

Kindliche Sprechapraxie - Erscheinungsbild

Kindliche Sprechapraxie

Bei der kindlichen Sprechapraxie (KSAX) handelt es sich um eine sprechmotorische Planungsstörung. Diese besteht seit der Geburt und löst sich im Entwicklungsverlauf ohne eine spezifische Behandlung nicht auf (McCabe et al., 2018).

Kernsymptomatik einer KSAX sind Störungen in der willkürlichen „Planung und Programmierung der Sequenzierung von Sprechbewegungen“ (Lauer & Birner-Janusch, 2010, S. 74; ASHA, 2007). Es liegen somit Schwierigkeiten hinsichtlich willkürlicher, präziser und konsistenter Ausführung von Bewegungen vor, die ausschließlich das Sprechen und nicht die Sprache betreffen (ASHA, 2007). Ein Hauptsymptom der KSAX sind inkonsequente und inkonstante Fehler bei wiederholten Produktionen von Lauten und Wörtern. Die Spontansprache der Kinder mit KSAX ist häufig schwer verständlich.

Begriffsklärung

Im englischsprachigen Raum hat sich der Begriff *Childhood Apraxia of Speech* (CAS) durchgesetzt. Diese Bezeichnung löste Begriffe wie *Developmental Apraxia of Speech*, *Developmental verbal Dyspraxia* oder *Developmental articulatory Dyspraxia* ab. Denn fälscherweise könnte *development*, d.h. Entwicklung, implizieren, dass sich die Störung im Laufe der kindlichen Entwicklung verbessere oder auflöse.

Im deutschsprachigen Raum wird der Begriff *verbale Entwicklungsapraxie* verwendet, welcher ebenfalls entsprechend problematisch ist.

International wird empfohlen, den Begriff *kindliche Sprechapraxie* in Anlehnung an *Childhood Apraxia of Speech* zu verwenden (ASHA, 2007; Lauer & Birner-Janusch, 2010).

Ätiologie

Die KSAX wird den neurologischen Störungsbildern zugeordnet, wobei ein empirischer Beleg hierfür noch aussteht (ASHA, 2007). Eine genetische Disposition mit dem FOXP2-Gen gilt als gesichert (Belton et al., 2003; Lai et al., 2001; Shriberg et al., 2006). Allerdings wird angenommen, dass diese Disposition nur bei einer kleinen Gruppe der Kinder mit KSAX vorliegt (Morgan & Vogel, 2009). Eine KSAX kann in Kombination, bspw. mit Epilepsie, Trisomie 21 oder Galaktosämie auftreten (McCabe et al., 2018; Shriberg et al., 2011). In den meisten Fällen ist die Ursache einer KSAX jedoch idiopathisch (Iuzzini-Seigel et al., 2017; McCabe et al., 2018; Murray et al., 2015).

Literatur

American Speech-Language-Hearing Association (2007). *Speech Sound Disorders: Articulation and Phonology*. (Practice Portal). Verfügbar unter: www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Articulation-and-Phonology. [12.05.2019]

Belton, E., Salmond, C. H., Watkins, K. E., Vargha-Khadem, F., & Gadian, D. G. (2003). Bilateral brain abnormalities associated with dominantly inherited verbal and orofacial dyspraxia. *Human brain mapping*, 18(3), 194-200.

Birner-Janusch, B. (2013). Sprechapraxie in der Schuleingangsphase: S. Ringmann & J. Siegmüller (Hrsg.), *Handbuch Spracherwerb und Sprachentwicklungsstörungen: Schuleingangsphase* (S. 241-266) München: Urban & Fischer.

Blech, A. (2010). *Untersuchung zur Kernsymptomatik bei Kindern mit einer kindlichen Sprechapraxie im Alter von 4-7 Jahren* (No. RWTH-CONV-114055). Lehr- und Forschungsgebiet für Phoniatrie und Pädaudiologie.

Forrest, K. (2003). Diagnostic criteria of developmental apraxia of speech used by clinical speech-language pathologists. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 12 (3), 376-380.

Iuzzini-Seigel, J., Hogan, T. P., & Green, J. R. (2017). Speech inconsistency in children with childhood apraxia of speech, language impairment, and speech delay: Depends on the stimuli. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(5), 1194-1210.

Kirchner, M., Becker-Redding, U., & Kröger, B. (2015). Kindliche Sprechapraxie und KoArt – eine Evaluationsstudie zur Therapieeffektivität. *dbi-Jahreskongress* abgehalten beim 44. dbi-Jahreskongress, Düsseldorf.

Lai, C. S., Fisher, S. E., Hurst, J. A., Vargha-Khadem, F., & Monaco, A. P. (2001). A forkhead-domain gene is mutated in a severe speech and language disorder. *Nature*, 413(6855), 519.

Lauer, N., & Birner-Janusch, B. (2010). *Sprechapraxie im Kindes- und Erwachsenenalter*. Stuttgart: Thieme.

Malmholt, A., Lohmänder, A., & McAllister, A. (2017). Childhood apraxia of speech: A survey of praxis and typical speech characteristics. *Logopedics Phoniatrics Vocology*, 42(2), 84-92.

McCabe, P., Murray, E., & Thomas, D. (2018). Evidence Summary-Childhood Apraxia of Speech—September 2018. Verfügbar unter: http://sydney.edu.au/health-sciences/rest-media/CAS_evidence_brief_2018.pdf [20.07.2019]

Morgan, A. T., & Vogel, A. P. (2009). A Cochrane review of treatment for childhood apraxia of speech. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 45(1), 103-110.

Murray, E., McCabe, P., Heard, R., & Ballard, K. J. (2015). Differential diagnosis of children with suspected childhood apraxia of speech. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 58(1), 43-60.

Ozanne, A. (1995). The search for developmental verbal dyspraxia. In B. Dodd (Hrsg.) *Differential diagnosis and treatment of children with speech disorders* (S. 91-109). London: Whurr Publishers.

Ozanne, A. (2005) Childhood apraxia of speech. In: Dodd B (Hrsg.) *Differential diagnosis and treatment of children with speech disorders* (S. 71-82). London: Whurr Publishers.

Schulte-Mäter, A. (2010). Verbale Entwicklungsapraxie und der Therapieansatz VEDiT. In: A. Wahl, C. Stahn, S. Hanne & T. Fritsche (Hrsg.) *Spektrum Pathologie*, Bd. 3 (S. 35-44) Potsdam: Universitätsverlag.

Shriberg, L. D., Potter, N. L., & Strand, E. A. (2011). Prevalence and phenotype of childhood apraxia of speech in youth with galactosemia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*.

Shriberg, L. D., Ballard, K. J., Tomblin, J. B., Duffy, J. R., Odell, K. H., & Williams, C. A. (2006). Speech, prosody, and voice characteristics of a mother and daughter with a 7;13 translocation affecting FOXP2. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*.

Thoonen, G., Maassen, B., Wit, F. Gabreels, F. & Schreuder, R. (1996). The integrated use of maximum performance tasks in differential diagnostic evaluations among children with motor speech disorders. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 10(4), 311-336.

Tubul-Lavy, G. (2015). Imitation and Naming in Childhood Apraxia of Speech. *International Journal of Speech & Language Pathology and Audiology*, 3(1), 28-31.

Symptomatik

Bei einer KSAX handelt es sich um eine äußerst heterogene, multidefizitäre Störung (Forrest, 2003; Ozanne; 1995; 2005).

|| Eine Befragung von 75 Logopäd*innen ergab, dass diese 50 verschiedene Symptome einer KSAX benannten.
(Forrest, 2003)

Die Symptome einer KSAX werden kontrovers diskutiert (Forrest, 2003; Murray et al., 2015).

Inkonsequente Lautersetzungen gelten jedoch als eines der Hauptsymptome (ASHA, 2007; Davis, Jakielski & Marquardt., 1998; Dodd & McCormack, 1995; Forrest, 2003; Iuzzini-Seigel et al., 2017; Malmholt et al., 2017; Murray et al., 2015; Ozanne, 2005).

Die ASHA (2007) hat drei **Leitsymptome** formuliert, welche Hinweise auf das Vorliegen einer KSAX geben:

1. Inkonsequente Fehler in Konsonanten und Vokalen bei wiederholter Produktion von Silben oder Wörtern.
2. Verlängerter und unterbrochener koartikulatorischer Übergang zwischen Lauten und Silben.
3. Prosodische Auffälligkeiten bei der Betonung von lexikalischen Einheiten oder innerhalb einer Phrase.

Zu den weiteren Symptomen zählen z.B.

- Eingeschränktes Vokal- und Konsonantenrepertoire (ASHA, 2007)
- Diskrepanz zwischen Sprachverständnis und expressiven Fähigkeiten (ASHA, 2007)
- Bukkofaziale Apraxie (Lauer & Birner-Janusch, 2010; Murray et al., 2015)
- Längen- und Komplexitätseffekt (ASHA, 2007; Murray et al., 2015; Tubul-Levy, 2015)
- Eingeschränkte verbale Diadochokinesefähigkeit (Murray et al., 2015; Thoonen et al., 1996)
- Erhöhte Vokalfehlerrate beim Nachsprechen von Pseudowörtern (Blech, 2010)
- Suchbewegungen (ASHA, 2007; Ozanne, 1995)
- Schwierigkeiten in der Nahrungsaufnahme (ASHA, 2007)
- Störungsbewusstsein (Schulte-Mäter, 2010)
- Fehlendes Babbeln/Lallen im Babyalter (Ozanne, 1995)

|| Mein Mund macht nicht das, was ich möchte!

(Zitat eines fünfjährigen Jungen mit KSAX zu Beginn der logopädischen Therapie)

Diagnostik

Die Abgrenzung von Aussprachestörungen ist nicht immer eindeutig durchführbar, aber essenziell für die Ableitung des Therapieansatzes und -schwerpunktes (ASHA, 2007). Bislang liegt keine standardisierte deutsche Diagnostik zur Feststellung einer KSAX vor (Blech, 2010; Lauer & Birner-Janusch, 2010). Im englischsprachigen Raum existieren Checklisten wie *Strand's 10 Point Checklist* (Shriberg et al., 2011). Sind vier ihrer zehn Kriterien erfüllt, liegt sehr wahrscheinlich eine KSAX vor. Die drei von der ASHA (2007) formulierten Leitsymptome können lediglich zu einer umfassenderen Diagnostik beitragen. Zur Formulierung von *klinischen Markern* einer KSAX bedarf es weiterer Forschung.

Therapie

Kinder mit KSAX gelten für herkömmliche Therapieverfahren als *therapieresistent* (Schulte-Mäter, 2010). Deshalb ist es zwingend erforderlich die KSAX störungsspezifisch zu behandeln.

Logopädische Therapieansätze, die sich zur Behandlung einer KSAX eignen, sind z.B. *VEDiT* nach Schulte-Mäter, *Assoziationsmethode* nach McGinnis, *TOLGS* nach Wurzer, *PROMPT* nach Birner-Janusch sowie *KoArt* nach Becker-Redding. Nachweise zur Evidenz liegen für ausgewählte Therapieansätze in Form von Einzelfallstudien vor (z.B. zu *KoArt* von Kirchner et al., 2015).