

Bachelorarbeit

Therapie pragmatisch-kommunikativer Störungen im intensiven Sprachtraining für Kinder mit Aphasie (ISKA)

Eine theoriegeleitete Übungssammlung



Eingereicht von: Anja Petri, Lilian Casanova und Nicole Meyer

Begleitung: Britta Massie

Abgabe: 19. Februar 2021

Abstract

Diese Arbeit befasst sich mit Pragmatikstörungen bei kindlicher Aphasie und der Therapiemethode *intensive Sprachtraining für Kinder mit Aphasie (ISKA)*. Dieses stellt eine der wenigen Methoden bei der Therapie kindlicher Aphasien dar, deren Wirksamkeit nachgewiesen wurde, aber sie vernachlässigt die gezielte Behandlung pragmatisch-kommunikativer Störungen. Daraus entstand die Hypothese, dass Pragmatikstörungen bei kindlicher Aphasie mit ISKA und den fünf Prinzipien behandelt werden können, unter der Verwendung vorhandenen und adaptierten Therapiematerials. In der Auseinandersetzung mit der Theorie wird verdeutlicht, dass pragmatische Kompetenzen in einem engen Interaktionsverhältnis zu den semantischen und kognitiven Fähigkeiten stehen. Das bestätigt die Wichtigkeit der Pragmatiktherapie. Auf Basis der ISKA-Prinzipien werden die Bereiche der Pragmatik herausgeschält, welche im ISKA-Setting gut therapierbar sind und schliesslich konkrete Übungen entwickelt und beschrieben.

Vorwort

Die vorliegende Bachelorarbeit möchte einen Beitrag dazu leisten, „Lücken“ zu füllen, mit dem Fokus auf die Therapiearbeit kindlicher Aphasie, im Spezifischen jene, der pragmatisch-kommunikativen Störungen (PKS). Hierfür soll das *intensive Sprachtraining für Kinder mit Aphasie (ISKA)*, welches aus der *Constraint-Induced Aphasia Therapy (CIAT)* heraus entwickelt wurde, in seinen Fördermöglichkeiten, explizit im Bereich der Pragmatik, um praktische Förderinterventionen ergänzt werden. An drei exemplarischen Sprachübungsbeispielen soll aufgezeigt werden, wie sich bestehendes Material aus der Therapiearbeit mit Kindern mit einer Sprachentwicklungsstörung (SES) und der Therapie mit erwachsenen Aphasiepatienten adaptieren oder ändern liesse, um der Therapie der PKS von Kindern mit Aphasie gerecht zu werden. Ergänzend präsentiert ein tabellarischer Überblick im Anhang C die möglichen Materialien, welche für die unterschiedlichen pragmatischen Therapieschwerpunkte geeignet wären.

Danksagung

Einen persönlichen Dank möchten wir unserer Logopädie-Kollegin, Ellen Waber, aussprechen, welche uns mehrfach bei Fragen zur kindlichen Aphasie Auskunft gab. Sie führte uns mit praktischen Beispielen aus ihrem Therapiealltag, im Hegau-Jugendwerk Gailingen (HJW), die Umsetzung der Sprachübungen von ISKA und ISJA vor Augen und gab uns letztlich die zündende Idee zu unserem Thema. Auch Pete Guy Spencer sei gedankt für seine Auskünfte in spezifischen Fragestellungen zum ISKA-Sprachtraining.

Ebenso möchten wir Britta Massie unseren herzlichsten Dank aussprechen, welche unsere Arbeit unterstützend und bereichernd betreut hat. Ihre umfassende und kooperative Begleitung während unseres Entwicklungsprozesses schätzten wir sehr. Bei Unsicherheiten stand sie uns mit ihrem fachlichen Rat zur Seite und beantwortete unsere Fragen prompt, mit konstruktiver Kritik und motivierendem Elan. Auch möchten wir ihr und Katrin Riederer für die Beurteilung unserer eingereichten Arbeit danken.

In der Folge informieren wir über die Wahl von Begriffen und Schreibweisen in unserer Arbeit:

- Bei Geschlechterformulierungen ist stets die männliche und weibliche Form gemeint, auch wenn nur ein der beiden Formen verwendet wird.
- In der Arbeit verwenden wir den Begriff Autorinnen. Wir möchten darauf hinweisen, dass es sich hier ausschliesslich um uns, Anja Petri, Lilian Casanova und Nicole Meyer handelt.
- Zur besseren Orientierung markieren wir in unserer Arbeit wichtige und zentrale Begriffe kursiv, in Fettdruck oder in Anführungs- und Schlusszeichen.
- Anmerkungen der Verfasserinnen sind in eckige Klammern gesetzt [], die Literatur- und Kapitelverweise hingegen in runde Klammern ().

- Die Begriffe pragmatisch und pragmatisch-kommunikativ werden synonym verwendet.
- In dieser Arbeit werden wir nur noch den Begriff *SES* verwenden und stützen uns damit auf die im September 2017 verkündete vereinfachte Nomenklatur des Komitees für Mehrsprachigkeit und Multikulturalität (MMAC) des Weltverbandes für Logopädie und Phoniatrie. Darin werden die Kürzel *SSES* und *USES* auf den vereinheitlichten Terminus *SES* reduziert und damit stärker betont, dass es sich bei der *SES* nicht zwingend nur um eine selektive, auf Sprache beschränkte, Problematik handeln muss (Ellger, 2017).

An dieser Stelle möchten wir, Anja Petri, Lilian Casanova und Nicole Meyer bestätigen, dass wir an der vorliegenden Arbeit gleichermassen beteiligt gewesen waren und somit die rechtliche Verantwortung hierfür gemeinsam tragen.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Hinführung zum Thema.....	1
1.2 Hypothese.....	1
1.3 Vorgehen	2
2. Aphasie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen	2
2.1 Der Begriff der Aphasie	2
2.2 Kindliche Aphasie	3
2.2.1 Abgrenzung zur Aphasie bei Erwachsenen.....	3
2.2.2 Abgrenzung zur Aphasie bei Jugendlichen	4
2.2.3 Abgrenzung zu anderen Sprachstörungen	4
2.2.4 Abgrenzung zur SES	4
2.3 Ursachen/Ätiologie bei kindlicher Aphasie	5
2.4 Symptome	5
2.4.1 Syndromeinteilung	5
2.4.2 Initialer Mutismus	6
2.4.3 Reduzierte Spontansprache	6
2.4.4 Sprachverständnis	7
2.4.5 Schriftsprache.....	7
2.5 Begleiterscheinungen	8
2.5.1 Dysarthrie	9
2.5.2 Sprechapraxie	9
2.5.3 Neuropsychologische Begleitstörungen.....	9
2.6 Prognose / Langzeitverlauf.....	10
2.7 Diagnostik.....	10
2.7.1 Erfassung des prämorbidem sprachlichen Niveaus.....	11
2.7.2 Erfassung des Krankheitsverlaufs.....	11
2.7.3 Erfassung des Kommunikationsverhaltens (Pragmatik) und der kindlichen Persönlichkeit	12
2.7.4 Erfassung von Begleiterscheinungen.....	12
2.7.5 Sprachdiagnostik	12
3. Pragmatik	13
3.1 Definition	13
3.2 Elemente der Pragmatik eingebettet in linguistische Theorien im Kontext der ICF	13
3.2.1 Kognitiver Kontext	14
3.2.2 Sprachkontext.....	15
3.2.3 Sozial- und Sachkontext.....	16
3.3 Einordnung pragmatischer Fähigkeiten anhand linguistischer Modelle.....	16

3.3.1 Levelt-Modell.....	16
3.3.2 Modell von Friederici.....	17
3.4 Kindliche Entwicklung pragmatisch-kommunikativer Kompetenzen.....	18
3.4.1 Frühe Kindheit	18
3.4.2 Vorschulalter	19
3.4.3 Grundschulalter	19
3.4.4 Jugendalter	19
3.5 Pragmatisch-kommunikative Störungen mit Bezug auf kindliche Aphasie.....	20
3.5.1 Störungen im Bereich kognitiver Kontext	20
3.5.2 Störungen im Bereich Sprachkontext.....	21
3.5.3 Störungen im Bereich Sozialkontext.....	21
4. Therapie.....	22
4.1 Allgemeine Therapieprinzipien.....	22
4.2 Therapieziele	22
4.3 Therapieansätze bzw. -methoden der Aphasietherapie	23
4.3.1 MODAK - Modalitätenaktivierung in der Aphasie-Therapie	23
4.3.2 PACE - Promoting Aphasics Communicative Effectiveness	24
4.4 Therapieansätze bzw. -methoden der Pragmatiktherapie.....	24
4.4.1 Kommunikationsverhalten und Gesprächsführung	25
4.4.2 Textverarbeitung und Textverständnis	25
4.4.3 Situations- und Kontextverhalten	25
4.4.4 Therapie PraFit	25
5. ISKA	26
5.1 Historische Entstehung und Hintergründe	26
5.1.1 Wirksamkeit und Kritik	27
5.1.2 Weiterentwicklungen der CIAT im Vergleich	27
5.2 Therapieprinzipien.....	27
5.2.1 Massed practice = hoch-repetitiv.....	27
5.2.2 Shaping	28
5.2.3 Constraint-induced = Forced-use (induzierte Einschränkung)	28
5.2.4 Intensität	28
5.2.5 Interaktivität.....	28
5.3 Ziele	28
5.4 Therapieaufbau	29
5.4.1 Ablauf	29
5.4.2 Wichtige Anpassungen an die Altersgruppe Kind	29
5.5 Therapiebereiche.....	30

6. Entwicklungsprozess.....	31
6.1 Über die Bedeutung der Pragmatiktherapie	31
6.2 Pragmatiktherapie im Gruppensetting.....	32
6.2.1 Für ISKA geeignetes Kartenmaterial aus dem Zweiersetting	34
6.3 Therapiebereiche der Pragmatik mit ISKA	34
6.4 Sprachübungsspiele.....	36
6.4.1 Allgemeine Voraussetzungen	36
6.4.2 Allgemeine pragmatisch-kommunikative Ziele	37
6.4.3 Therapeutensprache und -verhalten.....	37
6.4.4 Ich sehe was, was du nicht siehst.....	37
6.4.5 Navigieren auf dem Stadtplan	40
6.4.6 Bildergeschichten	43
6.5 Ergänzungen zu für ISKA weniger geeignete pragmatische Bereiche.....	45
6.5.1 Nonverbale, paraverbale und emotionale Kontextvariablen.....	45
6.5.2 Textproduktion schriftlich und Lesesinnverständnis.....	46
7. Diskussion.....	46
7.1 Zusammenfassung und Reflexion.....	47
7.2 Bestätigung der Hypothese	48
7.3 Ausblick.....	49
Abbildungsverzeichnis.....	50
Tabellenverzeichnis.....	50
Abkürzungsverzeichnis	50
Spielverzeichnis.....	51
Literaturverzeichnis.....	53
Anhang	

1. Einleitung

1.1 Hinführung zum Thema

Das Störungsbild „kindliche Aphasie“ unterscheidet sich in vielen Bereichen von Aphasien bei Erwachsenen, jedoch können auch dabei alle sprachlichen Modalitäten betroffen sein. Ausserdem besteht ein hohes Risiko für Langzeitauswirkungen auf die psychosoziale und weitere Sprachentwicklung des Kindes sowie den Alltag der ganzen Familie (Spencer, 2020b).

Das Intensivtherapiekonzept ISKA wurde im HJW speziell für die Therapie von Kindern mit Aphasie im HJW entwickelt. In diesem Gruppensetting werden vor allem die linguistischen Ebenen Semantik, Syntax, Morphologie und Phonologie rezeptiv und produktiv geübt. Der Bereich der Pragmatik wird nur in Bezug auf die Regulation der Gesprächspartnerinnen erwähnt, jedoch wird diesbezüglich nicht detaillierter darauf eingegangen. Auch bei genauerer Durchsicht der eingesetzten Spiele, die die Autorinnen von den Logopädie-Kolleginnen des HJW erhielten, wurde deutlich, dass die pragmatische Ebene in der Therapiemethode ISKA nicht gezielt therapiert wird. Dies, obwohl bei Kindern mit Aphasie pragmatische Fähigkeiten aufgrund der mutistischen Phase und der Verhaltensauffälligkeiten besonders beeinträchtigt sind (Kubandt, 2009).

Obwohl pragmatisch-kommunikative Fähigkeiten (PKF) eine wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Kommunikation und die funktionierende Teilhabe sind (Achhammer, 2014), zeigte sich bei der weiteren Suche nach Therapieansätzen bei Kindern mit Aphasie und insbesondere mit pragmatisch-kommunikativen Störungen (PKS), dass es an Methoden fehlt und aufgrund dessen auf Ansätze aus dem Erwachsenenbereich und der SES-Therapie zurückgegriffen wird (Kubandt, 2018).

Für die Autorinnen ergaben sich daraus die Annahmen, dass PKS auch bei Kindern mit Aphasie eine grosse Rolle spielen und diese stärker in die Therapie miteinbezogen werden müssen. Da ISKA eine der wenigen Therapiemethoden ist, die sich als wirksam und motivational günstig für die Therapie kindlicher Aphasien erwiesen hat, möchten die Autorinnen in der folgenden Arbeit herausfinden, ob und wie es möglich wäre, PKS bei Kindern mit Aphasie im ISKA-Setting, mit bereits vorhandenem Übungsmaterial, zu therapieren. Als Ergebnis entstanden praxisnahe Übungsspiele, die von Fachkolleginnen in der Therapie von PKS bei Kindern mit Aphasie verwendet werden können.

1.2 Hypothese

Durch die intensive Auseinandersetzung mit den oben genannten Themen stellten sich die Autorinnen folgende Fragen:

- **Gibt es Spiele aus der Therapie von erwachsenen Aphasikern und/oder Kindern mit SES**, die für die Therapie von Kindern mit Aphasie im Bereich Pragmatik im ISKA-Setting genutzt bzw. angepasst werden könnten?
- **Gibt es Spiele, spezifisch aus der Pragmatiktherapie**, die für die Therapie von Kindern mit Aphasie im Bereich Pragmatik im ISKA-Setting genutzt bzw. angepasst werden könnten?
- **Gibt es Spiele, die bereits in der ISKA-Therapie angewendet** werden, die für die Therapie von Kindern mit Aphasie im Bereich Pragmatik im ISKA-Setting genutzt bzw. angepasst werden könnten?
- **Wie genau müssten diese Spiele angepasst werden**, um den Anforderungen der Kinder und des ISKA-Settings gerecht zu werden?
- **Welche Bereiche der Pragmatik eignen sich** für die Therapie im ISKA-Setting? Gibt es eventuell Bereiche, die besser oder weniger gut geeignet sind?

Aus diesen Fragen entwickelten die Autorinnen die nachfolgende Hypothese:

Mit der Therapiemethode ISKA und unter der Berücksichtigung ihrer fünf Prinzipien lassen sich auch PKS therapieren. Dafür kann bestehendes Therapiematerial für erwachsene Aphasiker oder Material für die Therapie von Kindern mit einer SES benutzt und angepasst werden.

1.3 Vorgehen

Zunächst erarbeiteten die Autorinnen den theoretischen Hintergrund zum Thema der kindlichen Aphasie, des Intensivgruppenkonzeptes ISKA und der Pragmatik bzw. PKS im Allgemeinen und bei kindlicher Aphasie. Basierend auf dem theoretischen Wissen wurde analysiert, welche Bereiche der Pragmatik im ISKA-Setting am besten therapiert werden können und warum.

Um mehr über die ISKA-Therapie zu erfahren, kontaktierten die Autorinnen die Logopädie-Kolleginnen des Hegau-Jugendwerks, was zu einem regen Austausch führte. Ursprünglich war ein Besuch im Jugendwerk geplant, dies konnte jedoch aufgrund der international angespannten Covid-19-Situation nicht stattfinden. So stellten uns die Kolleginnen aus Gailingen eine Liste der ISKA-Spiele für die unterschiedlichen linguistischen Ebenen zur Verfügung (Anhang A). Danach folgten die Sichtung und Auswertung der vorhandenen Spiele. Diese wurden für die Therapie evaluiert und selektiert. Zudem wurden weitere Spiele, die in der Pragmatik-Therapie bei erwachsenen Aphasikern und Kindern mit SES genutzt werden, für die Pragmatik-Therapie bei ISKA ebenfalls ausgewertet und selektiert.

Im Hauptteil der Entwicklungsarbeit kristallisierten sich dabei drei Übungen heraus, die von den Autorinnen speziell für die Therapie von Teilbereichen pragmatisch-kommunikativer Störungen im ISKA-Setting vorgestellt und konkret angepasst wurden.

Abschliessend wurden die gewonnenen Erkenntnisse zusammengefasst, die Hypothese diskutiert, der Arbeitsprozess reflektiert und ein möglicher Ausblick dargestellt.

2. Aphasie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen

2.1 Der Begriff der Aphasie

„Unter einer Aphasie versteht man eine Sprachstörung aufgrund einer Hirnschädigung nach Abschluss des Spracherwerbs, bzw. nach einer bis zum hirnschädigenden Ereignis normal verlaufenden Sprachentwicklung. Die aphasischen Störungen führen zu Problemen in der verbalen Kommunikation und haben häufig enorme psycho-soziale Folgen“ (Tesak, 1999, Martins et al. 1991, zitiert nach Loew & Böhringer, 2002, S. 16).

„Aphasie ist ein Wort griechischer Herkunft. Wollte man seine Bedeutung aus den ursprünglichen Wortbestandteilen herleiten [griech.: a „nicht“ + phanai „sprechen“] so wäre es naheliegend anzunehmen, es handle sich bei Aphasie um einen Verlust des Sprechvermögens. Im Herkunftswörterbuch findet sich aber unter dem Eintrag ‚Aphasie‘ außerdem die Bedeutung ‚Sprachlosigkeit‘“ (Loew & Böhringer, 2002).

Es ist also wichtig, zwischen einer *Sprach-* und einer *Sprechstörung* zu unterscheiden. Ein hirnschädigendes Ereignis, wie ein Schlaganfall oder ein Schädelhirntrauma (SHT), können eine Störung der Sprache, wie eine Aphasie oder aber auch eine neurogene Störung des Sprechens, wie eine Dysarthrie oder Sprechapraxie, bewirken. Sprach- und Sprechstörungen können auch parallel auftreten (ebd.).

Loew und Böhringer (2002) bringen es folgendermassen auf den Punkt: „Bei Aphasie ist die Fähigkeit zur Ausführung von Sprechbewegungen intakt, doch das sprachliche Formulieren und/oder das Verstehen sprachlicher Äußerungen sind mehr oder weniger gestört“ (S. 17).

Bei einer Aphasie liegt also ein Problem der *Sprachverarbeitung* vor. Es sind dabei die linguistischen Ebenen Phonologie, Morphologie, Syntax, Semantik und Pragmatik betroffen, sowohl rezeptiv als auch produktiv. Alle vier Sprachmodalitäten sind dabei beeinträchtigt: das Sprechen, das Verstehen, das Schreiben und das Lesen (Roelvink, 2007).

Auf der Ebene der Körperfunktionen hat das Ausmass der Hirnschädigung Einfluss auf die Möglichkeiten der Aktivitäten und Partizipation.

2.2 Kindliche Aphasie

Bei einer Aphasie ist generell der Spracherwerb zum Zeitpunkt der Schädigung abgeschlossen. Ausgehend von dieser gegebenen Aphasie-Definition ist der Ausdruck *kindliche Aphasie* in sich widersprüchlich, weil sich ein Kind noch in der Entwicklung seiner Sprachfähigkeiten befindet. Es können aber auch Aphasien während des Spracherwerbs auftreten (Roelvink, 2007).

Aphasie bei Kindern muss demnach anders definiert werden als im Erwachsenenalter. Um bei Kindern von einer Aphasie zu sprechen, bzw. sie überhaupt diagnostizieren zu können, sollte dem auslösenden Ereignis wenigstens ein teilweiser Spracherwerb vorausgegangen sein, der bis dahin regulär ablief (Loew & Böhringer, 2002).

Eine Aphasie bei Kindern und Jugendlichen ist, wie bei Erwachsenen, eine Sprachstörung, die erworben ist. Ein SHT, ein Schlaganfall, ein Tumor oder auch eine entzündliche Erkrankung kann eine solche Schädigungen am Gehirn verursachen, die sich in unterschiedlicher Ausprägung auf die Sprache auswirken kann. Dies bedeutet, dass ein Teil schon vorhandener Sprachfähigkeiten beeinträchtigt wird und eine Teilkompetenz der Muttersprache nicht mehr abrufbar ist (Kubandt, 2013). Auch Sprachfunktionen, die aufgrund des Alters eines Kindes noch nicht entwickelt wurden, können gravierend beeinflusst werden, wie z. B. der Schriftspracherwerb (Willner, 2008).

Es herrscht in der Literatur keine Einigkeit bezüglich der Alterseingrenzung. Die meisten Fachleute sprechen jedoch ab ca. zwei Jahren von einer kindlichen Aphasie, wenn also der Spracherwerb auf Wortebene bereits eingesetzt hat:

„Von einer kindlichen Aphasie sprechen wir dann, wenn ein Kind nach Beginn und vor Abschluss des Erstspracherwerbs (ca. 2. bis 11./12. Lebensjahr) durch eine neurologische Schädigung eine Störung der bis dahin erworbenen Sprache erlitten hat“ (Möhrle & Spencer, 2007, S. 7).

Aus einer erworbenen Schädigung des Gehirns **vor** Beginn des Spracherwerbs resultieren bei der Hälfte aller Fälle keine Folgen. Bei dem Rest kommt es zu einem verzögerten Sprachbeginn bei ansonsten normaler Entwicklung (Roelvink, 2007). Solch betroffene Kinder sind dann meist von Beginn an nicht in der Lage, eine ganz normale Sprachentwicklung zu durchlaufen. Die damit verbundenen Probleme sind von denen der Aphasie abzugrenzen (Kubandt, 2013).

2.2.1 Abgrenzung zur Aphasie bei Erwachsenen

Bei Erwachsenen sind Aphasien zu 80% durch eine Durchblutungsstörung verursacht, also die Folge eines Schlaganfalls. Bei Kindern hingegen tritt eine Aphasie am häufigsten durch ein SHT auf, meist vor abgeschlossenem Spracherwerb. Sie befinden sich somit mitten in ihrer (Sprach-) Entwicklung, wenn sie ein hirnerkrankendes Ereignis ereilt. Findet ein derartiger Unterbruch statt, heisst das, dass ein betroffenes Kind nicht nur seine sprachlichen Fähigkeiten verliert. Es muss auch seine sonstige Entwicklung in den Bereichen der Hirnreifeprozesse oder Kognitions- und Persönlichkeitsentwicklung aufholen und diese weiterentwickeln. Dies muss jedoch mit einem in seiner Funktion geänderten Hirn erfolgen, was die kindliche Aphasie vielfältiger und heterogener erscheinen lässt als bei Erwachsenen (Willner, 2008). Der Unterschied

zu Gleichaltrigen wird bei bestehenden Einschränkungen immer grösser, was auch als „Growing into the Deficit“ bezeichnet wird (Kubandt, 2018). Spencer (2006) merkt ausserdem an: „Die häufige Wiedererlangung der alltagskommunikativen Fähigkeiten täuscht über bleibende Schwierigkeiten mit komplexen Sprachleistungen hinweg“ (S. 26).

2.2.2 Abgrenzung zur Aphasie bei Jugendlichen

Da bei Jugendlichen die Aphasien nach abgeschlossenem Spracherwerb auftreten, ähneln ihre Auffälligkeiten mehr denjenigen der Erwachsenen. Darum werden sie in Diagnostik, Therapie und Forschung auch mehr den Erwachsenen zugeordnet und von den Kindern abgegrenzt. Im Bereich der Selbsthilfe und Beratung werden Kinder und Jugendliche oft gemeinsam betrachtet, da sie an ähnlichen lebensweltlichen Bedingungen anknüpfen, wie die Familie und die schulische Bildung. Besonders im psycho-sozialen Bereich hat die Aphasie grosse Auswirkungen beim Kind bzw. dem Jugendlichen und dessen Angehörigen. Die Sprache, als Bindeglied zur Familie oder den Peers, versagt und viele Kinder bzw. Jugendliche ziehen sich zurück, werden depressiv oder aggressiv. Eltern und Angehörige stehen oft hilflos diesen Reaktionen gegenüber. Da viele Fachleute sich immer noch viel zu wenig mit der Thematik fundiert auskennen, ist es umso wichtiger, dass eine gute Aufklärung stattfindet und Eltern und Betroffene zu „Experten in eigener Sache“ werden können (Kubandt, 2013).

2.2.3 Abgrenzung zu anderen Sprachstörungen

Aphasien sind abzugrenzen von angeborenen Sprachstörungen, von Sprechstörungen, Denkstörungen und degenerativen Hirnerkrankungen. Diese Unterscheidungen spielen bei der Differentialdiagnose und Therapie eine wichtige Rolle. Im Gegensatz zu angeborenen Sprachstörungen tritt eine Aphasie plötzlich auf. Ein Aphasiker war in der Regel bis zum einschneidenden Ereignis voll sprachfähig und kann nun völlig unvermittelt nicht mehr darauf zugreifen. Verglichen mit erworbenen Sprechstörungen, bei denen es sich um organische und motorische Störungen der ausführenden Sprechorgane handelt, betrifft Aphasie die verschiedenen Ebenen des Sprachsystems (Loew & Böhringer, 2002).

2.2.4 Abgrenzung zur SES

Störungen der Sprache bei Kindern haben ganz unterschiedliche Ursachen, daher wird zwischen Entwicklungsstörungen und erworbenen Störungen, wie der kindlichen Aphasie, unterschieden.

SES haben ihren Ursprung, im Unterschied zu kindlichen Aphasien, viel früher, nämlich vor, während oder kurz nach der Geburt (Roelvink, 2007), also zu einem Zeitpunkt, „...in der die Sprachentwicklung noch nicht begonnen hat oder ... bestimmte Spracherwerbsprozesse nicht *regelmässig* ablaufen“ (Loew & Böhringer, 2002, S. 20).

Auf das trotz der angeborenen Einschränkung erworbene Sprachwissen kann das Kind mit einer SES zugreifen. Dies im Gegensatz zum Kind mit Aphasie, welches das Sprachsystem zwar altersentsprechend und regelrecht aufgebaut hatte, dieses aber durch das auslösende Ereignis auf einen Schlag nicht mehr nutzen kann (Roelvink, 2007).

Tritt eine Aphasie nun bei einem Kind mit einer SES auf, bewirkt es ebenso einen Abbau oder Verlust bereits *vorhandener* Sprachfunktionen, auch wenn diese nur eingeschränkt vorhanden sind. Also kann ein Kind *ohne* oder auch *mit* SES durch eine Aphasie betroffen sein. Der Unterschied ist jedoch, wenn ein Kind mit einer SES unvermittelt eine Aphasie durch eine Hirnschädigung bekommt, legt sich die Problematik der Aphasie *über* die bereits vorhandene SES. Die Probleme beider Ursachen überlagern sich also (Kubandt, 2013).

2.3 Ursachen/Ätiologie bei kindlicher Aphasie

Bei einer Aphasie wird das zentrale Nervensystem beeinträchtigt. Es sind hierbei meist ganz bestimmte Gebiete des Gehirns beschädigt. Die Aphasie bei Erwachsenen ist, wie bereits erwähnt, meistens vaskulär bedingt (65-80%).

Bei Kindern tritt die Schädigung des Gehirns entweder sofort zum Zeitpunkt des Unfalls oder aber verzögert infolge einer Hirnblutung oder Hirnschwellung auf. Durch die Schädigung können die gequetschten oder zerstörten Nervenbahnen die nötigen Nachrichtenimpulse nicht mehr weiterleiten. Meistens sind die Kinder nach einer Hirnverletzung bewusstlos. Oft liegen sie sogar längere Zeit im Koma. Je nach Dauer und Tiefe der Bewusstlosigkeit durch die Verletzung, teilt man die Schädelhirnverletzung in ein leichtes, mittelschweres oder schweres Trauma ein (Kubandt, 2013).

Sehr viel seltenere Ursachen für eine erworbene Hirnschädigung beim Kind sind:

- Gefäßbedingte Störungen mit Blutungen oder Durchblutungsstörungen (Schlaganfall) nämlich nur zwei Kinder jährlich auf 100.000 in Deutschland.
- Meningitis (Hirnhautentzündung, z. B. durch Meningoenzephalitis-Virus via Zeckenbiss) oder Enzephalitis (Entzündungen des Gehirns, z. B. infolge einer Komplikation bei Mumps oder Masern)
- Hirntumore
- Hypoxie (Sauerstoffmangel z. B. bei Bade- und Tauchunfällen)
- Epilepsie bei Landau-Kleffner-Syndrom: dies ist eine seltene fokale epileptische Erkrankung im Kindesalter, welche mit einem Sprachverlust einhergeht. Daraus resultiert eine untypische Form der kindlichen Aphasie, da es sich um einen schleichenden Beginn mit progredientem Verlauf handelt (Hanser, 2020; Kubandt, 2013).

2.4 Symptome

„Die Symptome kindlicher Aphasie werden in hohem Maße sowohl von der Ätiologie (Schädigungsart, -ort und -größe) als auch vom prämorbidem Sprachstand beeinflusst“ (Spencer, 2020a, S. 2).

Somit können die Störungsbilder, je nach Kind und Schädigung, stark variieren. Nach heutigen Erkenntnissen können alle Symptome, die bei Erwachsenen auftreten, auch bei Kindern und Jugendlichen vorkommen (ebd.). „Insgesamt zeigt sich [bei Kindern] eine wesentlich heterogenere Symptomatik als bei Erwachsenen“ (Lees, 1993, zitiert nach Friede, 2020, S. 147).

Es können also auch bei Kindern alle sprachlichen Modalitäten und linguistischen Ebenen betroffen sein. Nebst dem Sprachverständnis gibt es laut Bauer (2016) weitere typische Symptome, wie „...das Vorkommen eines länger anhaltenden initialen Mutismus, eine ausgeprägte Reduktion der Spontansprache und Beeinträchtigungen der Schriftsprache, die oftmals erst lange nach dem Schädigungszeitpunkt zutage treten“ (S. 114).

2.4.1 Syndromeinteilung

Aufgrund der unterschiedlichen Ätiologie sind die Störungsbilder bei Kindern heterogener als bei Erwachsenen. Auch die Bandbreite an Alters- und Entwicklungsstufen trägt dazu bei (Bauer, 2016). Aber nicht nur die Symptome können sehr unterschiedlich sein, sondern auch der Schweregrad (Tesak, 2007).

Aus diesen Gründen wird auch in der Praxis, statt eine Syndromeinteilung zu machen, meist das individuelle Erscheinungsbild auf allen linguistischen Ebenen und sprachlichen Modalitäten mitsamt dem Schweregrad beschrieben.

Früher nahm man an, dass kindliche Aphasien vorwiegend nicht-flüssig sind und sich durch sogenannte Negativ-Symptome auszeichnen. Spencer (2020a) schreibt dazu, dass sich flüssige Aphasien bei Kindern schlicht anders zeigen als bei Erwachsenen. Grund dafür sind der noch geringe Wortschatz, generell weniger automatisierte Sprachfähigkeiten und die durch das traumatische Ereignis ausgelösten Rückzugstendenzen.

Deshalb gehen die Autorinnen in dieser Arbeit nicht auf die bei Erwachsenen üblichen Syndromeinteilungen ein und nur ansatzweise auf die Einteilung nach flüssigen oder unflüssigen Symptomen.

Im Folgenden werden die häufigsten Symptome bei kindlicher Aphasie detaillierter beschrieben.

2.4.2 Initialer Mutismus

In der Akutphase, welche die ersten 4-6 Wochen umfasst, kommt es bei kindlicher Aphasie meistens zum sogenannten initialen Mutismus (Peter & Widmer, 2001). In der Phase direkt nach der Hirnschädigung sprechen Kinder oft Tage, Wochen oder Monate gar nicht (Möhrle & Spencer, 2007). Kubandt (2009) betont: „Ein solcher Mutismus hält in der Regel bei jungen Aphasie-Patienten weit länger an als bei Erwachsenen“ (S. 27). Es gibt Annahmen, dass das Auftreten eines initialen Mutismus mit Art und Lokalisation der Hirnschädigung zusammenhängt (ebd.). Als Ursache wird die noch ungeübte und wenig automatisierte Sprache oder ein psychoreaktives Vermeiderverhalten bei Kindern genannt (Spencer, 2006). Durch die Spontanremission, welche in den ersten sechs Wochen am stärksten wirkt, setzt die Verwendung der Sprache meist wieder ein (Rubi-Fessen, 2017). Das Ausmass und die Art der aphasischen Störung ist erst danach beurteilbar (Loew & Boehringer, 2002).

2.4.3 Reduzierte Spontansprache

Nach Wiedereinsetzen der Sprache besteht bei den meisten Kindern das Phänomen der reduzierten Spontansprache, „die von einer fehlenden Initiierung der Sprache geprägt ist“ (Satz & Lewis, 1993; Van Hout, 1992, zitiert nach Friede, 2020, S. 139). Die Kinder kommunizieren dann seltener, haben „eine stockende Spontansprache, Sprachanstrengung und Sprachmühe, eine Verarmung des Wortschatzes sowie ausgeprägte Wortfindungsstörungen“ (Willner, 2008, S. 30). Bei Erwachsenen wird das eher selten beobachtet (Kubandt, 2018). „In dieser Phase der Reduktion der Spontansprache ist die mittlere Äußerungslänge sehr gering“ (Friede, 2020, S. 139).

- **Syntax**

Es gibt keine hinreichenden Untersuchungen, welche sich mit den Auswirkungen kindlicher Aphasie auf die Syntax befassen. „Man geht davon aus, dass die Syntax bei ihnen [den Kindern] eher vereinfacht als durch Fehler gekennzeichnet ist [also nicht-flüssig (Kap. 2.4.1)], wie es bei erwachsenen Aphasie-Patienten mit Agrammatismus der Fall ist. Dennoch treten auch bei Kindern und Jugendlichen vereinzelt agrammatische Äußerungen auf“ (Kubandt, 2009, S. 28).

„Beeinträchtigt sind dabei sowohl die expressiven als auch rezeptiven Fähigkeiten“ (Dennis, 1980; Rieber, 1980, zitiert nach Friede, 2020, S. 140).

„Durch die verkürzte reduzierte Spontansprache und den initialen Mutismus ist es überhaupt schwierig Aussagen in diesem Bereich zu treffen. In dieser Phase der Reduktion der Spontansprache ist die mittlere Äußerungslänge sehr gering, weshalb Rückschlüsse auf syntaktische Fähigkeiten Betroffener schwierig sind“ (Dennis, 1980; Fröschels, 1918; Rieber, 1980, zitiert nach Friede, 2020, S. 139).

- **Lexikon**

Im Bereich Lexikon kommt es häufig zu Wortfindungsproblemen und zu Problemen beim Benennen. Ein besonders häufiges Symptom in der Akutphase sind semantische (Tochter statt Mutter) und

phonematische (Papra statt Papa) Paraphrasen. Daneben werden auch (flüssige) Phänomene wie Perseverationen (unpassende Wiederholung von Lauten, Wörtern oder Sätzen), Neologismen (Wortneuschöpfungen) und Logorrhoe (ungehemmte, überschüssige und inhaltsarme Sprechweise) beobachtet (Kubandt, 2009).

- **Kommunikation-Pragmatik**

Der Bereich der Pragmatik, PKS bei kindlicher Aphasie und die dazugehörige Therapie wird später vertieft behandelt (Kap. 3 und 6).

2.4.4 Sprachverständnis

Das Sprachverständnis scheint bei aphasischen Kindern und Jugendlichen oft gut. Subjektiv benennen viele betroffene Jugendliche in der Studie von Wieland, Möhrle und Loew (2001) keine Probleme im Verstehen. Jedoch könnte das daran liegen, dass die Probleme in diesem Bereich selbst nicht immer bemerkt werden, also ein Problem des Monitorings besteht. Deshalb und weil sich Defizite in diesem Bereich oft während der Akutphase zurückbilden (Kubandt, 2009), ging man lange Zeit davon aus, dass das Sprachverständnis bei kindlicher Aphasie kaum betroffen ist. Kubandt (2018) weist darauf hin, dass es schwierig ist Beeinträchtigungen des Sprachverständnisses von Schwierigkeiten mit Gedächtnis oder Aufmerksamkeit abzugrenzen. Aber durch Studien mit verbesserten Untersuchungsmethoden konnten mittlerweile ausgeprägte Sprachverständnisstörungen auch bei Kindern nachgewiesen werden. Je nach Studie ist von einem Drittel bis zu einem Grossteil aller Kinder die Rede, welche in der Akutphase Sprachverständnisprobleme aufweisen (Friede, 2020).

Dazu schreibt Willner (2008):

„Bei Störungen auf der syntaktischen Ebene bzw. im morphologischen Sublexikon kommt es zu Problemen bei der grammatischen Analyse der Äußerung. Dadurch haben Betroffene, trotz eines evtl. guten Wortverständnisses, Schwierigkeiten, Sätze zu verstehen, deren Sinnverständnis auf der genauen Analyse der syntaktischen Struktur basiert“ (S. 42).

D. h. es werden v. a. syntaktisch komplexe Äusserungen bspw. Sätze mit Topikalisierungen, Passivkonstruktionen und häufig Pronomen nicht verstanden.

Die Tatsache, dass sich diese Defizite nur selten bemerkbar machen, erklärt Willner dadurch, dass Menschen mit Aphasie auf generelle Strategien zurückgreifen. Sie erschliessen die Bedeutung des Gesagten bspw. durch Schlüsselwörter, durch Rückgriffe auf ihr Weltwissen sowie durch Gestik, Mimik und Intonation (ebd.).

2.4.5 Schriftsprache

Kinder stehen oft erst am Anfang des Schriftspracherwerbs und gerade die Schriftsprache ist bei ihnen daher oft deutlich beeinträchtigt (Spencer, 2006). Dabei ist das Schreiben häufiger betroffen als das Lesen. Als Grund vermutet Spencer, dass das Schreiben die zuletzt erworbene Modalität des Spracherwerbs ist (ebd.). Kubandt (2009) erwähnt, „dass man davon ausgeht, dass neu zu erlernende Fähigkeiten störungsanfälliger sind als prämorbid vorhandene“ (S. 31). „Auch wenn die Lesefähigkeit weniger beeinträchtigt ist als die Schreibfähigkeit, ist das Lesen dennoch häufig weit mehr gestört als gesprochene Sprache“ (Aram, 1991, zitiert nach Friede, 2020, S. 140). Die Schwierigkeiten, welche die Kinder oft erst im Laufe ihrer Schulkarriere zeigen, sind vielfältig und ähneln einer Lese-Rechtschreib-Schwäche (Kubandt, 2018). Ausserdem zeigen sich auch bei der Schriftsprache pragmatisch-kommunikative Schwierigkeiten.

Willner (2008) beschreibt in Bezug auf die Schriftsprache konkret zwei Dimensionen, die gestört sein können. Die erste Dimension bezieht sich auf die Abhängigkeit der Schriftsprache von der Lautsprache. Da die gesprochene Sprache die Grundlage für die geschriebene Sprache darstellt, können sich die aphasischen Symptome der mündlichen Sprache direkt auf die Schriftsprache auswirken. Kommen bspw. Wortfindungsstörungen vor, d. h. die Phonemkette, welche zur Bedeutung des Wortes passt, wird nicht gefunden, kann auch die Graphemkette nicht produziert werden. „Auf der Wortebene kann es dadurch zum Auslassen, Vertauschen oder Ersetzen einzelner Buchstaben oder Buchstabengruppen oder zum Schreiben semantisch verwandter Wörter kommen“ (Willner, 2008, S. 32).

Umgekehrt kann es auch zu Schwierigkeiten beim sinnverstehenden Lesen kommen. „Diese können sowohl die Wort- als auch die Satzebene bzw. in der Folge das Textverständnis betreffen“ (ebd.).

Als zweite Dimension der Störbarkeit bezeichnet sie den Zeichencharakter der Schrift. Voraussetzung für die Lese- und Schreibfähigkeit ist die Anwendung der Graphem-Phonem-Korrespondenz (GPK) bzw. Phonem-Graphem-Korrespondenz (PGK). Gibt es keine eigentlichen Wortfindungsprobleme, muss zu den gefundenen Phonemen immer noch das passende Graphem (PGK) bekannt sein und umgekehrt (GPK). Dies ist in Kapitel 3.3.1 im Levelt-Modell ersichtlich.

Da sich Kindern mit Aphasie zum Zeitpunkt der cerebralen Schädigung in den Anfängen des Schriftspracherwerbs befinden, kann der Abruf bzw. die Anwendung der PGK/GPK gestört sein. Aber auch Speichersysteme, wie die Speicherung des Schriftbildes ganzer Wörter, Morphemen oder speziellen Lautkombinationen können betroffen sein (ebd.).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Kinder, die mit dem Schriftspracherwerb zum Zeitpunkt der Schädigung erst gerade oder noch nicht begonnen haben, häufig grosse Schwierigkeiten im Lesen und Schreiben haben, da sie diese Fertigkeiten unter besonders erschwerten Bedingungen erlernen müssen.

2.5 Begleiterscheinungen

Man muss sich bewusst sein, dass die aphasische Symptomatik bei kindlichen Aphasikern häufig die auffälligste ist, es daneben aber weitere Begleiterscheinungen geben kann (Kubandt, 2009). Diese können sich wiederum auf die sprachlichen Leistungen auswirken (Grande & Hußmann, 2016). Erwähnt sei bspw. der unter Kapitel 2.4.4 bereits beschriebene Einfluss von Gedächtnis und Aufmerksamkeit auf das Sprachverständnis.

Bei den Begleiterscheinungen kann laut Spencer zu kognitiven, physischen, emotionalen und Verhaltensbeeinträchtigungen kommen (Spencer, 2006). „Dazu zählen bspw. (Halbseiten-)Lähmungen, Dysphagien, Epilepsien, Aufmerksamkeitsstörungen, Konzentrationsstörungen, Gedächtnisdefizite, Rechenstörungen, visuelle und akustische Wahrnehmungsstörungen, Störungen der Auge-Hand-Koordination und viele mehr“ (Patrasso, 2020, S. 16).

Neben der Auswirkung auf die sprachlichen Leistungen weiss man, dass sich gewisse Begleiterscheinungen auf die Therapie (Dauer/Inhalt) auswirken. Bei Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen muss bspw. die Dauer der Einheiten angepasst werden. Und Grötzbach und Kolleginnen (2014) schreiben: „Liegt zusätzlich zu einer Aphasie auch eine Dysarthrophonie oder eine Sprechapraxie vor, werden diejenigen Störungsbereiche vorrangig behandelt, deren Verbesserungen mit der grössten funktionellen Relevanz einhergehen“ (S. 55). Als Beispiel nennt er die Arbeit an Laut- und Stimmbildung, die aufgrund von ausgeprägten Sprachverständnis- und Wortfindungsstörungen zurückgestellt werden soll (ebd.).

Auf folgende Begleitstörungen wird in den Kapiteln 2.5.1 bis 2.5.3 kurz einzeln eingegangen: Dysarthrie, Sprechapraxie und neuropsychologische Begleitstörungen.

2.5.1 Dysarthrie

Im Zusammenhang mit kindlicher Aphasie wird häufig die Dysarthrie genannt. „... allerdings geht man von einer milden und vorübergehenden Form aus“ (Kubandt, 2018, S. 117).

Dysarthrien sind zentrale, sprechmotorische Störungen des Sprechens (Artikulation), der Stimmgebung (Phonation) und der Sprechatmung (Respiration). Sie äussert sich bspw. durch eine veränderte Stimmqualität, Stimmabbrüche, Tonhöenschwankungen, veränderte Artikulationsschärfe und -bewegung, hörbares Einatmen, Luftverschwendung bei stossartig geäusserten Phrasen, inadäquaten Pausen und weitere Symptome, welche die Verständlichkeit einschränken (Eibl, 2019). Auch die Prosodie und die Resonanz können betroffen sein. Ursache ist eine Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems durch welche verschiedene Muskelgruppen (Atemmuskulatur, Kehlkopfmuskulatur, und supralaryngeale Muskulatur) in ihrer Bewegung beeinträchtigt sind. Die Schädigung kann, wie bei der Aphasie, durch ein SHT eintreten (ebd.).

Generell sind Aphasien von anderen Kommunikationsstörungen abzugrenzen, was im Falle der Dysarthrie über die *Schriftsprache* und das *Verstehen* geschehen kann. „Rein dysarthrische Personen können ohne Schwierigkeiten lesen, schreiben und verstehen“ (Grande & Hußmann, 2016, S. 14). Ausserdem zeigt sich auf lautlicher Ebene eine hohe Fehlerkonstanz bei rein dysarthrischen Personen (ebd.).

2.5.2 Sprechapraxie

Lauer und Birner-Janusch (2010) fassen die bestehenden Definitionen kindlicher Sprechapraxie treffend zusammen: „Allen Definitionen ist gemeinsam, dass die willkürliche Planung und Programmierung der Sequenzierung von Sprechbewegungen für die Kinder mit Sprechapraxie das Kardinalsymptom darstellt“ (S. 74). Dabei ist zentral, dass diese Störung vor der motorischen Ausführung liegt. Betroffen ist also die Verwandlung der phonologischen Repräsentation in die motorische Ausführung. Hauptsymptome der Sprechapraxie sind Suchverhalten, Fehlversuche, eine Sprechanstrengung und eine Fehlerinkonsistenz bei phonetischen und phonologischen Fehlern (Eibl, 2019).

Kindliche Sprechapraxien können verschiedene Ursachen haben. Neben genetischen und metabolischen Ursachen werden auch neurologische Störungen im zentralen und peripheren Nervensystem diskutiert (ebd.). Laut Lauer und Birner-Janusch (2010) wird eine neurologische Ursache vielfach nur vermutet und die Diagnose wird aufgrund des beobachtbaren Verhaltens gemacht.

Sprechapraxien treten selten isoliert und meistens zusammen mit einer Aphasie auf. Abzugrenzen sind sie durch die sprachsystematischen Fehler, welche bei Aphasie nicht nur beim Sprechen, sondern in allen Modalitäten auftreten (Eibl, 2019).

2.5.3 Neuropsychologische Begleitstörungen

Wie in Kapitel 2.3 erwähnt, ist die Ursache kindlicher Aphasie oft ein SHT, bei welchem häufig das Frontalhirn betroffen ist (Spencer, 2006). Im Frontalhirn finden sich wichtige neuropsychologische Funktionen, wie die Aufmerksamkeit, das Arbeitsgedächtnis, die Konzentration wie auch exekutive Funktionen. Deshalb gibt es bei kindlicher Aphasie nach SHT häufig Begleitstörungen in diesen Bereichen (Kubandt, 2009). Das äussert sich bspw. in einer Verlangsamung des Handelns und Denkens, einem verringerten Antrieb und auch durch Auswirkungen auf das Gefühlsleben. Kubandt (2009) umschreibt das wie folgt: „Die Betroffenen wirken oft unbeteiligt, nicht belastbar, sind schlecht zu motivieren und leicht ablenkbar. Gelegentlich sind sie auch ohne eindeutigen Anlass aggressiv oder gefühlslabil“ (S. 35). Es versteht sich von selbst, dass diese Begleiterscheinungen in der Therapieplanung und beim Umgang mit kindlichen Aphasikern berücksichtigt werden müssen.

2.6 Prognose / Langzeitverlauf

Bei der Prognose und im Langzeitverlauf gibt es weniger grosse Unterschiede zu Erwachsenen als man früher angenommen hat (Bauer, 2016). Lange galt, dass je jünger der Patient ist, desto besser die Prognose sei. Heute weiss man, dass andere Faktoren als das Alter bei der Erkrankung eine grössere Rolle spielen. Zu diesen gehört das Ausmass und die Lokalisation der Läsion, also ätiologische Tatsachen (Kubandt, 2018).

Es gilt, gerade bei kindlichen Aphasikern, dass sich die sprachlichen Leistungen auch in der chronischen Phase noch verbessern können. Viele Autoren nennen als Grund dafür, die höhere Plastizität des Kindergehirns und (im Vergleich zu älteren Patienten) das Fehlen von Abbauprozessen (Loew & Boehringer, 2002). Durch die Plastizität besteht die Möglichkeit, dass beschädigte Areale von benachbarten Arealen ersetzt werden und dass neue synaptische Verbindungen die geschädigten ersetzen können (Kubandt, 2009). Insofern wäre das Alter zum Zeitpunkt der Erkrankung doch ein Faktor, der in die Genesung mit hineinspielt. Je nach Quelle wird diese Plastizität allerdings als nicht so wichtig erachtet. So sagt Kubandt (2018) selbst in einer späteren Publikation, dass die obengenannte Aussage nicht mehr zutrifft. Was sicher Gültigkeit hat ist die Aussage von Loew und Böhringer wonach „eine aphasische Störung [bei Kindern] noch nicht voll entwickelte sprachliche Fähigkeiten und damit zugleich die gesamte weitere sprachliche Entwicklung“ betrifft (S. 25). Es ist sogar so, dass sich aphasische Symptome im Kindesalter teils erst lange nach dem Akutereignis zeigen und oft nicht mehr mit dem Ereignis in Verbindung gebracht werden. Das gilt es zu verhindern. Kubandt (2018) schlägt daher wiederholte Begutachtungen auch über einen langen Zeitraum vor, um die Entwicklung der Kinder zu begleiten. Der in Kapitel 2.2.1 bereits erwähnte Begriff „Growing into the Deficit“ (Abb. 1) bedeutet, dass Kinder nicht nur aufholen müssen, was sie durch die Erkrankung verloren haben, also den prämorbidem Stand erreichen, sondern sich auch trotz der Schädigung weiterentwickeln müssen. Das führt dazu, dass sie im Laufe der Zeit immer mehr hinter ihren Altersgenossen zurückbleiben (ebd.).

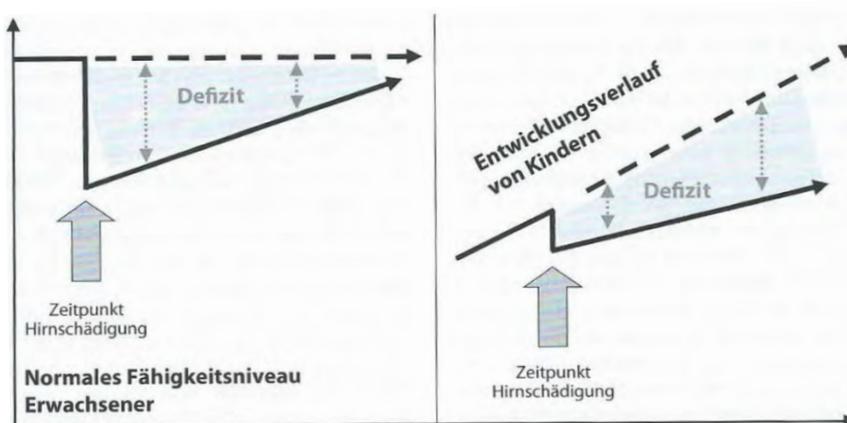


Abbildung 1: Growing into the Deficit (in Anlehnung an Benz & Ritz, 2003, Kubandt, 2018, S 119)

Den Verlauf vorherzusagen und eine realistische Prognose zu stellen ist insgesamt sehr schwierig. Die unterschiedlichen Ätiologien kindlicher Aphasie und die Tatsache, dass sich die einzelnen Fälle so stark voneinander unterscheiden, machen es fast unmöglich (Kubandt, 2018).

2.7 Diagnostik

Ziel der Diagnostik ist es ein Bild der sprachlichen Fähigkeiten eines Patienten zu erhalten, welches für die Therapieplanung und -zielsetzung genutzt werden kann (Loew & Böhringer, 2002). Erster Zweck der Diagnostik ist jedoch die Beurteilung, ob überhaupt eine Aphasie vorliegt oder nicht. Bei Kindern, die sich noch im Spracherwerb befinden, müssen dabei einige Besonderheiten berücksichtigt werden. So muss man

zwischen einer Folge durch die Hirnschädigung und einer unabhängigen Spracherwerbsstörung unterscheiden (Kubandt, 2016).

Zudem müssen folgende Aspekte berücksichtigt werden:

„A brain injury may effect the onset of a skill, the order of emergence of a skill, the manner in which a skill develops and/or the degree of development of a skill“ (Hagberg-van` t Hooft, 2005, zitiert nach Kubandt, 2016, S. 106).

Erfasst wird bei Kindern neben den sprachlichen Fähigkeiten, der prämorbid Zustand, der Krankheitsverlaufs und das Kommunikationsverhalten. In den meisten Fällen werden auch neuropsychologische Untersuchungen gemacht, ein Hör- und visueller Wahrnehmungstest sowie ein Test der motorischen Fähigkeiten (Kubandt, 2018).

Während es für Erwachsene zahlreiche Forschungsarbeiten und Diagnostikansätze gibt, liegt für die Sprachdiagnostik bei hirngeschädigten Kindern lediglich der Token Test vor, der von Gutbrod und Michel für Kinder ab fünf Jahren normiert worden ist (Patrasso, 2020). Ein Diagnostikinstrument zur Erfassung multimodaler Kommunikationsfähigkeit bei Kindern von acht bis fünfzehn Jahren ist Szenario-kids. Das befindet sich allerdings noch in der Entwicklung.

Deshalb wird in der Praxis weitestgehend mit Diagnostikinstrumenten, die für Erwachsene konzipiert wurden, gearbeitet. Teilweise werden auch Sprachentwicklungstests für Kinder mit SES eingesetzt oder beides kombiniert. Daneben werden informelle Verfahren und klinische Beobachtungen genutzt (Bauer, 2016). Im HJW kommt neben dem TROG-D und dem ELFE 1-6 bzw. ELFE II auch der WWT 6-10 zum Einsatz. Im Folgenden wird beschrieben, wie die einzelnen Bereiche in einer zielführenden Diagnostik abgeklärt werden sollten und welche Instrumente und Quellen dafür zur Verfügung stehen.

2.7.1 Erfassung des prämorbidem sprachlichen Niveaus

Das sprachliche und schriftsprachliche Niveau vor der Hirnschädigung sollte eruiert werden, da es einerseits für die Differentialdiagnose zwischen Sprachentwicklungsstörung und kindlicher Aphasie wichtig ist. Andererseits kann es Hinweise für die Therapieplanung und Aufschluss über Verlauf und Prognose geben (Loew & Böhringer, 2002). Für die Erfassung des prämorbidem Zustands eignen sich Elterngespräche und Fragebögen. Loew und Böhringer erwähnen in diesem Zusammenhang den *Fragebogen für die Angehörigen von aphasischen Kindern* von E. Hofmann. Dieser enthält Fragen zum Sprach- und Kommunikationsverhalten, und zwar vor und nach dem Unfall. Ebenso die *Checkliste für Diagnostik* von St. Bulling, Geigenberger und Hofman (Kubandt, 2009). Neben dem Ausfüllen eines Fragebogens, macht es Sinn, Einsicht in die Schulzeugnisse und Schulhefte zu nehmen (Bauer, 2016).

„Bei kleineren Kindern liefern zudem das Spielverhalten, bei dem sich der Stand des Symbolverständnisses zeigt, und die begleitende Spontansprache wesentliche Informationen“ (Bauer, 2016, S. 116).

2.7.2 Erfassung des Krankheitsverlaufs

Laut Loew und Böhringer (2002) weist ein schleppender Verlauf eher auf eine ungünstige Prognose hin. Kubandt (2009) meint dazu „Gerade auch bei der Diagnose von Restaphasien sind solche Informationen [aus der Erfassung des Verlaufs] unerlässlich“ (S. 43). Von Restaphasien spricht man, wenn die Aphasie sich soweit zurückgebildet hat, dass nur noch minimale Symptome bestehen, die einem Laien meist gar nicht auffallen. Trotzdem kann sie für die Betroffenen eine Beeinträchtigung darstellen (Grande & Hußmann, 2016). Es ist also für prognostische Aussagen und für das Erkennen von Restaphasien gerade in der chronischen Phase wichtig, den bisherigen Krankheitsverlauf zu kennen. Als Quelle dafür eignen sich

vorbehandelnde Einrichtungen wie Rehakliniken, Schulen, Fachleute aus der Medizin und Neuropsychologie, aber auch frühere Logopäden und die Angehörigen des Kindes (Kubandt, 2016).

2.7.3 Erfassung des Kommunikationsverhaltens (Pragmatik) und der kindlichen Persönlichkeit

Da das Ziel der Logopädietherapie die Verbesserung der sprachlichen Kommunikationsfähigkeit ist, betonen Loew und Böhringer (2002) die Wichtigkeit der Abklärung des Kommunikationsverhaltens bzw. der Kommunikationsbedürfnisses. Kubandt (2009) sagt aber auch, dass bei einem Kind mit Hirnschaden oft die gesamte Persönlichkeit beeinträchtigt ist. Deshalb müsse eine Untersuchung die gesamte Persönlichkeit des Kindes erfassen. Hier sei auch erwähnt, dass nicht nur die Defizite und Beeinträchtigungen fokussiert werden sollen, sondern insgesamt auch die möglichen Leistungen, denn daran knüpft die Therapie an (Kubandt, 2018).

Loew und Böhringer (2002) listen wichtige Beobachtungspunkte bezüglich Kommunikationsverhaltens in der Hörer- und Sprecherrolle auf:

„a) Zur Hörerrolle:

- Ist die Aufmerksamkeit auf den Gesprächspartner ausgerichtet?
- Falls Sprachverständnisprobleme auftreten, wie reagiert das Kind darauf, z. B. wird Nichtverstehen wahrgenommen, überspielt oder sich um Verständnissicherung bemüht?
- Welche Strategien des Gesprächspartners sind hilfreich für besseres Verstehen?

b) Zur Sprecherrolle:

- Wird ein Gespräch begonnen und aufrechterhalten?
- Gibt es Verstöße gegen logische und sequentielle Anordnung des Themas?
- Welche gesprächsbegleitenden Kommunikationsmittel werden eingesetzt?
- wie reagiert das Kind auf Nachfragen und Klärungsbitten des Gesprächspartners?
- Sind die Äußerungen inhaltsarm und redundant?“ (Loew & Böhringer, 2002, S. 30)

2.7.4 Erfassung von Begleiterscheinungen

Wie weiter oben erwähnt, kommen nach einer Schädigung des Frontalhirns oft neuropsychologische Begleiterscheinungen vor. Eine Diagnose ist insofern wichtig, als dass Begleiterscheinungen dazu führen können, dass Kinder einer Testsituation noch nicht gewachsen sind (Loew & Böhringer, 2002).

Für die oben detaillierter beschriebenen Begleitstörungen Dysarthrie und Sprechapraxie existieren spezifische Diagnosemittel. Wie bei der Aphasie sind sie nicht spezifisch für Kinder normiert. Deren genaue Betrachtung würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

2.7.5 Sprachdiagnostik

Wie bereits erwähnt werden aufgrund des Fehlens von standardisierten Tests für Kinder je nach Alter und Leistungsniveau Tests für Erwachsene oder Tests für Kinder mit SES gewählt. Loew und Böhringer (2002) beschreiben den Ablauf, nach dem sie jeweils vorgehen. Sie erachten es als besonders wichtig, dass man langsam an die betroffenen Kinder herangeht und in der ersten Stunde spielerisch oder durch Gespräche einen ersten Eindruck der Spontansprache gewinnt.

Danach werden mit standardisierten Tests das Sprachverständnis und die expressive Sprachleistung geprüft. Beides erfolgt auf allen Wort-, Satz- und Textebene sowohl mündlich als auch schriftlich.

Laut Kubandt kommen neben standardisierten Tests auch deskriptive Verfahren und Beobachtungen zum Zug. Beispiel dafür ist die Spontansprachanalyse (Loew & Böhringer, 2002).

Patrasso (2020) hat in ihrer Arbeit eine Tabelle über mögliche Diagnostikverfahren aus den verschiedenen Bereichen zusammengestellt. Sie betont, dass es sich dabei lediglich um eine Auswahl handelt (Anhang B).

3. Pragmatik

3.1 Definition

Der Begriff Pragmatik leitet sich von dem altgriechischen Wort *pragma* ab, was neben *Sache* oder *Ding* auch *Tun* und *Handeln* sein kann (Achhammer et al., 2016). Laut Kannengieser (2015) bedeutet *pragmatisch* frei übersetzt *bezogen auf den praktischen Nutzen*. Denn Menschen verwenden ihre Sprache zu bestimmten Zwecken in einem bestimmten Zusammenhang. Sie kommunizieren miteinander, um einen Nutzen zu erzielen. Wie genau sie dies tun, also wie sie die Sprache im Kontext gebrauchen, untersucht die linguistische Pragmatik (ebd.). Man bezeichnet sie daher auch als die Lehre der Sprachverwendung im Kontext (Achhammer & Spreer, 2015).

In Anlehnung an das Organon-Modell von Bühler, die Vorstellungen von Schulz von Thun, Böttner und Quindel haben Achhammer und Spreer (2015) einen Überblick der Kommunikation im Kontext (Abb. 2) erstellt. Es wird deutlich, dass neben Sender, Empfänger, dem Sachverhalt sowie den verbalen, nonverbalen und paraverbalen Fähigkeiten, der Kontext eine zentrale Rolle spielt. Sie unterteilen dazu den Kontext in drei Bereiche: den Sprachkontext, den kognitiven Kontext und den Sozial- und Sachkontext (Achhammer, 2014).

Der Sprachkontext lässt sich am klarsten abgrenzen. Er enthält sowohl die vorausgegangenen und nachfolgenden Äusserungen als auch die aktuelle Sprache. Der Sozialkontext beinhaltet den Status der Beteiligten und ihre Beziehung zueinander sowie die gegenständliche und räumlich-zeitliche Bedingungen. Der kognitive Kontext umfasst die sinnliche Wahrnehmung, das Lernen und die Wissensanwendung (Achhammer, 2014, S. 19).

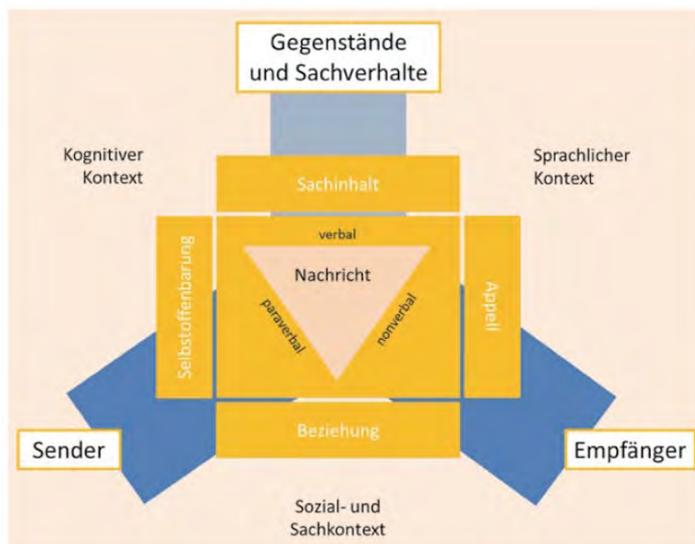


Abbildung 2: Kommunikation im Kontext (Achhammer & Spreer, 2015, S. 23)

3.2 Elemente der Pragmatik eingebettet in linguistische Theorien im Kontext der ICF

Intakte PKF sind Voraussetzung für eine funktionierende Teilhabe. Dem wird im integrativen Modell der Pragmatik von Achhammer (2014) Rechnung getragen, indem die ICF-Prinzipien der Teilhabe und Aktivität miteinbezogen werden. Im Folgenden werden die wichtigsten Elemente der Pragmatik den verschiedenen Kontextarten und den verschiedenen linguistischen Theorien zugeordnet.

Tabelle 1: Integratives Modell der Pragmatik (in Anlehnung an Achhammer & Spreer, 2015)

ICF-Ebene <i>Aktivität</i>		ICF-Ebene <i>Partizipation</i>
Kognitiver Kontext	Sprachkontext	Sozial- und Sachkontext
<ul style="list-style-type: none"> • Sensorik • Inferenz • Theory of Mind • Exekutive Funktionen (Monitoring inkl. Reparaturen) • Gedächtnis • Emotion und Einstellung 	<p>Textproduktion und -rezeption</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kohärenz • Präsupposition • Kohäsion • Artikel/Pronomen • Deixis • Thematische Struktur • Ellipsen <p>Gesprächsführung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Turn-Taking/Sprecherwechsel • Paarsequenzen • Reparaturen • Paraverbaler Ausdruck • Nonverbaler Ausdruck 	<p>Adressaten- und kontextbezogene Konversation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sprechakte • Indirekte Sprechakte • Höflichkeit • Implikaturen • Konversationsmaxime • Ironie und Witz

Anschliessend werden kurz nur die Entwicklungsbereiche der drei Kontextbereiche vorgestellt, die für die vorliegende Entwicklungsarbeit ausschlaggebend sind.

3.2.1 Kognitiver Kontext

Sensorik: Laut Kannengieser (2015) wird die Wahrnehmung jeglicher Reize von der Sensorik, der Gesamtheit der Sinnessysteme geleistet. Folgende Bereiche gelten als Grundlage für die Sprachentwicklung: vestibuläre, taktile, kinästhetische, visuelle, auditive und gustatorische/olfaktorische Wahrnehmung. Sie ist daher grundlegend für den Spracherwerb, da auf Basis der Wahrnehmung der Welt nach und nach Wissen aufgebaut wird (ebd.).

Inferenz: Schlussfolgerungen, die aus gegebenen Informationen gezogen werden können, ohne dass sie ausdrücklich im Text genannt werden, bezeichnet man als Inferenzen. Sie greifen also auf Weltwissen zu, das im Text nicht ausdrücklich angesprochen wird (Strohner, 2006). Dies ermöglicht das Verstehen von Texten und ist grundlegend für das kohärente und sinnentnehmende Verstehen (Achhammer, 2014). In Kapitel 6.3 werden die Inferenzen und ihre Hierarchiestufen noch näher beleuchtet.

Theory of Mind (ToM): Hierbei handelt es sich um die Fähigkeit, sich in die Emotionen, Annahmen und Absichten anderer Personen hineinzuversetzen und zu verstehen, dass diese mentalen Zustände das Handeln der Personen beeinflussen (Dohmen et al., 2009).

Exekutive Funktionen: Exekutive Funktionen sind höhere kognitive Prozesse, mit denen das Verhalten zielgerichtet unter Berücksichtigung der Umwelt gesteuert und reguliert werden. Die wichtigsten Funktionen sind Impulskontrolle, Arbeitsgedächtnis, Planen, Aufmerksamkeitsregulation, Flexibilität und Monitoring (Achhammer, 2014).

Gedächtnisleistungen: Die Fähigkeit, Informationen kurz-, mittel- und langfristig zu behalten, zu verarbeiten und wieder abzurufen bezeichnet man als Gedächtnisleistungen bzw. -speicherkapazitäten (Dohmen et al., 2009).

Emotionen und Einstellungen: Emotionen sind in der Pragmatik eng mit Inferenzen, exekutiven Funktionen und der ToM verbunden, da sich Menschen durch Emotionen ausdrücken und ihre Entscheidungen

durch Emotionen gelenkt werden. Probleme beim Encodieren von Emotionen (z. B. Gestik/Mimik) können mit Störungen im Bereich der nonverbalen Kommunikation stehen (Achhammer, 2014).

3.2.2 Sprachkontext

Textproduktion: Laut Achhammer (2014) ist ein Text ein komplexes sprachliches Gebilde aus mehreren Sätzen, das sowohl mündlich als auch schriftlich dargestellt werden kann. Dadurch zeigen sich Überschneidungen mit dem Gebiet der Erzählfähigkeit. Beim Erzählen spielt der Kontext wiederum eine wichtige Rolle, da er komplett versprachlicht werden muss. Einer der drei grössten Ansätze der Erzählerwerbsforschung stammt von Schelten-Cornish basierend auf dem Geschichtenschema von Rumelhart und dem Story-Grammar-Modell von Stein/Glenn. In diesem Modell besteht die Geschichte aus drei Teilen: Einleitung (Kulisse als Orientierung für den Zuhörer), Hauptteil (verursachendes Geschehen, Plan, Lösungsversuch/Aktion, Reaktion, Ergebnis) und Schluss (Zusammenfassung der Geschichte) (ebd.).

Kohärenz: Die Kohärenz stellt den inhaltlichen Zusammenhang eines Textes dar. Sie bezieht sich auf die Texttiefen- bzw. Makrostruktur. Im Gegensatz zu einer willkürlichen Aneinanderreihung von Sätzen wird die Kohärenz durch sprachliche Mittel gestützt. Die Charaktere sowie Zeit und Ort werden vorgestellt und die Ereignisse müssen in der richtigen Reihenfolge erzählt werden (Achhammer, 2014).

Präsupposition: Die Präsupposition steht für den Wissenshintergrund oder die Information, von der der Sprecher glaubt, dass sie dem Hörer zur Verfügung steht, um eine Aussage zu interpretieren, ohne sie mündlich zu äussern (Achhammer, 2014). Das gemeinsame Weltwissen, wie z. B. das soziale Wissen über den Kommunikationspartner macht das Gespräch ökonomischer, da nur noch relevante Informationen ausgetauscht werden müssen. Die Herausforderung für den Sprecher liegt darin, dass er einschätzen muss, welche Informationen im Kontext vorausgesetzt werden können und welche noch hinzugefügt werden müssen (Dohmen et al., 2009).

Kohäsion: Die Kohäsion oder Mikrostruktur bezieht sich auf die Oberflächenstruktur und den Zusammenhang der Sätze. Um einen syntaktischen oder semantischen Zusammenhalt der Sätze zu ermöglichen, werden Kohäsionsmittel (z. B. Pronomina, Konjunktionen und Verbesserungen der Inferenzbildung) oder Konnektoren (z. B. und, auch, dann) verwendet (Achhammer, 2014).

Turn-Taking: Das Turn-Taking oder der Sprecherwechsel bezeichnet das gegenseitige Abwechseln der Redebeiträge der beteiligten Personen. Dieser Wechsel der Beiträge agiert nach den Regeln des Sprecherwechsels von Sacks und Kollegen (Achhammer, 2014).

Reparaturen: Im Gespräch kann es zu Missverständnissen kommen, die durch Reparaturen aufgehoben werden können (Achhammer, 2014). Mithilfe dieser Reparaturen können vom Sprecher oder vom Zuhörer Korrekturen und Massnahmen zur Verständnissicherung umgesetzt werden. Dies kann u. a. durch Selbstkorrekturen, direkte Rückfragen oder die Bitte um Wiederholung ausgedrückt werden (Kannengieser, 2015).

Paraverbaler Ausdruck: In der Pragmatik wird der paraverbale Ausdruck durch die Prosodie beschrieben. Prosodie beinhaltet: Akzent, Rhythmus, Intonation, Sprechtempo, Tonhöhe, Lautstärke, Lautdauer und Pausen. Die Prosodie hat in der gesprochenen Sprache einen starken Einfluss auf pragmatische Aspekte, wie z. B. das Zeigen von Emotionen und das Setzen von Pausen für den Sprecherwechsel (Achhammer, 2014).

Nonverbaler Ausdruck: Die nonverbale Kommunikation beinhaltet die Körpersprache mit Körperhaltung, Gestik, Mimik, und Proxemik. Nonverbale Ausdrücke beeinflussen, wie das Gesagte verstanden wird. Ausserdem geben sie Auskunft über Intention, Interesse, Zustimmung oder Ablehnung und zur Persönlichkeit bzw. zur Gefühlslage der Gesprächspartner (ebd.).

3.2.3 Sozial- und Sachkontext

Gesprächspartner passen ihre sprachlichen Mittel dem sozialen Kontext an. Dazu zählt z. B. der soziale Status des Kommunikationspartners, welcher das Sieszen erforderlich machen würde.

Sprechakte: Menschen kommunizieren durch sprachliches Handeln, die sogenannten Sprechakte. Mit Sprache werden also nicht nur Informationen weitergegeben, sondern Handlungen ausgeführt, wie z. B. grüssen, versprechen und warnen. Searle entwickelte die Sprechakttheorie basierend auf Austins Annahmen weiter (Achhammer & Spreer, 2015). In dieser Theorie werden vier Akte beschrieben (Äusserungsakt, propositionaler, illokutionärer und perlokutionärer Akt) (Dohmen et al., 2009).

Implikaturen und Konversationsmaximen: Implikaturen sind Interpretationen und Schlussfolgerungen, die über das Geäusserte hinausgezogen werden. Sie unterscheiden sich laut Grice zwischen konversationeller und konventioneller Implikatur. Implikaturen können jedoch nur funktionieren, wenn die Gesprächspartner das von Grice formulierte Kooperationsprinzip einhalten. Dies besagt, dass sich Sprecher und Hörer im Gespräch kooperativ verhalten. Die vier Konversationsmaximen (Maxime der Quantität, Qualität, Relation und Modalität) präzisieren das Kooperationsprinzip (ebd.).

3.3 Einordnung pragmatischer Fähigkeiten anhand linguistischer Modelle

Um besser einordnen zu können, in welchen Bereichen des Sprachverstehens und der Sprachproduktion PKS auftreten können, werden in den nächsten beiden Kapiteln zwei Sprachverarbeitungsmodelle vorgestellt, die dies genauer erläutern.

3.3.1 Levelt-Modell

Das Sprachverarbeitungsmodell von Levelt stellt die Sprachproduktion und die Sprachrezeption in einem detaillierten Modell dar (Grötzbach et al., 2014). Im Folgenden liegt der Fokus auf dem Konzeptualisierer (conceptualizer) (Abb. 3), der Modellkomponente, in der die pragmatischen Fähigkeiten wesentlich für den gelingenden Sprachproduktions- und Verstehensprozess sind.

Der Konzeptualisierer generiert die Redeabsicht, welche als präverbale Botschaft (preverbal message) an den Formulator weitergeleitet wird (Grande & Hußmann, 2016). Dabei ist er für den pragmatischen und semantischen Bereich verantwortlich. Das Weltwissen des Langzeitgedächtnisses und das Wissen aus dem Kontext werden darin angepasst und daraus die präverbale Botschaft generiert (Rupp, 2013). Die präverbale Botschaft umfasst zwei Stufen: die Makro- und die Mikroplanung (ebd.).

Die Makroplanung bestimmt die Intention (z. B. Frage, Ausruf etc.), es werden Inferenzen gezogen und es wird ausgewählt, welche Informationen in welcher Reihenfolge gesagt werden sollen (Asano, n. d.; Rupp, 2013). In der Mikroplanung wird der Kontext, die Interaktion und das Vorwissen des Gesprächspartners eingebunden (Grötzbach et al., 2014). Dazu muss der Sprecher u. a. das Weltwissen des Zuhörers über Personen und Gesprächsinhalte einschätzen und sein Diskurs- und Gesprächsverhalten dem sozialen Kontext anpassen können. Umgekehrt zeigt sich im Modell des Sprachverstehens, dass auch die postverbale Botschaft erst durch das Welt- und Diskurswissen sowie den Kontext vom Zuhörer pragmatisch korrekt verstanden werden kann (Grande & Hußmann, 2016).

An diesem Modell wird deutlich, dass PKF unabdingbar sind, um eine pragmatisch korrekte präverbale Botschaft zu generieren und eine postverbale Botschaft pragmatisch korrekt zu verstehen.

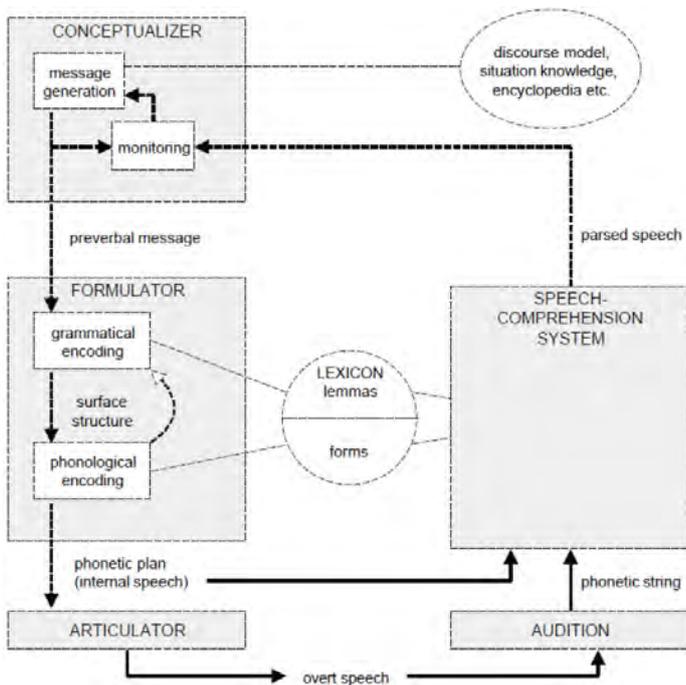


Abbildung 3: Sprachproduktionsmodell von Levelt (Asano, n. d., S. 16)

3.3.2 Modell von Friederici

Nach Grande und Hußmann (2016) umfasst das Parallel-Interface-Modell von Friederici (Abb. 4) zwei parallel arbeitende Systeme: das linguistische System und das konzeptuelle System. Auch in diesem Modell liegt der Fokus der Autorinnen nur auf dem konzeptuellen System, da es für den pragmatischen Verstehensprozess entscheidend ist.

„Im konzeptuellen System wird die vom linguistischen System erzeugte Repräsentation (typischerweise die „wörtliche Bedeutung“) mittels eines generellen Prozessors verarbeitet. Dieser Prozessor zieht Informationen aus dem Kontext (z. B. Gestik, Mimik) und dem Weltwissen bzw. allgemeine Verstehensstrategien heran, um zu einer pragmatisch korrekten Interpretation der zu verstehenden Äußerung zu kommen“ (Grande & Hußmann, 2016, S. 69).

Es wird deutlich, dass auch in diesem Modell ein intaktes konzeptuelles System die Voraussetzung für den pragmatisch-kommunikativen Verstehensprozess ist.

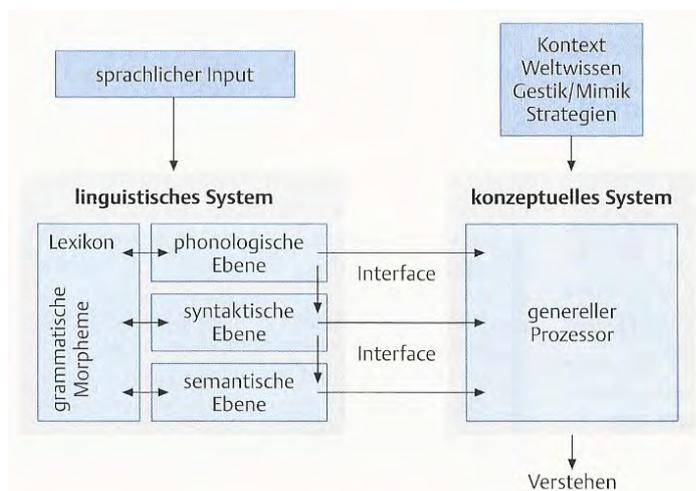


Abbildung 4: Parallel-Interface-Modell (Grande & Hußmann, 2016, S. 68)

3.4 Kindliche Entwicklung pragmatisch-kommunikativer Kompetenzen

Laut Möller und Ritterfeld (2010) nutzen Kinder ihre kommunikativen Kompetenzen, lange bevor sie kompetent sprechen können. Denn Kommunikation beginnt nicht erst mit der Sprache, sondern findet von Geburt an statt (Kannengieser, 2015). Mithilfe der pragmatischen Fähigkeiten lernt das Kind, wie und wo für es Sprache im Kontext nutzen kann (Möller & Ritterfeld, 2010). Sie sind daher eine wesentliche Grundlage des Spracherwerbs und können als Vorläuferfähigkeit der Sprache angesehen werden (Achhammer & Spreer, 2015). Diese Fähigkeiten sind vom Entwicklungsalter des Kindes abhängig, da sie eine Integrationsleistung verschiedener kognitiver, sozialer und emotionaler Entwicklungsschritte darstellen (Möller & Ritterfeld, 2010).

3.4.1 Frühe Kindheit

Bereits in den ersten Monaten nach der Geburt behandeln die Eltern bzw. die Bezugspersonen das Baby als Kommunikationspartner (Kannengieser, 2015). Sie gehen auf die Geräuschproduktion der Kinder ein und spätestens in der ersten Lallphase entsteht ein sprachlicher Austausch, so dass es zu einem **Turn-Taking** zwischen Baby und Bezugsperson kommt (ebd.). Gegen Ende des ersten Lebensjahres lernt das Kind den **triangulären Blickkontakt**, was den eigentlichen Ursprung der Sprache darstellt, da die Kinder lernen, dass sich Wörter, die von einer Person kommen, auf etwas beziehen (Zollinger, 2015). Sie richten sich also bewusst an ihr Gegenüber, um mit vorsprachlichen Äusserungen ihre Ziele durch eine Reaktion des Gegenübers zu erreichen (Kannengieser, 2015). Dafür ist jedoch die Fähigkeit der **geteilten Aufmerksamkeit (Joint Attention)** notwendig, denn nur so haben Kind und Bezugsperson die Möglichkeit, ihren Fokus gemeinsam auf ein Objekt zu richten (Dohmen et al., 2009). Ausserdem verstehen und nutzen sie **Zeigegesten**, um auf Objekte und Personen hinzuweisen (ebd.).

Zwischen dem 12. und 18. Lebensmonat werden **Aufforderungen** befolgt und sehr **einfache offene Fragen** beantwortet. Einfache **mimische Signale** der Eltern werden verstanden und beeinflussen das Verhalten der Kinder (Kannengieser, 2015).

Ab ca. 12-24 Monaten drücken Kinder ihre Aufforderungen durch die **Kombination von Gesten und einzelnen Worten**, wie z. B. „gib“ aus (Dohmen et al., 2009).

Zwischen 18-24 Monaten können Kinder um Hilfe bitten und das Wort „nein“ verbal äussern sowie ihre **Gefühle verbal benennen** (Zollinger, 2015). Sie beginnen durch **Ein- oder Mehrwortäusserungen** Monologe zu führen und zu kommentieren. **Gesprächsthemen werden häufig und schnell gewechselt** und auf eine Aufmerksamkeits- und Verständnissicherung des Kommunikationspartners wird noch nicht geachtet (Kannengieser, 2015).

Ab 24-30 Monaten erwirbt das Kind die **vollständige Gesprächssequenz**. Laut Kannengieser (2015) zeigt diese Erwartungshaltung einen deutlichen pragmatisch-kommunikativen Erwerbsfortschritt bei den Kindern. Mit ca. 30 Monaten beherrscht das Kind bereits die **Konversationsregel des Sprecherwechsels**. Ausserdem nehmen Kinder in diesem Alter nach Rückfrage **Korrekturen** vor, um nicht verstandene oder fehlerhafte Äusserungen zu verbessern (ebd.).

Im 3. Lebensjahr verfügt das Kind bereits über **verschiedene Sprechakte**: Fragen stellen, um Hilfe bitten, Ereignisse beschreiben, zustimmen, widersprechen, eine Absicht erklären. Jedoch ist die Kommunikation noch an das **Hier und Jetzt** gebunden und die Perspektivenübernahme ist noch nicht gegeben (Kannengieser, 2015). Ab ca. drei Jahren ermöglicht der Erwerb der **Theory of Mind**, dass sich das Kind in andere hineinversetzen und deren Perspektive übernehmen kann und somit benötigte Informationen zur Verständnissicherung liefert. Die Gemütslage des Gegenübers wird anhand der Mimik erkannt (ebd.). Die dialogischen Fähigkeiten in Bezug auf den Gesprächsablauf verbessern sich, indem das Kind Strategien zur

Eröffnung und Aufrechterhaltung des Gesprächs erwirbt. Gespräche werden länger und ein Thema kann über mehrere Dialogzüge beibehalten werden. **Ansätze der Kohärenz** zeigen sich dadurch, dass eigene Äusserungen auf vorangegangene bezogen werden. Auch beginnt das Kind nun nachzufragen, sofern es etwas nicht versteht (ebd.).

3.4.2 Vorschulalter

Ab ca. 4-7 Jahren nutzt das Kind seine Sprache, um zu verhandeln. Es beginnt unabhängig von der gegenwärtigen Situation zu kommunizieren (Achhammer & Spreer, 2015). Erste **narrative Fähigkeiten** werden erworben. Das Vorschulkind kann **Geschichten sinngemäss** in einer sich aneinanderreihenden Beschreibung der Handlung erzählen (Kannengieser, 2015). Es ist möglich, Peers bezüglich eines Spielverlaufs zu instruieren. Ausserdem beginnt das Kind seine Sprache den unterschiedlichen Kommunikationspartnern entsprechend anzupassen (Dohmen et al., 2009). Das Kind erwirbt **metasprachliche und metakommunikative Fähigkeiten** (Kannengieser, 2015). Am Ende des Vorschulalters kann es komplexere **Sprechakte wie Versprechen und Lügen** realisieren (Achhammer & Spreer, 2015).

3.4.3 Grundschulalter

Ein grosser pragmatischer Meilenstein ist der Erwerb der **Schriftsprache**, insbesondere in Bezug auf die Textverarbeitung und -produktion. Ein wichtiger Baustein der Textproduktion ist der Einsatz von **Kohärenz und Kohäsion**, um inhaltlich-thematische Zusammenhänge sinnvoll wiederzugeben. **Präsuppositionen** müssen gezogen werden, um zu erkennen, welches Vorwissen beim Leser vorauszusetzen ist (Achhammer et al., 2016). Eventuell muss im Text auch auf zeitliche, örtliche oder personelle Aspekte Bezug genommen werden, was wiederum **deiktische Mittel** notwendig macht. Den Aufbau schriftlicher Textproduktion und die dazugehörigen pragmatischen Fähigkeiten entwickeln Kinder im Laufe ihrer Schulzeit (ebd.). Ab dem 7. Lebensjahr können Kinder ihre eigenen Gefühle und die Gefühle anderer beschreiben. Sie beginnen zu **argumentieren und debattieren**, was sich in den Folgejahren noch weiter entwickeln wird (Dohmen et al., 2009). Zwischen 7-10 Jahren entwickelt sich die **empathische Gesprächsführung**, so dass das Kind in der Lage ist, auf die Beiträge seines Gegenübers unter Einbezug seiner Sicht einzugehen, was wiederum Gespräche mit fremden Personen ermöglicht (Kannengieser, 2015). Die Kinder verfügen über mehr Sicherheit in **Gesprächskonventionen** (Sprecherwechsel, Aufrechterhalten und Beenden von Gesprächen, etc.). Ausserdem können sie **Anrede- und Höflichkeitsformeln** passend anwenden und präziser formulieren (ebd.). Sie lernen von wörtlicher und nicht-wörtlicher Bedeutung (**Metapher**) zu unterscheiden. Im Verlauf der Grundschulzeit entwickeln sie ein Verständnis für **Ironie, Witze und Pointen** (Dohmen et al., 2009).

3.4.4 Jugendalter

Laut Büttner-Kunert (2020) werden in der Sekundarschule die im Grundschulalter thematisierten **Kompetenzen vertieft**. Die Fähigkeit, **mündliche und schriftliche Texte** zu produzieren verbessert sich. Komplexere syntaktische Strukturen werden verstanden und genutzt. Die Jugendlichen verwenden mehr kohäsive Mittel, um Sätze zu verbinden und können im Gespräch besser die Fremdperspektive einnehmen. Ausserdem werden durch die Vergrösserung des Lexikons die Sätze länger (ebd.). Mit ca. zwölf Jahren verstehen sie **subtilere Metaphern und Ironie**. Sie sind in der Lage **verschiedene Gesprächsformen**, wie z. B. Dialoge, Streitgespräche, Diskussionen vorzubereiten und durchzuführen, zu beobachten und zu reflektieren (Achhammer & Spreer, 2015). Mithilfe dieser Entwicklungsschritte können sie sprachliche Makrostrukturen, die für das Planen, Strukturieren und Dekodieren unterschiedlicher mündlicher und schriftlicher Textarten notwendig sind, organisieren (Büttner-Kunert, 2020).

3.5 Pragmatisch-kommunikative Störungen mit Bezug auf kindliche Aphasie

Kinder mit PKS haben Probleme in der Umsetzung und Anwendung ihrer pragmatischen Kompetenzen. Dazu gehören die Fähigkeit, Äusserungen einer bestimmten Situation anzupassen, pragmatische Schlüsse zu ziehen und missglückte Aussagen zu erkennen und zu beurteilen (Achhammer, 2014). Nach Glück (2007) ergeben sich die Auffälligkeiten durch die mangelnde Anpassung der Sprachverwendung an den jeweiligen Kontext. Es fällt den Kindern schwer, Gemeintes oder Gesagtes situationsbezogen zu ent- oder verschlüsseln (Möller & Ritterfeld, 2010). Bei Kindern und Erwachsenen, die Defizite in diesem Bereich aufzeigen, spricht man von PKS. Betroffene haben starke Probleme, verbale und nonverbale Kommunikation für soziale Zwecke einzusetzen (Achhammer & Spreer, 2015).

PKS kommen u. a. nach SHT vor (Kannengieser, 2015). In der aktuellen Literatur zur Symptomatik bei kindlicher Aphasie wird zwar häufig erwähnt, dass die kindliche Aphasie auch den pragmatischen Bereich beeinträchtigen kann. Es wird jedoch selten genauer ausdifferenziert, welche PKS auftreten könnten. Zur Symptomatik der PKS gibt es weitaus mehr Forschungsarbeiten und Studienergebnisse aus dem Bereich der Aphasie bei Erwachsenen. Kubandt (2009) schreibt, dass durch die mutistische Phase und durch Verhaltensauffälligkeiten die pragmatischen Fähigkeiten bei Kindern mit Aphasie besonders beeinträchtigt sind. Die Verhaltensauffälligkeiten rühren laut Miller und Kollegen vom plötzlichen Sprachverlust (Kubandt, 2018). Mit der Bereitschaft zu kommunizieren entsteht daher die Notwendigkeit an den pragmatischen Fähigkeiten zu arbeiten (Kubandt, 2009).

Die Autorinnen haben sich entschieden, die Symptome der PKS in Anlehnung an das integrative Modell von Achhammer (2014) (Tab. 2) vorzustellen. Es lässt sich vermuten, dass die unten genannten Symptome auch bei kindlicher Aphasie auftreten, da viele PKS durch SHT (den Hauptauslöser kindlicher Aphasien) entstehen können (Kannengieser, 2015). Dort, wo genauere Informationen zu den Symptomen bei kindlicher Aphasie gefunden wurden, wird dies explizit erwähnt.

Tabelle 2: Übersicht: Symptome PKS im integrativen Modell der Pragmatik (Achhammer, 2014, S. 59)

Kognitiver Kontext	Sprachkontext	Sozialkontext
<ul style="list-style-type: none"> • Probleme bei der Inferenzziehung • Besondere, eigene Themen • Feste Phrasen und Perseverationen • Mangelnde Emotionsdeutung 	<ul style="list-style-type: none"> • Sprunghaftigkeit in den Themen • Probleme bei Kohärenz und Kohäsion • Unangemessene Präsupposition • Wortschatzdefizite • Probleme beim Turn-Taking • Unangemessener Rededrang • Mangelnde nonverbale Kommunikation • Sprachverständnisprobleme 	<ul style="list-style-type: none"> • Probleme beim Verstehen von Witz und Ironie • Negatives Selbstwertgefühl • Probleme bei sozialer Interaktion • Verhaltensauffälligkeiten

3.5.1 Störungen im Bereich kognitiver Kontext

Die Fähigkeit der **Inferenzziehung** bei verbalen Aufgaben scheint laut einer Studie von Ryder und Kollegen bei Kindern mit PKS deutlich schlechter zu sein als bei Kindern mit spezifischer SES (Achhammer, 2014). Die betroffenen Kinder verharren häufig an **eigenen Themen**, die weder den Wissensstand noch das Interesse des Gesprächspartners berücksichtigen (ebd.). Verstärkt wird dies noch durch **feste Phrasen und**

Perseverationen, so dass betroffene Kinder ständig Fragen stellen, ohne die Antworten zu registrieren. Ebenso fällt es ihnen schwerer, **Emotionen anhand der Prosodie zu erkennen**, so dass dadurch die kontextbezogene Sprache beeinträchtigt ist (ebd.).

3.5.2 Störungen im Bereich Sprachkontext

Während eines Gesprächs werden häufig **Themen**, die inhaltlich gar nicht zusammenpassen, **gewechselt**. Dies macht es für den Zuhörer schwerer, dem Sinn des Gesprächs zu folgen (Achhammer, 2014). Bei Kindern mit PKS fehlt oft der rote Faden einer Geschichte. Durch Probleme bei der **Kohärenz und Kohäsionsbildung**, sind sie nicht in der Lage den inhaltlichen Aufbau einer Geschichte umzusetzen, was wiederum eine zentrale Rolle für die kindliche Erzählfähigkeit und Textproduktion spielt (ebd.).

Wie bereits in Kapitel 2.4.5 ausführlich erläutert, wirkt sich eine kindliche Aphasie sehr häufig negativ auf den **Schriftspracherwerb** aus, so dass die Kinder oft grosse Schwierigkeiten im Lesen und Schreiben haben.

Laut Achhammer (2014) kann es zudem bei Kindern mit PKS zu **unangemessenen Präsuppositionen** kommen, bei denen der Wissensstand des Zuhörers falsch eingeschätzt wird. Dabei werden entweder für das Sinnverständnis wichtige Informationen weggelassen oder Dinge erzählt, die als vorausgesetzt angesehen werden können (ebd.). PKS führen häufig zu **unpassender Wortwahl** oder zu **Wortfindungsproblemen**. Umschreibungen fallen den betroffenen Kindern schwer und sie können den Bezug zu Personen, Gegenständen oder Orten nicht mit sprachlichen Mitteln de- oder enkodieren (ebd.). Sie haben Probleme beim **Einsatz von Hilfsverben**, was vor allem in Höflichkeitsanreden notwendig ist und sie haben **Schwierigkeiten bei der Artikelverwendung** (ebd.). Häufig ist der natürliche Gesprächsverlauf gestört, da diese Kinder das **Turn-Taking** nicht ausreichend beherrschen und sich somit nicht daran halten. Sie können die Signale des Sprecherwechsels nicht entschlüsseln bzw. nicht selbst senden, so dass ein **natürlicher Sprecherwechsel** gestört ist, was oft mit einem **unangemessenen Rededrang** des Kindes verbunden ist (ebd.). Des Weiteren können sie **nonverbale und paraverbale Kommunikationsmittel** des Gegenübers schlechter lesen und haben selbst Probleme, ihre Gestik und Mimik adäquat einzusetzen (Kannengieser, 2015). PKS gehen häufig mit **Sprachverständnisproblemen** einher. Daher werden **indirekte Sprechakte** oft wörtlich interpretiert und falsch verstanden oder **Reparaturen** werden nicht angewendet, so dass sie bei Verständnisproblemen nicht nachfragen (Achhammer, 2014).

3.5.3 Störungen im Bereich Sozialkontext

PKS bei Kindern können erhebliche psychosoziale Folgen mit sich ziehen. Es zeigt sich, dass sie Probleme in der **sozialen Kommunikation** mit anderen haben (Achhammer, 2014). Kinder mit PKS interpretieren **Witz und Ironie** häufig wörtlich und sind nicht fähig, das Gemeinte der Aussage zu erschliessen. Auch das Verständnis von **Metaphern** und **Sarkasmus** bereitet den Kindern oft Schwierigkeiten. Die betroffenen Kinder haben Probleme, sozial mit ihren Peers in Kontakt zu treten (ebd.). Sie initiieren seltener von sich aus Gespräche und es fällt ihnen schwer, diese aufrechtzuerhalten (Möller & Ritterfeld, 2010). **Soziale Interaktionen** in Gruppen oder mit Einzelpersonen fallen ihnen schwer, so dass Peers sie häufig ausschliessen, was zu einem verminderten **Selbstwertgefühl** und **sozialem Rückzug** führen kann (Achhammer, 2014).

Gerade bei Kindern mit Aphasie ist nach Hofmann (2018) die Tatsache, nicht mehr adäquat kommunizieren zu können, eine nicht zu unterschätzende psychische Belastung. Dabei ziehen sich die Kinder häufig zurück, zeigen aggressiv-feindseliges Verhalten und Kontaktstörungen.

Verhaltensauffälligkeiten gehen ebenfalls häufig mit PKS einher (Achhammer, 2014). Dies zeigt sich darin, dass betroffene Kinder Schwierigkeiten haben, dem Kontext entsprechende **Höflichkeitsformen** zu

nutzen. Wünsche werden bspw. nicht als indirekter Sprechakt mithilfe einer Frage formuliert, sondern oft als Aufforderung ausgedrückt (ebd.).

Kubandt (2018) schreibt, dass bei Aphasien im Kindesalter neben der Sprachstörung **kognitive, motorische und emotionale Probleme** auftreten können, wie bspw. verminderte Aufmerksamkeit, Aggressionen, temporäre Ausbrüche und in manchen Fällen auch Hyperaktivität.

4. Therapie

Eibl (2019) hebt die Unterschiede der Aphasiotherapie gegenüber der Dysarthrie- oder Dysphagietherapie hervor. Da Wortwahl und Satzbau (Therapiebereiche der Aphasiotherapie) keinen so starren Regeln unterliegen, wie etwa Aussprache oder Funktionsweise der Atmung und Phonation (Therapiebereiche der Dysarthrietherapie), sondern im Gegenteil kreativ sind und je nach Persönlichkeit variieren, muss Aphasiotherapie immer individuell sein. Es gibt demnach nicht nur ein richtiges Vorgehen, weswegen es auch eine Vielzahl an Therapieansätzen und -methoden gibt. Im Folgenden werden die wichtigsten Therapieprinzipien, Therapieziele und -methoden vorgestellt.

4.1 Allgemeine Therapieprinzipien

Für die Aphasiotherapie gelten einige Grundregeln, die bei jeder Therapiemethode berücksichtigt werden sollten. Eibl (2019) führt eine detaillierte Liste. Demnach sollte Aphasiotherapie:

- Auf ausführlicher hypothesengeleiteter neurolinguistischer Diagnostik gründen
- Begleiterkrankungen berücksichtigen
- Prämorbid Sprachfähigkeiten berücksichtigen
- Früh beginnen
- Den Patienten als Erwachsenen Menschen behandeln
- Ressourcenorientiert sein
- Funktion vor Form therapieren
- Aktivität des Patienten anregen
- Prinzipien des motorischen Lernens berücksichtigen
- Konzentriert, aber entspannt stattfinden (nicht verbissen)
- Selbstständigkeit und Selbstkontrolle fördern
- Angehörige mit einbeziehen
- Akzeptanz für den veränderten Zustand erarbeiten, d. h. bei der Krankheitsverarbeitung unterstützen

Für die Aphasie gibt es drei Leitlinien:

- DGN *Deutsche Gesellschaft für Neurologie* (Ziegler, 2012)
- GAB *Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung* (Bauer et al., 2002)
- Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (Nospes & Olthoff, 2005)

Diese empfehlen für Patienten intensive und zeitlich begrenzte Intervalltherapien. Eine Konzentration der Aphasie-Therapie auf einen relativ kurzen Zeitraum mit einer hohen Therapieintensität ist besser als eine länger dauernde Therapie mit niedriger Intensität (Grötzbach et al., 2014).

4.2 Therapieziele

Nicht nur die Schweizer Guidelines, auch Eibl nennt die Wichtigkeit der Therapieziele: „Eine gute Therapie ist immer zielgerichtet, messbar, evidenzbasiert und orientiert sich an den ICF-Komponenten

Körperfunktion, Aktivität und Partizipation“ (Eibl, 2019, S. 212). Im Sinne der Partizipation werden die Therapieziele mit den Patienten gemeinsam festgelegt.

Rubi-Fessen (2017) schreibt: „Übergeordnetes Ziel der Aphasietherapie ist es, Menschen mit Aphasie zu selbstbestimmter und aktiver Teilhabe am kommunikativen Alltag zu verhelfen“ (S. 79).

Die Therapieziele richten sich nach den Phasen, welche in akut (je nach Quelle 4-6 Wochen nach dem Ereignis), post-akut (ca. 5 Wochen bis 12 Monate) und chronisch (ab 12 Monaten) eingeteilt werden. Je nach Phase gibt es unterschiedliche pathophysiologische Rückbildungsprozesse, die mit der Therapie unterstützt werden sollen (ebd.).

- In der Akutphase ist das Ziel, durch Aktivierung, Stimulierung und Bahnung der expressiven Leistung die vorübergehend beeinträchtigten Sprachfunktionen zu reaktivieren und durch Hemmung pathologische Mechanismen (wie etwa Perseveration) zu verringern.
- In der Postakutphase kommt es zu einer Reorganisation und Kompensation von Leistungen aufgrund der Plastizität des Gehirns. Man arbeitet dann störungsspezifisch und auch (sprach-)modellgeleitet. Das heisst es werden sprachliche Beeinträchtigungen gezielt behandelt, solange sich Lernfortschritte zeigen.
- In der chronischen Phase wiederum geht es um die Konsolidierung der erhaltenen und wiedererlangten sprachlichen Leistungen und den Transfer in den Alltag (Eibl, 2019).

4.3 Therapieansätze bzw. -methoden der Aphasietherapie

Die Wahl der Therapiemethode hängt, wie die Festlegung der Ziele, von der Phase, in der sich Patienten befinden, ab.

Aus Sicht der ICF betrachtet, kann man grundsätzlich zwischen primär funktionsorientierten Therapieansätzen mit dem Ziel, gestörte Sprachfunktionen so weit wie möglich zu verbessern, und teilhabeorientierten Verfahren, die sich auf die konkrete Lebenswelt von Menschen mit Aphasie beziehen und die mit zunehmender Chronifizierung der Aphasie in den Fokus rücken unterscheiden (Rubi-Fessen, 2017).

Eibl (2019) präsentiert in ihrem Buch auf Seite 217 eine Tabelle mit den wichtigsten Ansätzen und Methoden. Neben der Methode ISKA, interessieren im Zusammenhang mit der Bachelor-Hypothese zwei davon am meisten. Dies sind PACE, da es sich um einen kommunikativ-pragmatische Ansatz handelt und MODAK, welcher gewisse Parallelen zum Therapieablauf von ISKA aufweist. Denn bei der Therapie nach MODAK werden ebenfalls vorgegebene Satzstrukturen geboten, es geht allerdings mehrheitlich um das rezeptive Sprachverständnis, während ISKA klar den Schwerpunkt bei der Sprachproduktion hat. Beispielhaft sollen sie hier beschrieben werden.

4.3.1 MODAK - Modalitätenaktivierung in der Aphasie-Therapie

MODAK versucht, die Aktivierung der Sprachprozesse durch eine Verknüpfung der Modalitäten zu erreichen. Das Programm zielt darauf ab, sprachliche Strukturen über multimodale Stimulierung und Deblockierung anzubahnen und zu lenken.

Das Material besteht aus je vier Bildern, die eine Handlung darstellen. Diese Handlung kann durch eine einfache Phrase, z. B. „Kaffee trinken“ beschrieben werden. Je nach Schwierigkeitsgrad wird die Phrase syntaktisch erweitert (Eibl, 2019).

Der Ablauf des Grundprogramms ist immer gleich:

1. Bilder zeigen - auditives Sprachverständnis „Zeigen Sie mir <trinkt Kaffee>“
2. Satzstreifen zuordnen - lautes Lesen

3. Satzstreifen zurückgeben - Lesesinnverständnis „Geben Sie mir <trinkt Kaffee>“
4. Bilder zurückgeben - auditives Sprachverständnis „Geben Sie mir <trinkt Kaffee>“
5. Wort legen - Schriftsprache: Buchstaben nach Vorgabe zusammensetzen
6. Wort abschreiben und Vokal einsetzen - Schriftsprache: Wort kopieren, Vokal wurde entfernt
7. Wort selbstständig schreiben - Schriftsprache: verzögertes Kopieren
8. Dialog - auditives Sprachverständnis, Benennen, Spontansprache TH: „Der Mann trinkt etwas. Trinkt er Bier?“ - P: „Ja, freilich“ - TH: „Wie trinken Sie denn ihren Kaffee?“ ...usw. (Eibl, 2019, S. 219).

4.3.2 PACE - Promoting Aphasics Communicative Effectiveness

Durch PACE soll der Patient seine Kommunikationsmöglichkeiten optimieren. Er soll aus allen Kommunikationskanälen ausschöpfen und möglichst selbstständig kommunizieren.

Die vier Grundprinzipien von PACE lauten:

- Therapeut und Patient sind gleichwertige Kommunikationspartner
- Austausch neuer Informationen
- alle Kommunikationsmittel sind erlaubt
- natürliche Feedback Mechanismen und Turn-Taking treten auf

Der Ablauf ist wie folgt: Es wird eine Karte vom Kartenstapel gezogen. Die Person, die die Karte gezogen hat, versucht der anderen Person zu erklären, was auf dieser Karte abgebildet ist.

Das Setting kann je nach Schweregrad abgeändert, vereinfacht oder erschwert werden. PACE eignet sich auch hervorragend für die Gruppentherapie (Eibl, 2019).

4.4 Therapieansätze bzw. -methoden der Pragmatiktherapie

Kubandt (2018) betont, dass die Therapie von Aphasien bei Kindern, was Ansätze, Methoden und Materialien anbelangt, weit hinter der Auswahl der Erwachsenentherapie liegt. Untersuchungen zu passenden Verfahren gibt es sehr selten. So stellte sich die Recherche in Bezug auf Fachliteratur zu Therapieansätzen von PKS bei kindlicher Aphasie als sehr schwierig heraus. Da es generell wenig Studien zu Therapien bei kindlicher Aphasie gibt und im Besonderen noch weniger für den Bereich Pragmatik, greifen viele Therapeutinnen auf Methoden aus dem Erwachsenenbereich und der SES-Therapie zurück (Kubandt, 2018).

Achhammer (2014) hebt hervor, dass es im deutschsprachigen Raum für Kinder keine Therapieansätze gibt, die gezielt zur Behandlung aller Bereiche pragmatisch-kommunikativer Störungen entwickelt wurden. Es existieren zwar Verfahren, die sich auf wichtige Elemente der PKS fokussieren, aber immer nur einen Teilbereich des Störungsbildes abdecken, jedoch ursprünglich für andere Störungsbilder gedacht waren (ebd.). Ihre Wirksamkeit, bezogen auf PKF, ist zum Grossteil nicht ausreichend evaluiert bzw. belegt worden (Achhammer et al., 2016). Methodisch gibt es direkte und indirekte Therapieansätze (Kannengieser, 2015). In beiden Verfahren werden Kommunikationssituationen hergestellt, die sich jedoch in den methodischen Aufgaben des Therapeuten unterscheiden. Bei der direkten Form wird ein explizites Lernen angeboten und die Kommunikationssituation als bewusste Übung durchgeführt (ebd.). Die Metakommunikation des Therapeuten spielt dabei eine wichtige Rolle, um den Transfer in die spontane Kommunikation zu gewährleisten. Dazu zählen z. B. das Besprechen der Übungsziele, eine genaue Anleitung der Übung sowie das Mitspielen und Gestalten einer Übung als Kommunikationspartner (ebd.). In der indirekten Therapie lernt das Kind implizit. Um das unbewusste Lernen beim Kind anzustossen, nutzt der Therapeut unterschiedliche methodische Ansätze, wie z. B. Hilfe in Form von Rückfragen einsetzen oder als Modell agieren, um ausgewählte pragmatische Ziele, bspw. Verständnissicherung, bestimmte Sprechhandlungen zu evolvieren (ebd.).

Pragmatische Fähigkeiten werden mithilfe unterschiedlicher Therapiebausteine behandelt und gefördert. Diese lassen sich den folgenden drei Bereichen zuordnen (Achhammer et al., 2016):

- Kommunikationsverhalten/Gesprächsführung
- Textverarbeitung und Textverständnis
- Situations- und Kontextverhalten

4.4.1 Kommunikationsverhalten und Gesprächsführung

Hierbei steht das richtige Sprachhandeln in Bezug auf Sprechakte, Dialoge, und Diskurse im Vordergrund. Die Kinder sollen Gesprächs- und Diskursregeln auf intrapersoneller Ebene erlernen, um dadurch eine verbesserte Gesprächsführung auf interpersoneller Ebene zu erreichen. Dies kann, z. B. durch Rollenspiele, dialogische Betrachtung von Bilderbüchern oder bewusstes Zuhören beim Vorlesen eines Buches geübt werden (Achhammer et al., 2016).

4.4.2 Textverarbeitung und Textverständnis

In diesem Bereich liegt der Fokus auf der Rezeption und Produktion von mündlichen und schriftlichen Texten. Dies kann bspw. in Gesprächssituationen geübt werden. Bildergeschichten helfen, die mündliche und schriftliche Erzählfähigkeit zu verbessern. Minilogicals unterstützen die Sinnentnahme von Texten (Achhammer et al., 2016). Das Dortmunder Förderkonzept zur Interaktions- und Narrationsentwicklung (DO-FINE) setzt gezielt am Aufbau der Erzählkompetenz bei Grundschulkindern mit SES an (Katz-Bernstein et al., 2014).

4.4.3 Situations- und Kontextverhalten

Für eine erfolgreiche sprachliche Interaktion müssen auch nonverbale Mittel und emotionale Hinweise erkannt und umgesetzt werden. Je nach Kontext sollte ausserdem die Wortwahl angepasst werden. Hier können Rollenspiele und Ansätze aus dem Improvisationstheater helfen, die nonverbalen Fähigkeiten zu stärken und Kontexthinweise richtig zu deuten und die Sprache entsprechend anzupassen (Achhammer et al., 2016).

4.4.4 Therapie PraFit

Einer der wenigen evaluierten pragmatisch-kommunikativen Therapieansätze stellt das Therapiekonzept Therapie PraFit dar (Achhammer et al., 2016). Hierbei handelt es sich um ein speziell auf pragmatische Fähigkeiten ausgerichtetes Therapiekonzept, das im Gruppensetting durchgeführt wird und Methoden des Improvisationstheaters anwendet (Kannengieser, 2015).

Folgende Bereiche stehen im Mittelpunkt der Therapie: Verbesserung der pragmatisch-kommunikativen Basisfunktionen (z. B. Turn-Taking, Blickkontakt, Zuhörerverhalten, etc.); Verbesserung der Sprachverwendung im Kontext und Erzählfähigkeit; Verbesserung der sozialen Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten (ebd.).

Das Konzept besteht aus drei Ebenen, die aufeinander aufbauen und mit unterschiedlichen Therapiebausteinen arbeiten (Abb. 5). Wie in Kapitel 6.5.1 noch ausführlicher erläutert, gibt es insgesamt 36 Übungsformate, die diesen drei Ebenen zugeordnet werden (Achhammer, 2014).

Die Kinder lernen unterschiedliche Rollen einzunehmen, zu experimentieren und Fehler zuzulassen, mit anderen Kindern zusammenzuarbeiten und dabei ihre Selbst- und Fremdwahrnehmung zu schulen sowie Emotionen und Körpersprache verstehen und interpretieren zu können (Kannengieser, 2015). Alle drei Ebenen sind durch die szenische Improvisation in den sozialen Kontext eingebettet, wobei sich auch die

beiden anderen Kontexte (Tab. 1) widerspiegeln. So ist z. B. der Baustein „Emotion“ dem kognitiven und der Baustein „Storytelling“ dem sprachlichen Kontext zuzuordnen (Achhammer et al., 2016).

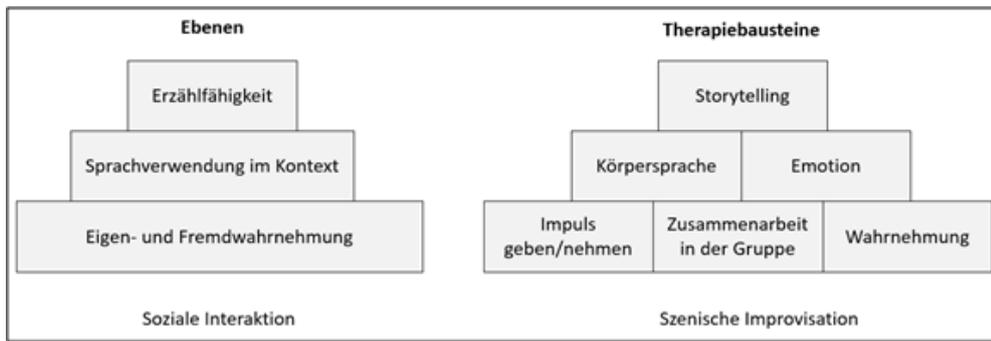


Abbildung 5: Ebenen und Therapiebausteine des Konzeptes PraFit (Achhammer, 2014, S. 105/106)

Mit diesem Konzept werden neben pragmatisch-kommunikativen Kenntnissen, wie der Erzählfähigkeit auch sozial-kommunikative Inhalte in der Gruppenintervention vermittelt (ebd.). Laut Spencer (2020b) werden ähnliche Methoden, wie das Erzählen von Bildergeschichten und Pantomimen, je nach individueller Symptomatik der kindlichen Aphasie auch in der ISKA-Therapie eingesetzt. Auch bei Kindern und Jugendlichen, die aufgrund eines Schädelhirntraumas PKS erlitten, stellt Büttner-Kunert (2020) Methoden aus den drei Therapiebausteinen zur Verbesserung des Gesprächsverhaltens vor, wie z. B. Rollenspiele und Förderung der narrativen Fähigkeiten.

5. ISKA

5.1 Historische Entstehung und Hintergründe

Bevor die Therapiemethode ISKA im Detail beschrieben wird, befassen sich die Autorinnen mit dem historischen Entstehungshintergrund. ISKA basiert auf CIAT für Erwachsene, welche wiederum auf den Grundprinzipien von CIMT (Constraint-Induced Movement Therapy) beruht. Diese Methode wird in der Hand-Rehabilitation eingesetzt. Der Grundgedanke der CIMT-Methode ist, dass der Nicht-Gebrauch einer Funktion bewirkt, dass das assoziierte kortikale Areal schrumpft. Die theoretische Grundlage hierfür ist der *erlernte Nichtgebrauch*, welcher besagt, dass ein Patient nach einem Insult die betroffene Extremität schont oder gar nicht benutzt. In der Regel ist dies bei einem Schlaganfall der rechte Arm. Der Gebrauch des betroffenen Armes könnte für den Patienten negative Konsequenzen haben, wie z. B. Schmerzen oder ein unkoordiniertes Fallenlassen von Gegenständen. Nun wird bei der CIMT-Methode der Patient aber entgegen seinem eigentlichen Empfinden *gezwungen* die paretische Hand im Alltag einzusetzen. Die Überzeugung der Effektivität eines solchen Trainings fusst auf lerntheoretischen und neurowissenschaftlichen Prinzipien: es soll eine kortikale Reorganisation erzielt werden (Grötzbach et al., 2014).

Die Forschergruppen Pulvermüller und Kolleginnen und Neiningen und Kolleginnen übertrugen die Grundprinzipien dieser *Forced-use-Methode* aus der motorischen Therapie auf die Sprachtherapie, kombinierten sie mit den *Sprachübungsspielen* nach Pulvermüller und Pulvermüller und Roth und benannten die Methode CIAT, Constraint-Induced Aphasia Therapy. Sprachliche Leistung soll hierbei durch Grenzen (Constraints) gefördert werden, indem *nicht-sprachliche* Mittel unterbunden werden (Grötzbach et al., 2014; Neiningen et al., 2004; Schütz, 2013).

Analog, zum *Erzwingen* des Gebrauchs der betroffenen Hand beim CIMT-Konzept, soll der Patient mit einer Aphasie in der CIAT-Methode *gezwungen* werden, die Sprache zu nutzen (Apfelbeck & Nick, 2013). „Der Gebrauch von Gestik, Mimik und Pantomime wird unterbunden“ (ebd., S. 16). Auch er soll dabei nicht auf *gesunde* Gebiete ausweichen können, sprich er soll sprechen *ohne* den Gebrauch nonverbaler oder paraverbaler Mittel und sich dabei ausschliesslich verbal verständigen. Diese Einschränkung (Constraint) wird

zugunsten einer Erweiterung des Wortschatzes und der Komplexität geforderter Formulierungen umgesetzt. (Grötzbach et al., 2014). Die Therapie findet in Form eines Gruppensettings statt. Die Patienten führen im Rahmen verschiedener Kartenspiele angeleitete Dialoge durch und sitzen dabei mit der Therapeutin um einen Tisch herum. Mit Hilfe eines ca. 30 cm hohen Sichtschutzes, der als erwähnter *Constraint* fungiert, wird verhindert, dass die Patienten auf nicht-sprachliche Kommunikation ausweichen können, bzw. diese erschwert wird und die Spieler weder die Abbildungen der Karten noch die Hände der Mitspieler sehen können. Die Sichtblende soll die Mitspieler auch daran erinnern, dass explizit verbale Kommunikation geübt werden soll (Neining et al., 2004).

5.1.1 Wirksamkeit und Kritik

Pulvermüller und Kollegen bestätigten in einer kontrollierten Effektivitätsstudie die signifikante Verbesserung der sprachlichen Leistungen durch CIAT auch bei einer chronischen Aphasie (Grötzbach et al., 2014). Grötzbach und Kolleginnen (2014) selbst stellen jedoch in Frage, „ob die verhaltensrelevanten Prinzipien eines motorischen Trainings ohne Weiteres auf eine so komplexe höhere, kognitive Funktion, wie die Sprache übertragen werden können« (S. 174). Ausserdem wurde die Betonung des *Constraint* oft als zu negativ aufgefasst und damit missverstanden. Pulvermüller benannte deswegen die Therapiemethode zwischenzeitlich um in ILAT *Intensive Language-Action Therapy* und rückte damit Intensität und Sprachhandeln mehr in den Vordergrund (Spencer, 2020b). Auch stand in der Kritik, dass bei einer Unterbindung nonverbaler Ausdrucksmittel, die unterstützende Wirkung von Gesten, für die Verständigung, ausser Acht gelassen würde. Es zeigte sich, dass auch bei schwer verbal-expressiven betroffenen aphasischen Patienten das «Sprechen-Wollen» trotz allem im Vordergrund stehe und nicht zwingend zu nonverbalen kompensatorischen Kommunikationsmitteln gegriffen wurde, um zu kommunizieren (Grötzbach et al., 2014).

5.1.2 Weiterentwicklungen der CIAT im Vergleich

Nebst der oben erwähnten Umbenennung von CIAT in ILAT gibt es weitere Varianten der Therapiemethode, wie CIAT-COLLOC oder CIATneu. Beim CIAT-COLLOC handelt es sich um eine Sammlung von Spielvarianten mit Bildmaterial auf Quartett- und Paarkarten zu Verben und Nomen Komposita. Das Material ist sowohl in der Einzel- wie auch in der Gruppentherapie einsetzbar. Meinzer führte mit CIATneu Schriftkarten ein, was die Grundlage bildete für die CIAT-Gruppentherapie im HJW und die Vorlage für die dortige Weiterentwicklung. Da die Schriftsprache im schulischen Lernen eine sehr wichtige Rolle einnimmt, stellte der Einbezug der Schriftkarten in die CIAT durch Meinzer einen wichtigen Schritt. Damit wurde eine Grundvoraussetzung für die Tauglichkeit der CIAT für die Kinder- und Jugendrehabilitation geschaffen (Spencer, 2020b).

Auf dem Therapiekonzept CIAT, welches ursprünglich für ältere Menschen mit einer chronischen Aphasie entwickelt wurde, baute die für Kinder adaptierte CIAT-Methode *CIAT für Kinder* auf. Im HJW wurden hierzu kindgerechte Anpassungen im Setting und Material vorgenommen. Bald fand sich für die adaptierte Methode das Akronym *ISKA* für *Intensives Sprachtraining für Kinder mit Aphasie* und seit 2007 existiert dieses als Intensivtraining. 2011 wurde CIAT für Jugendliche modifiziert und *ISJA* benannt, was die Abkürzung ist, für *Intensives Sprachtraining für Jugendliche und junge Erwachsene mit Aphasie* (Spencer, 2020b).

5.2 Therapieprinzipien

Um den *gelernten Nichtgebrauch* zu überwinden werden in der CIAT-Therapie mit aphasischen Betroffenen fünf Grundprinzipien konsequent umgesetzt:

5.2.1 Massed practice = hoch-repetitiv

Bei der Therapie findet der dialogische Austausch im Gruppensetting während eines Kartenspieles statt. Hier werden Satzmuster und Benennungen hochfrequent wiederholt (Grötzbach et al., 2014).

5.2.2 Shaping

Die sprachlichen Anforderungen an die Patienten sind abgestuft gemäss den Eigenschaften des Therapiematerials oder aber der Zunahme der Komplexität der geforderten Formulierung:

- hochfrequente versus niederfrequente Items
- Phonologisch/semantisch unähnliche versus ähnliche Items
- Mit beschreibenden Adjektiven oder Objektergänzung versus ohne diese

Betreffend der Satzstruktur schreibt Spencer (2020b): „Sätze können als Fragment, mit vollständigen Flexionen oder komplex mit Nebensatzstrukturen oder sogar zusätzlichen Ausschmückungen gefordert werden.“ (S. 151). Die Steigerung findet entsprechend der Fortschritte individuell statt (Grötzbach et al., 2014).

5.2.3 Constraint-induced = Forced-use (induzierte Einschränkung)

Die nonverbalen Kommunikationsmittel sollen unterbunden werden zugunsten des Ausbaus verbaler Kommunikation, wie Wortschatz oder zunehmende Komplexität der geforderten Formulierungen. Der Sichtschutz zwischen den Therapieteilnehmern stellt in sich die Einschränkung (Constraint) dar (ebd.).

5.2.4 Intensität

CIAT wird in einem Gruppensetting bei Erwachsenen und Jugendlichen in einer hohen Intensität, 10 Tage lang drei Stunden täglich angeboten. Für die auf die Kinder adaptierte Methode *ISKA* wurde diese Intensität mit 2x1 Stunde Gruppentherapie plus 30 Minuten Einzeltherapie angepasst. Pulvermüller schränkt die Zielgruppe auf diejenigen Patienten ein, die die Aufmerksamkeit während dieser Dauer aufrecht erhalten können (ebd.).

5.2.5 Interaktivität

Beim ursprünglichen CIAT findet eine alltagsnahe Kommunikation statt, zwischen drei Menschen mit Aphasie und zwei Therapeutinnen, welche sich aktiv am Spiel beteiligen. Beim *ISKA* hingegen spielen vier Kinder miteinander und eine Therapeutin ist nur noch in begleitender und beobachtender Funktion mit dabei (Spencer, 2020a).

5.3 Ziele

Die Rehabilitationsaufenthalte wurden im Laufe der letzten zwei Jahrzehnte immer kürzer und die Nachsorge von Kindern mit Aphasie fiel immer weniger zufriedenstellend aus. Ein SHT oder ein Schlaganfall ist jedoch eine einschneidende Verletzung des Hirns und verändert dieses *dauerhaft*. Ein *Growing into the Deficit* (Bauer, 2016) (Kap. 2.2.1 und 2.6) kann demnach, ohne begleitende Therapie, eine anstrengende Kompensation durch die Dauerschädigung sowie einen erhöhten Lernaufwand im Schulalltag mit sich führen. Ein Nachteilsausgleich durch eine Klassenassistenz oder eine Zeitzugabe kann hier unterstützend wirken. Denn auch Kinder benötigen nach einer abgeschlossenen Rehabilitation eine mehrjährige therapeutische Begleitung, die idealerweise wie bei den Erwachsenen als Intervalltherapie abläuft (Spencer, 2020b).

Diese unbefriedigende Ausgangslage verstärkte die Motivation, weitere Therapiemethoden zu entwickeln, so auch die Methode *ISKA*, bei der ein solches Intervalltraining konzipiert wurde, welches in der chronischen Phase nach der Rehabilitation zum Tragen kommen kann. Innerhalb der Methode *ISKA* sollen vor allem die linguistischen Fähigkeiten in den Bereichen Semantik, Syntax, Morphologie, Phonologie rezeptiv und produktiv geübt werden sowie das Lenken und Initiieren von Gesprächen. Nebst diesen Inhalten stehen aber auch kognitive Fähigkeiten, wie die Merkfähigkeit, die geteilte und Daueraufmerksamkeit, die Handlungsplanung sowie der Abbau von Sprechängsten im psychosozialen Bereich im Vordergrund. Kindern mit einer Aphasie soll in erster Linie die Grundlage für ihr schulisches Lernen geschaffen werden (ebd.).

5.4 Therapieaufbau

5.4.1 Ablauf

Zu Beginn der zwei intensiven Wochen findet ein Anamnesegespräch mit einem Elternteil statt. Darauf folgen zwei Diagnostiksitzen. Bei CIAT wird mit dem AAT (Aachener Aphasie Test) gearbeitet, während bei ISKA folgende normierte Sprachtests zum Einsatz kommen:

- „WWT 6–10 Kurzform zur Überprüfung von Wortschatz/Benennungsfähigkeit
- TROG-D zur Überprüfung des auditiven Sprachverständnisses auf Wort- und Satzebene
- ELFE 1–6 bzw. ELFE II zur Überprüfung des Lesesinnverständnisses auf Wort-, Satz- und kurzer Textebene“ (Spencer, 2020a, S. 3)

Danach beginnt das Training mit dem gegenseitigen Kennenlernen. In einer ersten Spielrunde wird das Spiel erklärt und das für ISKA typische Frage-Antwort-Schema eingeübt.

„Nach einem streng vorgegebenen Frage-Antwort-Schema, das die Wiederholung jedes Zielitems sicherstellt, werden Kartenpaare gefunden“ (Spencer, 2020b, S. 151).

Das Gegenüber muss zuerst fragen: „Hast du ...?“ Worauf der Mitspieler auch in einem Satz antworten muss: „Nein, ich habe ... nicht.“ oder „Ja, ich habe...“ Darauf folgt wieder eine Frage „Kannst du mir ... geben?“- „Ja, ich gebe dir...“. Dann beginnt das Ganze von vorne (ebd.).

Ein ISKA-Training muss keine einmalige Gelegenheit der Sprachtherapie sein. Nach Angaben unserer Logopädie-Kollegin im HJW kann dieses Training mehrmals wiederholt werden.

5.4.2 Wichtige Anpassungen an die Altersgruppe Kind

Die drei Methoden in Tabelle 3 unterscheiden sich in ihrem Aufbau.

Tabelle 3: Unterschiede CIAT/CIATneu, ISJA und ISKA (Spencer, 2020b, S. 152)

CIAT/CIATneu	ISJA	ISKA
3h Gruppentherapie täglich	2 x 1h 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 x 3h x 10 Tage	55 Arbeitsstunden: (2 Logopädinnen x 2h + 3 Pat. x 30 Min. Einzel) x 10 Tage	40 Arbeitsstunden: (1 Logopädin x 2h + 4 Patienten x 30 Min.) x 10 Tage

Während Jugendliche und junge Erwachsene im Setting der Dreiergruppe mit zwei Therapeutinnen arbeiten und das von Meinzer und Kolleginnen (2006) eingeführte Material benutzen, ist bei ISKA ein Setting von vier Kindern und einer Therapeutin vorgegeben. Spielen bei CIAT und ISJA zwei Therapeutinnen innerhalb des Therapiesettings aktiv als Sprachmodell mit, ist bei ISKA das Setting anders aufgebaut. Die vier Kinder sollen, wenn möglich, unter sich spielen und die Therapeutin nimmt nur noch die Rolle einer Beraterin wahr. Sie gibt Hilfestellungen nach dem Motto: *Soviel-wie-nötig-So-wenig-wie-möglich*. Zusätzlich zur

Gruppentherapie beinhaltet *ISJA* das Ausführen von Tagesaufträgen, bei denen die Jugendlichen in-vivo im nicht-logopädischen Umfeld Informationen einholen sollen. Analog sollen beim *ISKA* Referate und Steckbriefe erarbeitet werden (Spencer, 2020b).

Zusätzlich zur Gruppentherapie finden mit jedem Kind tägliche, halbstündige Einzeltherapien statt. Diese eignen sich einerseits für Themen, die im *ISKA*-Setting schlecht bearbeitet werden können, wie bspw. die Schriftsprachproduktion. Sie bieten aber auch Gelegenheit auf die individuellen Bedürfnisse der Kinder einzugehen und an ihren spezifischen Defiziten zu arbeiten (Spencer, 2020b).

Methodisch wird den durchführenden Therapeuten dabei viel Spielraum gelassen. Hauptsache die Therapie nützt. Spencer nennt einige sprachtherapeutische Konzepte, die zum Einsatz kommen können:

- „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)“
(Spencer 2020b, S. 154)

Beim Therapiematerial wird auf kindgerechtes Design geachtet und es werden mehrheitlich vorhandene Spiel- und Therapiematerialien eingesetzt.

Weitere Anpassungen gegenüber der Therapie mit Erwachsenen sind, dass die Kindergruppe homogener sein soll bezüglich „... Alter, Störungsbild und Schweregrad der Aphasie, Bildungs- und kognitivem Entwicklungsstand ...“ (Spencer, 2020a, S. 3). Des Weiteren müssen Kinder mit starken neuropsychologischen oder Verhaltensauffälligkeiten ausgeschlossen werden, denn „... für dieses intensive Setting sind ein Mindestmaß an Daueraufmerksamkeit und Gruppenfähigkeit vonnöten“ (Spencer, 2020b, S. 151).

Es werden Spiele sowohl im klassischen CIAT-Setting mit der Sichtblende als auch zwischen den Runden teilweise ohne Sichtblende gespielt. Damit will Spencer sowohl grösstmögliche Alltagsnähe erreichen als auch die Motivation der Kinder fördern. Alternative Spielideen, die zwischendurch eingebaut werden können, sind bspw. „... Tabu, Koffer packen, das klassische Memory oder auch das gemeinsame Erzählen einer Bildergeschichte“ (Spencer, 2020b, S. 154). Auch Pantomime-Spiele werden eingesetzt, um u. a. den körpersprachlichen Ausdruck zu fördern (ebd.).

5.5 Therapiebereiche

Wie bei den Zielen (Kap. 5.3) erwähnt, werden vor allem die linguistischen Fähigkeiten in den Bereichen Semantik, Syntax, Morphologie, Phonologie rezeptiv und produktiv geübt sowie das Lenken und Initiieren von Gesprächen. Daneben werden aber auch kognitive Fähigkeiten, wie die Merkfähigkeit, die geteilte und Daueraufmerksamkeit sowie die Handlungsplanung trainiert (Spencer, 2020b). Die Pragmatik, speziell die Regulation von Gesprächspartnerinnen wird in einer Publikation von Spencer (2020a) ebenfalls als Therapiebereich genannt. Implizit werden durch das Gruppensetting wohl mehr pragmatische Bereiche geübt, jedoch nicht gezielt gefördert.

Spezifische Übungen zu den einzelnen Bereichen werden in der Literatur nicht beschrieben. Spencer (2020b) stellte in einer Publikation lediglich Material vor, welches bei der Therapie zum Einsatz kommt. Daraus lassen sich einzelne Materialien zu den Therapiebereichen herauslesen. In folgender Tabelle haben die Autorinnen versucht, eine Einteilung des Materials nach Therapiebereichen zu machen.

Tabelle 4: In der Therapie nach ISKA verwendetes Material geordnet nach Therapiebereichen (in Anlehnung an Spencer, 2020b)

Bereich	Einfache Kartensätze	Doppelte Kartensätze
Semantik-Lexikon	<ul style="list-style-type: none"> • Animo (Wortfeld Tiere) • Kleider und Schrank (Nomina Komposita) • Verben I, Verben II • Was ist das (semantische Kategorienbildung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lecker Schmecker (Wortfeld Essen) • Wortschatzbilder • Adjektive I • Dick und dünn (Gegensatzpärchen Adjektive) • Funny Family (Verben)
Syntax-Morphologie	<ul style="list-style-type: none"> • Neben-An (Präpositionen) • Pluralo (Pluralbildung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dreierlei (Satzbau) • Wer, wie, was? (Grammatikspiel mit Bildmaterial) • Volltreffer (Dativ/Akkusativ)
Phonetik-Phonologie	<ul style="list-style-type: none"> • Anlautfit • Haus Maus Laus (Reime) • Initialo (Anlaut schwarzer Peter) • L wie Löwe (Anlaute) • Lautfit • Silbensuche • Vokalo (Phonologie) 	

Darüber hinaus haben die Autorinnen durch unseren Kontakt zu Ellen Waber (Logopädin im HJW) eine ausführliche Liste mit Spielen erhalten, welche im HJW in der Therapie nach ISKA eingesetzt werden. Diese war hilfreich als Quelle für unseren Entwicklungsprozess und kann im Anhang A nachgelesen werden.

Wie alle Gruppentherapiekonzepte, hat auch ISKA die Vorteile und den Nutzen, der in Kapitel 6.2 dazu beschrieben werden.

6. Entwicklungsprozess

6.1 Über die Bedeutung der Pragmatiktherapie

Die Pragmatik wird unter dem Begriff der *kognitiven Kommunikationsstörung* subsumiert, welche sprachlich-kommunikative Auffälligkeiten bezeichnet, ... „die aus einem beeinträchtigten Interaktionsverhältnis kognitiver, emotionaler, linguistischer, psychischer, behavioraler und psychosozialer Faktoren resultieren“ (Rosenkranz et al., 2020, S. 84).

Die jeweiligen Kompetenzen zur Kommunikation erfordern unterschiedlich gewichtete Interaktion von semantischer, pragmatischer und kognitiver Fähigkeit. Die Anforderungen sind von sowohl basalen sprachlichen und basalen kognitiven Prozessen wie auch von der Wechselwirkung höherer sprachlicher und kognitiver Prozesse abhängig. Entsprechende Leistungen tragen, wie in Abbildung 6 dargestellt, subsumiert unter Einbezug der Pragmatik, zur kommunikativen Kompetenz bei. Dieses Bedingungsgefüge zwischen Semantik, Pragmatik und Kognition bezeichnen Rosenkranz und Kolleginnen als *komplexe semantische Verarbeitung* (Rosenkranz et al., 2020).

Rosenkranz und Kolleginnen (2020) verdeutlichen in ihrem Modell (Abb. 6) die gleichgewichtete Bedeutung der Therapie von PKS gegenüber den anderen linguistischen Ebenen.

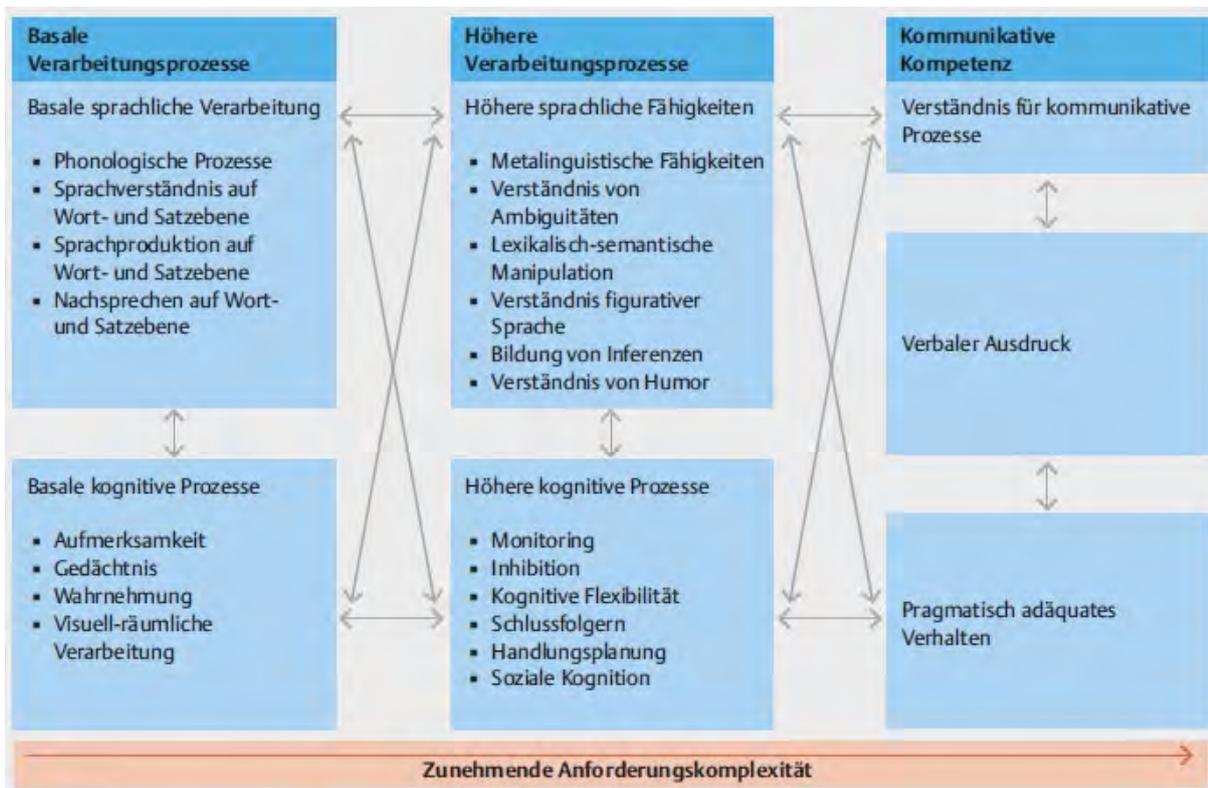


Abbildung 6: Modell komplexer sprachlich-kognitiver Verarbeitung (in Anlehnung an das Modell der verbalen kommunikativen Kompetenzen von Hinchliffe et al., 1998, Rosenkranz et al., 2020, S. 84)

6.2 Pragmatiktherapie im Gruppensetting

In der stationären und ambulanten Rehabilitation sind Gruppentherapien, die eine Verbesserung der sprachsystematischen bzw. funktionalen sprachlichen Fähigkeiten fokussieren, am häufigsten vertreten (Achhammer et al., 2016).

Ein wesentlicher Aspekt, der für die Therapie in einer Gruppe spricht, ist die hohe Varianz an Sprechakten, die in der Interaktion mit mehreren Teilnehmern entstehen. Elemente wie Kohäsion durch den inneren Zusammenhalt der Gruppe, Emotionalität, soziale Verhaltensweisen sowie der Erlebnischarakter der Gruppe beeinflussen die Situation, in der sprachtherapeutische Inhalte vermittelt werden. Die Gruppe ermöglicht Motivation und das Feedback der anderen Gruppenteilnehmer sowie die Erprobung von kommunikativen Strategien in authentischen kommunikativen Situationen. Dies kann bei leichter betroffenen Kinder die Verbesserung der Argumentationsfähigkeit sein und bei sehr schwer betroffenen Kindern die Verbesserung des Blickkontakts, des gemeinsamen Aufmerksamkeitsfokus oder der Ja/Nein-Kommunikation (ebd.).

Pulvermüller entwickelte 1990 vier verschiedene kommunikative Sprachübungsspiele, die als Partnerübung, aber auch im Gruppensetting umgesetzt werden können. Mit diesen können alltagsnahe kommunikative Handlungsmuster trainiert werden (ebd.). Basierend auf den vier Übungsspielen wurde die CIAT, wie in Kapitel 5.1 bereits verdeutlicht, entwickelt (Neininger et al., 2004).

Für Pulvermüller und Neininger und Kolleginnen sind aufgrund dessen die folgenden vier Sprachübungsspiele besonders geeignet (Achhammer et al., 2016).

Bei **Karten-Hergeben** werden die beiden Handlungsmuster *Auffordern* und *Auf Aufforderungen reagieren* trainiert. Es kann hier mit Bildkarten oder Memorykarten gespielt werden, wobei jeder Mitspieler das gleiche Set an Karten bekommt. Auch hier sollen die beiden Spieler (Therapeutin und Betroffener) durch einen Sichtschutz voneinander getrennt sein und sich gegenseitig unter Zuhilfenahme verschiedener

Kommunikationskanäle abwechselnd die Karte beschreiben, die sie vom Partner einfordern. Das Gegenstück zur eigenen Karte soll erfragt werden. Der befragte Mitspieler kann dann auf die Aufforderung reagieren, indem er die Karte herausgibt oder er muss ablehnen und mit den entsprechenden Worten verneinen (ebd.).

Das **Weg-Beschreiben-Spiel** zeigt alltagsnahe Handlungsmuster (Beschreiben) und Wissenskonstellation. Nur der Sprecher hat das Wissen um den Weg und der Hörer wird dementsprechend instruiert. Zum Spiel werden den Spielern vereinfachte Stadtpläne ausgegeben (ohne Strassennamen, mit Symbolen für Bahnhof, Post, Haltestelle etc.). Ein Ausgangspunkt ist auf den Plänen bereits markiert. Die Therapeutin beschreibt einen Wegverlauf von diesem aus und die Spieler fahren mit einem Stift den Weg nach, geben Rückmeldung, wenn sie die Beschreibung nicht verstanden haben oder bitten um Wiederholung. Die Beschreibung kann hier an das Niveau des Sprachverständnisses der Teilnehmer angepasst werden (z. B. kurze einfache Satzkonstruktionen, komplexe Satzgefüge). Auch hier wird ein Sichtschutz verwendet. Es kann zu zweit oder in der Kleingruppe gearbeitet werden (ebd.).

Im Spiel **Kommentieren** soll durch kurze sprachliche Äusserungen die Fähigkeit verbessert werden, seine Wünsche und Ansichten in Kommunikationssituationen auszudrücken und die Verständnissicherung (Reparaturen) anzubahnen. Der/den aphasischen Person(en) wird dazu eine kurze Alltagserzählung vorgelesen. Dabei wird ihr durch verbale und nonverbale Aufforderungen (z. B. Pausen im Text, Blickkontakt) ermöglicht, verbale oder nonverbale Stellungnahmen zum gerade Gehörten zu geben. Auch hier ist ein Zweiersetting oder die Arbeit in einer Gruppe möglich (ebd.). Dies demnach ohne Sichtschutz.

Das Spiel **Gemeinsam Planen** soll die Argumentationsfähigkeit fördern. Den Teilnehmern werden verschiedene Bildkarten zu Handlungen oder Freizeitaktivitäten verteilt, von denen sie z. B. fünf Karten gemeinsam auswählen sollen. Sie werden in die Mitte des Tisches gelegt. Die Spieler sollen nun Handlungen in Bezug auf die persönliche Priorität kommentieren und bewerten. Das Spiel ist zu Ende, wenn die Gruppe sich gemeinsam auf eine Reihenfolge für die fünf Karten geeinigt hat (ebd.).

Die Form der Sprachübungsspiele entspricht nur zum Teil dem klassischen ISKA-Setting. Wie oben beschrieben wird in den zwei ersten Spielen zwar mit Sichtschutz gearbeitet, aber nur im Weg-beschreiben-Spiel ist das Setting in einer Gruppe möglich. In den beiden anderen Spielen wird zu zweit oder in der Gruppe gearbeitet, jedoch ohne Sichtschutz. In der Gruppe können mehr Kinder gleichzeitig und in selbständigerer Art und Weise agieren, die Therapeutin steht hier nur noch bei Fragen zur Verfügung.

In den Recherchen über die für das ISKA-Setting geeignetsten Spielübungen haben die Autorinnen selbst die drei Kategorien **Ich sehe was, was du nicht siehst**, **Navigieren auf dem Stadtplan** und **Bildergeschichten** herausgearbeitet.

Hierbei haben die Autorinnen festgestellt, dass sich die Bereiche von Pulvermüller und Neiningen und Kolleginnen in ihren Vorschlägen folgendermassen wiederfinden, bzw. sich die Ideen tatsächlich decken und diese in ihrer Richtigkeit bekräftigen:

- **Karten-Hergeben** -> **Ich sehe was, was du nicht siehst: Version Bild- oder Wortkarte**: hier wird nicht die Karte hergegeben, sondern der Gewinner bekommt einen Muggelstein. Das Prinzip des „Aufforderns“ und „Auf die Aufforderungen reagieren“ ist jedoch gleich.
- **Weg Beschreiben** -> **Navigieren auf dem Stadtplan**
- **Kommentieren** -> **Ich sehe was, was du nicht siehst: Wimmelbild**: es wird nicht eine Geschichte vorgelesen, die kommentiert werden soll, aber ein Detail auf dem Wimmelbild beschrieben, das gefunden werden soll.
- **Gemeinsam Planen** -> **Bildergeschichten**

6.2.1 Für ISKA geeignetes Kartenmaterial aus dem Zweiersetting

Mit 29 verschiedenen thematisierten Spielen ist die TwinFit-Bildkarten-Serie äusserst vielfältig. Vereinzelt werden sie im ISKA-Setting bereits angewandt wie bspw. Pluralo oder Initialo (Tab. 4). Es werden in den unterschiedlichen Spielen Mittel-Zweck-Verhältnisse, Kausal-Verhältnisse und Teil-Ganzes-Beziehungen thematisiert. Die jeweiligen Spiele ermöglichen die Therapie von Artikulationsproblemen und bieten Bildmaterial zur Förderung verschiedener linguistischer Schwerpunkte. Das Grundschema aller TwinFit-Spiele ist, dass immer zwei Karten zusammengehören.

Die Spiele werden eigentlich zu zweit gespielt. Im Vierersetting können sie nur eingesetzt werden, wenn gewisse Anpassungen in ihren Regeln gemacht werden. Damit sie im Vierer-ISKA-Setting funktionieren, muss folgendes verändert werden: Die 48 Karten werden unter den vier Kindern verteilt. Jedes Kind bekommt zwölf Karten und legt sie offen vor sich aus. Dabei muss darauf geachtet werden, dass die zusammenpassenden Karten nicht bei einem Kind liegen. Der Fussball und das Tor dürfen also bspw. nicht beim gleichen Kind sein. Während das eine Kind den Fussball beschreibt, sollen die anderen Kinder die dazugehörige Karte (Tor) finden und beschreiben.

6.3 Therapiebereiche der Pragmatik mit ISKA

Wie bereits in Kapitel 4.4 näher erläutert, lassen sich pragmatische Fähigkeiten durch unterschiedliche Therapiebausteine behandeln, die sich den drei Bereichen „Kommunikationsverhalten und Gesprächsführung“, „Textverarbeitung und Textverständnis“ sowie „Situations- und Kontextverhalten“ zuordnen lassen. Im Weiteren werden zunächst die Bereiche vorgestellt, welche für die Therapie mit ISKA am ehesten geeignet sind und folgend (Kap. 6.4) Übungsspiele beschrieben, welche die Autorinnen auf den kommunikativen Sprachübungsspielen von Pulvermüller basieren. In Kapitel 6.5 werden die Bereiche genauer betrachtet, die im klassischen ISKA-Setting nur in modifizierter Weise oder gar nicht (Textproduktion schriftlich) therapierbar sind.

Der Bereich mündliche Textverarbeitung und Textverständnis sowie der Bereich Kommunikationsverhalten und Gesprächsführung lassen sich einfacher im ISKA-Setting umsetzen. Dazu gehören bestimmte pragmatisch-kommunikative Bereiche, wie z. B. die mündliche Erzählfähigkeit sowie die Sinnentnahme mündlicher Erzählungen. Diese lassen sich durch den Forced-use (Kap. 5.2.3) mit Trennwand gezielter spielerisch therapieren. Wobei gesagt werden muss, dass sich die drei Bereiche nicht scharf trennen lassen. Denn laut Achhammer und Kolleginnen (2016) stehen alle pragmatischen Teilkomponenten miteinander in Wechselbeziehung und beeinflussen sich dadurch gegenseitig.

Wie in Kapitel 3.2.1 erwähnt, kommen Inferenzen dann zum Zuge, wenn Informationen nicht explizit im Text vorkommen. Die richtigen Schlussfolgerungen aus diesen Angaben stehen in enger Verbindung mit der Fähigkeit zur Hypothesenbildung. Für ein erfolgreiches Verstehen von Inferenzen muss die wörtliche von der übertragenen Bedeutung unterschieden und konstruiert werden und es müssen semantisch-lexikalische Fähigkeiten, Weltwissen und persönliche Erfahrungen mit einfließen (Hachul & Schönauer-Schneider, 2019). Dies wird in den Sprachmodellen von Levelt und Friederici dargestellt (Kap. 3.3.1 und 3.3.2). Die Fähigkeiten der Inferenzziehung und -bildung sind wichtige Voraussetzungen für die folgenden Therapieübungen und werden darin auf unterschiedlichen Komplexitätsstufen gefordert und gefördert. Daher soll hier (Abb. 7) die Gliederung der Inferenzfähigkeiten nach Spector vorgestellt werden, auf welches in den Übungen Bezug genommen wird (ebd.).

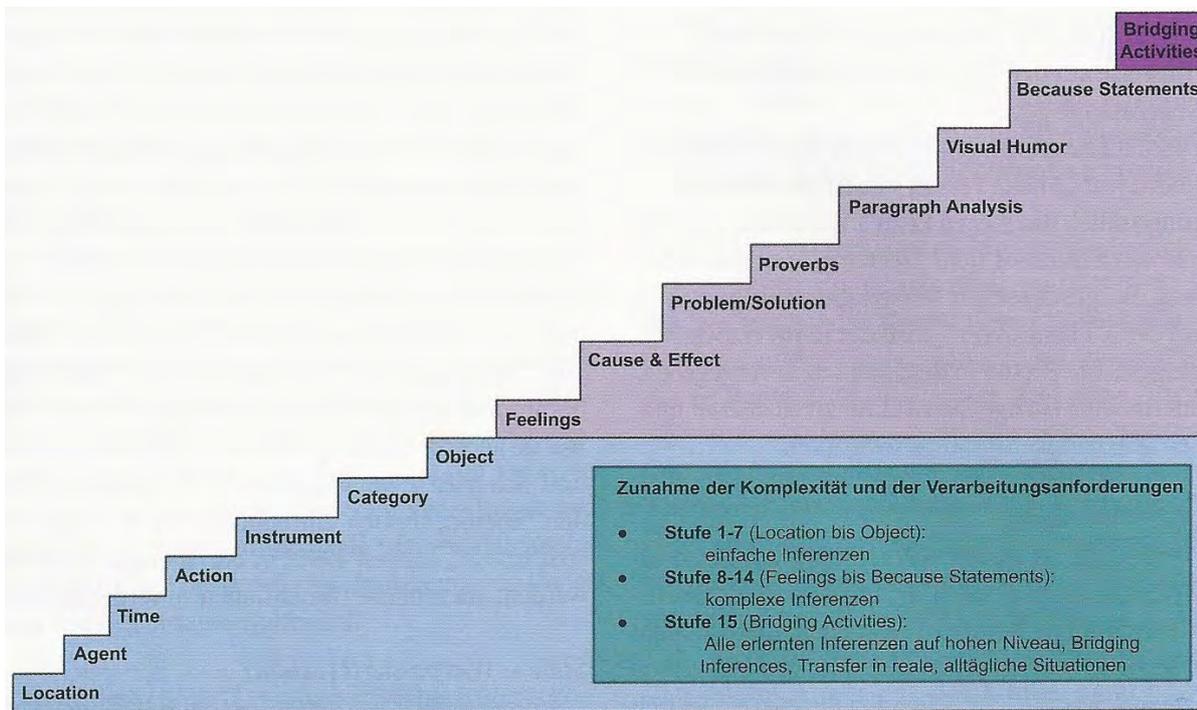


Abbildung 7: Modell der Inferenzhierarchien (aus Hachul & Schönauer-Schneider, 2019, S. 183)

Die Inferenzbildung kann gefördert werden, indem die Komplexität allmählich gesteigert wird. Die Blocks des Modells bauen aufeinander auf, die Reihenfolge innerhalb der Blocks ist in der Therapie jedoch individuell anpassbar (ebd.).

Die **Stufen 1-7** stellen hier die einfachen Inferenzen (**Location bis Object**) dar und bilden die Voraussetzung für die Inferenzfähigkeit höherer Stufen. Die vorgestellten Spiele gelten exemplarisch:

Stufe 1 (Location): Grundlegende Präpositionen, wie *vor*, *hinten*, *in* und *neben* werden gefordert. Spielmaterial hierfür: *TwinFit Loca* (Prolog).

Stufe 2 (Agent): Wer befindet sich auf einer Bildkarte und welche Rückschlüsse führen zur richtigen Annahme.

Stufe 3 (Time): Beinhaltet das Verständnis für zeitliche Begriffe, Zeitpunkte und Zeiträume, um einen Ablauf und eine Reihenfolge einer Handlung nachvollziehen zu können.

Stufe 4 (Action): Eine sinnvolle Handlung soll beschrieben werden, wie bei der Zuordnung von Gegenstand (*Schere*) und Verwendungszweck (*schneiden*). Material: Bildkarten mit Verben, wie das *TwinFit Verba* (Prolog).

Stufe 5 (Instrument): Baut auf der Stufe 4 auf und bringt Gegenstände ins Spiel, die für die Handlung spezifisch sind (*der Schlüssel für die Türe*). Material: *TwinFit Instrumenta* (Prolog).

Stufe 6 (Category): Das Kind muss Gegenstände einem Oberbegriff zuordnen können, bzw. den Oberbegriff einzelnen Unterbegriffen. Material: *TwinFit Hyponyme* (Prolog).

Stufe 7 (Objekt): Relevante Attribute sollen einem Begriff zugeordnet, wie im Spiel *TwinFit Objecta* (Prolog) oder eine Inkonsistenz erkannt werden. Material: „*Hier stimmt ja fast gar nichts!*“ (Butschkow, 2010).

Ab **Stufe 8 (Feelings)** beginnen die komplexeren Inferenzen im Hierarchiemodell: Gefühlszustände einer anderen Person und deren Ursachen können gezogen werden (ToM). Material: Bildkarten über Gefühle.

Stufe 9 (Cause & Effect): Kausale Zusammenhänge sollen gestellt werden, wie sie in Zuordnungsmemories auftauchen oder in „Warum-Weil-Dialogen“.

Stufe 10 (Problem-Solution): Probleme und Konflikte sollen erkannt und anschliessend aktiv eine Lösung gesucht werden. Material: Bilder-, Krimi- oder Detektivgeschichte mit einer klar umrissenen Problemstellung.

Stufe 11 (Proverbs): Die Differenzierung von wörtlicher und übertragener Bedeutung ist gefragt. Material: *Die Katze im Sack* (Lingoplay).

Stufe 12 (Paragraph Analysis): Geschichtengrammatik und Erzählschritte spielen eine übergeordnete Rolle. Sinnhaftigkeit soll diskutiert werden. Material: *Spass beiseite* (NAT-Verlag).

Stufe 13 (Visual Humor): Das Kind ist in der Inferenzziehung von Karikaturen und bildlichen Witzen gefordert.

Stufe 14 (Because-Statements): Das Verstehen von Aufforderungen ohne explizite Begründung ist gefordert, wie in Handlungen „die man so macht“, eng verbunden mit dem Verständnis von Ursache und Wirkung (Stufe 8).

Stufe 15 (Bridging): Eine rückblickende (Auf-)Lösung soll verstanden werden, bei denen gewisse Hinweise mehrdeutig sind und einen zunächst auf eine falsche Fährte locken. Material: *Spass beiseite* (NAT-Verlag) (ebd.).

6.4 Sprachübungsspiele

6.4.1 Allgemeine Voraussetzungen

Neben den Voraussetzungen für die ISKA-Gruppentherapie, die bereits in Kapitel 5.4.2 ausführlich erläutert wurden, sollten keine visuellen und auditiven Wahrnehmungsstörungen bei den Kindern vorliegen, da sowohl das Seh- als auch das Hörvermögen notwendig sind, um die Spiele durchführen zu können und diese den gewünschten Therapieerfolg erzielen. Wenn bspw. eine Hemianopsie oder visueller Neglect vorliegen würde, würde das die Bedingungen sehr erschweren und demotivierend wirken. Grund dafür ist, dass bei beiden Störungsbildern eine Seite des Raumes nicht wahrgenommen wird (Grötzbach et al., 2014).

Wie im Levelt-Modell (Abb. 3) dargestellt, müssen die Lexikoneinträge der zu beschreibenden Bilder oder Wörter so ausdifferenziert (semantisch und phonetisch-phonologisch) sein, dass die Adressaten in der Lage sind, die Begriffe erklären zu können und die Empfänger aus dem Erzählten die Wörter korrekt abrufen können.

Den Therapeuten muss bewusst sein, dass sowohl die regelhafte Entwicklung pragmatischer Fähigkeiten (Kap. 3.4) als auch der individuelle Entwicklungsstand in Abhängigkeit des Störungsbildes und seiner Symptome (Kap. 2.4 und 3.5) berücksichtigt werden muss.

6.4.2 Allgemeine pragmatisch-kommunikative Ziele

Bezugnehmend auf das integrative Modell der Pragmatik (Tab. 1) von Achhammer (2014) wurden folgende pragmatisch-kommunikative Ziele (Tab. 5) für die Übungsspiele festgelegt:

Tabelle 5: Förderbereiche eingeordnet im integrativen Modell der Pragmatik (in Anlehnung an Achhammer, 2014)

Kognitiver Kontext:	Sprachkontext:	Sozial- und Sachkontext:
<ul style="list-style-type: none"> • ToM • Exekutive Funktionen <ul style="list-style-type: none"> ○ Monitoring • Inferenzen • Gedächtnis 	<ul style="list-style-type: none"> • Textproduktion mündlich (Geschichtenschema, Skripts=thematische Struktur) <ul style="list-style-type: none"> ○ Kohäsion ○ Kohärenz ○ Präsuppositionen • Gesprächsführung <ul style="list-style-type: none"> ○ Dialoge initiieren und aufrechterhalten ○ Reparaturen ○ Textverständnis mündlich 	<ul style="list-style-type: none"> • Adressaten- und kontextbezogene gerechte Kommunikation <ul style="list-style-type: none"> ○ Sprechakte ○ Höflichkeit ○ Implikaturen und Konversationsmaxime

Da Inferenzen den Autorinnen als sehr zentral erscheinen und ein wichtiges Teilziel aller nachfolgend vorgestellten Übungen sind, werden sie bei jedem Spiel genauer erläutert.

6.4.3 Therapeutensprache und -verhalten

Bei einem ersten Probelauf des Spieles sollte die Therapeutin als Sprachvorbild dienen. Im späteren Spiel kann sie beim Versprachlichen der Spielbewegungen helfen, wenn das Kind sich nicht selbst zu helfen weiss. Es soll die Äusserung dann jeweils wiederholen.

Falls sich im Probelauf ein fehlender Wortschatz zeigt, sollte dieser vorher eingeübt werden. Schriftkarten mit passenden Bildern wirken hier ebenfalls unterstützend.

Die Therapeutin soll in der Spielsituation explizite Hinweise geben, falls das Kind z. B. fälschlich Vorwissen unterstellt (Präsuppositionen) oder falsche Inferenzen zieht und bildet (Kannengieser, 2015).

6.4.4 Ich sehe was, was du nicht siehst

Dieses Übungsspiel deckt den Therapiebereich Kommunikationsverhalten/Gesprächsführung und Textverarbeitung/-verständnis ab. Für dieses Spiel wurden zwei Versionen entwickelt (Bild- oder Wortkarten und Wimmelbild).

Ablauf mit Version Bild- oder Wortkarten:

Vor jedem Kind liegen die gleichen fünf Bild- oder Wortkarten auf dem Tisch. Das Kind, welches beginnt, beschreibt den Begriff, ohne dabei Gesten zu verwenden, z. B.: „Das ist ein Insekt mit roten Flügeln und schwarzen Punkten darauf.“ Die anderen Kinder müssen den Begriff erraten. Das Kind, das am schnellsten den Begriff *Marienkäfer* richtig errät, bekommt gemeinsam mit dem Kind, welches den Begriff erklärt hat, einen Muggelstein. Errät es niemand, bekommt auch keiner einen Stein. Es werden 10 Runden gespielt. Diejenigen, die am meisten Muggelsteine haben, haben gewonnen.

Den Kindern sollte zu Beginn verdeutlicht werden, dass nicht der Wortabruf, sondern die genaue Erklärung des Wortes im Fokus steht. Die Kinder sollten versuchen, den Begriff so genau wie möglich zu erklären, so dass die zuhörenden Kinder das Wort verstehen und benennen können. Daher bekommt nicht nur der, der richtig geraten hat, einen Muggelstein, sondern auch derjenige, der den Begriff richtig erklärt hat.

Die Therapeutin lässt die Kinder in diesem Spiel weitestgehend autonom agieren. Erraten die Kinder das Wort nicht, kann die Therapeutin Vorschläge machen, wie man den Begriff noch genauer hätte erklären können.

Anpassungsmöglichkeiten:

- Vereinfachung des Schwierigkeitsgrades:
 - Es werden weniger Begriffe in der gleichen Zeit beschrieben und die Aufgabe ist weniger anstrengend für die Kinder.
 - Nur Einsatz von Bildkarten, da die visuelle Darstellung des Objektes bereits Erklärungsmöglichkeiten für den Begriff liefert.
 - Um die Kinder nicht unnötig unter Druck zu setzen, nicht auf Zeit zu spielen.
 - Die Therapeutin überlegt laut, wie man den Gegenstand besser hätte beschreiben können, z. B. durch den Einsatz passender Kohäsionsmittel (Schelten-Cornish, 2015).
- Steigerung des Schwierigkeitsgrades:
 - Anzahl der Karten werden erhöht, so dass jedes Kind, mehr Wörter erklären muss.
 - Wechsel von Bildern zu Wörtern (für Leser)
 - Bilder der ratenden Kinder entfernen, so dass sie die Begriffe nicht im Ausschlussverfahren erraten können, sondern rein durch die Erklärung des anderen Kindes herausfinden müssen.
 - Spiel auf Zeit

Material:

Für dieses Spiel benötigt jedes Kind die gleichen fünf Bild- oder Wortkarten. Ausserdem sollten die Wortkarten ausreichend klar und gross und in einer angemessenen Schriftart (Deutschschweizer Basisschrift) geschrieben sein.

Spezifische Voraussetzungen Version Bild- oder Wortkarten

Wie oben im Spielablauf erwähnt, sollten Bild- oder Wortkarten ausgewählt werden, deren Begriffe die Kinder sicher abrufen können. Daher ist es empfehlenswert, hochfrequente und alltagsorientierte Wörter zu verwenden, die bereits vorher in einem anderen Kontext erarbeitet wurden oder bereits vorhanden waren. Die Bilder können Unterbegriffe eines Oberbegriffs darstellen, sie können aber auch aus unterschiedlichen semantischen Feldern zusammengestellt werden. Dies ist abhängig vom Wissens- und Leistungsstand der Kinder und sollte im Ermessen der Therapeutin ausgewählt werden.

Ablauf mit Version Wimmelbild:

Vor jedem Kind liegt das gleiche Wimmelbild (Abb. 8). Ein Kind wählt ein Objekt oder eine Person auf dem Wimmelbild aus und beschreibt dieses so genau wie möglich. Die anderen Kinder müssen das beschriebene Objekt erkennen und benennen. Wer es als erstes richtig benennt bekommt gemeinsam mit dem erzählenden Kind einen Muggelstein. Dieses Spiel ist kognitiv anspruchsvoller, da zum einen sichergestellt werden muss, dass die Objektnamen auf dem Wimmelbild allen Kindern bekannt sind und sie diese auch abrufen können. Zum anderen ist es für die ratenden Kinder schwieriger, den Begriff zu finden, da sie sich nicht nur auf die Erläuterung des erzählenden Kindes konzentrieren, sondern gleichzeitig das gesuchte Objekt auf dem Wimmelbild finden und dann benennen müssen.



Abbildung 8: Wimmelbild: Der Kindergeburtstag (Hachul & Schönauer-Schneider, 2019, S.168)

Anpassungsmöglichkeiten:

- Vereinfachung des Schwierigkeitsgrades:
 - Wimmelbilder mit weniger Details, so dass es für die Kinder einfacher ist, die beschriebenen Objekte zu finden.
 - Es wird ein farbiges Wimmelbild verwendet.
 - Das Wimmelbild wird auf einen Ausschnitt eingegrenzt.
 - Es wird nicht auf Zeit gespielt.
- Steigerung des Schwierigkeitsgrades:
 - Je höher die Detailgenauigkeit und Anzahl an Objekten, Personen und Tieren ist, desto schwieriger ist es für das erklärende Kind, sich ein Objekt auszusuchen und für die ratenden Kinder, das beschriebene Objekt zu finden.
 - Ein schwarz-weißes Wimmelbild verwenden.
 - Spielen auf Zeit.
 - Bild nur bestimmte Zeit anschauen und dann aus dem Gedächtnis nennen, was dort zu sehen war.

Material:

Jedes Kind bekommt das gleiche Wimmelbild vorgelegt. Es sollte darauf geachtet werden, dass die dargestellten Objekte auf den Bildern eindeutig und gut erkennbar sind.

Spezifische Voraussetzungen Version Wimmelbild

Werden anstatt der Bild- oder Wortkarten Wimmelbilder eingesetzt, erhöht sich die Komplexität und der Schwierigkeitsgrad des Spiels automatisch. Denn allein durch die erhöhte Anzahl und detailliertere Darstellung der Objekte handelt es sich bei der Darstellung auf Wimmelbildern um eine kognitiv viel höhere Anforderung, sowohl für die Erzählenden als auch für die zuhörenden Kinder. Die Kinder müssen also das Gehörte verarbeiten, verstehen und sich merken. Gleichzeitig müssen sie versuchen, die Informationen visuell einem Objekt zuzuordnen, was auf einem Wimmelbild neben einer Vielzahl von anderen Objekten dargestellt ist und sie müssen das gesuchte Objekt benennen. Die erzählenden Kinder müssen in der Lage sein, sich auf ein Objekt auf dem Wimmelbild zu fokussieren und ihre Beschreibungen so zu versprachlichen, dass die anderen Kinder es verstehen können.

Pragmatisch-kommunikative Ziele (gelten für beide Spielversionen):

- Kohäsion

Ein Kind erklärt das Wort *Baum* und sagt Folgendes: „Da können auch Früchte dranhängen und sie sind grösser als ein Auto.“ Da sich der Referent des Pronomens *sie* aus der Erklärung des Kindes auf die Früchte bezieht, kann es bei den Zuhörern zu Verwirrung führen, da diese das Pronomen *sie* auf die Früchte beziehen, obwohl das erzählende Kind eigentlich die Bäume meinte.

- Präsupposition

Beim obengenannten Beispiel *Baum*, könnte das erzählende Kind sagen: „Da wachsen ganz viele Blätter dran.“ Ein anderes Kind könnte nun erwidern, dass es sich um eine Pflanze handelt. Hierbei würde sich zeigen, dass das erzählende Kind das Vorwissen der zuhörenden Kinder überschätzt hat. Denn es ist davon ausgegangen, dass seine Informationen ausreichen würden, um das Wort zu erraten (Schelten-Cornish, 2015).

- ToM

Um Präsuppositionen voraussetzen zu können, müssen die erzählenden Kinder jedoch auch in der Lage sein, die Perspektive des Gesprächspartners einzunehmen und den Wissensstand des Gegenübers zu berücksichtigen bzw. einschätzen zu können, um ihre Informationen entsprechend anzupassen.

- Inferenzen

Inferenzen müssen auch in diesem Spiel ständig von den zuhörenden Kindern gezogen werden. Je nach Übung und je nach Schwierigkeitsgrad müssen sie die einfachen Inferenzhierarchiestufen (Stufe 1-7) schon beherrschen können. Sie müssen in der Lage sein, aus den Angaben des erzählenden Kindes Schlussfolgerungen zu ziehen, die nicht direkt gesagt wurden, sondern sich aus dem Gesagten ergeben. Beschreibt ein Kind eine Frau auf dem Wimmelbild, die ein Stück Kuchen isst z. B. mit folgenden Worten: „Ich sehe eine Frau und die ist hungrig.“ Könnten die Kinder daraus schliessen, dass die Frau, die gerade ein Stück Kuchen isst, die besagte Person ist, ohne dass das Kind noch weitere Informationen geben müsste (Stufe 8-9).

6.4.5 Navigieren auf dem Stadtplan

Dieses Übungsspiel deckt dieselben Therapiebereiche wie das vorherige ab. Zusätzlich kommt der dritte Therapiebereich Situations- und Kontextverhalten hinzu.

Ablauf:

Jedes Kind würfelt einmal. Das Kind mit der höchsten Würfelzahl ist das *Navi*. Es bekommt eine Karte (Abb. 9), auf welcher die Zielorte bereits eingezeichnet sind. Die anderen Kinder sind die Fahrer. Sie bekommen je ein Exemplar einer Karte ohne Symbole und setzen ihre Spielfigur an den Startpunkt. Ein Kind wählt eine Symbol- oder Wortkarte aus und fragt das *Navi*, wie es am besten zum Ziel kommen kann. So können Formulierungen für die Frage ausgearbeitet werden: „Guten Tag, wie komme ich zu...?“ oder „Kannst du mir sagen, wo ich... finden kann?“. Das navigierende Kind lotst die Fahrer mit seinen Erklärungen und ohne Gesten zum Ziel. Dabei werden je nach Niveau Sätze vorgegeben wie „Gehe bei der Post links/rechts/geradeaus!“, „Gehe geradeaus bis zum Schwimmbad.“ oder schwieriger (Shaping: Zusätzliche Attribute bzw. Höflichkeitsform) „Gehe/Gehen Sie geradeaus bis zum Schwimmbad mit der Rutsche.“

Am Ende wird geschaut, ob die Fahrer am richtigen Ort angekommen sind und dort ihre Symbol- oder Wortkarte platziert haben. Sind alle Kinder am korrekten Ziel angelangt, bekommen alle Kinder einen Muggelstein. Die drei Fahrer dürfen sich mündlich absprechen, sich aber nicht gegenseitig auf den Stadtplan schauen. Das Spiel wird auf dem gleichen Stadtplan mit einem neuen Ziel wiederholt.



Abbildung 9: Kinderstadtplan (Hachul & Schönauer-Schneider, 2019, S. 172)

Anpassungsmöglichkeiten:

- Vereinfachung des Schwierigkeitsgrades:
 - Die Himmelsrichtungen auf der Karte deutlich einzeichnen oder bei kleineren Kindern mit Symbolen arbeiten (z. B. verschiedene Tiere in die vier Richtungen zeichnen).
 - Einen einfachen, farbigen Stadtplan mit Beschriftungen verwenden.
 - Einen 3-D-Stadtplan verwenden.
- Steigerung des Schwierigkeitsgrades:
 - Einen Stadtplan mit mehreren gleichen Zielorten verwenden (z. B. zwei Spielplätze, zwei Kirchen...), sodass bei der Beschreibung zusätzliche Attribute bspw. Adjektive verwendet werden müssen.
 - Stadtpläne mit vielen Details, Strassen und Gebäuden verwenden.
 - Die Beschriftungen der Strassen und Gebäude weglassen.
 - Einen schwarz-weißen Stadtplan verwenden.
 - Den Kindern Rollen zuschreiben (Taxifahrer, Postbote, ...)

Die folgende Möglichkeit entspricht nicht mehr dem klassischen ISKA-Setting. Trotzdem möchten die Autorinnen sie hier ansprechen, da sie das Ganze auflockert und die Kinder motiviert:

- Die Kinder folgen nach schriftlicher Anweisung einem In-vivo-Trail durch das Gebäude oder Dorf. Der Zielort kann z. B. eine Eisdiele sein, wo sie ein Eis bestellen.

Material:

Es werden Spielfiguren, ein Würfel und zwei Versionen derselben Stadtkarte benötigt. Eine der Karten (Navi) ist mit Symbolen oder Beschriftungen versehen, wie bspw. das Schwimmbad, die Post oder andere Geschäfte und öffentliche Einrichtungen. Die andere Karte (Fahrer) hat keine Symbole eingezeichnet. Zudem werden bewegliche Bild- oder Wortkarten benötigt, die die Kinder an den Zielort legen, nachdem sie den Anweisungen gefolgt sind.

Spezifische Voraussetzungen:

Neben Störungen der visuellen Wahrnehmung, wären Störungen der räumlich-perzeptiven Wahrnehmung hinderlich. Bei diesen kann es laut Eibl (2019) zu Problemen mit der topografischen Vorstellung (mentale Karte) kommen. Die Patienten haben dann u. a. Schwierigkeiten Landkarten zu lesen und interpretieren.

Ausserdem müssen die Kinder mit dem Konzept der Stadtkarte vertraut sein und sie lesen können.

Pragmatisch-kommunikative Ziele:

Mit dem Navigationsspiel können folgende Ziele aus dem kognitiven Kontext und dem Sprachkontext therapiert werden:

- Präsupposition

Beim Navigieren des Gegenübers durch die Stadtkarte müssen laufend Präsuppositionen gemacht werden. So muss das navigierende Kind das Vorwissen des jeweiligen Fahrers kalkulieren und seine Anweisung entsprechend anpassen. Es muss ausreichend Informationen geben, damit der Fahrer den Weg findet, aber überflüssige, verwirrende Informationen weglassen.

Auch der Fahrer muss Präsuppositionen machen, wenn er sich bspw. verirrt oder die Aussage des navigierenden Kindes nicht versteht. Denn er muss bei solchen Unsicherheiten selbst zum Sprecher werden und seine Situation beschreiben. Er muss erklären können, wo er steht und ab wo er nicht mehr folgen konnte. Dafür muss er das Vorwissen des navigierenden Kindes einschätzen können und berücksichtigen. Dieses kann bspw. nicht wissen, wo der Fahrer auf dem Stadtplan stehen geblieben ist.

- Inferenzen

Die Fähigkeit Inferenzen zu ziehen bedeutet bei dieser Übung, dass der Fahrer erkennt, dass er auf Anweisung die Spielfigur auf dem Plan bewegen und nicht sich selbst im Raum bewegen soll. Sein Weltwissen muss umfassen, dass der Plan die wirkliche Welt repräsentiert, wie die Spielfigur eine Person repräsentiert. Aus diesem Weltwissen kann er die genannte Inferenz ziehen. Im Modell der Inferenzhierarchie (Abb. 7) stellt dies die Stufe 10 dar.

Auch beim Verstehen der Anweisung links oder rechts muss die Inferenz gezogen werden, dass dies jeweils in Gehrichtung der Spielfigur gemeint ist.

- Monitoring (exekutive Funktion) und Reparaturhandlungen

Jedes Kind soll lernen, zu kontrollieren, ob es verstanden wird und seine Äusserungen gegebenenfalls wiederholen und korrigieren. Das kann durch ein Spiel geschehen, in dem der Informationsaustausch eine besondere Rolle spielt (Kannengieser, 2015). Deshalb ist das Navigationsspiel mit den Handlungsanweisungen besonders hierfür geeignet.

Die Therapeutin kann dabei die Signale, die bei Nichtverstehen gesendet werden mit den Kindern besprechen. Zu den Signalen gehören neben sprachlichen Aussagen wie „Wie bitte?“ auch mimische und gestische Signale wie das Stirnrunzeln, Blickkontakt suchen und Ohr hinhalten. Trotz ISKA-Setting sehen die Kinder noch das Gesicht ihres Gegenübers, weswegen sie diese Signale wahrnehmen können und auch sollen. Die Logopädin kann zudem Korrekturen oder Reformulierungen anbieten, welche die Kinder übernehmen und einüben.

Auf der anderen Seite soll der Fahrer in diesem Spiel auch deutlich zum Ausdruck bringen, wenn er etwas nicht verstanden hat und das Verständnishindernis benennen (Kannengieser, 2015).

- Gesprächsführung

Eine Zielsetzung im Bereich Gesprächskompetenz ist es, Dialoge zu initiieren und aufrechtzuerhalten. Bei diesem Spiel wird das dahingehend geübt, dass nach dem Weg gefragt werden und bei Unverständnis nachgehakt werden muss.

- Adressaten- und kontextbezogene Kommunikation

Die Kinder müssen wissen, welche Personen sie duzen oder siezen müssen. Sie müssen den Sozialkontext im Spiel kennen und ihre Sprache dem Gegenüber anpassen. Um diesen Bereich gezielter therapieren zu können, könnten den Kindern verschiedene Rollen vorgeschrieben werden (bspw. Taxifahrer, Postbote, Kind auf dem Schulweg...).

6.4.6 Bildergeschichten

Auch dieses Übungsspiel deckt den Therapiebereich Kommunikationsverhalten/Gesprächsführung und Textverarbeitung/-verständnis ab. Der Schwerpunkt liegt auf dem Textverständnis und der Textproduktion.

Ablauf:

Die Karten der Bildergeschichte (Abb. 10) werden in vollständiger Anzahl an alle Kinder des ISKA-Settings verteilt. Jedes Kind hat also die Gesamtzahl der Bilder vor sich liegen. Nun wird reihum erzählt. Das erste Kind wählt die nach seinem Ermessen erste Bildkarte der Geschichte aus, beschreibt sie so, dass die anderen Kinder sie zuordnen können und argumentiert, wenn möglich, warum es diese Karte gewählt hat. Die anderen Kinder erheben Einspruch, wenn die Karte für sie nicht stimmig erscheint. Nun ist das zweite Kind an der Reihe und beschreibt wiederum seinerseits, warum es welche Karte als Nummer zwei gewählt hat. So wird fortgefahren, bis die Karten der Bildergeschichte alle in eine übereinstimmende Reihenfolge gelegt wurden. Am Schluss kann die Richtigkeit der Abfolge überprüft werden durch die Nummerierung auf der Rückseite der Bildkarten.

Anpassungsmöglichkeiten:

- Vereinfachung des Schwierigkeitsgrades:
 - Hilfe der Aktivierung des Vorwissens durch die Therapeutin
 - Hilfestellung bei der Hypothesenbildung
 - Hilfestellung bei der Inferenzbildung
 - Hilfe bei fehlendem Wortschatz
 - Anzahl Bildkarten reduzieren
 - Inhalt der Geschichte vereinfachen und in der Komplexität den niedrigen Stufen 1-8 der Inferenzhierarchie anpassen (Hachul & Schönauer-Schneider, 2019).
 - Das erste Bild wird vorgegeben
 - Das Geschichten-Schema als Unterstützung vorlegen
- Steigerung des Schwierigkeitsgrades:
 - Die Anzahl Bildkarten kann gesteigert werden
 - Der Inhalt der Geschichte wird komplexer
 - Der Inhalt der Inferenz steigert sich gemäss den Inferenzstufen (Abb. 7) in der Komplexität

Material:

Hierfür werden Bildkarten benötigt, die eine Handlung oder eine Geschichte in einer Abfolge sequenziell darstellen.

Spezifische Voraussetzungen:

- Skriptkenntnis

Die Kinder müssen Wissensschemen zu bestimmten zeitlichen und handlungsspezifischen Abläufen und Sachverhalten der Realität kennen und verstehen.

- Symbolverständnis

Die Mitspieler müssen die Gegenstände, Personen oder Situationen auf den Bildern erkennen, interpretieren und in einen logischen Zusammenhang bringen können.

- Inferenzen

Besonders wichtig für den logischen Aufbau einer Bildergeschichte ist es den Zusammenhang von Ursache und Wirkung zu verstehen (Stufe 9). In gewissen Bildergeschichten, in denen ein Problem und verschiedene Lösungen präsentiert werden, muss das Kind die richtige Reihenfolge eruieren können. Aufgrund dessen wird das lösungsorientierte Denken verlangt (Stufe 10).

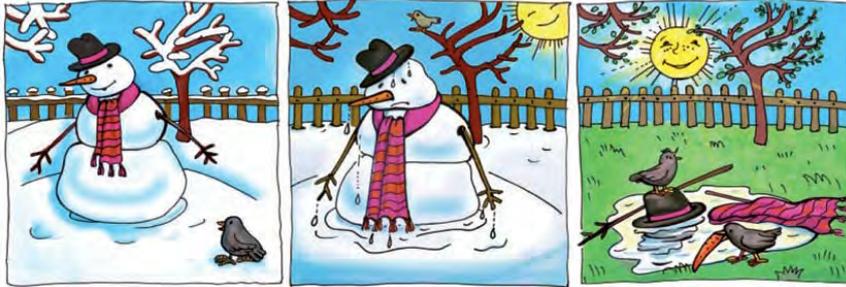


Abbildung 10: Der tropfende Schneemann (Ursache und Wirkung) (Hachul & Schönauer-Schneider, 2019, S. 187)

Pragmatisch-kommunikative Ziele:

- Kohärenz

Im speziellen ISKA-Setting beschreibt jeweils ein Kind das nach seinem Ermessen aktuelle Bild in der Abfolge der Geschichte und äussert seine Argumentation für die Bildwahl dazu. Die anderen Kinder müssen dieser Äusserung einen Sinn entnehmen und ihr eigenes Urteil dazu bilden. Dabei müssen sie ein Text- und Diskursverstehen anwenden, das weit über das Verstehen eines einzelnen Satzes hinausgeht. Es muss ein zusammenhängendes Abbild der inneren Vorstellungskraft gebildet werden, eine „mentale Repräsentation“, auch „mentales Modell“ genannt. Um dies zu erlangen, müssen die Kinder Hinweise im Text mit vorangegangenen Informationen und dem eigenen Weltwissen abgleichen. Die enthaltenen Informationen werden untereinander in Beziehung gesetzt, damit eine Geschichte mit innerem Sinnzusammenhang (Kohärenz) entsteht (Hachul & Schönauer-Schneider, 2019).

- Textproduktion mündlich (Geschichtenschema und Skript) und Inferenzen

Damit die Kinder eine in sich stimmige Geschichte aufgrund der Bilder erzählen können, folgen sie in vielen Fällen einem bestimmten Schema, einer Geschichtengrammatik. Haben die Kinder ein solches Schema verinnerlicht, erwarten sie einen bestimmte Ablauf der Geschichte und können eine Abweichung davon besser einordnen und ihr eigenes Verstehen überprüfen (ebd.):

- Hauptperson(en) Akteur(e)
- Anfangssituation, Setting
- Problem, verursachendes Geschehen, Handlungsziel
- Aktion
- Lösung

Kann ein Kind einen solchen Aufbau in der Erzählung nach einem Geschichtenschema vornehmen, ist es darauffolgend in der Lage, Inferenzen zu ziehen. Das Beherrschen des Schemas ist also die Voraussetzung zur gelingenden Inferenzziehung (ebd.).

Einfach übersetzt für Kinder, könnte man dafür die modifizierte Geschichtenmaus verwenden.

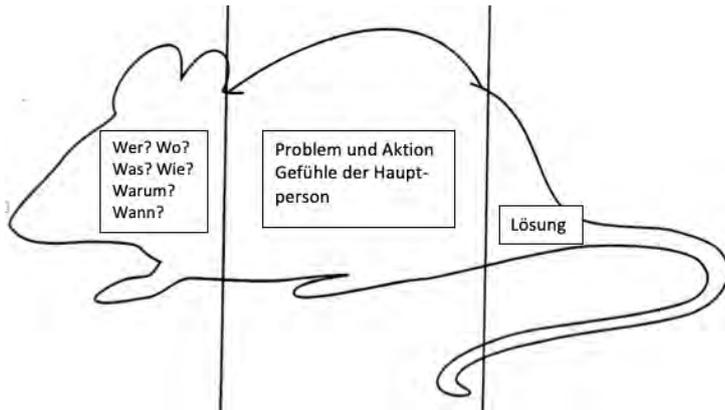


Abbildung 11: Geschichtenmaus (in Anlehnung an Schelten-Cornish, 2015)

6.5 Ergänzungen zu für ISKA weniger geeignete pragmatische Bereiche

Da eine wichtige Voraussetzung im ISKA-Setting der Einsatz der Sichtblende ist, ist die Therapie pragmatisch-kommunikativer Auffälligkeiten, die dem Situations- und Kontextverhalten zugeordnet werden, schwieriger umsetzbar. Denn in diesem Bereich stehen die paraverbalen, nonverbalen und emotionalen Kontextvariablen im Vordergrund (Achhammer et al., 2016). Die Kinder müssen also in der Lage sein, nonverbale Zeichen, wie z. B. Mimik, Gestik, Blickverhalten, Augenkontakt und Körpersprache des Gegenübers zu verstehen und selbst anwenden zu können (ebd.). Das gezielte Üben und Verstehen nonverbaler Zeichen und das Interpretieren von Kontexthinweisen in der Gruppe ist daher durch die Sichtblende und das Sitzen am Tisch schwierig umsetzbar. Des Weiteren werden in der Literatur zu ISKA keine Übungen der schriftlichen Erzählfähigkeit oder Schriftsprache erwähnt.

Wie sich also bei der Analyse der Spiele im ISKA-Setting herausgestellt hat, lassen sich nicht alle Bereiche pragmatisch-kommunikativer Störungen ausreichend therapieren. Im Folgenden werden die Bereiche beleuchtet, welche im ISKA-Setting nicht, oder nur bedingt therapiert werden können, die aber ergänzend eingesetzt werden können.

6.5.1 Nonverbale, paraverbale und emotionale Kontextvariablen

Hierfür eignen sich Spiele aus dem Konzept *Therapie PraFit* (Kap. 4.4.4). Um nonverbale und paraverbale Zeichen besser verstehen, aber auch selbst zeigen zu können, bietet PraFit unterschiedliche Übungsansätze. Die Kinder lernen ihr Blickverhalten für die Kommunikation mit anderen einzusetzen. Dazu sollen sie bewusst Blickkontakt aufnehmen, bevor sie eine Handlung durchführen. Dies wird geübt, indem sie im Kreis stehend Impulse, z. B. in Form von Klatschen, weitergeben. Andere Spiele befassen sich mit dem En- und Dekodieren non- und paraverbaler Zeichen. Emotionen werden häufig durch Mimik, Gestik, Körperhaltung und Prosodie vermittelt. Die Kinder lernen zunächst, diese Zeichen zu dekodieren bevor sie später selbst in der Lage sind, diese zu enkodieren. Dazu stellen sie spielerisch Gefühle mithilfe ihres Gesichtes dar und lernen, die Gefühle der anderen zu lesen. Auch die Pantomime von Tieren und Berufen trägt dazu bei, nonverbale Zeichen zu lesen und umzusetzen. Mithilfe unterschiedlicher Rollenspiele lernen die Kinder ausserdem, bestimmte Hinweise im sozialen Kontext (soziale Rolle, Status, etc.) und im Situationskontext (Anlass des Gesprächs, Gesprächsform, etc.) richtig zu verstehen und sich entsprechend zu verhalten. Dazu zählt auch der Gebrauch eines der Situation angemessenen Wortschatzes, höfliches Verhalten, Rücksichtnahme und die passende Interaktion in der Gruppe (Achhammer et al., 2016).

ISKA ist weniger für die Therapie dieses Bereiches geeignet, da eine Interaktion mit Sichtblende zwar möglich ist, damit jedoch nicht der gewünschte Übungseffekt erzielt werden kann. Laut Spencer (2020b)

werden jedoch zwischen dem langen Üben mit Sichtblende bewusst andere Spiele, wie Tabu oder Pantomime als Motivatoren eingesetzt. Dementsprechend würden sich auch Übungen aus PraFit dafür eignen. Denn das wichtige Prinzip der Interaktivität wird in diesem Setting durch den regen Austausch in der Gruppe gewährleistet. Auch könnte man dem Prinzip der Intensität gerecht werden, in dem man diese Übungen täglich in die Therapiezeit ohne Sichtblende integriert. Die Spiele können ausserdem individuell an die Fähigkeiten der Kinder angepasst werden. Jedoch wird das Prinzip *Constraint-induced* nicht immer eingehalten. Bei einigen Übungen des PraFit wird das Constraint-induced-Prinzip wohl angewandt, aber in veränderter Form. Denn der Fokus wird bewusst auf den Einsatz von Gesten und Körpersprache gelegt und dagegen die Sprache ausgeschlossen. Auch bräuchte man für diese Übungen mehr Zeit, um dem Prinzip *Massed practice* gerecht zu werden, da eine PraFit-Einheit bereits 90 Minuten in Anspruch nimmt.

6.5.2 Textproduktion schriftlich und Lesesinnverständnis

Wie für die mündliche Erzählfähigkeit und das mündliche Sprachverständnis, werden auch bei der schriftlichen Textproduktion sowie Textanalyse PKF benötigt. Mittel der Kohäsion (z. B. Pronomen) und der Kohärenz (inhaltlich-thematische Zusammenhänge) sind sowohl beim Schreiben als auch beim Lesen wichtige, zu berücksichtigende Punkte. Fehlende Kohärenz bei der Textproduktion äussert sich z. B. durch thematische Abweichungen, Informationslücken oder schnellen Themenwechseln (Grande & Hußmann, 2016). Werden Pronomen beim Lesen nicht als Referenzen auf früher im Text Genanntes verstanden, wird es schwierig, dem Text Sinn zu entnehmen.

Im Gegensatz zur mündlichen Textproduktion und dem mündlichen Textverständnis, welche sich nachweislich (Tab. 5) gut im ISKA-Setting therapieren lassen, ist dieses Setting für die Therapie der pragmatisch-kommunikativen Fertigkeiten beim Schreiben und Lesen weniger geeignet.

Kannengieser (2015) schreibt: „Die Zuordnung von Textstörungen zu den pragmatischen Störungen, die auf der Auffassung von Texten als schriftlicher Diskursform beruht, ist nicht unproblematisch, da hier semantische und grammatische Symptome eine sehr große Rolle spielen“ (S. 278). Kinder mit Aphasie haben oft auch noch Jahre nach dem Ereignis Mühe mit dem Lesen und Schreiben (Kubandt, 2013). Da dabei die semantischen und morphologisch-syntaktischen Probleme einen so hohen Stellenwert einnehmen, werden diese mit Vorteil vor den pragmatisch-kommunikativen Problematiken behandelt (Hofmann, 2018).

Das ist aber nicht der primäre Grund, weshalb sich das ISKA- oder generell ein Gruppensetting hier nicht eignet. In jedem Gruppensetting ist die Interaktivität ein wichtiger Punkt. Wenn die Kinder nun Texte oder auch nur Sätze schreiben, findet wenig bis keine Interaktivität statt. Dieses, auch für ISKA zentrale, Prinzip kann also nicht erfüllt werden. Dem Prinzip des Shapings kann nur begrenzt entsprochen werden, wenn gewisse Vorgaben gemacht werden. Diese könnten die Textlänge oder den Wortschatz betreffen. Ebenso könnte das Prinzip des Constraint-induced angewandt werden, indem z. B. gewisse Floskeln nicht benutzt werden dürfen. In Bezug auf die Intensität ist es wiederum besser das Lesen und Besprechen von Texten im Einzelsetting umzusetzen. So kann individuell auf die Kinder eingegangen werden und jedes Kind ist gezwungen, aktiv zu werden. Deshalb werden pragmatisch-kommunikative Ziele der schriftlichen Erzählfähigkeit und des Textverständnisses bei Bedarf besser im Einzelsetting trainiert. Dazu können Übungsspiele wie Krimihaus, Minilogicals, Professor Schnüffelnase, Rätselgeschichten und Lesen und Verstehen genutzt werden.

7. Diskussion

Im folgenden Diskussionsteil werden in einem ersten Schritt die Ergebnisse unserer Entwicklungsarbeit (Kap. 6) mit der Theorie (Kap. 2-5) verknüpft, reflektiert und in Bezug auf die zu Beginn der Arbeit gemachten Annahmen diskutiert. Anschliessend wird die Hypothese auf ihre Richtigkeit überprüft. Es wird

beschrieben, inwieweit sie sich bewahrheitet hat bzw. welche Bereiche der Pragmatik im ISKA-Setting umsetzbar sind und wie die fünf Prinzipien berücksichtigt werden können. Im Ausblick werden schlussendlich mögliche Themen für weiterführende Forschungsarbeiten erläutert.

7.1 Zusammenfassung und Reflexion

Aus der Literatur weiss man, dass bei einem SHT oder generell bei kindlicher Aphasie Störungen der Pragmatik vorkommen können (Kap. 3.5). Es fanden sich allerdings nur wenige Quellen, die diese Vermutung belegen. Diese sprechen die Störungsbilder jeweils nur kurz an und beschreiben sie nicht ausdifferenziert. Die Autorinnen haben sich deshalb mit Informationen zum Störungsbild aus Beschreibungen pragmatischer Störungen bei Kindern ohne Aphasie begnügen müssen. Kubandt (2009) geht als eine der wenigen vertieft auf kindliche Aphasie und PKS ein. Auch sie schneidet PKS bei kindlicher Aphasie nur an und nennt als Grund für Störungen im pragmatischen Bereich den plötzlichen Sprachverlust und die mutistische Phase. Danach betont sie, dass Ansätze, Methoden und Materialien weit hinter der Auswahl der Erwachsenentherapie liegen. Dies verdeutlicht das Entwicklungspotential bei der Pragmatiktherapie für Kinder mit Aphasie.

Die Annahme, dass PKS auch bei Kindern mit Aphasie stärker in die Therapie miteinbezogen werden müssen, wurde durch die Auseinandersetzung mit dem Modell komplexer sprachlich-kognitiver Verarbeitung (Abb. 6) und der Intensivtherapie ISKA unterstrichen. Das Modell zeigt auf, dass pragmatische Kompetenzen in einem engen Interaktionsverhältnis zu semantischen und kognitiven Fähigkeiten stehen. Vernachlässigt man also die Pragmatik in der Therapie, hat dies Auswirkungen auf andere Bereiche. Genauso wird bei der Verbesserung semantischer und kognitiver Fähigkeiten die pragmatische Kompetenz gestärkt. Nicht nur deshalb, sondern auch weil ISKA stets im Gruppensetting stattfindet und die Kinder intensiv miteinander interagieren müssen, wird die Pragmatik bereits implizit mittherapiert (Kap. 5.5). Nichtsdestotrotz bleibt dieser Bereich in der Therapie von kindlicher Aphasie und im Speziellen bei ISKA tatsächlich unterrepräsentiert. So erwähnt Spencer (2020b) als einzigen pragmatischen Zielbereich das Initiieren und Lenken von Gesprächen. Mit ISKA werden vor allem die linguistischen Fähigkeiten in den Bereichen Semantik, Syntax, Morphologie, Phonologie rezeptiv und produktiv geübt sowie auch kognitive Fähigkeiten, wie die Merkfähigkeit, die geteilte und Daueraufmerksamkeit sowie die Handlungsplanung trainiert. Daraus lässt sich schliessen, dass im klassischen ISKA-Setting mit den Trennwänden nur implizit und indirekt und auch nur an Teilbereichen pragmatischer Störungen gearbeitet wird.

Um eruieren zu können, ob bestehende Materialien oder existierende Spiele aus der Therapie für Erwachsene mit Aphasie bzw. für Kinder mit Aphasie oder SES genutzt und angepasst werden können, evaluierten die Autorinnen dieses (Anhang C). Es stellte sich heraus, dass Pulvermüller schon 1992 vier verschiedene kommunikative Sprachübungsspiele beschrieben hat, welche sich für die Therapie mit Aphasikern eignen (Kap. 6.2).

Die Autorinnen wählten ähnliche Spielvarianten, welche spezifische PKF trainieren, nämlich *Ich sehe was, was du nicht siehst*, *Navigieren auf dem Stadtplan*, *Bildergeschichten*.

Die Anpassungen gegenüber den von Pulvermüller beschriebenen Spielen betreffen das Setting. In den entwickelten Übungen wird statt im Zweiersetting oder in Gruppen konsequent im Vierersetting gemäss ISKA mit Stellwänden gearbeitet. Die Kombination aus Übungen mit Stellwänden und Übungen mit Kommunikationssequenzen ohne Stellwände, haben die Autorinnen übernommen. Ausserdem beschreiben die Autorinnen, spezifische pragmatische Fähigkeiten, welche bei den ausgearbeiteten Spielen im Zentrum stehen (Kap. 6.3 und 6.4.2). Wie dort beschrieben, ist der Einsatz und das Verständnis von Inferenzen ein grundlegendes Ziel aller vorgestellten pragmatisch-kommunikativen Übungen, da die Inferenzziehung und

-bildung eine wichtige Strategie im Sprachverstehen und in der Textproduktion darstellt. Mit ihnen lässt sich eine Steigerung der linguistischen Anforderungen im Sinne des Shapings konkret ausführen.

Den Logopädinnen war wichtig, dass die entwickelten Spiele von Logopädinnen einfach verstanden und mit gängigem Material gut umgesetzt werden können. Es werden jeweils Voraussetzungen beschrieben, Therapiebereiche bzw. -ziele angegeben, das Material aufgelistet und eine detaillierte Spielebeschreibung gemacht. Um alle wichtigen Inhalte auf einen Blick erfassen zu können, liefern die Autorinnen im Anhang (D) zudem tabellarische Übersichten zu den Spielen, welche von praktizierenden Logopädinnen genutzt werden können. Bei der Definition der pragmatischen Ziele der Übungen stellte sich heraus, dass sich nicht alle Bereiche gleichermaßen für die Therapie im ISKA-Setting eignen. In einem zweiten Schritt des Entwicklungsprozesses beschreiben die Autorinnen die Bereiche, welche sich nicht oder nur bedingt für die Therapie im ISKA-Setting eignen und begründen dies (Kap. 6.5). Es sind dies nonverbale, paraverbale und emotionale Kontextvariablen, schriftliche Erzählfähigkeit und Lesesinnverständnis.

In der Auseinandersetzung mit der Therapiemethode stellte sich heraus, dass auch während ISKA-Intensivwochen Platz geschaffen wird, ohne die Trennwände zu arbeiten. So kann, zwischen den eigentlichen ISKA-Runden, an pragmatischen und anderen Themen explizit gearbeitet werden. Es werden also bereits Übungen, wie bspw. Pantomime-Spiele eingesetzt, die sich im Therapiekonzept PraFit wiederfinden (Kap. 6.5.1). Auch bei den beiden Spielen *Kommentieren* und *Gemeinsam Planen* von Pulvermüller wird die freiere Kommunikation ohne Trennwände bereits aufgegriffen (Kap. 6.2). Das führte die Autorinnen zu der Idee, die Methode ISKA mit PraFit und anderen Übungsspielen zu kombinieren, um Therapiebereiche abzudecken, welche sich nicht für das klassische ISKA-Setting eignen. Eine Kombination der ISKA-Übungen mit dem Konzept des PraFit von Achhammer stellt ausserdem ein konsequentes Verfolgen des *Constraint-use* dar. Dieses findet nur auf unterschiedlichen Ebenen statt. Beim ISKA-Setting zielt die Einschränkung auf die Verbesserung der sprachlichen Ausdrucksfähigkeiten ab, beim PraFit soll die Einschränkung oder komplette Unterbindung verbaler Mittel, den expliziten Gebrauch nonverbaler und paraverbaler Mittel fördern. Das ISKA-Prinzip des *Constraint-use* wird somit auch bei PraFit erfüllt.

7.2 Bestätigung der Hypothese

Die zu Beginn der Entwicklungsarbeit von den Autorinnen aufgestellte Hypothese lautet:

Mit der Therapiemethode ISKA und unter der Berücksichtigung ihrer fünf Prinzipien lassen sich auch PKS therapieren. Dafür kann bestehendes Therapiematerial für erwachsene Aphasiker oder Material für die Therapie von Kindern mit einer SES benutzt und angepasst werden.

Die Beantwortung der zur Hypothese hinführenden Fragen (Kap. 1.2) führten die Autorinnen zu folgenden Erkenntnissen:

Die Hypothese hat sich nur teilweise bestätigt. Einerseits konnte vorhandenes Therapiematerial aus der SES-Therapie und der Aphasietherapie für Erwachsene angepasst werden, sodass PKS unter Einhaltung der fünf ISKA-Prinzipien (Kap. 6.4) behandelt werden können. Andererseits sind nicht alle Bereiche der Pragmatik in diesem Setting förderbar. Dazu zählen die schriftliche Textproduktion sowie ein Grossteil para- und nonverbaler Kommunikation. Hier bietet sich eher das Therapiekonzept PraFit an, was ein speziell auf pragmatische Fähigkeiten ausgerichtetes Therapiekonzept im Gruppensetting ist (Kap. 6.5.1). Daneben können schriftliche Übungen zur Erzählfähigkeit und zum Lesesinnverständnis im Einzelsetting umgesetzt werden (Kap. 6.5.2).

Das ISKA-Setting in Vierergruppen wurde teilweise bewusst durch ein Zweiersetting ausgetauscht, um eine Anpassung des Schwierigkeitsgrades zu erreichen. So wurde das klassische ISKA-Setting nicht bei allen Varianten der Spiele eingehalten.

Eine Wirksamkeitstestung wäre zur endgültigen validierten Bestätigung der Hypothese notwendig. Leider sprengte das den Rahmen der vorliegenden Bachelorarbeit.

7.3 Ausblick

Eine Überprüfung der Wirksamkeit war ursprünglich mit den Logopädinnen aus dem HJW Gailingen im Gespräch. Wäre alles im normalen Rahmen, ohne die aktuelle Covid-19-Situation verlaufen, hätten die Übungen im Herbst 2020 in ein ISKA-Sprachtraining einfließen können. Umso mehr würde es interessieren, wie sich die Übungen in der Umsetzung bewähren würden und ob sich ein positiver Effekt auf die PKF der Kinder feststellen lassen könnte. Eine Wirksamkeitstestung wäre vermutlich quantitativ schwer messbar, wohl aber qualitativ überprüfbar. Quantitative Messungen sind schwierig, da es für Kinder mit Aphasie keine standardisierten Tests für pragmatische Fähigkeiten gibt. Die Möglichkeit einer qualitativen Wirksamkeitstestung bietet bspw. der PDSS, der SET 3-5 oder der Heidelberger Sprachentwicklungstest (HSET). Dohmen et al. (2009) führt ein Interview mit den Bezugspersonen zur Erfassung und Analyse der verschiedenen kommunikativen Fähigkeiten durch.

Auch wäre relevant, wie sich die Kombination der für das ISKA-Setting vorgeschlagenen Spiele mit Übungen aus dem PraFit-Konzept (Kap. 4.4.4) in die Praxis umsetzen liessen. Diese Verknüpfung könnte durch eine zusätzliche Berücksichtigung der schriftlichen Textproduktion erweitert werden. Durch die bereits eingesetzten Schriftkarten im ISKA-Setting wird die rezeptive Schriftsprachkompetenz mit einbezogen, jedoch die produktive Seite noch nicht.

Die Eltern erfahren zu Beginn eines ISKA-Sprachtrainings eine Einführung in die Methode. Es könnte hier auch zielführend sein, sie in das Training selbst mit einzubinden und ihnen dieses so zu vermitteln, dass Übungen daraus auch im häuslichen Rahmen umgesetzt werden könnten. Hier könnten adaptierte Übungen für ein Zweiersetting angeboten werden. Dies hätte eine stärkere Bewusstmachung und Verarbeitungsmöglichkeit für Eltern und Kind mit zusätzlicher Übungsmöglichkeit für das Kind zur Folge.

Eine weiterführende Unterstützung der aphasischen Kinder auch nach einer Intensivwoche muss in der Begleitung und Beratung sowohl im familiären als auch im schulischen Kontext stattfinden. Denn oft treten Spätfolgen der Aphasie erst mit steigenden Schulansprüchen (*Growing into the Deficit*) auf. Die *Regelschule um jeden Preis* sollte hier nicht die Antwort sein, sondern eine sonderpädagogische Beschulung oder integrative Förderung im Regelunterricht in Betracht gezogen werden (Kubandt, 2013). Eine Rückkehr zum früheren Schulbildungsweg ist meist das Ziel der Eltern und auch das betroffene Kind wünscht sich nichts mehr, als wieder in das bekannte Umfeld integriert werden zu können (ebd.). Dafür wäre die Entwicklung einer Informationsbroschüre oder eines Flyers sinnvoll. Man könnte dazu die Informationen aus dem Artikel über kindliche Aphasie der beiden Mitautorinnen Meyer und Petri (2021) in der Elternzeitschrift *Fritz und Fränzi* nutzen.

Ein erstrebenswertes Ziel dieser Bachelorarbeit wäre, dass die Ideen und beschriebenen Übungen in der Praxis Anwendung finden und vielleicht sogar von den Autorinnen in ihrer späteren logopädischen Arbeit eingesetzt werden könnten.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Growing into the Deficit (in Anlehnung an Benz & Ritz, 2003, Kubandt, 2018, S 119).....	10
Abbildung 2: Kommunikation im Kontext (Achhammer & Spreer, 2015, S. 23)	13
Abbildung 3: Sprachproduktionsmodell von Levelt (Asano, n. d., S. 16)	17
Abbildung 4: Parallel-Interface-Modell (Grande & Hußmann, 2016, S. 68).....	17
Abbildung 5: Ebenen und Therapiebausteine des Konzeptes PraFit (Achhammer, 2014, S. 105/106)	26
Abbildung 6: Modell komplexer sprachlich-kognitiver Verarbeitung (in Anlehnung an das Modell der verbalen kommunikativen Kompetenzen von Hinchliffe et al., 1998, Rosenkranz et al., 2020, S. 84).....	32
Abbildung 7: Modell der Inferenzhierarchien (aus Hachul & Schönauer-Schneider, 2019, S. 183)	35
Abbildung 8: Wimmelbild: Der Kindergeburtstag (Hachul & Schönauer-Schneider, 2019, S.168).....	39
Abbildung 9: Kinderstadtplan (Hachul & Schönauer-Schneider, 2019, S. 172).....	41
Abbildung 10: Der tropfende Schneemann (Ursache und Wirkung) (Hachul & Schönauer-Schneider, 2019, S. 187)	44
Abbildung 11: Geschichtenmaus (in Anlehnung an Schelten-Cornish, 2015).....	45

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Integratives Modell der Pragmatik (in Anlehnung an Achhammer & Spreer, 2015).....	14
Tabelle 2: Übersicht: Symptome PKS im integrativen Modell der Pragmatik (Achhammer, 2014, S. 59) ..	20
Tabelle 3: Unterschiede CIAT/CIATneu, ISJA und ISKA (Spencer, 2020b, S. 152)	29
Tabelle 4: In der Therapie nach ISKA verwendetes Material geordnet nach Therapiebereichen (in Anlehnung an Spencer, 2020b)	31
Tabelle 5: Förderbereiche eingeordnet im integrativen Modell der Pragmatik (in Anlehnung an Achhammer, 2014).....	37

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
bzw.	beziehungsweise
bspw.	beispielsweise
ca.	circa
CIAT	Constraint-Induced Aphasia Therapy
CIMT	Constraint-Induced Movement Therapy
d. h.	das heisst
ebd.	ebenda
et al.	und andere
etc.	et cetera

GPK	Graphem-Phonem Korrespondenz
HJW	Hegau-Jugendwerk Gailingen
ISJA	Intensives Sprachtraining für Jugendliche und junge Erwachsene mit Aphasie
ISKA	Intensives Sprachtraining für Kinder mit Aphasie
Kap.	Kapitel
PGK	Phonem-Graphem Korrespondenz
PKF	pragmatisch-kommunikative Fähigkeiten
PKS	pragmatisch-kommunikative Störungen
S.	Seite
SES	Sprachentwicklungsstörung
SHT	Schädel-Hirn-Trauma(ta)
Tab.	Tabelle
u. a.	unter anderem
usw.	und so weiter
v. a.	vor allem
z. B.	zum Beispiel

Spieleverzeichnis

- Butschkow, R. (2010) *Hier stimmt ja fast gar nichts!* Köln: Baumhaus Verlag
- Ender, U. *TwinFit Assoziativa*. Köln: ProLog
- Ender, U. *TwinFit Auxilia*. Köln: ProLog
- Ender, U. *TwinFit Causa. Was kommt wodurch?* Köln: ProLog
- Ender, U. *TwinFit Directa*. Köln: ProLog
- Ender, U. *TwinFit Hyponyma. Was hat den gleichen Oberbegriff?* Köln: ProLog
- Ender, U. *TwinFit Instrumenta. Was benutzt man wozu?* Köln: ProLog
- Ender, U. *TwinFit Loca. Wer oder was arbeitet oder wohnt wo?* Köln: ProLog
- Ender, U. *TwinFit Objecta. Welche Handlungen zielen auf die gleichen Dinge?* Köln: ProLog
- Ender, U. *TwinFit Sequenza*. Köln: ProLog
- Ender, U. *TwinFit Verba. Welche Dinge erfordern die gleiche Handlung?* Köln: ProLog
- Frank, G., Grziwotz, P. *Warum-Weil*. Ravensburg: Sprachheilzentrum Ravensburg
- Hatch, K. et al. *Die Abenteuer von Professor Schnüffelnase. Übungen und Kopiervorlagen zu Leseverstehen*. Schaffhausen: Schubi
- Kudrass, A. *Anlautfit*. Köln: Prolog
- Lingoplay. *Animo. Wortfeld Tiere. Mau-Mau-Spiel*. Köln: Lingoplay
- Lingoplay. *Dick & dünn. Gegensätze. Schwarzer Peter Spiel*. Köln: Lingoplay

Lingoplay. *Kleider und Schrank. Zusammengesetzte Wörter. Dominospiel.* Köln: Lingoplay

Lingoplay. *Lecker-Schmecker. Kategorien im Wortfeld Essen. Anlegespiel.* Köln: Lingoplay

Lingoplay. *Sprachförderung. Neben-An. Präpositionen über, an, um, zwischen, neben. Mau-Mau-Spiel.* Köln: Lingoplay

Lingoplay. *Phonologische Bewusstheit. Haus-Maus-Laus. Dreierreimen. Merkspiel.* Köln: Lingoplay

Lingoplay. *Phonologische Bewusstheit. Initialo. Anlautpaare finden. Schwarzer Peter Spiel.* Köln: Lingoplay

Lingoplay. *Phonologische Bewusstheit. L wie Löwe. Anlaute A, E, I, O, U, F, M, N finden. Anlegespiel.* Köln: Lingoplay

Lingoplay. *Pluralo. Pluralbildung. Schnipp-Schnapp-Spiel.* Köln: Lingoplay

Lingoplay. *Sprache betrachten. Die Katze im Sack. Redewendungen. Merkspiel.* Köln: Lingoplay

Lingoplay. *Sprachförderung. Dreierlei. Einfach SPO-Sätze. Merkspiel.* Köln: Lingoplay

Lingoplay. *Sprachförderung. Funny Family. Sätze mit einfachen Verben bilden. Mau-Mau-Spiel.* Köln: Lingoplay

Lingoplay. *Sprachförderung. Was ist das? Oberbegriffe. Anlegespiel.* Köln: Lingoplay

Lingoplay. *Sil-ben-su-che. Silbengliederung. Dominospiel.* Köln: Lingoplay

Lingoplay. *Vokalo. A, E, I, O, U im Wort unterscheiden. Mau-Mau-Spiel.* Köln: Lingoplay

Lingoplay. *Volltreffer. Akkusativ und Dativ unterscheiden. Suchspiel.* Köln: Lingoplay

Prolog. *Fotobox. Verben.* Köln: ProLog

Prolog. *Krimihaus. Die spannende Verbrecherjagd vom Keller bis zum Dach.* Köln: Prolog

Ruhr Verlag. *Adjektive. Gegensatzpaare.* Mülheim an der Ruhr: Verlag an der Ruhr

Schubi. *Vocabular. Wortschatzbilder. Kartenbox.* Schaffhausen: Schubi

Trialogo. *Wer, wie, was? Grammatik spielerisch üben.* Konstanz: Trialogo

Volkmann et al. *Spaß beiseite.* Hofheim: NAT-Verlag

Literaturverzeichnis

- Achhammer, B. (2014). *Pragmatisch-kommunikative Fähigkeiten fördern. Grundlagen und Anleitungen für die Sprachtherapie in der Gruppe*. München: Reinhardt.
- Achhammer, B. & Spreer, M. (2015). Pragmatisch-kommunikative Fähigkeiten – Entwicklung, Störungen und therapeutische Intervention. *Praxis Sprache*, 1, 23-27.
- Achhammer, B., Büttner, J., Sallat, S., & Spreer, M. (2016). *Pragmatische Störungen im Kindes- und Erwachsenenalter*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Apfelbeck, A. & Nick, A. (2013). CIAT-Gruppentherapie. Ein Erfahrungsbericht aus der Praxis. *SAL-Bulletin*, 150, 15-24.
- Asano, Y. (n. d.). *Sprechen, Hören, Schreiben, Lesen – liegt ihnen ein gemeinsamer kognitiver Mechanismus zugrunde?* Verfügbar unter <https://www.jdzb.de/fileadmin/Redaktion/PDF/veroeffentlichungen/tagungsbaende/D61/04-p1340%20asano1.pdf>
- Bauer, A., de Langen-Müller, U., Glindemann, R., Schlenck C., Schlenck K. J., Huber, W. (2002). *Qualitätskriterien und Standards für die Therapie von Patienten mit erworbenen neurogenen Störungen der Sprache (Aphasie) und des Sprechens (Dysarthrie): Leitlinien 2001*. Verfügbar unter <https://www.aphasiegesellschaft.de>
- Bauer, S. (2016). Kindliche Aphasie. Eine diagnostische Herausforderung. In: A. Blechschmidt & U. Schräpler (Hrsg.), *Aphasiadiagnostik. Aktuelle Perspektiven* (S. 113-126). Basel: Schwabe.
- Büttner-Kunert, J. (2020). Sprachtherapie in der Neuropädiatrie – Pragmatische Störungen nach Schädelhirntrauma (SHT) im Kindes- und Jugendalter. *Sprachförderung und Sprachtherapie*, 3, 179-188.
- Dohmen, A., Dewart, H., Summers, S. (2009). *Das Pragmatische Profil. Analyse kommunikativer Fähigkeiten von Kindern*. München: Elsevier.
- Eibl, K. (2019). *Sprachtherapie in Neurologie, Geriatrie und Akutrehabilitation*. München: Elsevier GmbH.
- Ellger, K. (2018). SES – Nicht mehr spezifisch? Nicht mehr umschrieben? *Logos, Ausg. 3*, 123-125.
- Friede, S. (2020). Aphasie bei Kindern und Jugendlichen – Definition, Charakteristik, Diagnostik, Verlauf und Konsequenzen für Schule und Alltag. *Sprachförderung und Sprachtherapie*, 3, 138-147.
- Glück, C. W. (2007). Pragmatische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. In Schöler, H. (Hrsg.), *Sonderpädagogik der Sprache. Handbuch Sonderpädagogik, Band 1* (S. 247). Göttingen: Hogrefe.
- Grande, M. & Hußmann, K. (2016). *Einführung in die Aphasiologie* (3., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Grötzbach, H., Schneider, B., Wehmeyer, M. (2014). *Aphasie: Wege aus dem Sprachdschungel*. Berlin: Springer.
- Hachul, C. & Schönauer-Schneider, W. (Hrsg.) (2019). *Sprachverstehen bei Kindern – Grundlagen, Diagnostik und Therapie* (3. Aufl.). München: Elsevier.
- Hanser, C. (2020). *Aphasie bei Kindern*. Unveröffentlichtes Dokument. HfH Zürich. o.V.
- Hofmann, J. (2018). Kindliche Aphasie – Therapeutische und pädagogische Herausforderungen im Langzeitverlauf. *Sprachtherapie aktuell: Forschung – Wissen – Transfer*, 2018, 11, 1-7.
- Kannengieser, S. (2015). *Sprachentwicklungsstörungen. Grundlagen, Diagnostik und Therapie* (3. Aufl.). München: Elsevier GmbH.
- Katz-Bernstein, N., Schröder, A., Quasthoff, U. (2014). Erzählen: Ein „Spiel für Kinder“, aber kein Kinderspiel“. *Praxis Sprache*, 4, 229-238.

- Kubandt, M. (2009). *Aphasie bei Kindern und Jugendlichen. Ein Ratgeber für therapeutische Berufsgruppen* (1. Aufl.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Kubandt, M. (2013). *Aphasie– selbst aktiv. Kinder, Jugendliche, Familien*. Hrsg.: Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V. Würzburg: Böhler Verlag.
- Kubandt, M. (2016). *Aphasie im Kindesalter. Gemeinsamkeiten und Unterschiede zur Aphasie bei Erwachsenen*. In: A. Blechschmidt & U. Schräpler (Hrsg.), *Aphasiediagnostik. Aktuelle Perspektiven* (S. 101-112). Basel: Schwabe.
- Kubandt, M. (2018). *Aphasie bei Kindern – eine begriffliche Annäherung an ein seltenes Störungsbild*. In: M. Grohnfeldt (Hrsg.), *Kompendium der akademischen Sprachtherapie und Logopädie. Band 4: Aphasien, Dysarthrien, Sprechapraxie, Dysphagien – Dysphonien* (S. 113-124). Stuttgart: Kohlhammer.
- Lauer, N. & Birner-Janusch, B. (2010). *Sprechapraxie im Kindes- und Erwachsenenalter* (2., vollständig überarbeitete Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Loew, M., Böhringer K. (2002). *Kindliche Aphasie. Schriftenreihe Jugendwerk. Beiträge zur neurologischen Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*, 18.
- Meinzer, M. (2004). *Neuropsychologische und Neurophysiologische Aspekte intensiver Sprachtherapie bei chronischer Aphasie*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Konstanz, 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*. Bulletin der «aphasie suisse», (2)20, 25-38.
- Meyer, N. & Petri, A. (2021). *Papa, warum habe ich das Sprechen verlernt?* Verfügbar unter <https://www.fritzundfraenzi.ch/erziehung/entwicklung/papa-warum-habe-ich-eigentlich-das-sprechen-verlernt>
- Möhrle, C. & Spencer, P. G. (2007). *Kinder und Jugendliche mit Aphasie*. *Forum Logopädie*, 21 (6), 6-12.
- Möller, D. & Ritterfeld, U. (2010). *Spezifische Sprachentwicklungsstörungen und pragmatische Kompetenzen*. *Sprache – Stimme – Gehör*, 34, 84-91.
- Neininger, B., Pulvermüller, F., Elbert, T., Rockstroh, B., Mohr, B., & Mohr, B. (2004). *Intensivierung, Fokussierung und Verhaltensrelevanz*. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 15(3), 219-232.
- Nospes, S., Olthoff, A. (2005). *Funktionsdiagnostik und Therapie von Kommunikationsstörungen bei neurogenen Sprech- und Stimmstörungen im Erwachsenenalter*. Verfügbar unter [Neurogene Sprech- und Stimmstörungen-schö-olt-nos-final2 \(dgpp.de\)](https://www.dgpp.de/Neurogene-Sprech-und-Stimmstörungen-schö-olt-nos-final2)
- Patrasso, K. (2020). *Kindliche Aphasie im Kontext Therapie und Schule*. Unveröffentlichte Masterarbeit. Krems: Donau-Universität Krems.
- Peter, U. & Widmer, A. (2001). *Schädel-Hirn-Trauma bei Kindern. Behandlung und Verlauf*. *Sprache Stimme Gehör*, 25, 180 – 184.
- Roelvink, V. (2007). *Aphasie bei Kindern*. München: Grin Verlag.
- Rosenkranz, A., Quinting, J., de Beer, C., Hogrefe, K., Jaecks, P., Jonas, K. et al. (2020). *Komplexe semantische Verarbeitung bei kognitiven Kommunikationsstörungen*. *Sprache· Stimme· Gehör*, 44(02), 84-89.
- Rubi-Fessen, I. (2017). *Aphasietherapie*. *neuroreha*, 9(2), 79-82.
- Rupp, S. (2013). *Semantisch-lexikalische Störungen bei Kindern*. Berlin: Springer.
- Schelten-Cornish, S. (2015). *Kommunikative Berücksichtigung des Zuhörers: Ein Therapiebereich bei pragmatischen Sprachstörungen*. *Praxis Sprache*, 1, 27-30.

Grötzbach, H., Schneider, B. & Wehmeyer, M. (2014). *Aphasie. Wege aus dem Sprachdschungel* (6. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Schütz, S. (2013). *Kommunikationsorientierte Therapie bei Aphasie*. München: Ernst Reinhardt.

Spencer, P. G. (2006). Kindliche Aphasie. Hintergründe und Praxis. *not*, 3, 24-26.

Spencer, P. G. (2020a). ISKA – Intensives Sprachtraining für Kinder mit Aphasie in Anlehnung an CIAT. Besonderheiten in Therapiesetting und Diagnostik sowie Ergebnisse zur Wirksamkeit. *Sprache – Stimme - Gehör. Zeitschrift für Kommunikationsstörungen*, 44(3), 77-86.

Spencer, P. G. (2020b). ISKA – ein Intensivsprachtraining für Kinder mit Aphasie. Therapiesetting, -durchführung und Material. *Sprachförderung und Sprachtherapie in Schule und Praxis*, 9(3), 150-156.

Strohner, H. (2006). Textverstehen aus psycholinguistischer Sicht. In Blühdorn, H., Breindl, E., Waßner, U. (Hrsg.), *Text – Verstehen. Grammatik und darüber hinaus* (S. 187-204). Berlin, New York: de Gruyter.

Tesak, J. (2007). *Grundlagen der Aphasietherapie* (5., unveränderte Aufl.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Wieland, A., Möhrle, C., Loew, M. (2001). Jugendliche Aphasiker. *Schriftenreihe Jugendwerk. Beiträge zur neurologischen Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*, 13.

Willner, A. (2008). *Beschulungsproblematik bei Kindern mit Aphasie - aufgezeigt am Beispiel eines Jungen in der 4. Klasse an einer Sonderschule für Körperbehinderte*. Unveröffentlichte Wissenschaftliche Hausarbeit, Pädagogische Hochschule Ludwigsburg, Ludwigsburg.

Ziegler, W. (2012). *Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall*. Verfügbar unter [LL 92 2012 Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall - Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. \(dgn.org\)](#)

Zollinger, B. (2015). *Die Entdeckung der Sprache*. Bern: Haupt.

Anhangsverzeichnis

Anhang A: ISKA-Spieleliste des HJW	I
Anhang B: Diagnostikverfahren	IV
Anhang C: Gesammelte und evaluierte Spiele nach pragmatischen Therapieschwerpunkten.....	VI
Anhang D: Übungsspiele	XIX

Anhang A: ISKA-Spieleliste des HJW

Kinder-CIAT/ISKA Boxen (intern entwickeltes Material mit Fotos aus dem Internet und allenfalls selbst-gemachten Schriftkarten)

- Phonologie und Lexikon / Satzbau und Grammatik, Beispiele:
 - Reimpaare
 - Finde den Unterschied - Fußballtrikots: ist recht schwer, Karten sind sehr ähnlich – dadurch muss man sehr genau fragen und antworten. Kann aber variiert werden (durch Auswahl der Karten)
 - Homonyme
 - Teil-Ganzes
 - Präpositionen – ein Gegenstand jeweils in allen Präpositionsformen vorhanden, so kann Schwierigkeit angepasst werden (es muss sehr genau gefragt werden). → Wortschatz (Präpositionen), Grammatik (Kasus), ...
 - Singular-Plural mit Verben, Spielvarianten:
 - a) das Kind lacht + die Kinder lachen
 - b) das Kind lacht (2x gleiches Bild)

Interne Liste an gekauftem Material fürs ISKA

Die Kartensätze werden teilweise doppelt benötigt

Kartenspiele

Prolog: Lingoplay:

- Neben-An: Präpositionen
- Jacke wie Hose (Kimspiel): Wortschatz, Kategorienbildung
- Was ist das: semantische Kategorien, Oberbegriffe
- Anlaute-schwarzer-Peter: Anlautpaare finden
- Dick und dünn: Gegensatzpärchen bilden
- Volltreffer: Akkusativ und Dativ unterscheiden
- Haushalt: Kategorien im Wortfeld Haushalt
- Sachen machen: Sätze mit zweistelligen Verben bilden
- Pluralo: Pluralbildung
- Funny Family: Sätze mit einfachen Verben bilden
- Vokalo: Phonologische Bewusstheit, Vokale A E I O U im Wort erkennen und unterscheiden
- Präpofix; Spiel mit 8 Präpositionen auf, unter, hinter, vor, über, neben, in, zwischen
- Auf & unter: Präpositionen auf, unter, vor, hinter, in
- Animo: Themenbezogene Wortschatzerweiterung (z. B. Wortfeld Tiere), semantische Kategorienbildung, Gegensatzpaare
- Kleider und Schrank: zusammengesetzte Nomen bilden
- L wie Löwe: Phonologische Bewusstheit, Anlaute A, E, I, O, U, F, L und M erkennen
- Haus Maus Laus: PBW, Reime erkennen und Merkfähigkeit
- Lecker Schmecker: Kategorien im Wortfeld Essen
- Silbensuche: PBW, Anzahl Silben erkennen

- Sachen machen: Als Kartenspiel für zwischendurch oder mit Sichtblende – dann mit doppeltem Kartensatz.
- Family: Es muss entweder die Bild- oder Schriftkarte erfragt werden.
- Dreierlei: Satzbau
- Kiki Kraushaar: Alltagsgegenstände und ihre Funktionen: Zusammenhänge erkennen, Satzbildung
- Alles Käse, oder was?: Tiere, Nahrung, Lebensräume kennen lernen

Prolog: Graphemix-Spiele fördern PBW als Vorläuferfähigkeit der Schriftsprache:

- Reimfit: Schriftsprache, Auditive Wahrnehmung, Phonologische Bewusstheit
- Anlautfit
- Wortfit: Wortdurchgliederung
- Lautfit: PBW, Lautanzahl erkennen

Prolog: TwinFit (Wortschatzerweiterung und -findung)

- TwinFit Elementa: Teil-Ganzes-Beziehung
- TwinFit Causa: Ursache-Wirkung-Beziehung
- TwinFit Objecta: Gleiches Objekt -verschiedene Verben (Bsp. Die Frau kämmt die Haare – Die Frau föhnt die Haare)
- TwinFit Instrumenta: Zwei Objekte passen zusammen (Bsp. Angel – Fisch)

Von TwinFit gibt es noch ganz viele: Entweder als Spiel für zwischendurch, oder mit Sichtblende (Schrift- und Bildkarten-Kombi, hier bei Gegenteilen auch mal so die Paare finden – also nach dem Gegenteil fragen, ist nicht ganz leicht d.h. vorher mal als Memory spielen)

Prolog: Bildboxen Vokabular (Wortschatzerweiterung)

- Tiere und Menschen
- Gegenstände
- Kleidung
- Berufe – typische Handlung und Foto

Trialogo: Plappersack

- Humor I: Förderung der Spontansprache
- Wikinger: Förderung der Spontansprache
- Schule/Kindergarten: Förderung der Spontansprache

Das Ziel bei der Arbeit mit Plappersack ist vor allem, pro Bild (nur) einen (vollständigen) Satz zu bilden, den sich die anderen merken können.

Schubi:

- Schubi: Vocabular: Wortschatzbilder Adjektive, Verben und Nomen
- Schubi: Wer Wie Was? : Grammatikspiel, Umgang mit Fragesätzen, Zukunft, Vergangenheit, Dativ und Akkusativ

Ravensburger:

- Lach dich schlapp: Satzbau

Trialogo (in der Schweiz beim Schubi-Verlag erhältlich):

- Berufe und Tätigkeiten

- (Themen: Sport, Spiel und Freizeit, Einkaufen, Kleidung, Tiere, Haus und Heim)

Bildergeschichten:

Schubi: Bilderbox

- Danke Kim
- Ein Tag mit Floh
- Genial Bildergeschichte: Vom Umgang mit Stärken und Schwächen, eigene Talente entdecken
- Lea Lars und Dodo
- Märchen I und II
- So oder so: Wie geht die Geschichte aus? Bildergeschichte mit zwei Schlussvarianten
- Sentimage: Gefühle
- Super, Eva!

Visodidac:

- Bilderbox Tom und Sara

Prolog:

- Tagesablauf (Prolog)
- Diverse Sequenzkarten
- **Familiengeschichten**

CIAT-COLLOC: Grundprogramm, hier gibt es auch Bildkarten speziell fürs ISKA.

Anhang B: Diagnostikverfahren

Diagnostikverfahren - Sprachentwicklung (Auswahl) (in Anlehnung an Kubandt, 2011, Patrasso, 2011, S. 24)

Test Sprachentwicklung	Ziel/Altersbereich (nach Angaben der Autoren)	Anmerkung, Modalitäten etc. (nach Angaben der Autoren)
AWST-R: Aktiver Wortschatztest für 3-5jährige Kinder – Revision (Kiese-Himmel 2005)	Beurteilung des expressiven Wortschatzumfangs im Kindergartenalter	Dimension „expressiver Wortschatz“, insgesamt 51 Substantive und 24 Verben; quantitative und qualitative Beurteilung
SLRT II: Lese- und Rechtschreibtest (Moll und Landerl 2010)	Ein-Minuten-Leseflüssigkeitstest für Kinder der 1. – 6. Klasse und Erwachsene. Rechtschreibtest für Kinder der 2. bis Anfang der 5. Klasse	Lesen auf Wort- und Pseudowortebene, Schreiben nach Diktat auf Wortebene
PDSS: Patholinguistische Diagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen (Kauschke/Siegmüller 2002)	Frühzeitiges Erkennen von Sprachentwicklungsstörungen auf allen sprachsystematischen Ebenen bei Vorschulkindern	Phonologie, Lexikon/Semantik und Grammatik. Prüfung der produktiven und rezeptiven Fähigkeiten des Kindes auf Laut-, Wort- und Satzebene
SETK-2: Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder (Grimm 2000)	Erfassen der Sprachverarbeitungsfähigkeiten. Altersbereich 2;0-2;11 Jahre und ältere Kinder	Sprachverständnis und Sprachproduktion. Umfassende und valide Aussagen über das Sprachniveau
SETK 3-5: Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder (Grimm 2001)	Diagnose von Sprachverarbeitungsfähigkeiten und auditiven Gedächtnisleistungen. Altersbereich 3;0-5;11 Jahre und ältere Kinder	Sprachverständnis und Sprachproduktion. Umfassende und valide Aussagen über das Sprachniveau
TROG-D: Test zur Überprüfung des Grammatikverständnisses (Fox et al. 2011)	Erfasst das Verständnis für die grammatischen Strukturen des Deutschen. Altersbereich 3;0-10;11 standardisiert	Rezeptiver Sprachtest. Erfasst das Verständnis (qualitativ und quantitativ) für die grammatischen Strukturen des Deutschen, die durch Flexion, Funktionswörter und Satzstellung (Wortanordnung im Satz) markiert werden

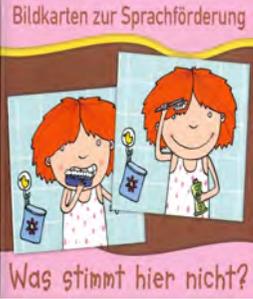
Diagnostikverfahren - Aphasie bei Erwachsenen (Auswahl) (in Anlehnung an Kubandt, 2011, Patrasso, 2011, S. 25)

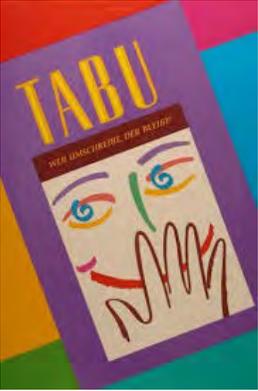
Test Aphasie bei Erwachsenen	Ziel/Altersbereich (nach Angaben der Autoren)	Anmerkung, Modalitäten etc. (nach Angaben der Autoren)
AAT: Aachener Aphasie Test (Huber, Poeck, Weniger und Willmes 1983)	Diagnostik von Aphasien infolge erworbener Hirnschädigungen. Kann für Jugendliche ab 14 Jahren und Erwachsene eingesetzt werden	Nachsprechen, Lesen, Schreiben, Benennen, Spontansprache, Sprachverständnis; Token Test: zusätzliche Informationen zur Abgrenzung gegenüber nicht-aphasischen Störungen und zur Bewertung des Schweregrads der Aphasie
Auditives/Visuelles Sprachverständnis: Wortbedeutungen (Blanken 1996)	Einzeluntersuchungen mit ansteigendem Schwierigkeitsgrad zur semantisch-lexikalischen Verarbeitung von mündlich bzw. schriftlich angebotenen Einzelwörtern (Nomina) im Kontext von Bildern (Farbgrafiken)	Der auditive und der visuelle Teil bestehen jeweils aus vier Untersuchungen z. B. Zielbegriffe im Kontext von jeweils drei semantisch nicht-relationierten Konzepten auszuwählen
BOSU: Bogenhausener Semantik-Untersuchung (Glinde-mann, Klintwort, Ziegler und Goldenberg 2002)	Überprüfung des semantischen Wissens bei Erwachsenen mit sprachlichen und kognitiven Störungen	Untertests: Zuordnen von Objekten in Situationen, Sortieren von Objekten nach semantischen Hauptmerkmalen bzw. Nebenmerkmalen, Semantisches Sortieren von geschriebenen Wörtern, Sortieren von Objekten nach Farben
LEMO: Lexikon modellorientiert – Einzelfalldiagnostik (De Bleser, Cholewa, Stadie und Tabatabaie 2004)	Modellorientierte Untersuchung von aphasischen, dyslektischen und dysgraphischen Störungen der Wortverarbeitung	Diskriminieren, Lexikalisches Entscheiden und Nachsprechen, Lesen und Schreiben, Sprachverständnis, Benennen. Umfassende Einschätzung des rezeptiven und produktiven Sprachanteils sowie eindeutige Aussage über den Ansatzpunkt der Therapie
Wortproduktionsprüfung (Blanken, Döppler und Schlenck 1999)	Einzeluntersuchungen zur Diagnostik von Wortproduktionsleistungen bei aphasischen Patienten. Den theoretischen Rahmen bildet das Logogen-Modell	Diktat, Mündliches und Schriftliches Benennen, Lesen, Nachsprechen Nomina; Nachsprechen, Lesen, Diktat Pseudowörter

Anhang C: Gesammelte und evaluierte Spiele nach pragmatischen Therapieschwerpunkten

Dieses Dokument wurde von den Autorinnen als Arbeitsdokument verwendet und hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

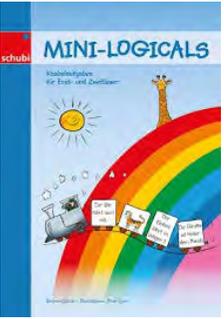
Spiel	Pragmatischer Fokus	Umsetzung im ISKA-Setting
<p>Gesprächssituationen üben</p>	<p>Präsupposition, Blickkontakt, Turn-Taking, Erzählfähigkeit</p>	<p>Man könnte bestimmte Themen, die die Kinder interessieren (Hobbys, Ferien, Tiere,...), als Gesprächssequenz nutzen. Hier müsste jedoch die Therapeutin genau planen, wie sie die Kinder aus der „Reserve“ locken kann, um sie zum Reden zu animieren. Eventuell könnte man Bilder zu den Themen nutzen, um die Kinder zu motivieren.</p> <p>Fragekarten mit offenen Fragen wären auch eine Möglichkeit, um ins Erzählen zu kommen, z. B. Was kannst du besser als deine Eltern? Wenn du ein Tier wärst, welches Tier wärst du? Was möchtest du später mal werden? Warum?... -> Könnte man auch mit mehreren Kindern machen, so dass sie lernen, sich gegenseitig Fragen zu stellen und auch abzuwarten bzw. zuzuhören.</p> <p>Oder Scaffolding-Sätze mit älteren Kindern, z. B. Therapeutin beginnt: „In 10 Zehn Jahren ...“ Kind sagt: „In zehn Jahren bin ich 16 und habe eine Lehre“ Therapeutin fragt, welche Lehre... und warum... etc.).</p> <p>Eher für das freie Erzählen geeignet.</p>
<p>Gesagt – Getan (von Haba)</p> 	<p>Präsupposition, Erzählfähigkeit, Inferenzen</p>	<p>Ein Kind ist der König und nur er weiss, wie der geheime Begriff lautet. Jedes Kind hat eine Tafel, Kronen und einen Stift vor sich. Der König gibt mithilfe der Kronen den anderen Kindern Hinweise, wie der Begriff lauten könnte. Er sagt also den Kindern, wo die Kronen auf der Tafel platziert werden müssen. Danach sagt der König den Kindern, wie und wo sie welche Linien einzeichnen sollen -> Das Kind, das als erstes den Begriff erraten hat, hat gewonnen.</p> <p>Schwierigkeitsgrad: einfache Bilder/Wörter vs. schwierigere Bilder/Wörter, Präpositionen einfügen (vorher?)</p> <p>ISKA geeignet</p> <p>Forced use: Gebrauch der verbalen Sprache wird durch Sichtblende erzwungen</p> <p>Massed practice (hoch repetitiv): durch wiederholtes Üben</p>

		<p>Shaping: Erhöhung des Schwierigkeitsgrades durch Erklären von schwierigeren Bildern.</p> <p>Intensiv: tägliches Üben innerhalb von 10 Tagen</p> <p>Interaktiv: Kommunikation in der Gruppe</p>
<p>Bildkarten – Was stimmt hier nicht (vom Ruhr Verlag)</p> 	<p>Präsupposition, Erzählfähigkeit, Weltwissen, Inferenzziehung Stufe: Konzentration</p>	<p>Erläuterung: Es gibt immer 2 Karten, die zusammengehören, z. B. Kind kämmt sich mit Zahnbürste die Haare und Kind putzt sich mit Kamm die Zähne. Insgesamt gibt es 32 Karten.</p> <p>Ablauf: Jedes Kind aus der Gruppe bekommt eine Karte, die es den anderen Kindern nicht zeigen darf. Die Karten müssen so verteilt werden, dass immer zwei Kinder ein passendes Paar haben. Die Kinder erzählen nun, was auf ihrer Karte falsch ist. Die Kinder müssen versuchen, ihren „Partner“ zu finden, ohne die Karten der anderen zu sehen.</p> <p>→ Nur in Zweierteams möglich</p> <p>Spielmöglichkeit ohne Sichtblende:</p> <p>Es liegen ein paar Karten in der Mitte und ein Kind beginnt, ein Bild zu beschreiben. Die anderen Kinder beschreiben nacheinander, was auf ihren Karten ist und die Kinder versuchen, sehr schnell, das passende Gegenstück in der Mitte zu nehmen.</p> <p>Oder:</p> <p>Es liegen vier Karten in der Mitte und ein Kind beginnt eine davon zu beschreiben. „Ich sehe was, was du nicht siehst und das ist gelb.“ So macht das Kind immer weiter, bis eines der anderen Kinder die richtige Karte erraten hat.</p> <p>→ Auch zu viert möglich, aber ohne Sichtblende, daher weniger für klassisches ISKA-Setting geeignet</p>
<p>Quatschkopf (von Trialogo)</p>	<p>Präsupposition, Erzählfähigkeit, Weltwissen, Konzentration</p>	<p>Ablauf: Ein Kind beschreibt das Bild und die anderen Kinder müssen erraten, was auf dem Bild nicht stimmt. Z. B. „Der Mann schenkt der Frau einen Blumenstrauß. Der Blumenstrauß besteht aus Bällen und Lampenschirmen.“ -> Das Kind, was am schnellsten reagiert bekommt einen Muggelstein.</p> <p>ISKA geeignet, aber anspruchsvoll, da die zuhörenden Kinder sich genau auf das Gesagte konzentrieren müssen.</p>

		
<p>Tabu (von Hasbro)</p> 	<p>Präsupposition, Anpassung des Informationsgehaltes an Gesprächspartner, Erkennen von Inferenzen</p>	<p>Ablauf: Tabu (Begriffe erklären, ohne zeichnen bzw. Pantomime). Ein Kind erklärt einen Begriff und die anderen Kinder müssen den Begriff erraten. Das Kind, das als erstes den Begriff erraten hat, hat gewonnen.</p> <p>Steigerung: Kind darf bestimmte Wörter (Anzahl variabel) nicht für die Erklärung des Begriffes verwenden.</p> <p>ISKA geeignet</p>
<p>Spiel: „Ich sehe was, was du nicht siehst.“</p>	<p>Präsupposition, Anpassung des Informationsgehaltes an Gesprächspartner (ToM), Weltwissen, Inferenzen</p>	<p>Material: Karten oder Wimmelbild. Jedes Kind hat 5 Karten mit Bildern von Unterbegriffen eines Oberbegriffs liegen auf jedem Tisch vor jedem Kind. Bei lesenden Kindern gehen auch schriftliche Karten.</p> <p>Ablauf: Das Kind, was beginnt, beschreibt den Begriff ohne Gesten, z. B.: „Das ist ein Insekt mit grossen, bunten Flügeln.“ Die anderen müssen den Begriff erraten (evtl. wäre es sinnvoll, Zweiergruppen zu bilden, je nach Leistungsfähigkeit der Kinder). Das Kind, was am schnellsten den Begriff richtig errät, bekommt gemeinsam mit dem Kind, was den Begriff erklärt hat, einen Muggelstein. Errät es niemand, bekommt auch keiner einen Stein. Es werden 10 Runden (oder weniger) gespielt. Diejenigen, die am meisten Muggelsteine haben, haben gewonnen.</p>

		<p>Die Kinder müssen verstehen, dass es nicht um den Wortabruf geht, sondern um die genaue Erklärung des Wortes.</p> <p>Steigerung: Spiel auf Zeit.</p> <p>Wichtig: Kinder dürfen keine Wortfindungs-/Wortabrufstörungen haben.</p> <p>Forced used: Gebrauch der verbalen Sprache wird durch Sichtblende erzwungen</p> <p>Massed practice (hoch repetitiv): durch Wiederholung des Spiels.</p> <p>Shaping: Erhöhung des Schwierigkeitsgrades durch Zeit.</p> <p>Intensiv: tägliches Üben innerhalb von 10 Tagen</p> <p>Interaktiv: Kommunikation in der Gruppe</p> <p>ISKA geeignet</p>
<p>Navi-Spiel</p>  <p>Kinderstadtplan (Hachul & Schönauer-Schneider, 2019, S. 172)</p>	<p>Präsupposition, Anpassung des Informationsgehaltes an Gesprächspartner (ToM), Weltwissen, Inferenzen</p>	<p>Material: Eine Spielfigur, ein Würfel, zwei Stadtkarten: eine ist mit beweglichen Symbolen oder Wörtern versehen, die Geschäfte und öffentliche Einrichtungen (Schwimmbad, Rathaus...) darstellen. Die andere hat die gleichen Symbole am Kartenrand abgebildet.</p> <p>Ablauf: Alle würfeln, derjenige mit der höchsten Würfelzahl ist das „Navi“. Er bekommt die Karte mit den Symbolen auf der Karte, die die Therapeutin darauf verteilt hat. Das Kind links neben ihm ist der Fahrer. Der Fahrer bekommt die andere Karte ohne Symbole und setzt seine Spielfigur an den Startpunkt. Er wählt ein Symbol/Wort am Kartenrand aus und fragt das Navi, wie er am besten zum Ziel kommen kann. So können Formulierungen für die Frage ausgearbeitet werden: „Guten Tag, wie komme ich zu...?“ oder „Könnten Sie mir sagen, wo ich... finden kann?“ (Verhalten im sozialen Kontext). Das Navi lotst den Fahrer mit seinen Erklärungen und ohne Gesten zum Ziel. Am Ende wird geschaut, ob der Fahrer am richtigen Ort angekommen ist. Ist das Ziel korrekt, bekommt das Navi einen Muggelstein. Wer am Ende am meisten Steine hat, hat gewonnen. Danach platziert die Therapeutin die Symbole neu und die nächsten beiden Kinder sind an der Reihe.</p> <p>Kann man auch zu viert spielen -> einer ist Navi und alle anderen sind Fahrer</p> <p>Tipp: Haben die Kinder Probleme mit „links“ und „rechts“, können Schilder links und rechts neben die Spielfläche gelegt werden.</p>

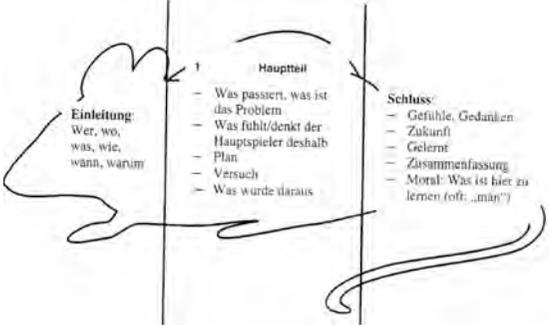
<p>Finde den Unterschied (von Brain-box)</p> 	<p>Anpassung des Informationsgehaltes an Gesprächspartner (ToM), Erzählfähigkeit, Weltwissen, Turn-Taking, Zuhörerfähigkeiten</p>	<p>ISKA geeignet</p> <p>Material: Bilderpaare mit kleinen Unterschieden in unterschiedlichen Schwierigkeitsgraden (Google „Suche die Unterschiede“ oder „Brain Box“).</p> <p>Ablauf: Am besten zu zweit: Jeder Spieler hat ein Bild. Die beiden Bilder unterscheiden sich in 6 Fehlern. Der erste beginnt einen Bereich des Bildes zu beschreiben, z. B. „Die Frau hat ein gelbes T-Shirt an.“ Und der andere muss genau beobachten bzw. zuhören, ob die Beschreibung auch seinem Bild entspricht. Falls ein Fehler gefunden wurde, wird dieser markiert und der andere beschreibt einen anderen Teil des Bildes. Wenn sie innerhalb einer bestimmten Zeit alle Fehler gefunden haben, ist das Spiel gewonnen.</p> <p>Zu zweit, daher weniger für ISKA geeignet</p>
<p>Geschichten erzählen -> mit „Ich sehe was, was du nicht siehst“</p>  <p>Wimmelbild „Wiesenfest“, 2021, abrufbar unter https://www.koelln.de/wissen-fun/wimmelbilder/</p>	<p>Anpassung des Informationsgehaltes an Gesprächspartner (ToM), Erzählfähigkeit, Weltwissen, Zuhörerfähigkeiten</p>	<p>Material: Wimmelbilder/-bücher (z. B. unter https://www.koelln.de/wissen-fun/wimmelbilder/)</p> <p>Ablauf: Der erste Spieler sucht eine Figur auf dem Wimmelbild aus, zu der er sich eine kurze Geschichte von zwei bis drei Sätzen ausdenkt. Die drei anderen Spieler suchen auf dem Wimmelbild die Figur, die die Geschichte verdeutlicht. Es dürfen weder Informationen zu ihrer Stellung auf der Bücherseite (z.B. „unten rechts“) gegeben noch Gesten eingesetzt werden. Kann einer der Gegenspieler die Figur finden, gilt die Runde für beide als gewonnen, andernfalls ist sie für beide verloren.</p> <p>Hilfe: Als Hilfe kann die Geschichtenmaus (s. u. bei Bildergeschichten) zur Verfügung gestellt werden.</p> <p>Steigerung: Auf Zeit spielen oder die Geschichten erweitern, indem eine Geschichte mit zwei Figuren auf dem Wimmelbild ausgedacht wird.</p> <p>ISKA geeignet.</p>
<p>Krimihaus (von ProLog)</p>	<p>Erkennen von Inferenzen, aber auch zum</p>	<p>Hier ist die Frage, ob das bei Kindern mit Aphasie sinnvoll ist, da sie häufig Probleme beim Lesen und Schreiben haben.</p>

	<p>Schreiben von Texten, z. B. Polizeiprotokoll</p>	<p>Eher im Einzelsetting</p>
<p>Minilogicals (von Schubi)</p> 	<p>Sinnentnahme aus schriftlichen Texten (-> eher Einzeltherapie)</p>	<p>s. o. Eher im Einzelsetting</p>
<p>Professor Schnüffelnase (von Schubi)</p> 	<p>Sinnentnahme aus schriftlichen Texten</p>	<p>s. o. Eher im Einzelsetting</p>
<p>Rätselgeschichten (von Schubi)</p>	<p>Sinnentnahme aus schriftlichen Texten</p>	<p>s. o. Eher im Einzelsetting</p>

		
<p>Lesen und verstehen (von Schubi)</p> 	<p>Sinnentnahme aus schriftlichen Texten</p>	<p>s. o. Eher im Einzelsetting</p>
<p>Was wäre wenn? (von Schubi) (ähnlich wie Quartettkarten)</p>	<p>Einsatz von Kohärenz und Kohäsion Wiederholung der Satzstellung</p>	<p>Ablauf: Zu jeder Wenn-Karte (z. B. Ritter) passen drei Dann-Karten (z. B. Rüstung, Schwert, Pferd), welche umgedreht ein Lösungsbild ergeben (Selbstkontrolle). Hier könnte ein Kind die Ritterkarte haben und die anderen Kinder fragen, z. B.: „Wenn ich ein Ritter wäre, dann hätte ich eine Rüstung. Hast du (zeigt auf anderes Kind) eine Rüstung?“ ABER: dafür müsste das Kind mit dem Ritter wissen, welche drei anderen Karten zum Ritter gehören. Ausserdem ist es auch syntaktisch-morphologisch recht anspruchsvoll. Daher wahrscheinlich etwas zu komplex.</p>

		
<p>Bilderbox: Was nun? (von Schubi)</p> 	<p>Einsatz von Kohärenz und Kohäsion</p>	<p>Erläuterung: Zu jeder Situationskarte gibt es 3 Lösungskarten:</p> <p>Ablauf: Man könnte jedem Kind die gleiche Situationskarte mit den 3 Lösungskarten vorlegen und jedes Kind könnte erzählen, welche es bevorzugen würde.</p> <p>ISKA geeignet, aber benötigt Material in mehrfacher Anzahl.</p>
<p>Bilderbox: Sentimage (von Schubi)</p> 	<p>Einsatz von Kohärenz und Kohäsion, Erkennen/Lesen von Mimik/Emotionen</p>	<p>Erläuterung: Kurze Handlungsabläufe erkennen und nachahmen (jeweils fünf Bilder)</p> <p>Ablauf: Jedes Kind hat die gleichen fünf Karten vor sich liegen. Ein Kind erzählt die Geschichte und die anderen Kinder müssen ihre Karten anhand der Erzählung in die richtige Reihenfolge bringen.</p> <p>Oder: Jedes Kind hat ein Bild und Kinder müssen gemeinsam herausfinden, wie die Reihenfolge ist (ohne Sichtblende) -> geht aber nur mit Bildergeschichte aus 4 Bildern.</p> <p>Vereinfachung: Geschichte nur mit drei Bildern</p> <p>Steigerung: Geschichte mit beiden Mimik-Bildern</p> <p>Anmerkung: Mimik-Bilder sind grafisch nicht so gut umgesetzt und es könnte zu Schwierigkeiten beim Erkennen der Emotionen kommen.</p> <p>ISKA geeignet.</p>

<p>Praxisbuch Sprechen und Handeln (von Schubi)</p> 	<p>Einsatz von Kohärenz und Kohäsion</p> <p>Zuhörerverhalten</p>	<p>Erläuterung: Es wird schrittweise erklärt, wie man z. B. ein Geschenk einpackt (HOT).</p> <p>Ablauf: Ein Kind könnte den Kindern genaue Anweisungen geben, um z. B. etwas zu basteln. Hier könnte man anstatt mit Text auch mit Bildern arbeiten. Das Kind hat die Handlungsschritte auf Bildern vor sich und muss den anderen Kindern Schritt für Schritt erklären, was sie machen sollen. Z. B. „Nehmt die Schere und schneidet einen Kreis aus. Dann klebt ihr den Kreis auf die schwarze Pappe...“</p> <p>Bsp: Blume ausmalen, Schiff falten, irgendwas legen, einfache Figur aus Knete machen</p> <p>Oder: man macht eine HOT-Sequenz und erklärt sich am Ende, was sie gemacht haben.</p> <p>Steigerung: mehr Bilder</p> <p>Vereinfachung: weniger Bilder zum Erklären</p> <p>Achtung: das geht nur mit Kindern, die keine Paresen haben.</p> <p>ISKA geeignet, aber in Planung aufwändig.</p>
<p>Kartenspiel: Warum? Weil (vom Sprachheilzentrum Ravensburg)</p> 	<p>Einsatz von Kohärenz und Kohäsion</p>	<p>Erläuterung: Das Spiel enthält 20 Warum-Fragekarten und 20 Weil-Antwortkarten. Das kleine Bild auf den Antwortkarten zeigt an, welcher Fragekarte die Antwortkarte zuzuordnen ist. Es sind Ereignisse dargestellt, die bei den vier Personen bzw. dem Hund Freude auslösen können.</p> <p>Ablauf: Der Spielleiter hat die Fragekarten mit der Rückseite nach oben vor sich liegen. Die Antwortkarten werden den Kindern ausgeteilt. Diese legen sie ebenfalls mit der Rückseite nach oben vor sich aufeinander ab. Der Spielleiter hebt nun eine Karte von seinem Stapel ab und fragt z. B.: „Warum freut sich der Vater?“ Nun heben alle Kinder ihre oberste Karte ab und überprüfen, ob sie zur Frage passt (hat ein kleines Vater-Bild auf der Karte oben links). Ist dies der Fall können sie schnell antworten, z. B. „Weil er mit dem Staubsaugen fertig ist!“ Die sprachliche und inhaltliche Formulierung ist hier bewusst nicht exakt festgelegt. Wer alle seine Karten zuordnen konnte, hat gewonnen.</p> <p>ISKA: die Therapeutin oder eines der Kinder besitzt die Fragekarten und spielt den Spielleiter und die anderen Kinder besitzen die Antwortkarten.</p>
<p>Bildergeschichten (Schubi)</p>	<p>Förderung mündlicher und schriftlicher</p>	<p>Ablauf: Alle Kinder haben die gleiche Bildergeschichte und ein Kind muss die Geschichte in der richtigen Reihenfolge erklären. Die anderen Kinder müssen genau zuhören und</p>

<p>Erklärung: 3-5 Bilder pro Geschichte in transparenter Aufstellbox</p> 	<p>Erzählfähigkeit (Einleitung, Planbruch, Lösung), Weltwissen</p>	<p>versuchen, ihre Bilder anhand der Geschichte, in die richtige Reihenfolge zu legen. Die Therapeutin kontrolliert, ob die Bilder richtig liegen.</p> <p>Steigerung: Bildergeschichte mit 5 Bildern.</p> <p>Vereinfachung: Bildergeschichte mit 3 Bildern bzw. das Kind, was Geschichte erzählt bekommt die Bilder in der richtigen Reihenfolge hingelegt. Hilfe durch Geschichtenmaus auch möglich.</p>  <p>Wichtig: Kinder sollten sich mit Geschichten identifizieren können. ISKA geeignet.</p>
<p>Bilderbox: Papa Moll (von Schubi)</p> 	<p>Förderung mündlicher und schriftlicher Erzählfähigkeit (Einleitung, Planbruch, Lösung), Weltwissen</p>	<p>s. o.</p>
<p>Vater und Sohn Geschichten</p>	<p>Förderung mündlicher und schriftlicher Erzählfähigkeit (Einleitung,</p>	<p>s. o.</p>

 <p>Vater und Sohn (Plauen, E. O., 2015)</p>	<p>Planbruch, Lösung), Weltwissen</p>	
<p>Lea, Lars und Dodo (von Schubi) (Geschichte aus 4-6 Bilder)</p> 	<p>Förderung mündlicher und schriftlicher Erzähl- fähigkeit (Einleitung, Planbruch, Lösung), Weltwissen</p>	<p>s. o.</p>
<p>Geschichten vom Kleinen Herrn Ja- kob (von Schubi)</p> <p>→ Jeweils eine Geschichte be- stehend aus 4 Bildern</p>	<p>Förderung mündlicher und schriftlicher Erzähl- fähigkeit (Einleitung, Planbruch, Lösung), Weltwissen, Förderung der Ironie und des Witzeverständnisses</p>	<p>s. o.</p>



Story Cubes (von Hutter Trade)



Story Cubes (O'Connor, R., 2010)

Bildkarten „Was hilft“ (von Schubi)



Situationen: Hilfen:

Förderung mündlicher und schriftlicher Erzählfähigkeit, Weltwissen und freieres Erzählen, auditive Merkfähigkeit (Konzentration)

Förderung mündlicher und schriftlicher Erzählfähigkeit, Weltwissen und freieres Erzählen

Ablauf: Jedes Kind hat einen Story Cube. Das erste Kind würfelt und startet die Geschichte, das zweite Kind würfelt seinen Story Cube und hängt seine Fortsetzung an den 1. Teil dran usw.

Steigerung: Jedes Kind muss die Teile der vorangegangenen Kinder zuerst erzählen, bevor sie ihren Teil „dranhängen“. (**Achtung:** Merkfähigkeit notwendig)

ISKA geeignet, aber anspruchsvoll.

Erläuterung: Es gibt zwei verschiedene Karten: Karten, die Problemsituationen darstellen und Karten mit Hilfsgegenständen oder Hilfspersonen.

Ablauf: Der Spielleiter bekommt die Situationskarten, alle Kinder die gleichen *Hilfekarten*, die sie offen vor sich legen. Die Kinder bekommen eine *Situationskarte* beschrieben, die eine Problemsituation darstellt, wie z. B. ein Ball, der in den See geflogen ist oder ein Junge, der einen Alptraum hat. Diese Karte soll nun als Beginn einer kleinen Geschichtensequenz dienen.

Nun stellt sich die Frage, wie den Personen in der Problemsituation geholfen werden kann. Die Kinder wählen nun reihum eine der *Hilfekarten*, die in der Notsituation hilfreich sein könnte, und beschreibt sie. Alle Kinder überprüfen und bestätigen die Richtigkeit der Kombination. *Stimmt* die Kombination, darf das Kind, mit der passenden Hilfe die Situationskarte behalten und es wird mit der nächsten Situationskarten fortgefahren. Ist die Situationskarte

		<p><i>falsch</i> beschrieben, kommt sie wieder in den Stapel zurück und keines der Kinder „gewinnt“. Die fälschlich gewählte <i>Hilfekarte</i> kommt wieder zurück auf den Tisch und es wird mit einer neuen Situationskarte gespielt. Wer als erster 5 Karten gesammelt hat, hat gewonnen.</p> <p>ISKA geeignet, aber benötigt Material in mehrfacher Anzahl.</p> <p>Steigerung: Alle Situationskarten werden gleichmässig unter den Kindern verteilt. Alle bekommen dazu die gleichen Hilfekarten. Die Situationskarten legen sie <i>verdeckt</i> vor sich und die Hilfekarten <i>offen</i> aus. Nun beschreiben alle Kinder reihum die oberste ihrer aufgedeckten Situationskarten und drehen sie dann wieder um. Nach dieser Runde folgt eine zweite Runde, in der nun alle Kinder Hilfen wählen und beschreiben sollen, die zu den vorher genannten Karten passen könnten. Es kann mehr als eine Hilfe genannt werden. Bestätigen alle Kinder eine passende Kombination aus Situations- und Hilfskarte, dürfen die zugehörigen Karten jeweils aufgedeckt, abgeglichen und weggelegt werden. So verliert man immer mehr Karten. Nun folgt die zweite Runde usw. Das Kind hat gewonnen, welches am schnellsten alle Hilfekarten richtig verwenden konnte. Der Spielleiter wirkt nur noch unterstützend.</p> <p>Vereinfachung: jedes Kind erhält die gleichen, aber weniger Hilfekarten, und es wird mit weniger Situationskarten gespielt.</p>
<p>TwinFit - Sequenza (von Prolog)</p> 	<p>Einsatz von Kohärenz und Kohäsion</p> <p>Inferenzen</p>	<p>Erläuterung: Es gehören immer zwei Karten zusammen (z. B.: Puppe und Schmetterling). Jedes Kind kann zwei Karten ziehen und wenn sie zusammengehören, kann daraus eine kurze Geschichte erstellt werden.</p> <p>Ablauf: Die 48 Karten werden unter den vier Kindern verteilt. Jedes Kind bekommt zwölf Karten und legt sie offen vor sich aus. Dabei muss darauf geachtet werden, dass die zusammenpassenden Karten nicht bei einem Kind liegen. Der Fussball und das Tor dürfen also nicht beim gleichen Kind sein. Während das eine Kind den Fussball beschreibt, sollen die anderen Kinder die dazugehörige Karte (Tor) finden und beschreiben.</p> <p>Steigerung:</p> <p>Vereinfachung: Nur 2-3 passende Kartenpaare offen vor jedem Kind auslegen Aber im ISKA-Setting eher schwierig, da ja eine Wand zwischen den Kindern ist -> Adaption auf Zweiersetting aber möglich.</p> <p>Alle weiteren TwinFit-Spiele (z. B. Causa, Directa, Loca, Instrumenta, Verba, Homonyma, Hyponyma, Objecta) können genauso eingesetzt werden.</p>

Anhang D: Übungsspiele

Vorstellung der drei angepassten Übungsspiele

Im Folgenden werden nun die drei von den Autorinnen gewählten Spielbereiche vorgestellt, die bereits in der Therapie von Kindern mit SES eingesetzt und werden und nun speziell für die Therapie pragmatisch-kommunikativer Störungen im ISKA-Setting angepasst wurden.

Allgemeine Voraussetzungen

- Keine visuellen und auditiven Wahrnehmungsstörungen (z. B. Hemianopsie oder visueller Neglect)
- Vorher eingeführte oder ausdifferenzierte Lexikoneinträge (semantisch/phonetisch-phonologisch)
- Ein Mindestmass an Daueraufmerksamkeit
- Keine starken neuropsychologischen oder Verhaltensauffälligkeiten
- Homogenität der Gruppe

Allgemeine pragmatisch-kommunikative Ziele

Kognitiver Kontext:	Sprachkontext:	Sozial- und Sachkontext:
<ul style="list-style-type: none"> • ToM • Exekutive Funktionen <ul style="list-style-type: none"> ○ Monitoring • Inferenzen • Gedächtnis 	<ul style="list-style-type: none"> • Textproduktion mündlich (Geschichtenschema, Skripts=thematische Struktur) <ul style="list-style-type: none"> ○ Kohäsion ○ Kohärenz ○ Präsuppositionen • Gesprächsführung <ul style="list-style-type: none"> ○ Dialoge initiieren und aufrechterhalten ○ Reparaturen ○ Textverständnis mündlich 	<ul style="list-style-type: none"> • Adressaten- und kontextbezogene gerechte Kommunikation <ul style="list-style-type: none"> ○ Sprechakte ○ Implikaturen und Konversationsmaxime ○ Höflichkeit

(in Anlehnung an das integrative Modell der Pragmatik von Achhammer, 2014)

Therapeutesprache und –verhalten

Bei einem ersten Probelauf des Spieles sollte die Therapeutin als Sprachvorbild dienen. Im späteren Spiel kann sie beim Versprachlichen der Spielbewegungen helfen, wenn das Kind sich nicht selbst zu helfen weiss. Das Kind soll die Äusserung dann jeweils wiederholen.

Falls sich im Probelauf ein fehlender Wortschatz zeigt, sollte dieser vorher eingeübt werden. Schriftkarten mit passenden Bildern wirken hier ebenfalls unterstützend.

Die Therapeutin soll in der Spielsituation explizite Hinweise geben, falls das Kind z. B. fälschlich Vorwissen unterstellt (Präsuppositionen) oder falsche Inferenzen zieht und bildet (Kannengieser, 2015).

Übungsspiel	Ablauf	Anpassungsmöglichkeiten	Spezifische Voraussetzungen	Pragmatisch-kommunikative Ziele spezifisch für dieses Spiel
<p>"Ich sehe was, was du nicht siehst"</p> <p>Variante Bild- und Wortkarten</p> <p>Material:</p> <p>Pro Kind die gleichen fünf Bild- oder Wortkarten.</p> <p>Wortkarten sollten ausreichend klar und gross sein.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vor jedem Kind liegen die gleichen fünf Bild- oder Wortkarten • Ein Kind beschreibt den Begriff (ohne Gestik/Mimik) • Die anderen Kinder müssen den Begriff erraten • Das Kind, das am schnellsten den Begriff richtig errät, bekommt gemeinsam mit dem Kind, welches den Begriff erklärt hat, einen Muggelstein • Errät es niemand, bekommt auch keiner einen Stein • Es werden 10 Runden gespielt • Diejenigen, die am meisten Muggelsteine haben, haben gewonnen 	<p>Vereinfachung des Schwierigkeitsgrades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Weniger Karten, so dass die Kinder weniger Wörter erklären müssen • Nur Einsatz von Bildkarten • Nicht auf Zeit spielen • Die Therapeutin überlegt laut, wie man den Gegenstand anders hätte beschreiben können <p>Steigerung des Schwierigkeitsgrades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl der Karten werden erhöht • Wechsel von Bildern zu Wörtern (für Leser) • Bilder der ratenden Kinder entfernen (können nur zuhören) • Spiel auf Zeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Es sollten Bild- oder Wortkarten ausgewählt werden, deren Begriffe die Kinder sicher abrufen können. • Empfehlung: hochfrequente und alltagsorientierte Wörter verwenden, die bereits vorher in einem anderen Kontext erarbeitet wurden oder bereits vorhanden waren. • Die Bilder können Unterbegriffe eines Oberbegriffs darstellen, sie können aber auch aus unterschiedlichen semantischen Feldern zusammengestellt werden. • Dies ist abhängig vom Wissens- und Leistungsstand der Kinder und sollte im Ermessen der Therapeutin ausgewählt werden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kohäsion • Präsupposition • ToM • Inferenzen
<p>"Ich sehe was, was du nicht siehst"</p> <p>Variante Wimmelbild</p> <p>Material:</p> <p>Jedes Kind bekommt das</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vor jedem Kind liegt das gleiche Wimmelbild • Ein Kind wählt ein Objekt oder eine Person auf dem Wimmelbild aus und beschreibt dieses so genau wie möglich • Die anderen Kinder müssen das beschriebene Objekt erkennen und benennen • Wer es als erstes richtig benennt bekommt mit dem 	<p>Vereinfachung des Schwierigkeitsgrades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wimmelbilder mit weniger Details • Es wird ein farbiges Wimmelbild verwendet • Das Wimmelbild wird auf einen Ausschnitt eingegrenzt • Es wird nicht auf Zeit gespielt <p>Steigerung des Schwierigkeitsgrades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Je höher die Detailgenauigkeit und Anzahl an Objekten, Personen und Tieren ist, desto schwieriger ist es für das erklärende Kind, sich ein Objekt 	<ul style="list-style-type: none"> • Durch die erhöhte Anzahl und detailliertere Darstellung der Objekte auf Wimmelbildern, handelt es sich um eine kognitiv viel höhere Anforderung sowohl für die Erzählenden als auch für die zuhörenden Kinder. • Sie müssen das Gehörte verarbeiten, verstehen und sich merken. Gleichzeitig müssen sie versuchen, die Informationen visuell einem Objekt zuzuordnen und das gesuchte Objekt zu benennen. • Die erzählenden Kinder müssen in der Lage sein, sich auf ein Objekt auf dem 	<ul style="list-style-type: none"> • Kohäsion • Präsupposition • ToM • Inferenzen

<p>gleiche Wimmelbild vorgelegt.</p>	<p>erzählenden Kind einen Muggelstein</p>	<p>auszusuchen und für die ratenden Kinder, das beschriebene Objekt zu finden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein schwarz-weisses Wimmelbild verwenden • Spielen auf Zeit • Bild nur bestimmte Zeit anschauen und dann aus dem Gedächtnis nennen, was dort zu sehen war. 	<p>Wimmelbild zu fokussieren und ihre Beschreibungen so zu versprachlichen, dass die anderen Kinder es verstehen können.</p>	
<p>Navigieren auf dem Stadtplan</p> <p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spielfiguren - Würfel - 1 Stadtplan mit Zielorten - 3 Stadtpläne ohne Zielorte - Bild- oder Wortkarten der Zielorte 	<ul style="list-style-type: none"> • Das Kind mit der höchsten Würfelzahl ist das „Navi“ • Das Navi bekommt den Stadtplan, mit Zielorten • Die anderen Kinder (Fahrer) bekommen je einen Stadtplan ohne Symbole und eine Spielfigur • Ein Kind wählt ein Zielort aus und fragt das Navi: Frageformulierungen: „Guten Tag, wie komme ich zu...?“ oder „Könnten Sie mir sagen, wo ich... finden kann?“ • Das navigierende Kind erklärt den Weg • Anweisungen: „Gehe bei der Post links/rechts/geradeaus!“ oder „Gehe geradeaus bis zum Schwimmbad.“ oder schwieriger (Shaping: zusätzliche Attribute bzw. Höflichkeitsform) „Gehen Sie geradeaus bis zum Schwimmbad mit der Rutsche.“ • Die drei Fahrer dürfen sich mündlich absprechen, sich 	<p>Vereinfachung des Schwierigkeitsgrades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Himmelsrichtungen oder bei kleineren Kindern (Tier-) Symbole auf der Karte einzeichnen, damit die Zielrichtung einfacher verständlich ist als bei links und rechts • einen einfachen, farbigen Stadtplan mit Beschriftungen verwenden • Einen 3-D-Stadtplan verwenden <p>Steigerung des Schwierigkeitsgrades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • einen Stadtplan mit mehreren gleichen Zielorten verwenden (z. B. zwei Spielplätze, zwei Kirchen...). Die Anweisungen müssen mit Attributen versehen werden • Stadtpläne mit vielen Details, Strassen und Gebäuden verwenden • Die Beschriftungen der Strassen und Gebäude weglassen • Einen schwarz-weissen Stadtplan verwenden • Den Kindern Rollen zuschreiben (Taxifahrer, Postbote,...) <p>Die folgende Möglichkeit entspricht nicht mehr dem klassischen ISKA-Setting. Trotzdem wird sie angesprochen, da sie das Ganze auflockert und die Kinder motiviert:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Die Kinder müssen mit dem Konzept der Stadtkarte vertraut sein und sie lesen können. • Es dürfen keine Störungen räumlich-perzeptiver Wahrnehmung vorliegen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Präsupposition • Inferenzen • Monitoring (exekutive Funktion) und Reparatur-handlungen • Gesprächsführung • Adressaten- und kontexteinbezogene Kommunikation

	<p>aber nicht gegenseitig auf den Stadtplan schauen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Die Kinder folgen nach schriftlicher Anweisung einem In-vivo Trail durch das Gebäude oder Dorf. Der Zielort kann z. B. eine Eisdiele sein, wo die Kinder ein Eis bestellen. 		
<p>Bildergeschichten</p> <p>Material:</p> <p>Bildkarten, die eine Handlung oder eine Geschichte, in einer Abfolge sequenziell darstellen</p>	<ul style="list-style-type: none"> Alle Kinder erhalten die vollständige Anzahl Bildkarten der Bildergeschichte. Nun wird reihum erzählt: das erste Kind wählt die erste Bildkarte der Geschichte aus, beschreibt sie und argumentiert, warum es diese Karte gewählt hat. Die anderen Kinder erheben Einspruch, wenn die Karte für sie nicht stimmig erscheint. Nun ist das zweite Kind an der Reihe und beschreibt wiederum seinerseits. So wird fortgefahren, bis alle Karten gelegt wurden. Am Schluss kann die Richtigkeit der Abfolge überprüft werden durch die Nummerierung auf der Rückseite der Bildkarten. 	<p>Vereinfachung des Schwierigkeitsgrades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hilfe der Aktivierung des Vorwissens durch die Therapeutin Hilfestellung bei der Hypothesenbildung Hilfestellung bei der Inferenzbildung Hilfe bei fehlendem Wortschatz Anzahl Bildkarten reduzieren Inhalt der Geschichte vereinfachen und in der Komplexität den niedrigen Stufen 1 bis 8 der Inferenzhierarchie anpassen (Hachul & Schönauer-Schneider, 2019, S. 183). Das erste Bild wird vorgegeben Das Geschichten-Schema als Unterstützung vorlegen <p>Steigerung des Schwierigkeitsgrades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Anzahl Bildkarten kann gesteigert werden Der Inhalt der Geschichte wird komplexer Der Inhalt der Inferenz steigert sich gemäss den Inferenzstufen des Modells der Inferenzhierarchie in der Komplexität 	<ul style="list-style-type: none"> Skriptkenntnis <p>Die Kinder müssen Wissens-schemata zu bestimmten zeitlichen und handlungsspezifischen Abläufen und Sachverhalten der Realität kennen und verstehen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Symbolverständnis <p>Die Mitspieler müssen die Gegenstände, Personen oder Situationen auf den Bildern erkennen, interpretieren und in einen logischen Zusammenhang bringen können.</p> <ul style="list-style-type: none"> Inferenzen <p>Besonders wichtig für den logischen Aufbau einer Bildergeschichte ist es, den Zusammenhang von Ursache und Wirkung zu verstehen (Stufe 9). In gewissen Bildergeschichten, in denen ein Problem und verschiedene Lösungen präsentiert werden, muss das Kind die richtige Reihenfolge eruieren können. Aufgrund dessen wird das lösungsorientierte Denken verlangt (Stufe 10).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Kohärenz Textproduktion mündlich (Geschichtenschema und Skript) Inferenzen