

Besonderheiten in der Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen mit Aphasie

Spencer, P. G.
pgspenc@gmx.de

KEYWORDS

Aphasie – Kinder und Jugendliche – Therapie – Strategien

KLINISCHES ERSCHEINUNGSBILD

Aphasien im Kindesalter werden bereits seit Ende des 19. Jahrhunderts beschrieben. Ein aktueller Vorschlag für eine Definition lautet:

„Eine kindliche Aphasie (kA) ist eine infolge einer Hirnschädigung erworbene Störung der Sprache, die

- nach Beginn des Erstspracherwerbs auf Wortebene und vor dessen Abschluss in Wort und Schrift auftritt (ca. 2. bis 11./12. Lebensjahr);
- alle sprachlichen Modalitäten betreffen kann;
- ein hohes Risiko birgt für Auswirkungen auf die psychosoziale und weitere Sprachentwicklung, besonders im Bereich der Schriftsprache.“

(Spencer, 2020b: 199)

Eine Aphasie im Kindesalter betrifft also eine sich noch in Entwicklung befindliche Sprache; Fähigkeiten sind noch weniger automatisiert als bei Erwachsenen, die Schriftsprache ist meist (auch langfristig) schwerer betroffen als andere Modalitäten. Auch bei (wieder) guter Spontansprache bleiben oft Langzeitfolgen, z. B. Tagesformschwankungen.

Für die Aphasien im Jugendalter wird keine spezifische Definition benötigt. Jugendliche zeigen häufiger als Kinder auch Paraphasien und flüssige Aphasien, zusätzlich zu den für Kinder mit Aphasie typischen Wortfindungsstörungen mit kommunikativer Hypospontaneität und Verarmung der Sprache, Sprachverständnis- und Grammatikproblemen.

Die Hauptursache im jüngeren Lebensalter ist das Schädel-Hirn-Trauma (SHT) mit über 65% der Betroffenen (Spencer, 2021b). Während bei Erwachsenen Aphasien überwiegend nach Schlaganfällen auftreten (80%, Huber et al., 1997), Hirnschädigungen also überwiegend umschrieben und unilateral sind, haben Kinder und Jugendliche vor allem diffuse, oft bilaterale Schädigungen, so dass sie selbst, ihre Angehörigen und ihr professionelles Umfeld zusätzlich mit sehr unterschiedlichen Ausprägungen von neurologischen und neuropsychologischen Begleitstörungen konfrontiert sind. Diese beeinflussen Diagnostik, Therapie sowie Prognose und sind deshalb zu erkennen und zu berücksichtigen (s. Tabelle 1).

Tabelle 1: Begleitstörungen

Neurologisch	Neuropsychologisch	
mit Einfluss auf Verarbeitung visuell präsentierter Stimuli: - Agnosie - Hemianopsie - Doppelbilder - Nystagmus	bei Frontalhirnschädigungen Schwierigkeiten mit: - Vigilanz - (Dauer)Aufmerksamkeit - Konzentration - Exekutivfunktionen: - Kritik- und Problemlösefähigkeit - Planung u. Flexibilität - Integration mentaler Repräsentationen - Hemmung unerwünschten Verhaltens / Impulskontrolle - Arbeitsgedächtnis - Verarbeitungsgeschwindigkeit	bei rechtshemisphärischen Schädigungen Schwierigkeiten mit: - paralinguistischen Informationen (z. B. Tonfall) - non-verbalen Hinweisen (z. B. Gesichtsausdruck) - Kontextinformationen (z. B. Beziehungen zwischen Sprechenden) - Redewendungen und Doppeldeutigkeiten - Sprechakten - Lexikalisch-semantisches Wissen - pragmatisches Schlussfolgern - Weltwissen
mit Einfluss auf Reaktionen auf Handlungsanweisungen: - Hemi-/Tetraparese - Ataxie - Apraxie		
mit Einfluss auf Therapieerfolg und Prognose: - Epilepsie		
<i>(vgl. Cross & Ozanne, 1990; Lees & Urwin, 1997; Rother, 1995 & 2023)</i>	<i>(vgl. Hartley & Levin, 1990; Robin et al., 1999; Ylvisaker, 1993)</i>	<i>(vgl. McDonald, 2000; Turkstra, 2000)</i>

ALLGEMEINES ZUR REHABILITATION

Aphasien im Kindes- und Jugendalter stellen somit im Verbund mit den häufig auftretenden Begleitstörungen den weiteren Schulbesuch und den Einstieg ins Berufsleben infrage – wie noch zu zeigen sein wird, auch bei sogenannten 'leichten' oder 'Restaphasien'. Deshalb ist eine frühzeitig initiierte Rehabilitation mit umfassendem Konzept notwendig mit:

- guter Differenzialdiagnostik und Angehörigenberatung,
- Förderung von Sprechfreude, Motivation und Lernfähigkeit,
- hoher Alltagsrelevanz der Therapieinhalte (individuelle Schwerpunktsetzung),
- hoher Therapieintensität über ausreichend lange Dauer (im weiteren Verlauf Intervalltherapie mit Phasen hochfrequenter Therapie),
- interdisziplinärer Vernetzung von Logopädie mit:
 - Neuro-/Psychologie,
 - Physio- und Ergotherapie,
 - ärztlichem, sozialpädagogischem, Pflege- und Sozialdienst,
 - Klinik- und Heimatschule.

Diagnostik der Aphasie im Kindesalter

Abgeleitet aus dem Anamnesege­spräch mit den Betroffenen und ihren Angehörigen sind diagnostisch alle zwei (im Vorschulalter), bzw. vier Modalitäten zu betrachten, oft mit einer umfangreichen Testbatterie, möglichst mit Altersnormierung. Wichtig sind vor allem die genaue Untersuchung von Spontansprache und Textematik. Bei regressivem Verhalten kann u. U. die Verwendung von Tests für Jüngere sinnvoll sein, bei Migrationshintergrund sollten die Jahre im deutschen Schulsystem berücksichtigt werden und nach Möglichkeit zusätzlich in der Heimatsprache getestet werden. Bei nicht offenkundigen, aber vorbeschriebenen Problemen (z. B. Wortfindungsstörungen) sollten die Behandler:innen an Restaphasien denken und die sprachlichen Leistungen auf hohem Niveau überprüfen.

Aktuell stehen unter anderem folgende diagnostische Möglichkeiten zur Verfügung:

- Token Test mit Altersnormierung für 5- bis 14-Jährige (Gutbrod & Michel, 1986),
- Regensburger Wortflüssigkeitstest (RWT) für 8- bis 15-Jährige (Aschenbrenner, Tucha & Lange, 2001),
- Bielefelder Aphasie-Screening für Kinder (BIAS-K) für 4- bis 11-Jährige (Hielscher-Fastabend & Richter, 2022),
- zahlreiche Sprachentwicklungstests,
- Schul- und neuropsychologische Tests (z. B. KABC-II (Kaufman & Kaufman, 2015); WISC-V (Wechsler, 2017)),
- Aphasietests für Erwachsene.

In Entwicklung befindet sich noch der [Szenario-Kids für 8- bis 15-Jährige \(vgl. Plum et al., 2015 bzw. in diesem Tagungsband\)](#). Weitere Diagnostikverfahren werden im Beitrag [„Aphasie bei Kindern – Allgemeine Grundlagen und Ideen für die Therapie“ von Simon Friede](#) behandelt.

Bei der Verwendung von Sprachentwicklungstests ist Vorsicht geboten, da altersgemäße Ergebnisse in Roh- und T-Werten nicht automatisch bedeuten, dass der prämorbide Stand wieder er-

reicht wurde, da Kinder vor dem Ereignis besser als der Durchschnitt gewesen sein können. Umgekehrt kann die multimodale Störung (s. Tabelle 1) die Testergebnisse negativ beeinflussen.

Aphasietests für Erwachsene konfrontieren mit Material, das nicht kindgerecht, z. T. veraltet und häufig linguistisch überfordernd ist. Alle Ergebnisse sind hier nur orientierend zu verstehen, und nur mit ausreichend Erfahrung ist eine angemessene Interpretation möglich.

Therapie der Aphasie im Kindesalter

Die übergeordneten Ziele sind, die Kommunikationsfähigkeit im Alltag zu verbessern unter Rückgriff auf alle Kanäle (PACE), sprachliches Lernen (störungsspezifisch) zu fördern – auch im Hinblick auf schulische Anforderungen – sowie Sprechfreude und Selbstvertrauen zu wecken. Das Vorgehen sollte individuell, differenziert, sowohl direkt (Sprachübungen) als auch indirekt (Spiele) sein. Das Ziel therapeutischer Intervention darf im Gegensatz zur Therapie bei Erwachsenen nicht nur das Erreichen des prämorbidem Standes sein. Die Therapie muss die seit der Hirnschädigung verpassten Entwicklungsschritte nachholen und gleichzeitig die reduzierten sprachlichen Entwicklungsmöglichkeiten mit Blick auf mögliche Langzeitfolgen berücksichtigen.

Die überwiegende Zahl der Kinder zeigt nach einem SHT oder nach einem Schlaganfall einen initialen Mutismus. Dieser kann primäre oder sekundäre Folge des Ereignisses sein und ist nicht gleichzusetzen mit einer globalen Aphasie (vgl. z. B. Martins & Ferro, 1992). In dieser frühen Phase ist insbesondere eine gute Aufklärung wichtig, vor allem auch der Angehörigen. Therapeutisch kann hier vornehmlich nonverbales Material (Gesten, Bilder) und Rezeptionsübungen als frühes kommunikatives Angebot zum Einsatz kommen. Der Einsatz Unterstützter Kommunikation ist möglich, wenn das Kind Bereitschaft zur Kommunikation zeigt (Lees & Urwin, 1997). Dauert die mutistische Phase länger an oder liegt eine globale Aphasie vor, kann auch mit individuell einrichtbaren Kommunikationscomputern gearbeitet werden, deren Verwendung sprachanregend wirken kann. Gleichzeitig schränken eine globale Aphasie (aufgrund von Sprachverständnisproblemen) sowie eventuelle visuelle oder motorische Probleme (Hemiparese, Ataxie) die Auswahl und das Erlernen des Einsatzes von Geräten ein.

Methodisch orientiert sich die Therapie der Aphasie im Kindesalter einerseits an der Sprachentwicklungstherapie, andererseits an der Aphasie-Therapie. Die Integration der für den Spracherwerb wichtigen sensomotorischen, kognitiven und emotionalen Voraussetzungen (z. B. Spielentwicklung) und der Aufbau des sprachlichen Wissens ab dem diagnostizierten Niveau, analog zum Erwerbsprozess des ungestörten Spracherwerbs, sind wesentlich. Die Remission in der Akutphase wird symptomorientiert und ganzheitlich begleitet, in der chronischen Phase kann sprachliches Wissen reaktiviert werden bzw. der Spracherwerb weitergeführt werden. Es ist notwendig, das Kind auf spezifische Therapieinhalte zu fokussieren. Diese sollten individuell, alltagsbezogen und handlungsorientiert sein (HOT, vgl. Weigl & Reddemann-Tschaikner, 2009), nicht zuletzt, um die Eigenmotivation zu steigern. Es geht also um beide Aspekte zugleich: Reaktivierung des bis zum Ereignis Erworbenen und Fortführung der Sprachentwicklung unter Berücksichtigung der Meilensteine.

In Gruppentherapien können wieder erworbene sprachliche Fähigkeiten angewendet, der Umgang mit Schwierigkeiten voneinander gelernt und verbale sowie non-verbale Kommunikation gefördert werden. Die Kinder erleben sich als aktive Gesprächsteilnehmende und werden unter Gleichaltrigen auf die Teilhabe im häuslichen und schulischen Umfeld vorbereitet.

Je nach Zusammensetzung der aphasischen Symptome und Schweregrad der Aphasie im Kindesalter können folgende Inhalte die Therapie bestimmen:

- Übungen zur Verbesserung der auditiven Wahrnehmung und Merkfähigkeit,
- Sprachverständnisübungen auf Wort-, Satz- und Textebene,
- Gesteneinsatz zur Laut-/Schriftenbahnung oder als Kompensation,
- Wortschatzerweiterung,
- Verbesserung des Wortabrufs (z. B. Deblockierung durch Anlaut oder Lückensatz),
- Erlernen von Kompensationsstrategien (z. B. Umschreibungen),
- Übungen zur Verbesserung von Syntax und Morphologie,
- Bearbeitung von Texten (Lesen und Schreiben),
- praktische Übungen mit Rollenspielen.

Konkrete Beispiele aus der Aphasie-Therapie sind:

- Agrammatismus-Therapie: Satzergänzung, Satzlegeaufgaben mit Konstituentenkarten, Benennen von Handlungsabbildungen;
- Dyslexie-Therapie: Wort-Nichtwort-Entscheidungen, Erkennen von Wörtern in Buchstabenreihen, Wort-Bild-Zuordnung, semantisch unpassende Wörter in Gruppen erkennen;
- Dysgraphie-Therapie: Schreiben nach Diktat, Korrektur von Texten mit Fehlern.

Ein theoriegeleitetes, modellorientiertes Vorgehen berücksichtigt (vgl. Barthel, 2005):

- Semantik: semantisches Kategorisieren und Assoziieren (Konkretheit, Abbildbarkeit);
- Phonologie: Zugriff auf die phonologischen Lexika im Input oder Output (Worthäufigkeit, Familiarität) und Arbeitsspeichersysteme (Wortlänge);
- Graphematik: Zugriff auf graphematische Input-/Output-Lexika (Wortfrequenz, Familiarität, Regularität); GPK, PGK (Häufigkeit, graphematische Komplexität, visuelle Ähnlichkeit zwischen Graphemen).

Wichtig, nicht nur bei der Anamneseerhebung, ist der Einbezug von Eltern und Geschwistern. Einerseits wird über die Schaffung von Therapietransparenz hinaus Zeit zur Verfügung gestellt für die Fragen und Sorgen der Angehörigen, die sich Beratung wünschen zum Umgang mit dem Kind mit Aphasie, andererseits können dadurch Inhalte und Methodik besser auf die individuellen Fähigkeiten und Interessen abgestimmt werden, was über größere Alltagsrelevanz die Motivation steigern kann.

Die verständliche Frage nach der Prognose wird immer zu früh gestellt – und ist seriös vielleicht erst nach ein bis zwei Jahren zu beantworten. Teil der Beratung sollten auch die oftmals vergessenen Geschwister ohne Aphasie sein, von denen oft unbewusst erwartet wird, plötzlich selbstständiger zu sein und – selbst wenn sie jünger sind – das kranke Geschwisterkind zu unterstützen.

In der Beratung können sich auch unterschiedliche, z. T. einander widersprechende Ziele von Kind, Eltern und Therapeut:in zeigen. Hier ist neben dem genauen Zuhören und verständnisvoller Kommunikation wesentlich, der eigenen Expertise zu folgen, um sich nicht für unrealistische Ziele instrumentalisieren zu lassen.

Jugendliche mit Aphasie

Friede übersetzte 2021 ein bezeichnendes Zitat: „Studien oder Beschreibungen der Therapie der Aphasie bei Heranwachsenden, die die Besonderheiten dieser Altersgruppe herausstellen, scheint es nicht zu geben.“ (Laures-Gore et al., 2017) Um diese Lücke in der Literatur zu schließen, nutzte ich eine Einladung aus New York zur Beteiligung an dem Band 'Living With Aphasia' (Barrow, 2021, s. Spencer 2021b). Meine Recherche ergab ein ähnliches Bild: „Als spiegele sich darin die eigene Unsicherheit der Heranwachsenden darüber wider, wo sie zwischen den Welten der Kindheit und des Erwachsenseins einzuordnen sind, wurden sie in der wissenschaftlichen Forschung oft übersehen und entweder als Kinder (z. B. Schachar et al., 2004, fassen 5- bis 17-Jährige zusammen) oder (seltener) als (jüngere) Erwachsene (z. B. Naess et al., 2009, fassen 15- bis 49-Jährige zusammen) bezeichnet.“ (Spencer, 2021b)

Bezüglich Alter und Ätiologien sind Jugendliche noch näher am Kindsein, ihre Hirnreifung ist grundlegend abgeschlossen, aber die neuronale Plastizität ist noch groß. Der Umgang mit Schriftsprache, metaphorischer Sprache, Mehrdeutigkeit und Ironie ist noch weniger automatisiert als bei Erwachsenen (Byom et al., 2014). Von Beruf sind sie Schüler:innen, d. h. sie befinden sich noch innerhalb des Bildungssystems. Dies bedeutet, dass ihre Lernfähigkeit, besonders sprachlich, entscheidend für ihre Zukunftsperspektive ist. In vielen Bereichen sind Jugendliche noch abhängig von ihren Eltern – gleichzeitig kommt es bei erworbenen Einschränkungen zum Verlust von bereits errungenen Freiheiten (Turkstra, 2000).

Stärkere Unabhängigkeit und die Entwicklung von Selbstreflexionsfähigkeit sind Zeichen der Nähe zum Erwachsensein. Der primäre Spracherwerb ist im Jugendalter abgeschlossen, so dass hier – wie bei Erwachsenen – das Therapieziel das Erreichen des prämorbidem Standes ist.

Diagnostik bei Jugendlichen mit Aphasie

Bei Jugendlichen ab 14 Jahren ist die Verwendung von Aphasietests für Erwachsene häufig machbar, aber auch hier gibt es keine Altersnormierungen und kaum altersgerechtes Material. Der RWT und die Aphasie-Check-Liste (ACL, Kalbe et al., 2002) bilden hier partiell Ausnahmen: Der RWT ist für bis 15- und ab 18-Jährige normiert, die ACL bietet neben ebenfalls für Jugendliche ansprechender Gestaltung und adäquater Itemauswahl einen kurzen Kognitionsteil, der neuropsychologische Defizite überprüft.

Oft sind Ergebnisse aus Sprachentwicklungstests, auch wenn sie in der Regel nur bis zum Grundschulalter normiert sind, aussagekräftiger, da mit einer Testbatterie umfassender getestet werden kann als mit einem Einzeltest und auffällige Ergebnisse eindeutiger interpretierbar sind als bei Tests für Erwachsene. Was 10-Jährige können sollten, kann bei 15-Jährigen vorausgesetzt werden. Neben zahlreichen Sprachentwicklungstests für Kinder steht die in den letzten zehn Jahren entwickelte, kostenfrei verfügbare Sprachtest-App Leipziger Sprach-Instrumentarium Jugend (LSI-J, vgl. Krause & Pino, 2022) mit ihrer Normierung für 14- bis 22-Jährige neben der CELF-5 für 6- bis 16-Jährige (Wiig et al., 2020) fast singulär da.

Hervorragend geeignet zur Überprüfung der elizitierten Textproduktion (mündlich/schriftlich) ist auch für Jugendliche das Cookie Theft Picture (aus der BDAE, Goodglass et al., 2001). Explizit für Jugendliche mit Aphasie gibt es keine normierten Aphasietests.

Therapie mit Jugendlichen

Jugendliche sind keine homogene Gruppe. Es gibt große interindividuelle Unterschiede, die bei der Therapieplanung zu berücksichtigen sind.

Der Blick zurück fragt: „Wo kommen sie her?“ Wie steht es um altersbedingtes Wissen, Bildungsniveau, sozialen Hintergrund, persönliche Interessen, den Stellenwert alles Sprachlichen (z. B. Lesen, Kommunikation mit Peers/Familie)?

Der Blick nach vorne fragt: „Wo woll(t)en sie hin?“ Welche schulisch-beruflichen Vorstellungen gab es prämorbid? Mit Jugendlichen können SMARTe Ziele gemeinsam formuliert werden: Nah- und Fernziele, Kompensationen, offensiver Umgang mit der Sprachstörung, das Einfordern von Hilfen. Hier heißt es, in der Rehabilitation gemeinsam – auch interdisziplinär – eine realistische Perspektive für den weiteren Ausbildungs-/Berufsweg zu finden.

Bei Schwerstbetroffenen (Akuthaus, Frührehabilitation – Rehaphasen A/B) geht es um die Anbahnung von Kommunikation, zunächst vor allem mit körpereigenen Kommunikationsmitteln (Blinzeln, Kopf- und Zeigegesten). Im weiteren Verlauf ist zunehmend symptom-/ICF-orientierte, linguistisch fundierte Aphasietherapie der beeinträchtigten Modalitäten unter Berücksichtigung neuro(psycho)logischer Beeinträchtigungen gefragt.

Auch bei den Jugendlichen geht es darum, (sprachliches) Lernen zu fördern. Therapiematerial sollte nach individuellen Bedürfnissen adaptiert werden (größere Kopien, Schreiben am PC etc.) und Inhalte nach Alltagsrelevanz und Anwendbarkeit gewählt werden. Material für Erwachsene ist häufig verwendbar, sollte aber inhaltlich (thematische Relevanz in der jugendlichen Lebensrealität?) vorher geprüft werden. Hilfreich ist immer, eigenes Material nach den persönlichen Interessen zu erstellen oder von den Jugendlichen selbst mitbringen zu lassen. Je nach Krankheitseinsicht und eigener Motivation können Lob und Ressourcenorientierung beim Feedback im Vordergrund stehen oder (zeitweise!) auch mal Defizitorientierung. Der Einbezug von Applikationen (Apps) kann die Motivation steigern, und nach Möglichkeit ist Gruppentherapie anzubieten.

Therapiekonzept 1: Arbeit mit Texten

Die Arbeit mit Texten ist immer relevant, vor allem bei leichten Aphasien und kognitiven Kommunikationsstörungen (CCDs, vgl. Rother, 2023), denn je weiter der Bildungsweg fortschreitet, desto mehr werden Lerninhalte in Texten und mit wenig Bildmaterial vermittelt. Texte sind mehr als nur eine Aneinanderreihung von Sätzen: Kohäsion und Kohärenz dienen der Sprachökonomie und dem inneren Zusammenhalt (vgl. Cummings, 2019) – beides fällt Menschen mit Aphasie sowohl rezeptiv als auch produktiv schwer – beim Weg durch das Bildungssystem ein großer Fallstrick.

Auch wenn nur (noch) eine leichte bis minimale Aphasie vorliegt und die Alltagskommunikation auf den ersten Blick unauffällig ist, ist sprachliches Lernen dennoch erschwert. Jugendliche kämpfen (wie Kinder mit Aphasie auch) typischerweise mit Tagesformschwankungen. Das heißt, was in einer Unterrichtsstunde gelang, kann in der nächsten unlösbar sein. Häufig haben sie besondere Schwierigkeiten im Umgang mit Texten, auditiv/mündlich und schriftlich. Elisabeth Hofmann hat in den 1980ern und 1990ern mit Jugendlichen mit Aphasie gearbeitet und festgestellt, dass fehlende innere Repräsentationen und Einspeicherungsprobleme den Schwierigkeiten mit Texten zugrunde liegen. In ihrem Konzept „Zum Arbeiten mit ausbildungsbezogenen Texten in der

Aphasietherapie“ (Hofmann Stocker 1990f., zusammengefasst in: Wieland et al., 2001) wird in strukturiertem Vorgehen zunächst das Verständnis für einen Text auf Wort- und Satzebene gesichert. Danach werden Inhalte verknüpft und zusammengefasst, evtl. umformuliert und bildlich dargestellt. Das Konzept lässt sich in Kürze darstellen mit seinen vier Kernpunkten:

Tabelle 2: Arbeit mit ausbildungsbezogenen Texten

1. Orientieren – Vorbereiten	Erwartungen zur Überschrift werden formuliert
	das Verständnis schwieriger Wörter im Text wird gesichert
2. Verstehen	der Text wird Satz für Satz in eigenen Worten wiedergegeben
	Inhalte werden bildlich/grafisch dargestellt
3. Zusammenfassen – Ordnen	Sinnabschnitte werden markiert und zu Kernsätzen zusammengefasst
	Wichtiges wird von Unwichtigem getrennt
4. Überprüfen – Erweitern – Beurteilen	Kernsätze werden in Kernfragen umgewandelt
	Inhalte werden möglichst mit Vorwissen zum Thema und einer eigenen Meinung verknüpft

Therapiekonzept 2: Beruf und Sprache (BuS)

Während die schul- und ausbildungsbezogene Texttherapie auch im ambulanten Setting gut durchführbar ist, setzt das Konzept 'Beruf und Sprache (BuS)' eine spezialisierte stationäre Rehabilitation voraus, in der neben motorisch-kognitiven Therapien auch eine auf einen (zukünftigen) Arbeitsplatz ausgerichtete Berufstherapie angeboten wird. In interdisziplinärer Zusammenarbeit können so Jugendliche und junge Erwachsene, z. B. im Rahmen einer von der Agentur für Arbeit finanzierten einjährigen berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme (BvB), ICF-orientiert auf das Berufsleben vorbereitet werden. Da sich laut Jahresbericht der RWTH Aachen nur 5% der Menschen mit Aphasie in Beruf oder Arbeitsversuch befinden, ist eine spezifische Vorförderung, die diese stark eingeschränkte Teilhabemöglichkeit nachhaltig verbessert, notwendig.

Wenn höhere Bildungsabschlüsse wie Abitur und Studium durch die Aphasie und ihre Begleitstörungen nicht mehr erreichbar scheinen (s. u. Prognose/Wiedereingliederung), sollten praktische Ausbildungen in den Fokus rücken: Holz- oder Metallverarbeitung, Elektrotechnik, Hauswirtschaft (Kochen, Nähen), Technische Kommunikation (Grafikdesign) können Möglichkeiten eröffnen.

Das Konzept 'BuS' (ausführlicher dargestellt in Spencer, 2023) setzt nach berufstherapeutischer Eignungsanalyse und logopädischer Diagnostik auf enge interdisziplinäre Verzahnung beider Bereiche. Über den professionellen Austausch hinaus findet die Logopädie ein bis zwei Mal pro Woche direkt im gewählten berufstherapeutischen Bereich statt. Hier können ganz praktisch Fachwortschatz und -texte, Arbeitsanweisungen und Benennen von Arbeitsmaterialien direkt vor Ort am Arbeitsplatz eingeübt werden.

Nach Bedarf können Texte in 'Leichte Sprache' umformuliert werden, von der auch Menschen mit Aphasie profitieren (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2025). Beachtet wird dabei:

- Ausdrucksweise einfach und klar,
- lange, komplizierte Satzgefüge vermeiden,
- Fremdwörter vermeiden oder Begriffe (er)klären,
- statt Pronomen das Bezugswort (den Referenten) angeben oder möglichst eindeutige Referenzbezüge verwenden,
- möglichst klare Struktur,
- unwesentliche Aspekte weglassen.

In der Katamnese-Untersuchung von Franken konnten 19 von 23 Teilnehmer:innen anschließend an die Vorförderung mit 'BuS' erfolgreich eine Berufsausbildung beginnen (Franken et al., 2016).

Therapiekonzept 3: Theatergruppe

Grundsätzlich ist Gruppentherapie mehr als nur ein ökonomisches (weil mehr Patient:innen gleichzeitig von weniger Therapeut:innen betreut werden können) Add-on zur Einzeltherapie. In der Gruppe, zumal bei Jugendlichen untereinander, entsteht höhere Alltagsnähe, in der Einzeltherapie Gelerntes kann praktisch erprobt werden, die Teilnehmenden erfahren sich als aktiver gestaltend und lernen am Modell der anderen, vor allem pragmatische Fertigkeiten, sowohl verbale wie die Regulation von Gesprächspartner:innen als auch non-verbale bzw. paralinguistische Aspekte wie Turn-taking, Prosodie und Mimik. Dies trägt stärker als Einzeltherapie zum Abbau von Sprechangst bei: Auch bei schwerer akuter Aphasie wird im Gruppensetting häufiger und auf unterschiedlichere Weise Kommunikation initiiert als in Einzelsitzungen (Fama et al., 2016).

Im über einen Zeitraum von knapp zwanzig Jahren stetig weiterentwickelten Konzept der Theaterarbeit in der neurologischen Rehabilitation (Spencer, 2021a) wird im Gegensatz zum sonst häufig üblichen Vorgehen eine Theatergruppe bewusst störungs- und schweregradgemischt angeboten. Sprachlich/sprecherisch Stärkere unterstützen Schwächere, auch Schwerstbetroffene können Teilhabe erleben. Während 'fertiges' Textmaterial häufig auf einem Fundus von Sketchen, kurzen Szenen, Märchen oder Fabeln basiert, können Inhalte von Improvisationen (Impro-Theater) direkt aus der Lebensrealität der Jugendlichen stammen. Krankheitsverarbeitung kann spielerisch und im geschützten Rahmen stattfinden. An sprachlich/sprecherischen Schwierigkeiten wird wie nebenbei (und dennoch gezielt logopädisch) gearbeitet – für alle Beteiligten überwiegt der Spaß vor dem Störungs- und Übungsbewusstsein. Für Jugendliche entwickelt, wurde das Konzept ebenfalls mit Kindern und mit älteren Erwachsenen angewendet.

Therapiekonzept 4: Intensives Sprachtraining in Anlehnung an CIAT/ILAT

Die Constraint-Induced Aphasia Therapy (CIAT; Pulvermüller et al., 2001) ist als intensive, hoch repetitive und spezifische Aphasitherapie als eines von wenigen Konzepten evidenzbasiert. Ihre Wirksamkeit wurde auch für Jugendliche (Meinzer et al., 2006) und Kinder (Spencer, 2020b) nachgewiesen. Die Grundprinzipien sind eine hohe Übungsintensität (massed practice), eine individuelle Anpassung des Schweregrads (shaping) und das Unterbinden dysfunktionaler Zeigegeesten durch eine Sichtblende zwischen den Teilnehmenden (constraint). Die CIAT (später von Pul-

vermüller selbst umbenannt in ILAT) basiert auf der neurowissenschaftlichen Erkenntnis, dass von außen (durch das Setting) verstärkter Gebrauch (forced use) sekundäre Funktionseinbußen durch Frustrationserlebnisse (gelernter Nichtgebrauch) verhindern kann.

In einem interaktiven Gruppensetting wird ein Karten-Herausgabe-Spiel mit einer Vielzahl verschiedener Bildkarten (bei CIATneu: auch Schriftkarten; Meinzer et al., 2005), auf denen alltagsnahe Objekte oder Handlungen zu sehen sind, gespielt. Alle Karten liegen doppelt bzw. als Paar vor, und die vier Mitspielenden sitzen hinter einer kreuzförmigen Sichtblende, so dass niemand die Karten oder auch die Hände der anderen einsehen kann.

In der Pilotstudie mit zwölf Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Durchschnittsalter 20;4 Jahre, Erkrankungsdauer durchschnittlich 22,2 Monate) war nachweisbar, dass auch in dieser Altersgruppe die Akzeptanz groß war und es – wenn auch weniger deutlich ausgeprägt als bei älteren Erwachsenen – zu signifikanten Verbesserungen kam. In der Gruppe gab es keine Unterschiede im Therapieerfolg im Vergleich der Ätiologien, es zeigten sich jedoch deutlichere Effekte bei zuvor sprachlich weniger aktiven Patient:innen (Meinzer et al., 2006).

2007 wurde das CIAT-Konzept verändert, um es an die Bedürfnisse von Kindern anzupassen (z. B. durch kindgerechtes Material, vgl. ausführlicher in Lottes, 2010; Spencer, 2020a) und umbenannt in 'Intensives Sprachtraining für Kinder mit Aphasie', kurz ISKA (vgl. Schwarz et al., 2008). Für Jugendliche wurde nach der Erprobungsphase mit Kindern 2011 dasselbe Konzept unter dem Namen ISJA eingeführt. Hier tabellarisch die Unterschiede zwischen CIAT und ISKA/ISJA:

Tabelle 3: Unterschiede zwischen CIAT und ISKA/ISJA

CIAT	ISKA / ISJA
3h Gruppentherapie tgl.	2x 1h Gruppe + 30min Einzeltherapie
3 Betroffene + 2 Therapeut:innen	Nur ISKA: 4 Kinder + 2 Therapeut:innen
Ausschließlich mit Sichtblende	Spiele mit und ohne Sichtblende
Ausschließlich Bildkarten – erst bei CIATneu (Meinzer) mit Schriftkarten	Bild- und Schriftkarten, in Einzeltherapie auch Schreiben
Wort- und Satzebene	Wort-, Satz- und Textebene
Reines linguistisches Training – bei CIATneu Einbezug von Angehörigen	Zusätzlich Tages-Aufträge zur Anwendung im sozialen Umfeld in der Klinik

Die Fortschritte nach dem zweiwöchigen Intensivtraining waren signifikant und zeigen sich auf mehreren Ebenen:

Sprachliche Verbesserungen:

- signifikante Fortschritte in Benennleistung und Sprachverständnis,
- Spontansprachverbesserungen: schnellerer Wortabruf, verbesserte Satzstrukturen,
- mehr Sprechfreude, häufigere Gesprächsinitiation,
- mehr Anwenden von erfolgreichen Kompensationsstrategien.

Psychosoziale Verbesserungen:

- bessere Fähigkeit, Gesprächspartner:innen zu regulieren und Hilfe einzufordern,
- Abbau von Frustration und damit zusammenhängendem aggressivem oder Vermeidungs-/Rückzugsverhalten,
- erhöhtes Selbstbewusstsein, Abnahme von Versagensängsten,
- verbessertes Situationsverständnis (auch für Missverständnisse).

Prognose

Bei Kindern mit Aphasie darf das Ziel therapeutischer Intervention nicht nur das bloße Erreichen des prämorbidem Standes sein, sondern muss die verpassten Entwicklungsschritte im Blick haben und zukünftiges Lernen mit allen jetzt auftretenden Schwierigkeiten und Einschränkungen (Gedächtnis, Aufmerksamkeit, visuelle & akustische Perzeption) antizipieren. Auch wenn dies gelingt und in Sprachtests altersadäquate Ergebnisse erzielt werden, wird eine längerfristige Begleitung, mindestens in Form von regelmäßiger Nachtestung (alle 6-12 Monate) benötigt.

Persistierende globale Aphasien sind im Kindesalter selten. Die Alltagskommunikation ist in der Regel ein Jahr nach Schädigung wieder gut möglich, jedoch mit Wortschatz- und Grammatikeinschränkungen. In aller Regel bleiben Sprachprobleme auf höherer Ebene, sowohl rezeptiv als auch produktiv. Je schwieriger die Aufgabe, umso deutlicher zeigen sich Defizite (Nass & Trauner, 2004). Besonders die Schriftsprache bleibt langfristig deutlich gestört.

Es ist mittlerweile Konsens, dass eine (vor allem bilaterale) Hirnverletzung zu verminderter Lernfähigkeit führt, so dass die Kinder und Jugendlichen oft dem Pensum im Schulalltag nicht gewachsen sind. Dieser Rückstand vergrößert sich ohne professionelle Unterstützung im Lauf der Zeit immer mehr. Wir sprechen vom "growing into the deficit" (Taylor & Alden, 1997).

Eine Aphasie im Kindes- oder Jugendalter hat gravierende Schulschwierigkeiten zur Folge, besonders da sprachliche Anforderungen mit steigendem Ausbildungsniveau zunehmen. „Komplexe Sachverhalte bleiben schwer zu verstehen und auszudrücken, und in der Alltagssprache werden kurze, syntaktisch einfache Sätze bevorzugt, die über bestehende Schwierigkeiten hinwegtäuschen.“ (Spencer, 2021b – Übersetzung vom Autor) Die oberflächlich guten Sprachleistungen halten genauerer Untersuchung nicht stand, wir sprechen von einer "illusory recovery" (Chilosi et al., 2008).

Aus der Sprachstörung wird eine Kommunikationsstörung, insbesondere im Verbund mit exekutiven und rechtshemisphärischen Störungen: Kommunikation ist das Medium, um soziale Fähigkeiten zu entwickeln. Die Aphasie bedingt Schwierigkeiten mit Sprechakten, z. B. Aufforderungen, mit der Kontingenz von Redebeiträgen (beim Thema bleiben, ein Thema erschöpfend beleuchten können), mit dem Einholen und Geben von Informationen, mit dem Verstehen von Doppeldeutigkeiten etc. Selbst wenn ein (auch verbal) durchschnittlicher IQ wieder erreicht wird, bleiben nach SHT wegen exekutiver Störungen pragmatisch-kommunikative Einschränkungen bestehen.

Kinder reagieren auf belastende Situationen oft mit Vermeidung und Rückzug. Der Anschluss an die Peer-Group geht verloren, da Kinder mit Aphasie oft als Spiel- und Gesprächspartner:innen gemieden werden. Sie haben weniger Freund:innen als prämorbid und sind in weniger Aktivitäten involviert als gesunde Gleichaltrige (Friede, 2011). Das Selbstbild verändert sich mit einem deutlich erhöhten Risiko für emotionale Auffälligkeiten (von 7 auf 58%) (Shapiro, 1982).

Wiedereingliederung

Die Kernaufgabe einer guten Rehabilitationsbehandlung ist das sogenannte Entlassmanagement. Vom ersten Tag der Reha an sollte auf die Heimkehr und das weitere Leben vorbereitet werden.

Das bedeutet bei Kindern und Jugendlichen sowohl, als Ansprechpartner:in für zukünftige ambulante Therapeut:innen zur Verfügung zu stehen, als auch die Kontaktaufnahme mit der zukünftigen Schule oder dem zukünftigem Ausbildungsplatz.

Zentral ist ebenfalls die Angehörigenberatung, z. B. zu:

- sprachfördernden Spielen,
- adäquatem Kommunikationsverhalten,
- Aufklärung des Umfelds (Verwandte, Freundeskreis, Schule/Ausbildungsstätte),
- sozialrechtlichen Folgen,
- Adressen von Selbsthilfeverbänden, z. B. Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e. V. (BRA) unter www.aphasiker.de und www.aphasiker-kinder.de (regelmäßig angebotene Eltern-Kind-Seminare),
- (neuro-)psychologischer Unterstützung.

Häufig bleiben neuropsychologische Begleitstörungen bestehen und führen zu Verhaltensauffälligkeiten, Verlangsamung, Merkfähigkeits- oder Strukturierungsproblemen und Schwierigkeiten mit sozialen Interpretationen.

Starke Tagesformschwankungen (auch hinsichtlich der Motivation, die aufgebracht werden kann) führen immer wieder zu Erklärungsbedarf im Schulalltag. Außerdem führt die Aphasie ganz unmittelbar zu Schwierigkeiten im schulischen Lernen durch erschwerte Abspeicherung neuer (verbal vermittelter) Inhalte, durch verzögerten Wortabruf und Sprachverständnisprobleme.

Schwierigkeiten mit dem Aufbau innerer Repräsentationen von Lerninhalten (s. o., Arbeit mit Texten) führen sowohl rezeptiv als auch produktiv zu erhöhtem Lernaufwand und damit erhöhtem Schulstress und machen zusätzliche Unterstützung vonseiten der Eltern und Lehrer:innen notwendig. In der Regel kommt es mindestens zur Wiederholung einer Klassenstufe. Der Besuch der bisherigen Schule erscheint allerdings oft nicht empfehlenswert oder ist unmöglich.

Hilfreiche Faktoren für einen erfolgreichen Schulbesuch sind:

- schulbegleitende und -bezogene Sprachtherapie,
- kleine Schulklassen (Reduktion von Ablenkbarkeit),
- anschauliches Lernen in kurzen Sinneinheiten mit visuellen Hilfen (bildliche Darstellungen und ergänzende Unterlagen),
- ausführliche Erklärungen mit inhaltlichen Wiederholungen (Redundanz),
- praktisches Vormachen,
- Vermeiden von unvorbereiteten Themensprüngen,
- Reduktion von Zeit- und Leistungsdruck (besonders in Prüfungen Einräumen von mehr Zeit, auch von mehr Pausen),
- förderliche Position im Klassenraum (Hören & Gehörtwerden),
- Arbeitsplatzorganisation,
- evtl. zusätzliche Integrationshilfe.

Auch die Textoptimierung von Aufgaben und die Möglichkeit zum Einsatz technischer Hilfsmittel (Sprachcomputer) zählen zum sogenannten Nachteilsausgleich (vgl. auch Kubandt, 2010). Dieser soll Chancengleichheit sicherstellen – es geht nicht um Bevorzugung, was viele Kinder und Jugendliche als Missverständnis bei den Mitschüler:innen befürchten.

Wenn Pläne wie Abitur und Studium mit Aphasie in unerreichbare Ferne gerückt sind (aber nicht notwendigerweise!), bietet sich eine praktische Ausbildung als alternative Zukunftsperspektive an. Eine Ausbildung ist weniger theorie- und sprachlastig und wird häufig auch in Berufsbildungswerken, also im geschützten Rahmen, angeboten. Dort gibt es kleinere Ausbildungsgruppen und somit intensivere Betreuung, langsames Lerntempo ist möglich. Empfehlenswert ist auch die Vorförderung in einer von der Arbeitsagentur finanzierten BvB-Maßnahme mit einer 12-monatigen praktischen und theoretischen Vorbereitung auf Ausbildungsinhalte in einer entsprechend spezialisierten Reha-Einrichtung (s. o., Beruf und Sprache). Wenn trotz geschütztem Rahmen und Vorförderung eine Vollausbildung nicht bewältigbar oder zweifelhaft erscheint, kann eine Teilausbildung als Alternative dienen. Hier ist (durch Reha-Berater:innen) vorher die Frage der Vermittelbarkeit auf dem Arbeitsmarkt zu prüfen. Zu guter Letzt gibt es auch Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) mit Berufsbildungsbereich, die bei schwerer Beeinträchtigung als Zwischenschritt möglich sind und längerfristig auch einen Weg auf den ersten oder zweiten Arbeitsmarkt eröffnen können.

Fazit: Gelingende Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Aphasie nach Schädel-Hirn-Trauma

Mehrfach ist angeklungen, wie essenziell die interdisziplinäre Zusammenarbeit für eine gelingende Rehabilitation ist. Dabei sind die Vernetzung und das gegenseitige Zuarbeiten mehr als nur ein multidisziplinäres Nebeneinander. Co-Therapien, persönliche Absprachen, regelmäßige Fallbesprechungen mit Feinjustierung der Reha-Planung – und das alles von Anfang an und transparent gegenüber den primär und sekundär Betroffenen, also unter Einbezug der Familie – sind relevante Investitionen in die persönliche Zukunft der Betroffenen und sind sowohl psychosozial als auch sozioökonomisch wertvoll. In Zeiten, in denen Kliniken jedoch immer mehr unter finanziellem Druck mit Hinblick auf Zahlen und Rentabilität geführt werden, drohen kreative Ansätze, personalaufwändige Intensivangebote und individuelle Betreuung mehr und mehr verloren zu gehen.

Eine weitere Herausforderung ist die direkte Kommunikation zwischen Akut- und Rehaklinik sowie den ambulanten Therapeut:innen. Im durchgetakteten Arbeitsalltag oftmals schwierig unterzubringen, ist der Gewinn einer verzahnten Langzeitversorgung, in der individuelle Ressourcen, Bedürfnisse, Eigenheiten und Herausforderungen unmittelbar kommuniziert werden, so groß, dass er nicht in (dadurch 'verpassten') Therapieminuten aufgewogen werden kann. Denn trotz aller Empfehlungen aus der Literatur sowie der Fachleute in den Reha-Kliniken finden Kinder und Jugendliche mit Aphasie nur begrenzt Zugang zur ambulanten Versorgung – viele Kolleg:innen geben auf persönliche Nachfrage an, noch nie oder wenn, dann nur sehr selten einen sehr jungen von Aphasie betroffenen Menschen behandelt zu haben.

LITERATUR

- Aschenbrenner, S., Tucha, O., & Lange, K. W. (2001). *RWT: Regensburger Wortflüssigkeits-Test*. Hogrefe.
- Barthel, G. (2005). *Modellorientierte Aphasietherapie und Aachener Sprachanalyse: Evaluation bei Patienten mit chronischer Aphasie* (Dissertation, Universität Konstanz). <https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:352-opus-16281>
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2025, 28. März). *Erstmals einheitliche Empfehlungen für die Deutsche Leichte Sprache*. <https://www.bmas.de/DE/Service/Presse/Meldungen/2025/einheitliche-empfehlungen-leichte-sprache.html>
- Byom, L. J., Allison, K. M., & Turkstra, L. (2014). Issues in the assessment and treatment of cognitive communication disorders in children with TBI. In S. McDonald, L. Togher, & C. Code (Eds.), *Social and communication disorders following traumatic brain injury* (2nd ed., pp. 190–217). Psychology Press.
- 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*, 106(3), 211–225. <https://doi.org/10.1016/j.bandl.2007.12.010>
- Cummings, L. (2019). Describing the Cookie Theft picture: Sources of breakdown in Alzheimer's dementia. *Pragmatics and Society*, 10(2), 151–174. <https://doi.org/10.1075/ps.17011.cum>
- Fama, M. E., Baron, C. R., Hatfield, B., & Turkeltaub, P. E. (2016). Group therapy as a social context for aphasia recovery: A pilot, observational study in an acute rehabilitation hospital. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 23(4), 276–283. <https://doi.org/10.1080/10749357.2016.1155277>
- Franken, N., Martin, H., & Scheidtmann, K. (2016). „Kreuzschlitzschraubendreher? – Ich dreh durch!“ Oder: Mit dem BuS-Projekt des Hegau-Jugendwerks Gailingen in eine berufliche Zukunft. *Neuroreha*, 8(1), 40–44. <https://doi.org/10.1055/s-0041-111308>
- Friede, S. (2011). *Langzeitverlauf der Aphasie bei Kindern und Jugendlichen: Sprache und soziales Umfeld* (Unveröffentlichte Masterarbeit). RWTH Aachen.
- Goodglass, H., Kaplan, E., & Barresi, B. (2001). *Boston diagnostic aphasia examination* (3rd ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Gutbrod, K., & Michel, M. (1986). Zur klinischen Validität des Token Tests bei hirngeschädigten Kindern mit und ohne Aphasie. *Diagnostica*, 32(2), 118–128.
- Hartley, L. L., & Levin, H. S. (1990). Linguistic deficits after closed head injury: A current appraisal. *Aphasiology*, 4(4), 353–370. <https://doi.org/10.1080/02687039008249088>
- Hielscher-Fastabend, M., & Richter, K. (2022). *BIAS-K: Bielefelder Aphasie-Screening für Kinder – Zur Diagnostik von Aphasien im Kindesalter*. NAT-Verlag.
- Hofmann Stocker, E. (1990). Zum Arbeiten mit ausbildungsbezogenen Texten in der Aphasietherapie. Teil I: Textverstehen und sprachliches Lernen bei Aphasie. *Aphasie und verwandte Gebiete*, 3(3), 22–39.

- Hofmann Stocker, E. (1991). Zum Arbeiten mit ausbildungsbezogenen Texten in der Aphasie-therapie. Teil II: Vorschlag eines Therapieprogramms. *Aphasie und verwandte Gebiete*, 4(1), 5–25.
- Huber, W., Poeck, K., & Weniger, D. (1997). Aphasie. In W. Hartje & K. Poeck (Hrsg.), *Klinische Neuropsychologie* (3., überarb. Aufl., S. 80–144). Thieme.
- Kalbe, E., Reinhold, N., Ender, U., & Kessler, J. (2002). *Aphasie-Check-Liste (ACL)*. Prolog.
- Kaufman, A. S., & Kaufman, N. L. (2015). *KABC-II – Kaufman assessment battery for children* (Deutsche Bearbeitung von P. Melchers & M. Melchers). AGS Publishing.
- Konsortium LSI-J. (2019–2025). *Leipziger Sprach-Instrumentarium Jugend: Die LSI-J-Sprachtest-App*. <https://lsij.de/sprachtest-app/>
- Krause, C. D., & Pino, D. (2022). Sprachdiagnostik im Jugendalter: Welche Möglichkeiten gibt es im deutschsprachigen Raum? *forum:logopädie*, 36(5), 14–16.
- Kubandt, M. (2010). „Schule war früher kein Problem“: Ein Leitfaden. Böhler.
- Laures-Gore, J., McCusker, T., & Hartley, L. L. (2017). Aphasia rehabilitation during adolescence: A case report. *Disability and Rehabilitation*, 39(12), 1235–1242. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1191550>
- Lees, J. A., & Urwin, S. (1997). *Children with language disorders* (2nd ed.). Whurr.
- Lottes, S. (2010). *Aphasietherapie bei Kindern – Auswirkungen des Intensivsprachtrainings für Kinder mit Aphasie (ISKA): Eine Fallstudie* (Unveröffentlichte Masterarbeit). LMU München.
- Martins, I. P., & Ferro, J. M. (1992). Recovery of acquired aphasia in children. *Aphasiology*, 6(4), 431–438. <https://doi.org/10.1080/02687039208248613>
- McDonald, S. (2000). Editorial: Putting communication disorders in context after traumatic brain injury. *Aphasiology*, 14(4), 339–347. <https://doi.org/10.1080/026870300401397>
- Meinzer, M., Djundja, D., Barthel, G., Elbert, T., & Rockstroh, B. (2005). Long-term stability of improved language functions in chronic aphasia after constraint-induced aphasia therapy. *Stroke*, 36(7), 1462–1466. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000169941.29831.2a>
- Meinzer, M., Djundja, D., Möhrle, C., & Spencer, P. G. (2006). Intensive therapeutische Intervention bei chronischer Aphasie. *Aphasie und verwandte Gebiete*, 20(2), 25–38.
- Nass, R. D., & Trauner, D. (2004). Social and affective impairments are important for recovery after acquired stroke in childhood. *CNS Spectrums*, 9(6), 420–434.
- Plum, L., Nobis-Bosch, R., Krzok, F., van de Sandt-Koenderman, W. M. E., Willmes, K., & Abel, S. (2015). Szenario-Kids: Ein partizipationsorientierter Test für Kinder mit Aphasie zwischen 8 und 15 Jahren. *Sprache · Stimme · Gehör*, 39(3), 134–139. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1559672>
- 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(7), 1621–1626. <https://doi.org/10.1161/01.str.32.7.1621>

- Robin, D. A., Max, J. E., Stierwalt, J. A. G., Guenzer, L. C., & Lindgren, S. D. (1999). Sustained attention in children and adolescents with traumatic brain injury. *Aphasiology*, 13(9–11), 701–708. <https://doi.org/10.1080/026870399401812>
- Rother, A. (2023). *Wie Logopädinnen und Logopäden Kinder mit Aphasien behandeln: Eine multinationale Exploration*. Schulz-Kirchner.
- Schachar, R., Levin, H. S., Max, J. E., Purvis, K., & Chen, S. (2004). Attention deficit hyperactivity disorder symptoms and response inhibition after closed head injury in children. *Developmental Neuropsychology*, 25(1–2), 179–198. <https://doi.org/10.1080/87565641.2004.9651927>
- Schwarz, G., Strittmatter, S., & Vietze, A. (2008). Intensives Sprachtraining für Kinder mit Aphasie (ISKA). *Not*, 6, 86–87.
- Shapiro, T. (1982). Language and the psychiatric diagnosis of preschool children. *Psychiatric Clinics of North America*, 5(2), 309–319. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30868-2](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30868-2)
- Spencer, P. G. (2020a). ISKA – ein Intensivsprachtraining für Kinder mit Aphasie. *Sprachförderung und Sprachtherapie*, 9(3), 150–156.
- Spencer, P. G. (2020b). ISKA – Intensives Sprachtraining für Kinder mit Aphasie in Anlehnung an CIAT. *Sprache · Stimme · Gehör*, 44(4), 199–204.
- Spencer, P. G. (2021a). Theaterspiel als gelingende Kommunikation trotz (schwerer) Sprach-/Sprechstörung. *Logos*, 29(2), 106–111.
- Spencer, P. G. (2021b). Group therapy for adolescents and young adults with acquired aphasia. In J. A. Barrow (Ed.), *Living with aphasia* (pp. 71–131). Nova Science Publishers.
- Spencer, P. G. (2023). Jugendliche mit Aphasie und ihre berufliche (Wieder-)Eingliederung. *Aphasie und verwandte Gebiete*, 2, 16–23.
- Taylor, H. G., & Alden, J. (1997). Age-related differences in outcomes following childhood brain insults. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 3, 555–567. <https://doi.org/10.1017/S1355617797005559>
- Turkstra, L. S. (2000). Should my shirt be tucked in or left out? *Aphasiology*, 14(4), 349–364. <https://doi.org/10.1080/026870300401405>
- Wechsler, D. (2017). *WISC-V – Wechsler intelligence scale for children* (Deutsche Bearbeitung von F. Petermann). Pearson.
- Weigl, I., & Reddemann-Tschaikner, M. (2009). *HOT – ein handlungsorientierter Therapieansatz für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen* (2., vollständig überarb. Aufl.). Thieme.
- Wieland, A., Möhrle, C., & Loew, M. (2001). Jugendliche Aphasiker. In J. Rinninsland (Hrsg.), *Schriftenreihe Jugendwerk* (Bd. 13). <https://www.hegau-jugendwerk.de/media/dokumente/aktuelles/publikationen/Schriftenreihe/SR13-d.pdf>
- Wiig, E. H., Semel, E., & Secord, W. E. (2020). *CELF-5 – Clinical evaluation of language fundamentals* (Deutsche Fassung). Pearson.
- Ylvisaker, M. (1993). Communication outcome in children and adolescents with traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 3(4), 367–387. <https://doi.org/10.1080/09602019308401447>

Zitation: Spencer, P.G. (2026). Besonderheiten in der Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen mit Aphasie. Sprachtherapie aktuell: Forschung – Wissen – Transfer 13(1). dbs Summer School Klinische Linguistik 2024, e2026-06. <https://doi.org/10.14620/stadbs260406>

Kurzbiographie

Pete Guy Spencer, M. A., Klinischer Linguist, ist freier Dozent für Logopädie und Inhaber der 'Praxis für Ganzheitliche Stimm-, Sprech- & Sprachtherapie – PGS' in Radolfzell am Bodensee. Er studierte von 1992-2002 u. a. Klinische Linguistik in Freiburg im Breisgau und war 2002-2024 (ab 2008 leitender) Sprachtherapeut in der neurologischen Rehabilitation für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Seit 2005 hält er Vorträge und Fortbildungen zu den Themen Kinder und Jugendliche mit Aphasie, Intensivsprachtraining in Anlehnung an CIAT, Theaterarbeit in der Logopädie und Manuelle Stimmtherapie nach Gabriele Münch und Pete Guy Spencer.