienten zu folgender Schlussfolgerung: „The child’s aphasia is basically manifested in the same way as the adult’s aphasia with one exception: while the adult patient two years post-onset reached a stage after which her language skills no longer improved, the child has continued to develop her linguistic abilities.“ (ebd. 227f.). Allerdings zeigen neuere Studien zu erwachsenen Aphasiepatienten, dass auch in einem hohen Alter bei entsprechender Intensität der Intervention noch Verbesserungen in der chronischen Phase möglich sind (*Bhogal* et al. 2003). Zudem gibt es weitere aktuellere Untersuchungen, die das Phänomen der „incomplete recovery“ bei kindlicher Aphasie betonen (*Chilosi* et al. 2008). Damit knüpfen diese Autoren an die Entdeckungen von *Woods* und *Carey* (1979) an, die bereits vor 30 Jahren erkannt haben: „We conclude that

even when childhood aphasia results from unilateral nonprogressive lesion, recovery of language is less complete than has been generally supposed.“ (ebd. 409).

„Growing into the deficit“

Ein zentraler Aspekt, der im Kontext der Prognose und der Langzeitfolgen sowohl in der Praxis als auch in den Forschungen meist unberücksichtigt bleibt, ist die Tatsache, dass aphasische Symptome bei Kindern teils erst lange nach dem Akutereignis auftreten können und dann häufig nicht erkannt bzw. nicht mehr mit der Hirnschädigung in Verbindung gebracht werden. Dies kann eine weitere Ursache dafür sein, dass viele Aphasien im Kindesalter unerkannt bleiben. So machen *Benz* und *Ritz* (2003) darauf aufmerksam, dass die früher tradierte Annahme, dass aufgrund der gegebenen Plastizität des Gehirns die Langzeitfolgen nach SHT umso günstiger seien, je jünger ein Kind bei Erleiden eines Unfalls ist, nicht mehr zutrifft. Sie sprechen davon, dass Kinder sozusagen erst in ihr endgültiges Defizit hineinwachsen („Growing into the Deficit“) (*Benz & Ritz* 1999, 2003).

Besonders zeigt sich das im Kontext des Schriftspracherwerbs. Viele Kinder, die eine

Aphasie erleiden, haben besonders Probleme beim Lesen und Schreiben (s.o.). Dies gilt auch für Kinder, die im Vorschulalter eine Hirnschädigung erlitten und den Schriftspracherwerb noch vor sich haben. Erst im Schulalter werden die Beeinträchtigungen sichtbar und oftmals nicht mehr mit der zurückliegenden Schädigung in Verbindung gebracht.

Ein weiterer Aspekt erschwert die Diagnose von Langzeitschäden bei Kindern: Die Defizite erstrecken sich meist nur auf einzelne Leistungsbereiche. So gibt es aphasische Kinder, die spontansprachlich fast unauffällig erscheinen, dafür aber umso größere Schwierigkeiten im schriftsprachlichen Bereich haben. In der Neuropsychologie spricht man in diesem Zusammenhang von „inhomogenen Leistungsprofilen“ (Benz & Ritz 2003).

Langzeitstudien nach SHT bei Kindern und Jugendlichen machen zudem deutlich, dass die Behandlung auch zwei Jahre danach nicht regelhaft als abgeschlossen gelten kann. Denn traumatisch bedingte Störungen und Defizite können sich mit zeitlichem Abstand wieder verschlimmern oder neu manifestieren (Ritz & Benz 1996, 1999).

Neuere neuropsychologische Befunde deuten darauf hin, dass gerade jüngere Kinder besonders vulnerabel für Langzeit- und Folgeschäden sind, da Gehirne, deren Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist, besonders empfindlich reagieren (Kieslich et al. 2001, Anderson et al. 2009). Hinzu kommt die Tatsache, dass kindliche Hirnschädigungen langfristige Folgeerscheinungen nach sich ziehen: „Traumatic brain injury is a lifelong problem.“ (Anderson et al. 2009, 303). Durch posttraumatische Epilepsien, die aufgrund von Vernarbungen im Gehirn auch noch lange nach der Schädigung entstehen können, kann zudem eine weitere Verschlimmerung der Symptomatik auftreten, was sich gerade im Kindesalter zusätzlich negativ auf Rehabilitationsverlauf und Prognose auswirkt (Mey & Ritz 1992).

Schlussfolgerungen

Für die Rehabilitation aphasischer Kinder gilt damit, dass sie direkt im Anschluss an die akute klinische Behandlung und zudem über einen ausreichend langen Zeitraum erfolgen muss. Die Intervention sollte umfassend sein, d.h. neben medizinischen auch alle Maßnahmen zur schulischen, beruflichen und psychosozialen Rehabilitation beinhalten, die in individuellen Rehabilitationsplänen auf die Bedürfnisse der Kinder abgestimmt werden. Denn anders als lange propagiert, bleiben auch Aphasien bei Kindern nicht ohne Langzeitfolgen.

Hier spielen neben den Beeinträchtigungen aufgrund der Krankheitssymptome gerade die psycho-sozialen Folgen eine bedeutende Rolle. Leider ist auch dieser Bereich innerhalb der kindlichen Aphasieforschung bisher eher vernachlässigt worden.

Martins (2004) macht trotz vermeintlich besserer Prognose als bei Erwachsenen auf solche langfristigen Negativfolgen kindlicher Aphasien aufmerksam: „Although chronic aphasics tend to have mild forms of aphasia and their linguistic abilities may continue to improve in the chronic stage, persistent aphasia has a negative impact on their educational, social and professional life.“ (ebd. 247). Um einer Verschlimmerung der Symptome und dem Phänomen „Growing into the deficit“ frühzeitig entgegenwirken zu können, empfehlen Benz und Ritz (2003) daher nach einer abgeschlossenen Rehabilitationsbehandlung längerfristige regelmäßige Kontroll- und Nachuntersuchungen der betroffenen Kinder.

Bis zum Ende ihrer Entwicklung gelten hirnverletzte Kinder als „Risikopatienten“. Daher empfehlen die Leitlinien der Gesellschaft für Neuropädiatrie seit 2003 neuropsychologische Verlaufsbeobachtungen in regelmäßigen Abständen und über mehrere Jahre hinweg. Da Schädel-Hirn-Traumata mit bis zu 80% die Hauptursache für Aphasien im Kindesalter sind, sollte dies zukünftig in verstärktem Maße auch bei Kindern mit Aphasie berücksichtigt werden.

LITERATUR

- Agranowitz, A. & Riddle McKeown, M. (1975). *Aphasia Handbook for Adults and Children*. Springfield: C. C. Thomas
- Alajouanine, Th. & Lhermitte, F. (1965). Acquired Aphasia in children. *Brain* 88, 653-662
- Anderson, V., Brown, S., Newitt, H. & Hoile, H. (2009). Educational, vocational, psychosocial, and quality-of-life outcomes for adult survivors of childhood traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 5 (24), 303-312
- Basser, L.S. (1962). Hemiplegia of early onset and the faculty of speech with special reference to the effects of hemispherectomy. *Brain* 85, 427-460
- Becker, R., Bergmann, B.-E. & Kubiak, I. (1986). Zur Rehabilitation aphasischer Kinder. In: Becker, R. & Elstner, W. (Hrsg.), *Das aphasische Kind*. Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit
- Benz, B. & Ritz, A. (1996). Verlauf neurologischer Störungen nach Schädel-Hirntrauma im Kindesalter. *Kindheit und Entwicklung* 5, 221-228
- Benz, B. & Ritz, A. (1999). *Langzeitoutcome nach Schädelhirntrauma (SHT) im Kindesalter. Neuropsychologische Verläufe*. Fortschritte in der Neuro-

- traumatologie und klinischen Neuropsychologie 3. Germering: Zuckschwerdt
- Benz, B. & Ritz, A. (2003). *Besonderheiten bei der neurologischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen*. Seminarbericht „Neurologische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen“ 7.-9.10.2003, Bremen
- Bernhardt, M. (1885). Ueber die spastische Cerebralparalyse im Kindesalter (Hemiplegia spastica infantilis), nebst einem Excurse über „Aphasie bei Kindern“. *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für Klinische Medicin* 102, 26-80
- Bhogal, S.K., Teasell, R. & Speechley, M. (2003). Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. *Stroke* 34, 987-993
- Campbell, T.F. & Heaton, E.M. (1978). An expressive speech program for a child with acquired aphasia: a case study. *Canadian Journal of Human Communication*, Summer, 89-102
- Chilosi, A.M., Cipriani, P., Pecini, C. Brizzolara, D., Biagi, L., Montanaro, D., Tosetti, M. & Cioni, G. (2008). Acquired focal brain lesions in childhood: effects on development and reorganization of language. *Brain and Language* 3 (106), 211-225
- Fabbro, F. (2004) (Hrsg.). *Neurogenic language disorders in children*. Amsterdam: Elsevier
- Guttmann, E. (1942). *Aphasia in children*. *Brain* 65, 205-219
- Goodglass, H. & Kaplan, E. (1972). *The assessment of aphasia and related disorders*. Philadelphia: Lea & Febiger
- Hécaen, H. (1976). Acquired aphasia in children and the ontogenesis of hemispheric functional specialization. *Brain and Language* 3, 114-134
- Huber, W., Poeck, K. & Weniger, D. (1997). Aphasie. In: Hartje, W. & Poeck, K. (Hrsg.), *Klinische Neuropsychologie*. Stuttgart: Thieme
- Lenneberg, E. (1967). *Biological foundations of language*. New York: Wiley
- Lehecková, H. (2004). Recovery from aphasia after polytrauma in a czech child: what is lost and what is left. In: Fabbro, F. (Hrsg.), *Neurogenic language disorders in children*. Amsterdam: Elsevier
- Jordan, F.M. & Murdoch, B.E. (1994). Severe closed-head injury in childhood: linguistic outcomes into adulthood. *Brain Injury* 8, 501-508
- Jordan, F.M. & Ashton, R. (1996). Language performance of severely closed-head injured children. *Brain Injury* 10, 91-97
- Kieslich, M., Marquardt, G., Galow, G., Lorenz, R. & Jacobit, G. (2001). Neurological and mental outcome after severe head injury in childhood. A long-term follow up of 318 children. *Disability and Rehabilitation* 23 (15), 665-669
- Kubandt, M. (2009). *Aphasie bei Kindern und Jugendlichen. Ein Ratgeber für therapeutische Berufsgruppen*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Leischner, A. (1987). *Aphasien und Sprachentwicklungsstörungen*. Stuttgart: Thieme
- Loew, M. & Böhringer, K. (2002). *Kindliche Aphasie. Beiträge zur neurologischen Rehabilitation von*

- Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Gaillingen: Schrifreihe Jugendwerk
- Loonen, M.C. & Van Dongen, H.R. (1977). Factors related to prognosis of acquired aphasia in children. *Cortex* 13, 131-136
- Loonen, M.C. & Van Dongen, H.R. (1990). Acquired childhood aphasia: Outcome one year after onset. *Archives of Neurology* 47, 1324-1328
- Martins, I.P. & Ferro, J.M. (1991). Recovery from aphasia and lesion size in the temporal lobe. In: Martins, A.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* (171-184). Dordrecht: Kluwer
- Martins, I.P. & Ferro, J.M. (1992). Recovery of acquired aphasia in children. *Aphasiology* 4 (6), 431-438
- Martins, I.P. (2004). Persistent acquired childhood aphasia. In: Fabbro, F. (2004) (Hrsg.). *Neurogenic language disorders in children* (231-251). Amsterdam: Elsevier
- Meya, F. & Ritz, A. (1992). Die Bedeutung der posttraumatischen Epilepsien für die Rehabilitation nach Schädelhirntrauma im Kindes- und Jugendalter. In: Lischka, A. & Bernert, G. (Hrsg.), *Aktuelle Neuropädiatrie* (174-175). Wehr: Ciba-Geigy
- Miller, J.F., Campbell, T.F., Chapman, R.S. & Weismer, S.E. (1984). Language behavior in acquired childhood aphasia. In: Holland, A. (Hrsg.), *Language Disorders in Children* (57-99). San Diego: College Hill Press
- Paquier, P.F. et al. (2004). Recognizable spontaneous language characteristics in a young adult twelve years after she became aphasic as a child. In: Fabbro, F. (Hrsg.), *Neurogenic language disorders in children* (181-197). Amsterdam: Elsevier
- Poeck, K. & Hacke, W. (2006). *Neurologie*. 12. erw. Aufl. Berlin: Springer
- Remschmidt, H. & Niedergall, G. (1981). Sprachentwicklung im Kindesalter und cerebrale Lateralisation. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 9, 170-184
- Rother, A. (2005). Kindliche Aphasien. *Logos interdisziplinär* 2, 90-92
- Satz, P. & Bullard-Bates, C. (1986). Acquired aphasia in children. In: Sarno, E. (Hrsg.), *Acquired aphasia* (399-426). New York: Academic Press
- Satz, P. & Lewis, R. (1993). Acquired aphasia in children. In: Blanken, G., Dittmann, J., Grimm, H., Marshall, J.C. & Walleesch, C.-W. (Hrsg.), *Linguistic disorder and pathologies. An international handbook* (646-659). Berlin: Walter de Gruyter
- Sollee, N.D. & Kindlon, D.J. (1987). Lateralized brain injury and behaviour problems in children. *Abnormal Child Psychology* 15, 479-491
- Spencer, P.G. (2006). *Kindliche Aphasie. Hintergründe und Praxis*. Not 3, 24-26
- Spencer, P.G. & Möhrle, C. (2007). Kinder und Jugendliche mit Aphasie. *Forum Logopädie* 6 (21), 6-12
- Tesak, J. (1997). *Einführung in die Aphasologie*. Stuttgart: Thieme
- Van Dongen, H.R. & Loonen, M.C. (1990). Acquired childhood aphasia: outcome one year after onset. *Archives of Neurology* 47, 1324-1328
- Van Hout, A., Evrard, P. & Lyon, G. (1985). On the positive semiology of acquired aphasia in children. *Developmental Medicine and Child Neurology* 27, 231-241
- Van Hout, A. (1991). Outcome of acquired aphasia in childhood. Prognosis factors. In: Martins, A.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* (163-169). Dordrecht: Kluwer
- Van Hout, A. (1992). Acquired aphasia in children. In: Segalowitz, S.J. & Rapin, I. (Hrsg.), *Handbook of Neuropsychology*, Band 7 (281-303). Amsterdam: Elsevier
- Woods, B.T. & Teuber, H.-L. (1978). Changing patterns of Childhood Aphasia. *Annals of Neurology* 3 (5), 273-280
- Woods, B.T. & Carey, S. (1979). Language deficits after apparent clinical recovery from childhood aphasia. *Annals of Neurology* 5 (6), 405-409

DOI dieses Beitrags

10.2443/skv-s-2010-53020100603

Autorin

Melanie Kubandt, Dipl.-Päd., M.A.
 Nifbe-Forschungsstelle Elementarpädagogik
 Katharinenstraße 24
 49078 Osnabrück
 melanie.kubandt@nifbe.de
 melanie.kubandt@uni-osnabrueck.de

SUMMARY. Acquired Childhood Aphasia (ACA) – recovery and long-time outcome

Acquired Childhood Aphasia (ACA) has received considerably less attention in aphasia research and therapy. One reason is that ACA was thought to be an uncommon phenomenon with favourable recovery in comparison to aphasia in adults for many years. Nowadays, different studies show that early childhood brain injury is associated with particular risks. This article aims to give an overview of recent findings of recovery and long-time outcomes in the study of ACA and implications for intervention.

KEYWORDS: Acquired Childhood Aphasia – incomplete recovery – growing into the deficit – risk-patients