

# Kindliche Aphasie - Hintergründe und Praxis

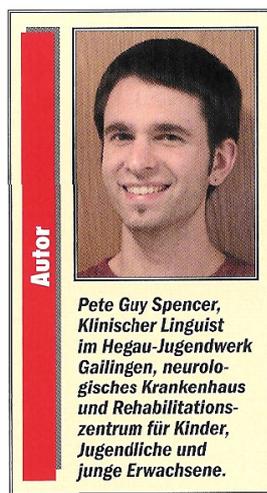
Bis in die 70er-Jahre galt: Kindliche Aphasien sind äußerst selten und bilden sich schnell und vollständig zurück. Dementsprechend sind sie in der Forschung lange vernachlässigt worden.

**L**ees & Urwin schreiben 1997: „Für diejenigen, die nicht mit dem Problem [der Kinder mit Aphasie] vertraut sind, mag es sich um eine kleine Gruppe von geringer Bedeutung handeln. Jedoch sowohl zugunsten der Betroffenen als auch hinsichtlich unseres zukünftigen Verständnisses von Sprachstörungen können wir es uns nicht leisten, sie als ein Randproblem zu beurteilen.“

## Kindliche Aphasie – Was ist das?

Eine Aphasie ist eine Sprachstörung aufgrund einer erworbenen Hirnschädigung nach abgeschlossenem Spracherwerb. Dabei können die einzelnen sprachlichen Modalitäten Sprechen, Verstehen, Schreiben und Lesen in unterschiedlichem Ausmaß gestört sein. Bei kindlichen Aphasien kommt hinzu, dass der Erstspracherwerb zum Zeitpunkt der Schädigung erst begonnen hat und noch nicht abgeschlossen ist. Bei Sprachentwicklungsstörungen (SES) hingegen liegen die Ursachen in der Zeit vor Beginn des Spracherwerbs.

In der Literatur wird die kindliche Aphasie bezüglich des Alters nicht einheitlich eingegrenzt. Wir im Hegau-Jugendwerk folgen der Auffassung, neurogene Sprach-



Autor

*Pete Guy Spencer,  
Klinischer Linguist  
im Hegau-Jugendwerk  
Gailingen, neurologisches  
Krankenhaus  
und Rehabilitations-  
zentrum für Kinder,  
Jugendliche und  
junge Erwachsene.*

störungen ab dem zweiten Lebensjahr als kindliche Aphasie zu bezeichnen. 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. Die Schriftsprache ist jedoch in diesem Alter erst frisch erworben und der Erwerb von übertragen gebrauchter Sprache etc. dauert an bis zu einem Alter von etwa 12 bis 14 Jahren. Aus psychologischer Sicht sprechen viele Gründe dafür, eine Grenze mit Beginn der Adoleszenz um das 12. Lebensjahr zu ziehen.

Definition: Als kindliche Aphasiker bezeichnen wir Kinder, die nach Beginn und vor Abschluss des Erstspracherwerbs (ca. 2-

11./12. Lebensjahr) durch eine neurologische Schädigung eine Störung der bis dahin erworbenen Sprache erlitten haben.

## Ätiologie – Ursachen für Aphasie

Während bei Erwachsenen die häufigste Ursache für eine Aphasie ein Schlaganfall ist, steht bei Kindern das Schädel-Hirntrauma (SHT) an erster Stelle – jeweils mit rund 80 Prozent. Weitere Ursachen für kindliche Aphasie sind Schlaganfälle (rund 300 von jährlich 200.000 Schlaganfällen in Deutschland betreffen Kinder), Hirn- oder Hirnhautentzündungen (Enzephalitis, Meningitis), Hypoxien (Sauerstoffmangel, zum Beispiel durch Ertrinkungsunfälle oder Herzstillstand), Angiome und Hirntumore. Hirntumore zählen direkt nach Leukämie zu den häufigsten Krebserkrankungen bei Kindern. Nicht nur der Tumor selbst, sondern auch eine Chemo- oder Strahlentherapie können negative Auswirkungen auf die Sprache haben. Auch verschiedene Formen von Epilepsie haben Sprachstörungen zur Folge, darunter das Landau-Kleffner-Syndrom. Äußerst selten ist das Moya-Moya-Syndrom, das auf einer Gefäßmissbildung fußt und ebenfalls zu kindlicher Aphasie führt.

Während also bei Erwachsenen unilaterale, fokale (einseitige, umschriebene) Läsionen überwiegen, bei denen recht klare

Syndromkomplexe zu erwarten sind (z. B. Broca- oder Wernicke-Aphasie), sind es bei Kindern hauptsächlich diffuse, oft auch bilaterale Schädigungen, die in unterschiedlichem Ausmaß viele Hirnareale betreffen. Dementsprechend inhomogen ist das klinische Erscheinungsbild, so dass die Übertragung der an Erwachsenen gewonnenen Syndromeinteilung auf Kinder nicht sinnvoll ist. Stattdessen sind genaue Beschreibungen sprachlicher Einschränkungen und erhaltener Fähigkeiten im Einzelfall notwendig.

## Klinisches Erscheinungsbild kindlicher Aphasien

Eine Besonderheit kindlicher Aphasien ist der initiale Mutismus, das anfängliche vollständige Verstummen, das über einige Wochen bis Monate andauern kann. Das noch weniger geübte und automatisierte Sprechen sowie psychoreaktives Vermeidungsverhalten, wie es für Kinder in belastenden Situationen typisch ist, stellen mögliche Ursachen dar.

Während der mutistischen Phase lässt sich über den Schweregrad der Aphasie keine Aussage treffen. Danach ist die Spontansprache in der überwiegenden Zahl der Fälle unflüssig, das heißt geprägt von Wortfindungsproblemen mit Verarmung im Wortschatz, Sprech- und Sprachanstrengung mit reduzierter Sprechrate, reduzierter mittlerer Länge von Äußerungen, reduzierter artikulatorischer Agilität, erhöhten Pausen, Agrammatismus ('Telegrammstil'), Dysprosodie (veränderte Sprechmelodie).

Ein weiteres wichtiges Symptom bei kindlichen Aphasien ist das gestörte auditive Sprachverständnis. Während in älteren Beschreibungen stets konstatiert wurde, dass es bei Kindern mit Aphasie gut erhalten bliebe, ist es laut unseren Erfahrungen im Hegau-Jugendwerk immer mehr oder weniger stark beeinträchtigt. Typische 'positive' aphasische Symptome wie semantische und

phonematische Paraphrasien (falsche oder entstellte Benennungen), Neologismen und Jargon (unverständliche Sprache), Perseverationen und Echolalien (unkontrollierte Wiederholungen) treten auch bei Kindern auf – wenn auch meist nur innerhalb der ersten Monate nach der Hirnschädigung.

Störungen der Schriftsprache wurden in der Literatur oft vernachlässigt. Dabei sind Lesen und Schreiben als zuletzt erworbene Modalitäten bei Kindern während des gesamten Verlaufs in der Regel schwerer gestört als das Sprechen und Verstehen und besitzen auf lange Sicht die schlechteste 'Teil-Prognose'. Dies gilt besonders für Vorschulkinder, bei denen später in der Regel Probleme beim Erlernen der Schriftsprache auftreten.

## Neuropsychologische und andere Begleitstörungen

Wie oben erwähnt, liegt bei den meisten Kindern mit Aphasie ein SHT als Ursache vor. Besonders betroffen ist hierbei meist das Frontalhirn, das wichtige neuropsychologische Funktionen beherbergt: Aufmerksamkeit, Arbeitsgedächtnis und Exekutive. Zur Exekutive gehören Kritik- und Problemlösefähigkeit, Planung und Flexibilität, Integration mentaler Repräsentationen und Hemmung unerwünschten Verhaltens.

Ein SHT kann diese und andere kognitive (Lernstörung und reduzierte Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit), physische (Hemiparese = Halbseitenlähmung und Hemianopsie = Gesichtsfeldausfälle), emotionale und Verhaltensbeeinträchtigungen (Labilität, Ängstlichkeit, Aggression, Hyperaktivität, Antriebslosigkeit und Depression) zur Folge haben. Besonders Störungen von Daueraufmerksamkeit und Vigilanz (Wachheit) bleiben zumindest bei schweren SHT's über viele Jahre bestehen (Robin et al., 1999).

Häufig finden sich bereits prä-morbid (=vor der Schädigung) bestehende Auffälligkeiten (ADS

=Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, LRS =Lese-Rechtschreib-Schwäche), besonders im Zusammenhang mit selbstverschuldeten Unfällen, denn diese Kinder haben schon vorbestehend Probleme mit der visuellen und/oder akustischen Wahrnehmung. Solche Vorstörungen können sich mit den aktuell erworbenen überlagern.

Vor allem im Verbund mit exekutiven und rechtshemisphärischen Störungen führen Aphasien zu Kommunikationsstörungen. Kommunikation ist das Medium, um soziale Fähigkeiten zu entwickeln, so dass es sehr

schwierig wird, in die Peergroup (Gruppe der Gleichaltrigen) zu passen und die erforderlichen Anpassungsleistungen zu vollziehen. An die Stelle der Identifikation mit der Peergroup tritt die Isolation, an die Stelle der angestrebten stärkeren Unabhängigkeit von den Eltern tritt die wieder verstärkte Abhängigkeit. (Turkstra, 2000)

che Aphasie – Sprachentwicklungsstörung und gibt erste Orientierung bezüglich Therapieplanung und Zielsetzung. Besonders bei jüngeren Kindern fällt ins Gewicht, dass der 'normale' Spracherwerb nicht linear ist und große interindividuelle und situativ-kontextuelle Unterschiede aufweist. So finden sich Kinder, die früher, und solche, die später mit dem Sprechen beginnen, solche mit über- und solche mit unterdurchschnittlicher sprachlicher Begabung.



*Kindgerechte Therapie weckt Sprechfreude.*

Ebenfalls von den Eltern sowie aus den Befunden der vorbehan-

## Diagnostik

Da der Token Test der einzige für Kinder normierte Aphasie-Test ist (ab 5 Jahren, Gutbrod & Michel, 1986), werden üblicherweise normierte Sprachentwicklungstests durchgeführt. Ein wichtiger erster Schritt ist das Erfassen des prä-morbid sprachlichen Niveaus durch Elterngespräche und Schulzeugnisse. Dies dient der Differenzialdiagnose kindli-

chen Kliniken erfahren wir vom bisherigen Krankheitsverlauf. Hier spielen nicht nur sprachtherapeutische, sondern auch medizinische und neuropsychologische Befunde eine wichtige Rolle, da Begleitstörungen (auditive Wahrnehmung, Koordinations-, Konzentrations- und Lernstörungen in der sprachtherapeutischen Diagnostik und Therapie berücksichtigt werden müssen.

Aufgrund der oft mangelnden Kooperationswilligkeit ist es sehr schwierig, kleine Kinder sprachlich zu testen. Deshalb lassen sich deren kommunikative Fähigkeiten am besten durch die Beobachtung der Spontansprache beim Spiel feststellen. Das Kommunikationsverhalten setzt sich zusammen aus der Hörerrolle, zu der die Aufmerksamkeit auf den Gesprächspartner mit entsprechenden Hörersignalen und das

Sprachverständnis und seine Sicherung durch gezielte Nachfragen gehören, und aus der Sprecherrolle, zu der die Gesprächsinitiation und Turn-Taking (Sprecherwechsel), Themenkonsistenz (Einhalten von Inhalt, Logik, Reihenfolge) und gesprächsbegleitende oder -ersetzende Kommunikationsmittel wie Gestik und Mimik oder auch Zeichnungen und Aufschreiben gehören.

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

- bei den ein- bis dreijährigen das Zollinger Entwicklungsprofil
- bei den zwei- bis fünfjährigen der SETK 2 bzw. SETK 3-5 (Sprachentwicklungstest für zwei- bzw. für drei- bis fünfjährige Kinder)
- bei drei- bis neunjährigen der HSET (Heidelberger Sprachentwicklungstest)
- bei vier- bis neunjährigen der PSST (Psycholinguistischer Sprachentwicklungs- und Sprachverständnisstest)
- bei den ab zehnjährigen der AAT (Aachener Aphasie Test), einzelne Teile daraus auch schon früher

Zusätzlich müssen bei auditivem Sprachverständnis und mündlichem Ausdruck auch die Basisleistungen (auditive Wahrnehmung und Sprechmotorik) überprüft werden, der rezeptive Bereich durch Reintonschwellenaudiogramm, Lautagnosietest (ab 4 Jahre), Mottier-Probe (ab 5 Jahre), der produktive durch Untersuchungsbögen für Dysarthrie, buccofaciale und Sprechapraxie.

Für die Überprüfung der Schriftsprache eignet sich der SLRT (Salzburger Lese- und Rechtschreibtest, 1.-4. Klasse). Bei Restaphasien bietet sich der ADST (Allgemeiner Deutscher

Sprachtest, 3.-10. Klasse) sowie Material auf Textebene an (Lesen von altersentsprechenden Texten aus Schulbüchern, mündliches und schriftliches Beschreiben von Bildern/Bildergeschichten).

## Therapie

Nachdem so ein möglichst detailliertes Bild der sprachlichen Bedürfnisse und Einschränkungen des aphasischen Kindes gewonnen wurde, sollte die Therapie sowohl die Förderung der Alltagskommunikation als auch der sprachlichen Fähigkeiten, die für die zukünftigen schulischen Anforderungen unerlässlich sind, im Blick haben. Dabei müssen die für den Spracherwerb wichtigen sensorischen, kognitiven und emotionalen Voraussetzungen, so zum Beispiel auch die Spielentwicklung, integriert werden.

Von Aphasie betroffen ist immer über die sprachgestörte Person hinaus ihr soziales Umfeld, das heißt hier besonders die Eltern und Geschwisterkinder. Es ist wichtig, die Eltern, die in der Regel zum ersten Mal mit Aphasie konfrontiert werden, in die Therapie mit einzubeziehen und sie hinsichtlich des Umgangs mit dem sprachbehinderten Kind zu beraten.

Das Ziel therapeutischer Intervention darf im Gegensatz zur Therapie bei Erwachsenen nicht nur das Erreichen des prämorbidem Standes sein. Es muss sprachliches Lernen fördern und dabei einerseits die seit der Hirnschädigung verpassten Entwick-

lungsschritte nachholen und gleichzeitig die reduzierten sprachlichen Entwicklungsmöglichkeiten (Langzeitfolgen) im Blick haben.

## Prognose

Von der sehr guten Prognose, wie sie lange Zeit galt, scheint man sich nur zögerlich getrennt zu haben. So hieß es in den 80ern noch, dass bei mehr als 50 Prozent der kindlichen Aphasiker nach einem Jahr alle Symptome vollständig zurückgebildet seien.



**Spielerisch werden sprachliche Fähigkeiten untersucht.**

Die Faustregel hieß dabei: Je jünger (ein Kind bei Erkrankung ist), desto besser (ist die Prognose)! (Lenneberg, 1986) Nach mehr Erfahrungen mit Langzeitverläufen weiß man heute, dass die Prognose nur oberflächlich betrachtet besser zu sein scheint als bei Erwachsenen und die Auswirkungen von Hirnschädigungen bei Vorschulkindern am gravierendsten sind.

Die häufig schnelle Wiedererlangung der alltagskommunikativen Fähigkeiten täuscht über bleibende Schwierigkeiten mit komplexeren Sprachleistungen hinweg. Im schriftsprachlichen Bereich werden die meisten persistierenden Spracheinschränkungen beobachtet, da Kinder besonders hier ausgeprägtere Probleme haben als Erwachsene. Die Prognose für eine vollständige Rückbildung ist also eher schlecht

und abhängig von einem komplexen Wechselspiel zwischen Alter bei Schädigung, Ätiologie, Läsionsort und -größe, anfänglichem Schweregrad der Sprachstörung und neurologischen Begleitstörungen. In einer Vielzahl der Fälle bleiben die kognitiven Einschränkungen im weiteren Verlauf nicht nur konstant, sondern degradieren weiter, so dass besonders die im Vorschulalter hirngeschädigten Kinder über die Jahre gegenüber den Gleichaltrigen immer weiter zurückbleiben (Taylor & Alden, 1997).

weil die sprachlichen Anforderungen mit steigendem Ausbildungsniveau zunehmen. Schul-schwierigkeiten entstehen durch erschwerte Abspeicherung neuer (verbal vermittelter) Inhalte, verzögerten Wortabruf und Sprachverständnisprobleme, durch Verhaltensauffälligkeiten, Verlangsamung, Merkfähigkeits- und Strukturierungsprobleme, Schwierigkeiten mit sozialen Interpretationen et cetera. So sind als anhaltende Schul-schwierigkeiten zu nennen:

- Verstehen und Lesen rein sprachlich vermittelten Schulstoffs
- Bearbeiten von schriftlichen Aufgaben
- präzise Formulierung komplexer Zusammenhänge
- erhöhter Lernaufwand und damit erhöhter Schulstress
- Notwendigkeit zusätzlicher Unterstützung durch Eltern, Lehrer und Logopäden.

Selten können aphasische Kinder in ihre alte Schule zurückkehren, da Lehrer in Regelschulen mit aphasischen Kindern zumeist überfordert sind. Oft wird der Besuch einer Sprachheil-, Körperbehinderten- oder Förderschule notwendig sein, da diese ihnen zumindest zum Teil gerecht werden. Von Vorteil sind grundsätzlich: kleine Schulklassen, anschauliches Lernen mit visuellen Hilfen und Reduktion von Zeit- und Leistungsdruck.

Zusammenfassend ist festzuhalten: 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).

## Schulisch-therapeutische Weiterversorgung

Das Andauern der sprachlichen und anderer neuropsychologischer Einschränkungen lassen den Besuch der bisherigen Schule oft nicht empfehlenswert erscheinen oder machen diesen gar unmöglich – insbesondere

Kontakt

Pete Guy Spencer  
Hegau-Jugendwerk  
Abteilung Logopädie  
Kapellenstraße 31  
78262 Gailingen  
pete.spencer@  
hegau-jugendwerk.de  
www.hegau-  
jugendwerk.de