

Sprachförderung und Sprachtherapie

in Schule und Praxis

3/20

82386

9. Jahrgang
ISSN 2193-6196
Heft 3
September 2020

Neurogene Sprach- und Sprechstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Simon Friede

Aphasie bei Kindern und Jugendlichen –
Definition, Charakteristik, Diagnostik, Verlauf
und Konsequenzen für Schule und Alltag

Pete Guy Spencer

ISKA – ein Intensivsprachtraining für Kinder
mit Aphasie

Martina Hielscher-Fastabend et al.

Zur Diagnostik der Aphasie im Kindesalter

Birgit Hennig

Pro-aktive Strategien und Unterstützte
Kommunikation in der Therapie und
Förderung von Kindern und Jugendlichen
mit neurodegenerativen Erkrankungen

Janina Hofmann

Kindliche Aphasie im pädagogischen Alltag

Julia Büttner-Kunert

Sprachtherapie in der Neuropädiatrie -
Pragmatische Störungen nach Schädelhirn-
trauma (SHT) im Kindes- und Jugendalter

Theresa Schölderle, Elisabet Haas

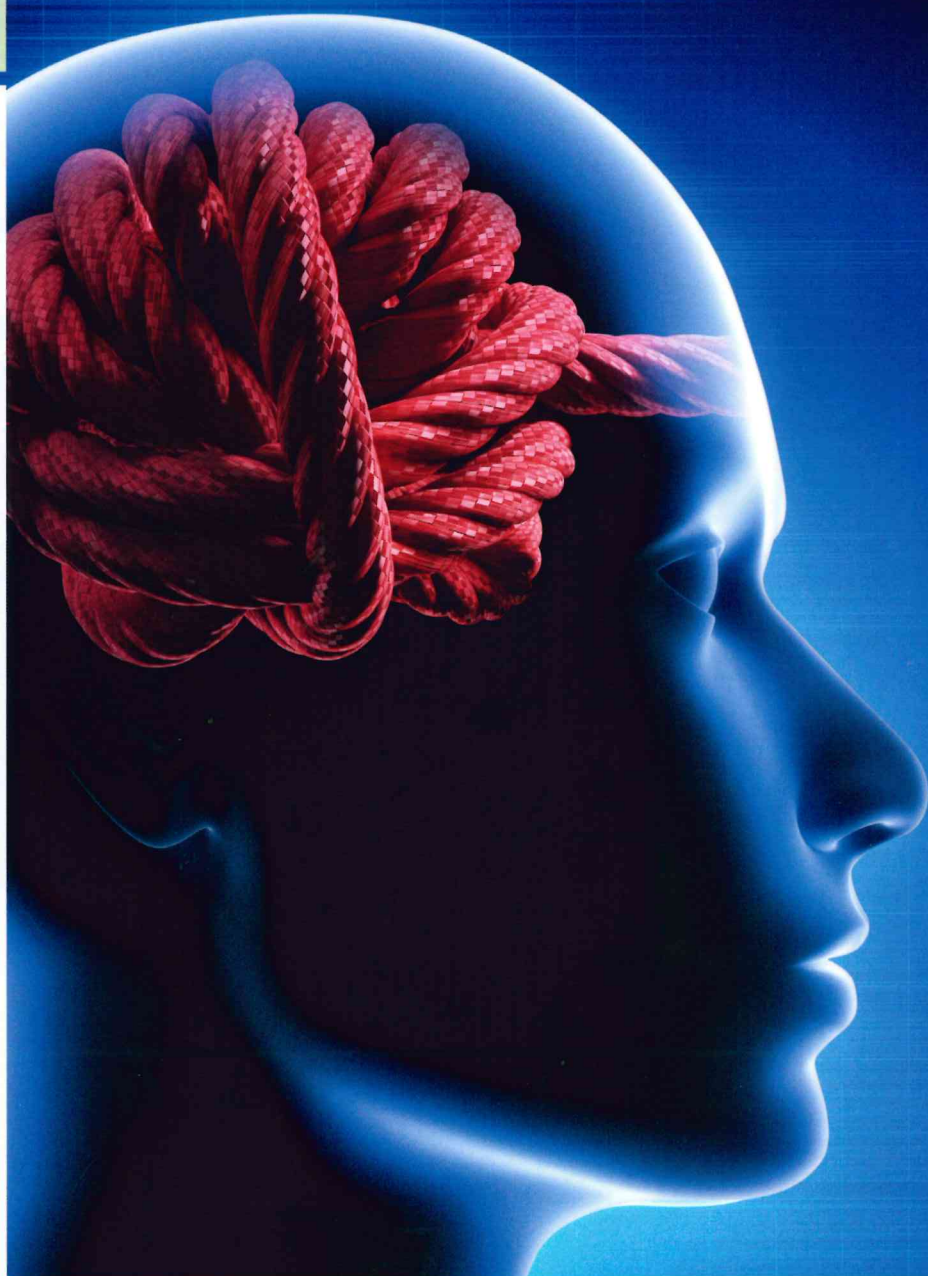
Diagnostik und Therapie kindlicher
Dysarthrien

Kathrin Strecker

Sprachtherapeutische Gruppentherapie in
der Stiftung ICP München für Kinder mit
einer Mehrfachbehinderung

Angelika Rother

Therapie von Kindern mit Aphasien



verlag modernes lernen

ISKA – ein Intensivsprachtraining für Kinder mit Aphasie: Therapiesetting, Durchführung und Material

Pete Guy Spencer (Gailingen)

- › **Zusammenfassung** ISKA, das *Intensive Sprachtraining für Kinder mit Aphasie im Hegau-Jugendwerk Gailingen*, wurde 2007 in Anlehnung an die *Constraint-Induced Aphasia Therapy (CIAT)* entwickelt und wird seitdem erfolgreich durchgeführt. Angesichts mangelnder sprachtherapeutischer Konzepte speziell für Kinder

mit Aphasie handelt es sich damit im wahrsten Wortsinne um eine beispiellose Erfolgsgeschichte.

Im vorliegenden Artikel wird das Training anschaulich in all seinen Aspekten beschrieben und mit seinem Vorbild, der CIAT, verglichen.

1. Einleitung

Über kindliche Aphasien (kA) gibt es in jüngerer Zeit im deutschsprachigen Raum mehr Bachelor- und Masterarbeiten als Forschungsartikel oder Fortbildungen. Das Interesse an diesem Störungsbild ist groß, fordert aber aufgrund seiner Vernachlässigung zu eigenem Nachforschen heraus, so dass entsprechende Nachfragen häufig einschlägige Fachkliniken erreichen.

Sowohl im Diagnostik- als auch im Therapiebereich gibt es fast keine speziell auf kA zugeschnittenen Materialien und Konzepte. Das Mittel der Wahl ist in der Regel der Rückgriff auf Diagnostik- und Therapiemethoden sowie -materialien aus dem Bereich der Sprachentwicklungsstörungen (SES). Ausnahmen im Diagnostikbereich stellen der Token Test (Gutbrod/Michel 1986), der Szenario-Kids (Plum et al. 2015) und das BIAS-K (Vossloh/Zettl 2015) dar – die letzteren beiden befinden sich noch im Validierungsstadium.

Seit 2007 gibt es das Intensivsprachtraining ISKA für Kinder mit Aphasie. Es basiert auf dem Therapiekonzept CIAT/ILAT, das für ältere Menschen mit chronischer Aphasie entwickelt wurde. Die Anpassungen in Setting und Material hin zu einem kindgerechten Aufbau wurden im Hegau-Jugendwerk Gailingen (HJW) vorgenommen, wo auf mittlerweile über 40 Jahre Erfahrung mit der Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Aphasie zurückgeblickt werden kann (www.hegau-jugendwerk.de/de/klinikleitung/historie/Historie-Start.php).

2. CIAT/ILAT – hochrepetitives Intensivtraining

CIAT, die Constraint-Induced Aphasia Therapy (Pulvermüller et al. 2001), fußt auf dem Taubschen Training CIMT – das *M* steht hier für Movement (Taub et al. 1998). Die Beobachtung, dass sich die Armfunktion nach einem Schlaganfall ohne Re-Insult im Verlauf weiter verschlechtern kann, führte zur Erkenntnis vom *gelernten Nichtgebrauch*: „Use it or lose it“, ist hier das Schlagwort. Das Taubsche Training setzt den sekundären Funktionseinbußen nicht nur intensives Üben, sondern ein *Constraint* entgegen: Der gesunde Arm

wird daran gehindert, Funktionen des betroffenen Armes zu übernehmen, z. B. durch Eingipsen.

Übertragen auf die Sprache heißt das: Von Aphasie betroffene Menschen zeigen häufig verbalen Rückzug. Die erschwerte, mit Frustration verbundene gesprochene Sprache wird durch (Zeige-) Gesten ersetzt und verarmt dadurch im Laufe der Zeit noch mehr. Eine Sichtblende zwischen den Teilnehmenden einer Gruppentherapie verhindert bei der CIAT den Einsatz spracheretzender Gesten.



Abbildung 1: CIAT-Setting

Die CIAT basiert auf fünf Prinzipien (Pulvermüller et al. 2001):

- **forced-use**: der Gebrauch der verbalen Sprache wird *erzwingen* durch die Sichtblende (*constraint*)
- **intensiv**: 3 Stunden Sprachtherapie an 10 Tagen innerhalb von zwei Wochen
- **interaktiv**: alltagsnahe Kommunikation in der Gruppe mit 3 Menschen mit Aphasie und 2 Therapeutinnen
- **hoch-repetitiv (massed practice)**: durch das kommunikative Kartenspiel werden Satzmuster und Benennungen häufig wiederholt
- **shaping**: Anforderungen können im Laufe des Trainings entsprechend der Fortschritte individuell gesteigert werden

Nach einem streng vorgegebenen Frage-Antwort-Schema, das die mehrfache Wiederholung jedes Zielitems sicherstellt, werden Kartenpaare gefunden: „Hast du ...?“ – „Ja, ich habe ...“ / „Kannst du mir ... geben?“ – „Ja, ich gebe dir ...“ Diese vier Schritte wiederholen sich vor jeder erfolgreichen Kartenübergabe. Das Shaping im Verlauf kann sowohl durch komplexeres Kartenmaterial als auch durch komplexere Formulierungen erreicht werden. So kann ein Gegenstand als Bild, als Wort oder als Puzzle-Wort (Buchstaben-salat) auf einer Karte repräsentiert sein. Der Gegenstand kann zusätzliche Attribute erhalten, und handelnde Personen können in Erscheinung treten. Sätze können als Fragment, mit vollständigen Flexionen oder komplex mit Nebensatzstrukturen oder sogar zusätzlichen Ausschmückungen gefordert werden.

Auf diese Weise werden sowohl Lexikon, Semantik, Syntax, Morphologie, Phonologie rezeptiv und produktiv geübt als auch das Initiieren und Lenken von Gesprächen. Neben diesen sprachtherapeutischen Inhalten werden kognitive Fähigkeiten wie Merkfähigkeit, geteilte und Daueraufmerksamkeit sowie Handlungsplanung gefördert.

Während sich das Setting mit der Sichtblende als motivational günstig und die Intensität als hoch wirksam erwiesen, so dass sich die CIAT international etablierte, benannte Pulvermüller die Therapiemethode zwischenzeitlich um (Difrancesco et al. 2012), weil die Betonung der Sichtblende als *Constraint* (Beschränkung) negativ aufgefasst und missverstanden wurde als Verhinderung jeglicher gestischer Unterstützung der verbalen Sprache. In der neueren Bezeichnung ILAT – Intensive Language-Action Therapy – werden Intensität und Sprachhandeln mehr in den Vordergrund gerückt.

3. ISKA = CIAT für Kinder

3.1 Setting

Auch im HJW wurde die CIAT bereits seit einigen Jahren mehrmals jährlich erfolgreich durchgeführt, als Schwarz, Strittmatter und

Vietze (2008) die Idee hatten, das Training für Kinder mit Aphasie zu modifizieren. Um das Setting an die Bedürfnisse von Kindern anzupassen, wurden die täglich dreistündigen Trainingsblöcke aufgeteilt in zwei einstündige Gruppentherapien und eine Einzeltherapie. Auch für dieses intensive Setting sind ein Mindestmaß an Daueraufmerksamkeit und Gruppenfähigkeit vonnöten. Berücksichtigend, dass Kinder sich nach Erleiden einer Aphasie meist spontan sprachlich schneller und besser erholen als Erwachsene (Spencer 2006), wurde beschlossen, das Training in Gruppen mit vier anstelle von drei Betroffenen durchzuführen. Die anwesenden Therapeutinnen bereiten das Kartenmaterial vor, führen in die Spielrunden ein, geben Hilfestellungen und dokumentieren den Verlauf. Die Rolle der ständig als Sprachvorbild dienenden, mitspielenden Therapeutin entfällt. In gut regulierbaren Gruppen kann damit der Personalaufwand gleichzeitig etwas geringer gehalten werden, indem das Training nur von einer Therapeutin betreut wird. Trotzdem empfiehlt sich die Durchführung im Team, da die Kinder auch von der Abwechslung durch verschiedene Therapiestile profitieren. Das Erreichen größtmöglicher Alltagsnähe sowie das Wissen, dass Variationen im Therapiesetting die Motivation fördern, führte dazu, die Sichtblende in den Gruppenstunden nicht durchgängig einzusetzen. Über das Kartenherausgabespiel hinaus kommen so auch das klassische Memory, Quartett, Tabu, Pantomime, Bilder-geschichten und andere kommunikative Spiele zum Einsatz (Beispiele hierzu s. u. 7.2).

3.2 Therapiematerial

Neben der konzeptuellen Änderung des Aufbaus ist auch kindgerechtes Material gefragt. Dieses wurde z. T. selbst erstellt, wenn nicht auf vorhandenes Spiel- und Therapiematerial zurückgegriffen werden konnte oder um Vorgefundenes z. B. mit Schriftkarten zu ergänzen. Dabei wurden vielfach auch Satzkarten erstellt, um das Lesesinnverständnis auf Satzebene zu trainieren. Die folgende Liste gibt einen exemplarischen Überblick über Kartensätze und Bilderboxen, die im HJW im Rahmen des ISKA zum Einsatz kommen:

Einfache Kartensätze	Doppelte Kartensätze	Bilderboxen
Alles Käse oder was	Adjektive I	Gegenstände
Animo (Wortfeld Tiere)	Auf und unter	Kleidung
Anlautfit	Dick und dünn (Gegensatzpärchen Adjektive)	Tiere und Menschen
Haus Maus Laus (Reime)	Dreierlei (Satzbau)	
Initialo (Anlaut schwarzer Peter)	Funny Family (Verben)	Bildergeschichten
Kiki Kraushaar	Haushalt	Danke Kim
Kleider und Schrank (Nomina Komposita)	Jacke wie Hose (Kimspiel)	Ein Tag mit Floh
L wie Löwe (Anlaute)	Lach dich schlapp	Familiengeschichten
Lautfit	Lecker Schmecker (Wortfeld Essen)	Genial Bildergeschichte
Neben-An (Präpositionen)	Na Logo! Berufe, Einkaufen, Haus und Heim, Kleidung, Spiel und Freizeit, Sport, Tiere	Lea Lars und Dodo (doppelt)

Tabelle 1: Therapie- und Spielmaterial (Auswahl)

Einfache Kartensätze	Doppelte Kartensätze	Bilderboxen
Pluralo (Pluralbildung)	Plappersack: Humor I, Schule, Wikinger	Märchen I und II
Reimfit	Präpofix	Sentimage
Silbensuche	Sachen machen (Verben)	So oder so
Twin Fit: Causa, Elementa, Instrumenta, Objekte	Volltreffer (Dativ/Akkusativ)	Super Eva
Verben I, Verben II	Wer Wie Was? (Grammatikspiel mit Bildmaterial)	Tagesablauf
Vokalo (Phonologie)	Wortschatzbilder	Tom und Sarah (doppelt)
Was ist das (semantische Kategorien)		
Wortfit		

Tabelle 1: Therapie- und Spielmaterial (Auswahl), Fortsetzung

4. Weiterentwicklungen der CIAT im Vergleich

Neben der oben erwähnten Umbenennung von CIAT in ILAT gibt es weitere Namensvariationen wie CIATneu (Meinzer 2004) oder CIAT-COLLOC (Kleine-Katthöfer et al. 2016). Bei Letzterem handelt es sich um eine Sammlung von Spielvarianten mit Bildmaterial zu Verben und Nomina Komposita auf Quartett- und Paarkarten, das sowohl in der Gruppe als auch in der Einzeltherapie einsetzbar ist. Mit CIATneu hat Meinzer Schriftkarten in die CIAT eingeführt, was von Anfang an die Grundlage für die CIAT-Gruppen im HJW und damit die Schablone für die dortigen Weiterentwicklungen war. Da Schriftsprache im schulischen Lernen eine herausragende Rolle spielt, war der Einbezug dieser aus unserer Sicht Grundvoraussetzung für die Tauglichkeit der CIAT für die Kinder- und Jugendrehabilitation. Die signifikanten Verbesserungen innerhalb von zwei Wochen (Meinzer et al. 2006) überzeugten und führten zur dauerhaften Etablierung der CIAT zunächst für die Jugendlichen und jungen Erwachsenen, dann auch für die Kinder.

Nach anfänglicher Benennung als *CIAT für Kinder* fand sich bald das Akronym *ISKA* für *Intensives Sprachtraining für Kinder mit Aphasie*. Während für die Jugendlichen und jungen Erwachsenen die Dreiergruppen und das von Meinzer et al. eingeführte Material beibehalten wurden, wurde die neue zeitliche Aufteilung später von den Kindern auf die Jugendlichen übertragen und ebenfalls eine entsprechende Umbenennung vorgenommen: *ISJA GAILingen* ist das *Intensive Sprachtraining für Jugendliche und junge Erwachsene mit Aphasie*.

Für das *ISJA* wurden zusätzlich *Tagesaufträge* eingeführt, bei denen die Teilnehmenden im nicht-logopädischen Umfeld Informationen einholen müssen. Für das *ISKA* wurde das Erarbeiten und Vortragen von Referaten oder Steckbriefen (z. B. über Hobbies oder Tiere) eingeführt. Diese Entscheidungen wurden auf der Basis eigener Erfahrung gefällt (vgl. hierzu die Unterscheidung zwischen evidenzbasierter Praxis und praxisbasierter Evidenz, Wambaugh 2007).

Tabelle 2 zeigt die Unterschiede zwischen CIAT, ISJA und ISKA:

CIAT/CIATneu	ISJA	ISKA
3 h Gruppentherapie täglich	2 × 1 h Gruppe + 30 min Einzeltherapie täglich	
3 Betroffene + 2 Therapeutinnen	4 Kinder + 1 Therapeutin	
ausschließlich mit Sichtblende	selten ohne Sichtblende	mit und ohne Sichtblende
ausschließlich Bildkarten / CIATneu auch mit Schriftkarten	Bild- und Schriftkarten (auch Sätze), in Einzeltherapie auch Schreiben	
Wort- und Satzebene	Wort-, Satz- und Textebene	
Reines linguistisches Training / CIATneu mit Einbezug der Angehörigen	+ Tagesaufträge zur Anwendung im sozialen Umfeld in der Klinik	+ Referate/Steckbriefe in Anlehnung an schulische Realität
60 Arbeitsstunden im Gesamttraining: 2 Logopädinnen × 3 h × 10 Tage	55 Arbeitsstunden: (2 Logopädinnen × 2 h + 3 Pat. × 30 min Einzel) × 10 Tage	40 Arbeitsstunden: (1 Logopädin × 2 h + 4 Patienten × 30 min) × 10 Tage

Tabelle 2: Unterschiede CIAT/CIATneu, ISJA & ISKA

5. Grundlagen – Schwierigkeiten von Kindern mit Aphasie

Kindliche Aphasien entsprechen nicht den Aphasien Erwachsener. Die von Erwachsenen deutlich unterschiedliche Zusammensetzung der Ätiologien bei Kindern ist hinreichend oft beschrieben worden (Kubandt 2010). Dass das Alter bei Erkrankung sowie die persönliche prämorbid (Sprach-)Entwicklungsgeschichte mit Muttersprachlichkeit und Schulbildung für die Ausprägung der Aphasie eine stärkere Rolle spielt als bei Erwachsenen, liegt auf der Hand. Deshalb ist es auch nicht sinnvoll, bei Kindern mit Aphasie von den bekannten Syndromen wie Broca- oder Wernicke-Aphasie zu sprechen (Möhrle/Spencer 2007). Vielmehr ist die genaue Beschreibung der Ressourcen und Defizite nötig. Typischerweise zeigt sich eine KA vor allem in sogenannten *negativen Symptomen*, d. h. in der Reduktion der Sprache. Das gilt vor allem bei jüngeren Kindern auch für flüssige Aphasien, deren Erscheinungsbild bei Erwachsenen von überschießender, inhaltsarmer Sprachproduktion und Paragrammatismus geprägt ist (Wernicke-Aphasie). Bei Kindern fehlen schlicht die Automatisierung der Verbomotorik und der Wortschatz für Paraphrasen. Erhöhte Pausenrate ist auch hier die Folge. Häufig fällt es schwer, die beobachteten Auffälligkeiten eindeutig der KA zuzuschreiben, wenn Kinder prämorbid eine Sprachentwicklungsstörung hatten, erst seit kurzem Deutsch lernen (Migrationshintergrund) oder sich aktuelle Wesensveränderungen (besonders nach Schädel-Hirn-Traumata, Max et al. 2000) kommunikativ auswirken. Beim Vorliegen eines posttraumatischen Mutismus ist es schwer zu entscheiden, ob und in welchem Ausmaß eine KA überhaupt vorliegt. Ein typisches anhaltendes Symptom bei KA sind mehr oder minder starke Tagesformschwankungen. Dies bedingt häufig gravierende psychosoziale Auswirkungen wie den Verlust des Freundeskreises (Friede et al. 2012).

Die Prognose bei KA hängt von verschiedenen Faktoren ab. Beschrieben im Sinne einer negativen Prognose wird das Persistieren positiver Symptome (= Paraphrasen, Paragrammatismus) über die Akutphase hinaus (Lees/Urwin 1997), während schnelle initiale Verbesserungen sowie die Dauer des ersten Rehabilitationsaufenthalts als positive Prädiktoren gelten (Friede 2011). Als Langzeitfolgen werden – oft gravierende – Schwierigkeiten mit Schriftsprache und Texten genannt (Martins/Ferro 1992). Hier sind Schulprobleme vorprogrammiert, weshalb diese Bereiche von Anfang an in die Therapie einfließen müssen und gute Absprachen zwischen Klinik- und Heimatschule stattfinden sollten, um Einschränkungen im Vorfeld zu kommunizieren.

Zu diesem Kapitel s. a. Spencer (in Vorb. a) für eine neue Definition der KA.

Dass Rehabilitationsaufenthalte im Durchschnitt in den vergangenen zwei Jahrzehnten immer kürzer werden (hausinterne Erhebung), die Nachsorge von Kindern mit Aphasie oft unbefriedigend ist und somit der Wunsch und die Notwendigkeit für schnelle Erfolge möglichst auf evidenzbasierter Basis wachsen, verstärkt die Motivation, weitere Therapiemethoden zu erproben. Aus dieser Motivation wurde das ISKA entwickelt.

6. Ziele des ISKA

Wie bei jeder logopädischen Intervention geht es im ISKA darum, Symptome zu reduzieren (linguistische Ausrichtung) und Sprechangst abzubauen (psychosoziale Ausrichtung). Für Kinder mit Aphasie geht es weiterhin darum, die Grundlagen für schulisches Lernen zu schaffen, um die Gefahr für das *Growing-into-the-Deficit* (Taylor/Alden 1997) zu verringern. Zu diesem *Hineinwachsen-in-das-Defizit* kommt es, wenn Kinder nach scheinbar erfolgreicher Rehabilitation im weiteren Verlauf mit dem vor allem im schulischen Alltag geforderten Lern- und Sprachentwicklungspensum nicht mitkommen. Die Schere öffnet sich mit zeitlicher Verzögerung wieder – häufig zunehmend, wenn keine sprachtherapeutische Unterstützung stattfindet. Das Gehirn ist nach einer gravierenden Verletzung wie durch ein Schädel-Hirn-Trauma (die häufigste Ursache für eine KA) oder einen Schlaganfall (auch diese kommen im Kindesalter vor!) dauerhaft verändert, weshalb erhöhter Lernaufwand und anstrengende Kompensationen für viele Kinder mit KA zum Alltag gehören (Hofmann-Stocker 1996). Ein Nachteilsausgleich in der Schule durch Schulassistenten oder Zeitzugaben bei Klausuren hilft, die Folgen der Erkrankung abzumildern. Eine gut geplante rehabilitative Maßnahme sollte, wenn nötig, derartige Empfehlungen an der Heimatschule erarbeiten. In der Regel bedürfen Kinder mit Aphasie einer mehrjährigen therapeutischen Begleitung, die im Idealfall wie bei Erwachsenen als Intervalltherapie abläuft (DEGAM 2020, 119).

Das ISKA war von vorneherein als Intervalltherapie konzipiert. Dabei wird auch auf den motivierenden Aspekt der Gruppe mit Peers gesetzt.



Abbildung 2: ISKA im CIAT-Setting

7. Durchführung des ISKA

7.1 Wie läuft das Training ab?

Nach dem Anamnesegespräch – meist mit einem Elternteil – und zwei Diagnostiksitzen innerhalb der ersten drei Tage beginnt das Training mit dem gegenseitigen Kennenlernen. In einer ersten einfachen Spielrunde wird das Frage-Antwort-Schema eingeübt. Es empfiehlt sich, diese erste Runde mit höchstens zwölf Kartenpaaren (sechs Karten pro MitspielerIn) mit Bildern einfacher Nomina durchzuführen, um das Selbstvertrauen der Kinder von Anfang an zu stärken.

Wie lange eine Runde dauert, hängt von Wortfindungs- und Formulierungsfähigkeiten, aber auch von der Merkfähigkeit ab: Kann sich ein Kind von Runde zu Runde nicht merken, wen es bereits nach einer Karte gefragt hat, wählt es u. U. immer wieder dieselben Mitspielenden aus.

Die Runden werden reihum begonnen. Danach ist immer die zuletzt befragte Person die nächste an der Reihe, unabhängig von erfolgter Kartenübergabe.

Damit am Anfang noch niemand ein Kartenpaar vor sich liegen hat und jeder jede nach Karten fragen muss, werden die Karten nach einem festgelegten, wechselnden, Schema verteilt.

Im Verlauf können in der Regel schnell Situationskarten gegenüber einfachen Gegenstandsbildern überwiegen. Ein Beispiel zu einer *Plappersack*-Karte soll hier veranschaulichen, wie die Kinder einander gegenseitig modulierend unterstützen:

Kind A: „Hast du ein Bild, wo *ein blaues Auto* mit 4 Personen drin *sitzt* und auf der Straße fährt und aus dem Kofferraum *Anzihsachen rausfliegen*?“

Kind B: „*Fliegen*? Sie haben ja keine Flügel, aber trotzdem: Ja, ich habe das Bild, wo 4 Personen in einem blauen Auto *sind*, wo dann hinten raus die Anzihsachen aus dem Kofferraum *fallen*.“

Während die Kinder (in der Regel unter sich) spielen, gibt die anwesende Therapeutin Hilfestellungen nach dem Prinzip des *So-viel-wie-nötig – So-wenig-wie-möglich*. Außerdem dokumentiert sie Erfolge und Schwierigkeiten, Kompensationen und hilfreiche Unterstützungen, um die nächste Einheit zu planen. Gleichzeitig kann sie die Kinder einladen, selbst den anderen die nächste Spielrunde zu erklären – das stärkt Formulierungsfähigkeit und Selbstbewusstsein gleichermaßen.

Von Einheit zu Einheit gibt es Wiederholungen, Erweiterungen und Steigerungen, das Tempo dieses *Shapings* (s. o.) wird den Fähigkeiten der Kinder angepasst. In der Einzeltherapie finden weitere Ergänzungen oder Aufarbeitung von Schwierigkeiten aus der Gruppe statt.

Die letzte Gruppenstunde wird als Feedbackrunde genutzt, bevor die Abschlussdiagnostik hoffentlich die gemachten Fortschritte abbildet.

7.2 Alternative Spielideen

Während für Jugendliche und Erwachsene das mehrstündige Üben hinter der Sichtblende tolerabel ist, werden mit Kindern zwischen den Runden im CIAT-Setting ganz bewusst andere Spiele als Motivatoren eingebaut: Tabu, Koffer packen, das klassische Memory

oder auch das gemeinsame *Erzählen einer Bildergeschichte*. Letztere kann aus vier oder acht Bildern bestehen und wird gemischt und verdeckt ausgeteilt. Nun sollen die Kinder durch möglichst detailgenaue Beschreibung ihrer Bilder kooperativ herausfinden, wer das erste, zweite, dritte Bild hat usw. Sind sich alle einig, werden die Karten nach und nach in die Tischmitte gelegt, bis eine Geschichte entstanden ist. Die fertige auf dem Tisch liegende Geschichte kann anschließend noch einmal gemeinsam verbalisiert werden.

Pantomimen können zwischendurch einerseits Entspannung und Spaß bringen, andererseits überlappen sich Sprach- und Handmotorikareale bekanntermaßen im Gehirn, so dass auch Pantomimen sprachanregend wirken. Außerdem können sie den körpersprachlichen Ausdruck fördern und über ihre Bildhaftigkeit auch innere Repräsentationen von Vorgängen verstärken – etwas, womit sich Kinder mit Aphasie in den meisten Fällen schwer tun.

Natürlich lassen sich zahlreiche andere Spiele – ob gezielt logopädische oder Gesellschaftsspiele – kommunikativ nutzen. Selbst eine Runde *UNO* oder *Mensch ärgere dich nicht* kann sprachanregend sein, indem z. B. immer bei bestimmten Karten oder Zahlen eine Bildkarte gezogen und benannt werden muss.

7.3 Einzeltherapie

Es gibt zahlreiche sprachtherapeutische Konzepte, die für Kinder mit Aphasie nutzbar gemacht werden können, z. B.:

- Kon-Lab – Input-Therapie nach Penner (2006)
- Kontextoptimierung (Motsch 2017) und Wortschatzsammler (Motsch et al. 2018)
- Neurofunktions!therapie nach Rogge (2020)
- PLAN – Patholinguistischer Therapieansatz nach Siegmüller & Kauschke (2006)
- P.O. P.T. – Psycholinguistisch orientierte Phonologie-Therapie nach Fox-Boyer (2019)

Im HJW herrscht Methodenvielfalt. Das beste *Mittel der Wahl* ist das, das hilft. So kann jede Therapie individuell auf die Bedürfnisse der Einzelnen zugeschnitten werden. In der Regel wird im Rahmen des ISKA einerseits besonders die Schriftsprachproduktion berücksichtigt, andererseits können hier Themen, die sich in der Gruppentherapie abzeichnen, vertieft werden, sowohl im Sinne von Aufholen von Defiziten, um leichter den Anschluss an die Gruppe zu bekommen, als auch als besondere Förderung von Stärken, die über das Gesamtniveau der Gruppe hinausragen.

8. Erfolge

Erfolgsmessungen für die Trainingsintervalle finden einerseits strukturiert als Eingangs- und Abschlussdiagnostik statt, andererseits werden Alltagsbeobachtungen und Befragungen dafür herangezogen.

Bezüglich der Diagnostik verlassen wir uns auf die Güte bewährter Tests für Kinder mit SES. Entsprechend der Schwierigkeiten, die Kinder mit kA haben, überprüfen wir auditives Sprach- und Lesesinnverständnis sowie Benenn- und Formulierungsfähigkeit. Auditive Wahrnehmung und Rechtschreibung gehören nicht standardmäßig zur Testbatterie – einerseits aus zeitökonomischen

Gründen, andererseits, weil Kinder mit Aphasie in der Regel dringlichere Probleme als die korrekte Rechtschreibung haben und Wahrnehmungsschulung im HJW auch von Neuropsychologie und Ergotherapie trainiert wird.

Im Vergleich zwischen Prä- und Postdiagnostik zeigen sich die linguistisch beschreibbaren Fortschritte. Als Wirksamkeitsnachweis gegenüber Kostenträgern und als Basis für die weitere Therapieempfehlung sind diese objektivierbaren Daten besonders wichtig. Allerdings sind diese Daten nur z. T. objektiv: Zeigen sich überzufällig gute Verbesserungen, werten wir dies als Therapieerfolg. Der Umkehrschluss lässt sich aber nicht genauso zuverlässig ziehen. Fehlende Verbesserungen oder gar Verschlechterungen in der Abschlussstestung können ihre Ursache in den oben erwähnten typischen Tagesformschwankungen und Leistungseinbrüchen haben. Eine weitere mögliche Ursache ist nachvollziehbare Erschöpfung nach dem herausfordernden Training.

Die Daten der bis dato durchgeführten ISKA- und ISJA-Trainings werden in diesem Jahr zum ersten Mal als Gesamtschau ausgewertet und zeigen gute Erfolge in allen Bereichen (zum ISKA: Spencer in Vorb. a, zum ISJA: Spencer in Vorb. b).

Ganz wichtig sind jedoch zusätzliche Beobachtungen und Rückmeldungen aus dem Umfeld der Kinder, sei es von anderen Professionen im interdisziplinären Team wie Mitarbeitenden aus dem Pflege- oder sozialpädagogischen Dienst oder der Neuropsychologie oder von den Eltern. Häufig wird schon nach wenigen Tagen berichtet, dass die Kinder aktiver in der Gesprächsinitiierung sind, schneller auf den Punkt kommen, weil sie sicherer auf ihren Wortschatz zugreifen können, oder sich an Gruppengesprächen beteiligen, bei denen sie bislang nur als Zuhörende dabei waren, weil es ihnen leichter fällt, dem Gesprächsverlauf zu folgen.

Auch die Kinder selbst werden befragt und um ein Feedback gebeten: Was fällt dir leichter nach dem ISKA?

An einem Beispiel soll verdeutlicht werden, wie sich die Verbesserungen in der Spontansprache niederschlagen können. Ein Patient erzählt vor und nach dem Training jeweils eine Bildergeschichte nach. Die Transkription richtet sich nach der Konvention für die Aachener Sprachanalyse (ASPA), mit der die Auswertung vollzogen wurde:

Spontansprachbeispiel vor dem Training

[lea sitzt mit dodo auf dem ... im bus]V [danach ist steigen sie aus der haltestelle aus]V [dann erklärt se(sie) ... äh guckt da hin .. auf den bus]V [dann sagt lea tschüs zu sie . zu die]V [und dann tut lea einen rucksack kaufen]V

Spontansprachbeispiel nach dem Training

[äh . der junge schlafte]V ... [und ... und dann stehen die auf]V [und denken .. [ah ne(eine) spinne]U]V ... [und dann .. ham(haben) die ... ah ... die ah . hat das mädchen so ein blatt gemacht]V ... [und wand gehängt]V ... mhm ... [und dann hat der junge ein spinne ge(holen) .. ein glas geholt]V .. [da war .. n(ein) hatten die spinne genauer angeschaut]U ... hm [und dann hat der die spinne los . mhm . nach draußen gelassen]V ... [und ... und da hat der gesagt [[oh nein]U [da is(sein) wieder ne(eine) spinne]V hat der gedenkt]V]V

Spontansprachanalyse im Vergleich prä und post

Auswertung prä	Auswertung post
6 Phrasen mit Ø 8 Items	13 Phrasen mit Ø 6 Items
96,1% Wörter – 3,9% Interjektionen	87,5% Wörter – 12,5% Interjektionen
100% vollständige – 0% unvollständige Phrasen	76,9% vollständige – 23,1% unvollständige Phrasen
100% einfacher – 0% komplexer Satzbau	53,8% einfacher – 46,2% komplexer Satzbau

Tabelle 3: Ergebnisse der Analyse mit der ASPA

Bei beiden Geschichten fällt auf, dass der Erzähler Zusammenhänge und Emotionen der handelnden Personen nicht richtig interpretieren kann und große Probleme mit der Morphologie hat. Die Beschreibung der zweiten Bildergeschichte ist ausführlicher und umfasst mehr Phrasen. Außerdem kommen nach dem Training zum ersten Mal komplexe Satzmuster mit Nebensatzstrukturen vor. Gleichzeitig müssen sich die komplexeren Satzmuster offensichtlich erst noch einschleifen: Die Überforderung zeigt sich an der Zunahme von Interjektionen und von unvollständigen Phrasen – 2/3 der unvollständigen Phrasen betreffen Nebensätze. Weitere Therapie zur Konsolidierung der Fortschritte ist also unumgänglich.

9. Fazit

Das Intensive Sprachtraining für Kinder mit Aphasie ISKA gibt es nun seit dreizehn Jahren. Es hat sich als motivational günstig erwiesen wegen der schnellen Erfolge in kurzer Zeit. Die Kardinalsymptome kindlicher Aphasien werden im Rahmen des Trainings therapiert, und die Kinder sind stolz auf ihre Fortschritte.

Literatur

- DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.) (2020). Schlaganfall. S3-Leitlinie. AWMF-Register-Nr. 053–011.
- Difrancesco, S., Pulvermüller, F., & Mohr, B. (2012). Intensive language-acquisition therapy (ILAT): The methods. *Aphasiology* 26, 1317–1351.
- Fox-Boyer, A. (2019). P.O.P.T. – Psycholinguistisch orientierte Phonologie-Therapie. *Therapiehandbuch*, 3., aktualisierte Auflage. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Friede, S. (2011). Langzeitverlauf der Aphasie bei Kindern und Jugendlichen: Sprache und soziales Umfeld. Masterarbeit: RWTH Aachen.
- Friede, S., Gröne, B., Hußmann, K., Müller, K., Willmes, K., & Huber, W. (2012). Langzeitverlauf der Aphasie bei Kindern und Jugendlichen. *Sprache · Stimme · Gehör* 36 S1, e38–e39.
- Gutbrod, K., & Michel, M. (1986). Zur klinischen Validität des Token Tests bei hirngeschädigten Kindern mit und ohne Aphasie. *Diagnostica* 32, 118–128.
- Hofmann-Stocker, E. (1996). Aphasische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. In W. Huber, E. Hofmann-Stocker, A. Kotten & L. Lutz (Hrsg.), *Aphasie*. Band 240. 5. Auflage (S. 37–50). Düsseldorf: Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte.
- Kleine-Katthöfer, M., Jacobs, N., Huber, W., Willmes, K., & Schattka, K. (2016). CIAT-COLLOC – Nomina Komposita – Verben. 1. Auflage. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Kubandt, M. (2010). „Schule war mal kein Problem“. Ein Ratgeber. Würzburg: Böhler Verlag.
- Lees, J., & Urwin, S. (1997). *Children with Language Disorders*. 2. Auflage. London: Whurr Publishers.
- Martins, I. P., & Ferro, J. M. (1992). Recovery of acquired aphasia in children. *Aphasiology* 4, 431–438.
- Max, J. E., Koele, S. L., Castillo, C. C., Lindgren, S. D., Arndt, S., Bokura, H., Robin, D. A., Smith, W. L., Jr., & Sato, Y. (2000). Personality change disorder in children and adolescents following traumatic brain injury. *Journal of the International Neuropsychological Society* 6, 279–289.
- Meinzer, M. (2004). Neuropsychologische und Neurophysiologische Aspekte intensiver Sprachtherapie bei chronischer Aphasie. Dissertation: Universität Konstanz.
- 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, 25–38.
- Möhrle, C., & Spencer, P. G. (2007). Kinder und Jugendliche mit Aphasie. *Forum Logopädie* 6, 6–12.
- Motsch, H.-J. (2017). Kontextoptimierung – Evidenzbasierte Intervention bei grammatischen Störungen in Therapie und Unterricht. 4., völlig überarbeitete Auflage. München: E. Reinhardt Verlag.
- Motsch, H.-J., Marks, D.-K., & Ulrich, T. (2018). *Wortschatzsammler – Evidenzbasierte Strategitherapie lexikalischer Störungen im Kindesalter*. 3. Auflage. München: E. Reinhardt Verlag.
- Penner, Z. (2006). Sehr frühe Förderung als Chance – Aus Silben werden Sätze. *Sprache und frühkindliche Bildung*. Braunschweig: Westermann Lernspielverlage.
- Plum, L., Nobis-Bosch, R., Krzok, F., von de Sandt-Koenderman, M., Willmes, K., & Abel, S. (2015). Szenario-Kids. Ein partizipationsorientierter Test für Kinder mit Aphasie zwischen 8 und 15 Jahren. *Sprache · Stimme · Gehör* 39, 134–139.
- Pulvermüller, F., Neining, B., Elbert, T., Mohr, B., Rockstroh, B., Koebbel, P., & Taub, E. (2001). Constraint-Induced Therapy of Chronic Aphasia After Stroke. *Stroke* 32, 1621–1626.
- Rogge, E. (2020). *Neurofunktions!therapie in der Praxis (NFI!T®) – „Die Zunge hat keine Ohren“*. 3. Auflage. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Schwarz, G., Strittmatter, S., & Vietze, A. (2008). *Intensives Sprachtraining für Kinder mit Aphasie (ISKA)*. Not 6, 86–87.
- Siegmüller, J., & Kauschke, C. (2006). *Patholinguistische Therapie bei Sprachentwicklungsstörungen*. München: Urban & Fischer / Elsevier.
- Spencer, P. G. (2006). Kindliche Aphasie – Hintergründe und Praxis. Not 3, 24–26.
- Spencer, P. G. (in Vorb. a). ISKA – Intensives Sprachtraining für Kinder mit Aphasie in Anlehnung an CIAT: Besonderheiten in Therapiesetting und Diagnostik sowie Ergebnisse zur Wirksamkeit. *Sprache · Stimme · Gehör* 44.
- Spencer, P. G. (in Vorb. b). ISJA GAILINGEN – Intensivtherapie in Anlehnung an CIAT: Diskussion von Therapiesetting, Diagnostik und Erfolgen. Vortrag bei den Würzburger Aphasie-Tagen 2021
- Taub, E., Crago, J. E., & Uswatte, G. (1998). Constraint-induced movement therapy: A new approach to treatment in physical rehabilitation. *Rehabilitation psychology* 43, 152–170.
- Taylor, H. G., & Alden, J. (1997). Age-related differences in outcomes following childhood brain insults: an introduction and overview. *Journal of the International Neuropsychological Society* 3, 555–567.
- Vossloh, J., & Zettl, S. (2015). Entwicklung und Normierung des Bielefelder Aphasie Screenings für Kinder (BIAS-K). Unveröffentlichte Masterarbeit: Universität Bielefeld.
- Wambaugh, J. L. (2007). The evidence-based practice and practice-based evidence nexus. *SIG 2 Perspectives on Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language Disorders* 17, 14–18.

Der Autor



Pete Guy Spencer, M. A., Klinischer Linguist
 Abteilungsleiter Logopädie
 Hegau-Jugendwerk Gailingen
 Kapellenstraße 31
 78262 Gailingen am Hochrhein
 Email: pete.spencer@hegau-jugendwerk.de