

**AABT** →Aachener Aphasia Bedside Test, →Aphasiediagnostik.

**Aachener Aphasia Bedside Test (AABT)** →Aphasiediagnostik

Der AABT wurde für die Untersuchung von akuten Aphasien entwickelt und ermöglicht eine engmaschige Verlaufsbeobachtung während der ersten drei Wochen nach Eintritt der Hirnschädigung. Neben dem Ausmaß der Sprachstörungen ermittelt der AABT die sprachliche Stimulierbarkeit der Patienten. Der Test dauert je nach Stimulierbarkeit der Patienten 15–40 Minuten. Er besteht aus 6 Testteilen. Spontansprache, Stimulierung expressiver Sprache über Singen, Reihensprechen und Nach-/Mitsprechen von Floskeln, Benennen von Objekten, Sprachverstehen und Ausführen von Blick- und Kopfbewegungen, Mundbewegungen sowie Zeige- und Greifbewegungen. Für den AABT konnten insgesamt zufrieden stellende Gütekriterien nachgewiesen werden.

#### Literatur

Binie, R., Huber, W., Willmes, K. & Klumm, H. (1992): Der Aachener Aphasia-Bedside-Test – Testpsychologische Gütekriterien. *Nervenarzt* 63, 473–479.

**AAT** →Aachener Aphasia Test, →Aphasiediagnostik.

**Aachener Aphasia Test (AAT)** →Aphasiediagnostik

Der AAT ist der am weitesten verbreitete Aphasietest. Die Durchführung dauert 60–90 Minuten. Er umfasst sechs Testteile: Spontansprache, Token-Test, Nachsprechen, Schriftsprache, Benennen und Beschreiben und Sprachverständnis. Folgende Ziele einer Aphasiediagnostik können mit dem AAT bestimmt werden: Auslese, Klassifikation, Schweregrad der Aphasia, Profil der Störungen in verschiedenen Modalitäten, sprachsystematische Beschreibung der Störungen und Feststellung von Veränderung im Verlauf unter Berücksichtigung der Spontanremission. Der AAT zeichnet sich durch empirisch gut abgesicherte Konstruktionseigenschaften sowie durch insgesamt sehr zufrieden stellende Gütekriterien aus.

#### Literatur

Huber, W., Poeck, K., Weniger, D. & Willmes, K. (1983): Der Aachener Aphasia Test (AAT). Göttingen: Hogrefe.

**Aachener Dyslalie Diagnostik** Prozessorientiertes Untersuchungsverfahren zur Er-

fassung von →Aussprachestörungen, enthält ein →Bilderbenennungsverfahren auf der Basis von Photos, auch als Computerversion erhältlich.

#### Literatur

Stiller, U. & Tockuss, C. (2000): ADD – Aachener Dyslalie Diagnostik – Artikulationsprüfung mit 98 Photos auf CD-Rom. Braunschweig: Schubert-Verlag.

**Abduktionsstellung** Öffnungsstellung bzw. Respirationsstellung der Stimmlippen.

**Ableitungsmethoden** Die von Hermann →Gutzmann sen. und Emil →Fröschels (1931) entwickelten Ableitungsmethoden zielen darauf ab, die Lautkorrektur bzw. -erarbeitung bei →phonetischen Aussprachestörungen durch aktive Beteiligung der Kinder zu erarbeiten. Das Zielfonem wird aus benachbarten, korrekt gebildeten Lauten (etwa den Ziellaut [s] über [t] oder [f]) abgeleitet. Diese Vorgangsweise löste die so genannten passiven Methoden (Verwendung von Sonden, Spachteln, Stäbchen für Manipulationen an den →Artikulatoren zur Korrektur abweichend gebildeter →Laute bzw. zur Anbildung noch fehlender →Phone) ab. AM wurden ab der Mitte der 1930er-Jahre an der →Wiener Sprachheilschule durchgängig verwendet. Miloslav →Seeman (1974) beschreibt ähnlich die Anwendung so genannter Hilfs-laute, die in der →Übungsbehandlung für stammelnde Kinder einen prominenten Platz einnehmen.

#### Literatur

Fröschels, E. (1931): Lehrbuch der Sprachheilkunde (Logopädie). Leipzig, Wien: Franz Deuticke.

Seeman, M. (1974): Sprachstörungen bei Kindern. Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit.

**Abrufhilfen** Stimuli unterschiedlicher Modalitäten (visuell, verbal, gestisch ...), die bewusst von einer Person selbst oder einem Therapeuten eingesetzt werden, um den →Abrufprozess für einen bestimmten Gedächtnisinhalt zu unterstützen.

**Abrufprozess** Kognitiver Vorgang, um einen bestimmten Gedächtnisinhalt zu aktivieren und z.B. für die Sprachproduktion verfügbar zu machen. Der Abrufprozess für Wörter erfolgt meist automatisch durch sich ausbreitende Aktivierungen im Netzwerk des →mental Lexikons. Diese Aktivierungen können auch bewusst gedanklich gelenkt werden. Der Moment der Auswahl und Aktivierung von Gedächtnisinhalten ist der Introspektion nicht zugänglich.

**Abrufzeit** Quantifizierendes Maß für den →Abrufprozess; meist ungenau verwendet als Dauer von der Präsentation eines Stimulus bis zur Antwortreaktion der Person, etwa in einem Bildbenennungstest. Korrekter wäre →Antwortzeit.

**Abspannen** Durch Coblenzer und Muhar eingeführter Begriff. Er beinhaltet das prägnante Lösen aller an einem Phonationsvorgang beteiligter Strukturen mit Ausnahme des Zwerchfells, das sich senkt. Dadurch kommt es zur reflektorischen Atemergänzung.

**ACL** →Aphasie Check-Liste, →Aphasiedagnostik.

**Adaption** Anpassung des Gehörs an die Hörsituation. So können durch die →Haarsinneszellen, die →zentrale Hörbahn, die →Lautheitsempfindung, Lautstärke- und Tonhöhenunterschiede und die Hörfähigkeit im Störgeräusch verschärft werden. Nicht mit der →Hörermüdung zu verwechseln, bei der die Empfindlichkeit des Gehörs geringer wird wie z.B. bei der pathologischen Ermüdung des Gehörs beim →Akustikusneurinom.

**Adaptationseffekt** Regelmäßigkeit beim Stottern. Beim mehrmaligen Lesen desselben Textes nimmt die Anzahl der Stottererignisse ab. →Konsistenzeffekt

**ADD** Aachener Dyslalie Diagnostik

**Addition** →Phonologischer Prozess (pathologisch), auch gen. →Intrusiver Konsonant/Vokal, →Migration.

**Additive Zweisprachigkeit** Das Kind erweitert sein Sprachrepertoire um eine neue Sprache, wobei die Kenntnisse in der Erstsprache auf dem gleichen Niveau beibehalten werden (→Mehrsprachigkeit).

**Adduktionsstellung** Verschlussstellung bzw. Phonationsstellung der Stimmlippen.

**Adenoide** Steht syn. für die Rachenmandel, welche laienhaft auch als „Polypen“ bezeichnet wird. Die Adenoide sind ein lymphatisches Gewebekissen, welches sich im Nasenrachen befindet. Bedingt durch die engen anatomischen Verhältnisse sowie durch das ausgeprägte Wachstum der Adenoide in den ersten Lebensjahren können sie insbesondere bei Kleinkindern zur Nasenatmungsbehinderung und zu einer gestörten Belüftung der Mittelohren führen. Diese Belüftungsstörung verursacht →Mittelohrergüsse, welche →Schallleitungsschwerhörigkeiten bewirken und die

Grundlage für wiederholte Mittelohrentzündungen schaffen.

Das lymphatische Gewebe der Adenoide vermehrt sich beim Kleinkind aufgrund vieler erster Erregerkontakte (Bakterien, Viren) und ermöglicht so den Aufbau unseres Immunsystems zur Infektabwehr. In diesem Zusammenhang gehören die Adenoide gemeinsam mit den Gaumenmandeln, der Zungengrundmandel und den lymphatischen Seitensträngen der Rachenhinterwand zum „Waldeyerschen Rachenring“. Daher verbleibt auch nach Entfernung der Adenoide (→Adenotomie) ausreichend lymphatisches Gewebe für die oben genannten Aufgaben.

Im Falle von Gaumensegelspalten (→Gaumenspalte, →Gaumensegel) kommt den Adenoiden beim Sprechen eine funktionelle Bedeutung zu. Hier begünstigen sie den Verschluss des Gaumensegels gegen die Rachenhinterwand (→velopharyngealer Abschluss). Fehlt dieser Abschluss, so entsteht der Sprechklang eines offenen Näsels (→Rhinophonie) und es kann zum Übertritt von Nahrung in den Nasenrachen kommen. Aus diesem Grund muss i.d.R. die →Adenotomie bei Kindern mit Gaumensegelspalten (→Gaumenspalte, →Gaumensegel) unterbleiben. Zur alternativen Belüftung der Mittelohren stehen hier →Paukenröhrchen zur Verfügung.

**Adenotomie** Die Adenotomie wird erforderlich, wenn die →Adenoide zu chronischen Infekten der Luftwege und zur behinderten Mittelohrbelüftung mit →Mittelohrergüssen, →Schallleitungsschwerhörigkeiten und eventuell wiederholten Ohrentzündungen führen. Der kleine operative Eingriff wird in Vollnarkose durchgeführt. Hierbei wird das adenoide Polster über die Mundhöhle aus dem Nasenrachen abgetragen. Nach dem Eingriff sind weder Schmerzen noch Blutungen zu erwarten. Oft wird die Adenotomie mit einer →Parazentese kombiniert. Der Operationserfolg stellt sich rasch nach dem Eingriff im Sinne einer guten Nasen- und Mittelohrbelüftung ein. Für die betroffenen Kinder bedeutet dies ein spürbar verbessertes Hörvermögen sowie eine reduzierte Infektanfälligkeit.

Bei Kindern mit Gaumensegelspalten (→Gaumenspalte, →Gaumensegel) muss i.d.R. die Adenotomie unterbleiben, weil den Ade-

noiden eine funktionelle Bedeutung beim →velopharyngealen Abschluss zukommt.

**Aerodynamisch-myoelastische Theorie der Stimmerzeugung** Derzeit gültige →Stimmtheorie nach van den Berg und Tonndorf. Sie basiert auf der Annahme, dass die vorgespannten Stimmlippen durch passive aerodynamische Kräfte in Schwingung versetzt werden. →Bernoulli-Effekt

**Afferentes System** →zentrale Hörbahn

**Affrikate** Explosivlaute mit folgendem Frikativ.

**Affrizierung** →Phonologischer Prozess (pathologisch), bei dem ein →Frikativ durch das Vorsetzen eines →Plosivs zur →Affrikate wird (Bsp.: /μανσ/ →[μαντσ]).

**AGC** Mit der automatischen Verstärkungsregelung (*Automatic Gain Control*) kann die →Verstärkung des Hörgerätes in Abhängigkeit vom Eingangspegel automatisch geregelt werden. Man unterscheidet die AGCi und die AGCo je nachdem, ob die Verstärkung durch den Eingangspegel (*input*) oder den Ausgangspegel (*output*) gesteuert wird. Die AGCo wird auch als „Edel-PC“ bezeichnet und wirkt im Sinne einer Begrenzung des maximalen Schallausgangspegels eines Hörgerätes. Die AGCi kann bei einer früh einsetzenden Regelschwelle die durch eine Hörstörung veränderte Dynamik des Gehörs kompensieren, in dem leise Töne stärker und laute Töne entsprechend der Lautheitsempfindung (→Recruitment) zunehmend geringer verstärkt werden. Neben der Regelschwelle können auch die Ein- und Ausschwingzeiten, die bis zum Wirksamwerden bzw. Aussetzen der AGC notwendig werden, entsprechend den individuellen Bedürfnissen des Hörgeräteträgers eingestellt werden. Dabei werden die Einschwingzeiten im Vergleich zu den Ausschwingzeiten deutlich kürzer gewählt. In modernen digitalen →Hörgeräten kann die AGC in den verschiedenen Frequenzbändern entsprechend der individuellen Dynamik unterschiedlich eingestellt werden, um damit eine weitgehend gute Hörfähigkeit auch in schwierigen Hörsituationen zu erzielen.

**AGFAS** Die Arbeitsgemeinschaft der freiberuflichen und angestellten Sprachheilpädagogen wurde 1993 als Untergliederung der →dgs gegründet. Ihr Ziel war die Bündelung der Interessen der im kli-

nisch-therapeutischen Arbeitsfeld tätigen Sprachheilpädagogen. Bereits ein Jahr nach Gründung wurden die ersten bundesweiten Rahmenverträge mit Krankenkassen geschlossen und es erfolgte eine Aufnahme in die Zulassungsempfehlungen der GKV nach § 124 SGB V. Aus der Gründungsversammlung an der Universität Köln mit 94 Mitgliedern erwuchs ein Verband, der 1999 als →dbs einen Namenwechsel und eine formale Neugründung erlebte und im Jahr 2006 knapp 3.000 Mitglieder besitzt.

**Aggravation** Aggravanten übertreiben ihre Schwerhörigkeit im Gegensatz zu Simulanten, die eine Schwerhörigkeit vortäuschen. Schwierigkeiten bereitet gelegentlich die Abgrenzung der unbewussten psychogenen Hörstörung von der bewusst aggravierten oder gar simulierten Schwerhörigkeit oder Taubheit. Der Simulant betrügt den Arzt oder Untersucher, der psychogen Hörgestörte täuscht sich selbst! Aggravation und Simulation können durch spezielle audiologische Prüfverfahren (→Békésy-Audiometrie, Sprachaudiogramm, Lee-Test, →Lombard Leseversuch etc.) erfasst werden.

**Agnosie** Zentral bedingte Unfähigkeit, trotz intakter peripherer Sinnesorgane die Bedeutung sensorischer Reize zu erfassen; Bsp.: Auditive Agnosie: Unfähigkeit, Geräusche und lautliche Signale zu diskriminieren und begrifflich zuzuordnen (syn. akustische Agnosie).

**Agnosie, akustische** Engl. *auditory agnosia*, zu den →zentralen Hörstörungen gehörendes Störungsbild, verursacht durch eine Schädigung des Schläfenhirns (Brodmanregion 37 und 20); Symptomatik: Unfähigkeit, Geräusche (Schädigung des linken Schläfenlappens) oder Schalleigenschaften (Schädigung des rechten Schläfenlappens) zu erkennen, meist verbunden mit Sprachverständnisstörungen.

**Agrammatismus** →Aphasiesymptome Telegrammstilhafte Redeweise mit Vereinfachung von Satzstrukturen, Auslassungen oder Ersetzungen von →Funktionswörtern und →Flexionsformen. Leitsymptom der →Broca-Aphasie.

**Agraphie** Unfähigkeit oder Störung des Schreibens trotz intakter Schreibmotorik.

**Akinese** →Akinesie

**Akinesie** „Bewegungsarmut“ im Sinne einer Verminderung der Spontanbewegun-

gen, z.B. im Rahmen eines →Parkinson-Syndroms. Akinesie ist meist verbunden mit Bradykinesie (Bewegungsverlangsamung) und Hypokinesie (Einschränkungen des Bewegungsumfanges).

Beim „akinetischen Mutismus“ liegt eine Akinesie der Sprechbewegungen und der Gliedmaßenmotorik vor.

**Aktivierungstherapie** →Aphasie

In der frühen Rehabilitationsphase der Aphasie setzt man aktivierende Verfahren ein, die auf eine Reaktivierung von verbliebenen, aber vorübergehend beeinträchtigten Sprachfunktionen und auf die Reduzierung von pathologischem Verhalten abzielen. Bei Patienten, die nicht mehr spontan sprechen können, gelingen erste Sprachäußerungen meist durch prosodisch akzentuiertes Vorsprechen und anschließendes gemeinsames Sprechen von automatisierten Wortreihen, z.B. Zahlen, Wochen- und Monatsnamen. Bei manchen Patienten kann das Sprechen auch über Singen oder rhythmisches Klopfen und Vorsummen gebahnt werden. Wirksame Aktivierungshilfen insbesondere in der frühen Rehabilitationsphase sind Anlauthilfen und Lückensätze, bei denen die Patienten das Zielwort oder die Phrase fast automatisch ergänzen können. (z.B. Morgens trinken Sie gerne eine Tasse Ka----. Sie lesen gerne Zei----.).

#### Literatur

Huber, W., Poeck, K. & Springer, L. (2006): Klinik und Rehabilitation der Aphasie. Stuttgart: Thieme.

**Aktivität** Inaktivität und Deaktivierung spielen eine wichtige Rolle für den Einstieg in den krankhaften Abbau der kognitiven Leistungsfähigkeit (Demenz). Mit Inaktivität ist gemeint, dass Menschen für wichtige Inhalte ihres Handelns die Motivation verlieren; Deaktivierung bedeutet, dass Menschen durch Behütung und Fremdbestimmung am selbstständigen Handeln gehindert werden. Inaktivität schließt die Tendenz zur Unterordnung, die Delegation von Alltagsentscheidungen ein.

**Akupädie** Stimmtherapie mittels Hörtraining.

**Akustikofazialer Reflex** →Stapediusreflex

**Akustikusneurinom** Eine im inneren Gehörgang oder im Kleinhirnbrückenwinkel auftretende Geschwulst, welches den →Hörnerv und die benachbarten Nerven,

den Gleichgewichtsnerv und den Gesichtsnerv (→Fazialisnerv), betreffen kann. Infolge dieses histologisch gutartigen Tumors können Hörstörungen, Gleichgewichtsstörungen und Gesichtslähmungen auftreten. Im Frühstadium können →Tinnitus und eine langsam zunehmende Hörminderung erste Symptome sein. Eine frühzeitige Erkennung mittels →BERA und hochauflösender Computertomographie oder Kernspintomographie kann zu einer gehörerhaltenden Operation führen.

**Akustisch Evozierte Potenziale (AEP)** Bei akustischer Reizung des Gehörs lassen sich über Elektroden sowohl in der Nähe des →Innenohres aus dem Nahfeld oder von der Schädeloberfläche aus dem Fernfeld innerhalb von bis zu 1.000 ms eine Reihe elektrophysiologischer Reaktionen mithilfe computergestützter Signalanalyseverfahren nachweisen, die als akustisch evozierte Potenziale (AEP) bezeichnet werden. Sie spiegeln die reizkorrelierte Summenaktivität der Haarsinneszellen des Innenohres sowie die räumlich und zeitlich überlagerte Aktivität der Hörnervenfaser und der Neurone der →zentralen Hörbahn einschließlich ihrer Synapsen wider. Die ERA stellt das bedeutendste Instrument zur objektiven Hördiagnostik vom ersten Lebenstag an dar, das in Ergänzung zu den subjektiven und objektiven →Hörprüfverfahren eine genaue Beurteilung über die Art und den Grad einer →Hörstörung ermöglicht und dabei auch eine Beurteilung des funktionellen Reifungszustandes der →zentralen Hörbahn auf verschiedenen Ebenen erlaubt. Die verschiedenen Wellenkomplexe der AEP werden i.d.R. nach ihrem zeitlichen Auftreten in Bezug zum akustischen Reiz eingeteilt. So treten die frühen AEP (FAEP) innerhalb der ersten 10 ms, die mittellatenten AEP (MAEP) bis 60 ms und die späten AEP (SAEP) bis zu 1.000 ms nach akustischer Reizung auf. Die Technik der Registrierung der AEP wird als Elektrische Reaktions Audiometrie (ERA, engl. *Evoked Response Audiometry*) bezeichnet. Mithilfe der Electrocochleographie (ECoChG) lassen sich im Nahfeld die sensorineurale Aktivität der Haarsinneszellen und des Hörnervs invasiv über transtympanale Nadel- oder Gehörgangselektroden ableiten. Die gebräuchlichste Nomenklatur der Messung der verschiedenen Fernfeldpotenziale wurde

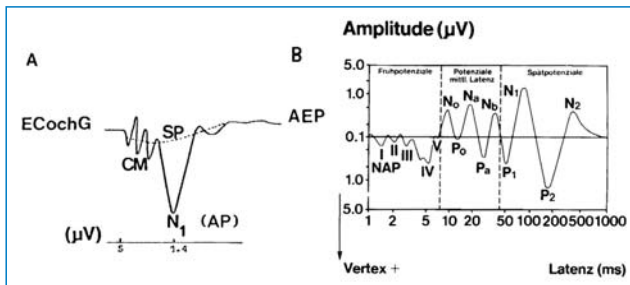


Abb.: Akustisch evozierte Potenziale.

aus dem Englischen übernommen und richtet sich nach der topologischen Zuordnung der Potenzialkomplexe oder dem zeitlichen Auftreten. So wird die Methode der FAEP-Ableitung als BERA (*Brainstem Evoked Response Audiometry*), die Ableitung der MAEP als MLRA (*Middle Latency Response Audiometry*) und die Registrierung der SAEP als CERA (*Cortical Evoked Response Audiometry*) bezeichnet. Zur genauen Hörschwellenbestimmung und zur topographischen Eingrenzung pathologischer Prozesse hat die Registrierung der FAEP die größte klinische Bedeutung in der objektiven Audiometrie bei Säuglingen, Kindern und Erwachsenen erlangt. Sie sind besonders gut im Schlaf, in Sedierung und auch in Vollnarkose ableitbar. Ihr Ursprung liegt in der Aktivität der Hörnervenfaser sowie der zentralen Hörbahnabschnitte des unteren Hirnstammes. Aufgrund der geringen Frequenzspezifität der durch Clicks evozierten FAEP kommen auch frequenzspezifische Verfahren, wie z.B. die Hochpass-Maskierung, die notched-noise BERA oder in neuerer Zeit die Registrierung der AMFR (*Amplitude Modulation Following Response*) zum Einsatz, die jedoch alle besonderen Messapparaturen sowie eine große Erfahrung der Untersucher voraussetzen. Die MAEP, die im Bereich des Thalamus und den primären kortikalen Projektionsfeldern entstehen, können besonders gut im Wachzustand bei älteren Kindern und Erwachsenen zur objektiven Erregungsschwellenbestimmung herangezogen werden. Die SAEP spiegeln die neuronale Aktivität des auditorischen Kortex sowie der sekundären und tertiären Hirnrindfelder wider. Da sie stark vigilanzabhängig sind, werden sie nur im Wachzustand bei älteren Kindern und Erwachsenen zum Nachweis zentral auditiver Verarbeitungsstörungen (→AVWS)

oder im Rahmen von →Begutachtungen zur objektiven Erregungsschwellenbestimmung in verschiedenen Frequenzbereichen eingesetzt.

**Akustische Analyse** Analyse des akustischen Sprachsignals mittels mathematischer Signalanalyseverfahren, zur Bestimmung von Tonhöhe, Lautstärke, Segment- oder Silbendauer oder von spektralen Merkmalen von Vokalen oder Konsonanten. Methoden der a.A. können zur Diagnostik von Sprechstörungen eingesetzt werden.

**Akustische Stimmanalyse** Die klassische akustische Stimmanalyse umfasst Verfahren der Spektralanalyse (Sonographie), der Grundtonanalyse und der Periodizitätsanalyse (Bestimmung von Jitter und Shimmer). Zur Klassifikation bestehender Stimmstörungen werden die 4-stufige Heiserkeitsanalyse nach Yanagihara und das Göttinger Heiserkeitsdigramm verwendet. Zur Bestimmung der Stimmqualität von Sängern werden Sängerformantbestimmungen im 3-kHz-Bereich durchgeführt.

**Akutaphasie** →Aphasie

In der frühen Rehabilitationsphase, direkt nach dem Insult wechseln die aphasischen Störungen oft von Tag zu Tag. Bei akuten Aphasien ist aufgrund der starken Fluktuation der Störungen eine genaue Diagnose und Prognose nicht möglich. In der Aphasiediagnostik werden die Hauptmerkmale der gestörten Sprachproduktion und des beeinträchtigten Sprachverständnisses sowie der Begleitsymptomatik erfasst. Einige diagnostische Verfahren ermitteln auch die Stimulierbarkeit des Patienten und den Verlauf der Rückbildung. Eine Syndromklassifikation ist in den ersten Wochen wenig sinnvoll. →Aphasiediagnostik. Generell lassen sich drei Hauptformen der Akut-



aphasie unterscheiden: Akutaphasie mit →Mutismus, mit nichtflüssiger oder flüssiger Sprachproduktion. Für die Therapie der Akutaphasie stehen spezifische Verfahren zur Verfügung.

**Akzelerationen, interverbale** Erhöhung der Sprechgeschwindigkeit durch Auslassung von Lauten und/oder Silben.

**Akzentmethode** Die von Svend Smith entwickelte Methode stellt ein Konzept dar, bei dem rhythmisch schwingende Körperbewegungen und akzentuierte Phonationen zu einem funktionellen Ganzen verbunden werden. Die Methode hat sich in der Stimm- und Stottertherapie bewährt. (→Dysphonien, →Stottern).

**Alexie** Unfähigkeit oder Störung des Lesens trotz intaktem Sehvermögen.

**Alkoholsyndrom, fetales** Durch übermäßigen Alkoholkonsum in der Schwangerschaft verursachte kindliche Entwicklungsstörung mit →geistiger Behinderung, Hyperaktivität, geringer Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit, verändertem Gesichtsausdruck, verringertem Körperwachstum und →Sprachentwicklungsstörungen.

**Allophonischer Gebrauch von Lautklassen** →Phonologischer Prozess (pathologisch), bei dem alle Laute einer Lautklasse, meist →Frikative, durch einen Laut ersetzt oder alle betroffenen Laute scheinbar willkürlich verwendet werden.

**ALS** →Amyotrophe Lateralsklerose

**Altersforschung** →Gerontologie

**Altersheilkunde** →Geriatric

**Altersschwerhörigkeit** Die Schwerhörigkeit im Alter, häufig auch als Presbyakusis bezeichnet, wird durch endogene und exogene Faktoren verursacht und beschreibt die vornehmlich im Hochtonbereich verschlechterte Hörschwelle und einen zunehmenden Abbau zentraler Hörleistungen wie z.B. das Sprachverstehen in geräuschvoller Umgebung (Cocktailpartyeffekt). Eine ursächliche Therapie ist nicht möglich. Humangenetische Untersuchungen haben erste Gene ermittelt, die für den Alterungsprozess im cochleären Bereich verantwortlich sind. Eine frühzeitige beidseitige Hörgeräteversorgung kann zunehmende Degenerationsprozesse im Bereich der zentralen Hörbahn verhindern und die psychosoziale Isolierung durch

den zunehmenden Hörverlust im Alter verhindern.

**Alveolarassimilierung** →Assimilation

**Alveolarisierung** →Vorverlagerung

**Alzheimersche Erkrankung** Wichtigste degenerative Form der Demenz mit progredientem langsamen Verlauf und obligaten Sprach- und Kommunikationsproblemen; weitere Kernsymptome: Gedächtnis-, Orientierungs-, Erkennungs-, Motorik- und Verhaltensstörungen (z.B. Stimmungsschwankungen, Aggressivität, Interessesverlust, emotionaler Rückzug, Antriebsstörung, Unruhe, Ängstlichkeit u.a.); im Gegensatz zur vaskulären Form der Demenz mit abruptem Fortschreiten der Krankheit.

**Amboss** Einer der drei →Gehörknöchelchen des →Mittelohres.

**Ambossluxation** Entkopplung der gelenkigen Verbindung zwischen dem →Amboss und der Gehörknöchelchenkette des →Mittelohres, die eine →Schallleitungsschwerhörigkeit zur Folge hat.

**American Speech-Language-Hearing-Association (ASHA)** Gegründet 1925, weltgrößter sprachtherapeutischer Fach- und Berufsverband mit heute 104.000 Mitgliedern, prägte entscheidend die Entwicklung der Sprech- und Sprachpathologie in den USA wie auch international. Herausgabe von weltweit anerkannten Fachzeitschriften, Entwicklung von Akkreditierungs- und Zertifizierungssystemen und →Leitlinien für die Behandlung von Sprachstörungen, Vergabe des →Certificate of Clinical Competence (CCC) an Sprachtherapeuten zum Nachweis professioneller Qualifikation.

**Ammann, Johann Konrad (1669–1724)** Ammann studierte Medizin in Basel (Promotion 1687), lebte später in den Niederlanden. Ammann war unter anderem Sprachlehrer für Taubstumme. In seiner Arbeit „Dissertatio de loquela“ (1700) begründet er seine Arbeit wissenschaftlich und beeinflusste die Gehörlosenbildung in starker Weise. Ammann gilt mit seinen physiologischen Untersuchungen über Sprach- und Tonbildung auch als Pionier der Phonetik.

**Amnestische Aphasie** →Aphasiesyndrome

Sprachliche Hauptsymptome: →Wortfindungsstörungen, →semantische Paraphasien und Umschreibungen bei gut erhaltenem

Sprachfluss und überwiegend intaktem Satzbau, Sprachverständnis nur geringfügig gestört, gute Kommunikationsfähigkeit.

### **Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test (ANELT)** →Aphasiediagnostik

Sprachpragmatisches Testverfahren. Beurteilt wird die Fähigkeit, zu kurzen kommunikativen Szenen eine adäquate Sprachäußerung zu produzieren. Die Durchführung des Tests dauert 20–30 Minuten. Eingeschätzt wird die inhaltliche und akustische Verständlichkeit. Nonverbale und kompensatorische Ausdrucksmittel werden nicht dabei berücksichtigt.

#### *Literatur*

Blomert, L. (1997): Everyday-Language-Test (ANELT). Lisse, NL: Swets & Zeitlinger.

**Amygdala** (griech. *άμυγδαλή*) Corpus amygdaloideum, Mandelkern des Großhirns, im Schläfenlappen liegend. Teil des limbischen Systems. Auch bekannt als das Angstzentrum des Menschen.

**Amyotrophe Lateralsklerose** Fortschreitende Erkrankung des ersten und zweiten motorischen Neurons (unter Aussparung der okulomotorischen Kerne), mit der Folge von Muskelschwäche und Atrophie. Bei einem Teil der Patienten beginnt die Erkrankung mit bulbären Symptomen (Beeinträchtigung der motorischen Hirnnervenfunktionen). Im Verlauf tritt eine schwere schlaffe oder gemischte Dysarthrie mit einer ausgeprägten Schwäche der Atmungsmuskulatur auf, häufig auch pathologisches Lachen oder Weinen.

**Analphabetismus** Bezeichnet die Unfähigkeit, lesen und schreiben zu können. Man unterscheidet zwischen einem sozialen Analphabetismus, bei dem die betreffende Person keinerlei Lese- und Schreibunterricht erhalten hat, und einem funktionalen Analphabetismus, bei dem die betreffende Person trotz Erfüllung der Schulpflicht keine schriftsprachlichen Fähigkeiten erworben bzw. diese wieder verlernt hat.

**Anamnese** Griech. *anamnesis*: Erinnerung. Erhebung der Vorgeschichte im Rahmen der →Diagnostik. In Gesprächen, durch gezielte Fragen oder durch den Einsatz konkreter Fragebögen werden Informationen zur bisherigen Entwicklung, zu Untersuchungsergebnissen sowie zu bereits durchgeführten Therapiemaßnahmen gesammelt. Dabei

kommen – abhängig vom Alter und der Auskunftsfähigkeit des untersuchten Menschen – sowohl die Befragung des Untersuchten selbst (Eigenanamnese) als auch die Befragung der Bezugspersonen (Fremdanamnese) zum Einsatz. Ergänzende anamnestiche Informationen werden gegebenenfalls vorliegenden Befundberichten entnommen. Im Rahmen einer Sprachdiagnostik beschäftigt sich die Anamnese mit dem Spracherwerb, dem Auftreten und der Entwicklung der Symptomatik. Zu ergänzen sind darüber hinaus die Erhebung der familiären Vorgeschichte (Familienanamnese), der psychischen Befindlichkeit und der sozialen Gegebenheiten sowie der Entwicklung kognitiver, motorischer und sensorischer Fähigkeiten.

**Anarthrie** Neurologisch bedingte Artikulationsunfähigkeit. Zusammen mit →Aphonie eine Komponente des →Mutismus. In der französischen Fachliteratur wird Anarthrie zum Teil syn. für →Sprechapraxie verwendet.

**Anatomische Lagebezeichnungen** In der Anatomie werden zur Erklärung von Positionen und Ausdehnungen Lage- und Richtungsbezeichnungen verwendet, die aus dem Lateinischen stammen und die Orientierung vereinfachen. Dabei sind drei Schnittebenen und vierzehn Lage- bzw. Richtungsbezeichnungen für die Beschreibung zumeist ausreichend.

- ▶ Der *Horizontalschnitt* teilt den Körper waagrecht von ventral nach dorsal in einen oberen und in einen unteren Teil.
  - ▶ Der *Sagittalschnitt* ist ein senkrecht von kranial nach kaudal verlaufender Schnitt, der den Körper in rechte und linke Anteile gliedert.
  - ▶ Der *Frontalschnitt* geht ebenfalls senkrecht von kranial nach kaudal durch den Körper und verläuft parallel zur Stirnebene und teilt so den Körper in vordere und hintere Anteile.
- |                  |                 |
|------------------|-----------------|
| <i>anterior</i>  | = vorne         |
| <i>posterior</i> | = hinten        |
| <i>superior</i>  | = oben          |
| <i>inferior</i>  | = unten         |
| <i>externa</i>   | = außen gelegen |
| <i>interna</i>   | = innen gelegen |
| <i>ventral</i>   | = bauchwärts    |
| <i>dorsal</i>    | = rückenwärts   |
| <i>kranial</i>   | = kopfwärts     |

|                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| <i>kaudal</i>   | = steifswärts   |
| <i>dexter</i>   | = rechts        |
| <i>sinister</i> | = links         |
| <i>medial</i>   | = zur Mitte hin |
| <i>lateral</i>  | = zur Seite hin |

**ANELT** →Amsterdam-Nijmegen Every-day Language-Test, →Aphasiediagnostik.

**Anforderungs-Kapazitäten-Modell** Multifaktorielle Theorie des →Stotterns nach Starkweather. Sprechunflüssigkeiten treten dann auf, wenn die Anforderungen an flüssiges Sprechen die vorhandenen linguistischen, motorischen, kognitiven und emotionalen Kapazitäten beim Kind übersteigen. Stottern kann sowohl aufgrund niedriger Kapazitäten als auch aufgrund zu hoher Anforderungen (Kommunikationsbedingungen, Erwartungshaltung von Bezugspersonen, Anspruchsniveau des Kindes) entstehen.

**Angst** Angst ist eine universell verbreitete Basisemotion. Während Furcht sich eher auf die Erwartung einer Schädigung richtet, bezieht sich Angst eher auf die affektive Reaktion darauf. Neben akuten Ängsten können relativ überdauernde Zustände der Ängstlichkeit als Persönlichkeitsmerkmal auftreten. Neurotische Ängste können zur →Phobie werden (→Logophobie, →Sprechangst).

**Angsthierarchie** Methode der systematischen Desensibilisierung (Verfahren aus der Verhaltenstherapie) wird zur gezielten Behandlung von Ängsten (hier Sprech- bzw. Stotterängsten) eingesetzt. Durch das Aufstellen einer hierarchischen Abfolge angstbesetzter Sprechsituationen steigenden Schwierigkeitsgrades und der schrittweisen Bewältigung dieser Situationen u.a. durch →In-Vivo-Training wird eine Reduktion der Sprech- bzw. Stotterängste erreicht. →Sprechangst, →Stottern.

**Anlaute hören, Reime finden, Silben klatschen** Erhebungsverfahren zur phonologischen Bewusstheit für Vorschulkinder und Schulanfänger (ARS): Das von Sabine Martschinke, Gisela Kammermeyer, Monica King und Maria Forster 2005 vorgelegte gestraffte Screeningverfahren zur Erfassung von Kindern, die einer metaphonologischen Förderung bedürfen, und zu ihrer Einteilung in homogene Fördergruppen ist eine Kurzfassung des „Rundgangs durch Hörhausen“ (Martschinke, Kirschhock & Frank 2001),

welches sich für den Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen als zu zeitaufwendig herausgestellt hat.

Die Autorinnen empfehlen den Einsatz des Screenings am Beginn des letzten Kindergartenjahres, betonen jedoch, dass das Verfahren sowohl auch für jüngere Kinder ab dem Alter von viereinhalb Jahren als auch noch zu Schulbeginn sinnvoll einsetzbar ist. In diagnostischen Zweifelsfällen empfehlen sie bei Kindergartenkindern den Einsatz des „Bielefelder Screening“ und bei Schulneulingen den „Rundgang durch Hörhausen“.

#### Literatur

Martschinke, S., Kirschhock, E.-M., Frank, A. (2001): Rundgang durch Hörhausen. Donauwörth: Auer Verlag.

Martschinke, S. et al. (2005): Anlaute hören, Reime finden, Silben klatschen – Erhebungsverfahren zur phonologischen Bewusstheit für Vorschulkinder und Schulanfänger (ARS). Donauwörth: Auer Verlag.

**Anlautprozess** →Onsetprozess

**Annäherungs-Vermeidungskonflikt** Lerntheoretisches Konzept nach Sheehan, wonach Stottern Ausdruck eines Konflikts zwischen dem Wunsch nach Sprechen und Nicht-Sprechen bzw. Sprechen und Vermeiden ist. Die →Antizipation vor dem Sprechversagen beeinflusst und verstärkt die Konflikterwartung. →Stottern

**Anotie** Fehlen der Ohrmuschel des →Außenohres.

**Anschlussheilbehandlung (AHB)** Stationäre Leistung zur →Rehabilitation, die im zeitlichen Zusammenhang nach einer Behandlung in einem Akut-Krankenhaus erbracht wird. Für Menschen nach einem Schlaganfall mit →Aphasie stellt die Sprachtherapie eine zentrale Komponente dar, die im Idealfall mit der ambulanten Therapie vor und nach der AHB verzahnt wird. Bei Krebserkrankungen sind die Rentenversicherungen oder ggf. die Berufsgenossenschaften die Kostenträger der Maßnahme, die im Abstand von je einem Jahr als so genannte Krebsnachsorgekur (Nach- und Festigungskur) auf Antrag des Patienten bei seinem Rentenversicherungsträger noch zweimal wiederholt werden kann. Ein gesetzlicher Anspruch auf Durchführung mehrerer Nachsorgebehandlungen besteht nicht. Das Auftreten von Metastasen oder eines Rezidivs begründet allerdings die erneute Möglichkeit, Anschlussheilbehandlungen sowie Nach- und Festigungskuren zu



erhalten. Bis 1990 wurden häufig drei Nachsorgebehandlungen innerhalb von 3 Jahren von jeweils 4–6 Wochen genehmigt.

**Antizipation** Gedankliche Vorwegnahme von zukünftigen Sprechsituation bzw. möglichen Stottererereignissen. Die Antizipation des Stotterns kann die Symptomatik verstärken und zu einer negativen Erwartungshaltung, einem negativen →Selbstbild bis hin zum →Teufelskreislauf führen. Erklärt teilweise die Aufrechterhaltung bzw. Verstärkung der Stottersymptomatik und Ausprägung der →Sekundärsymptomatik, →Stottern, →Annäherungs-Vermeidungskonflikt, →Wortangst, →Situationsangst.

**Antriebsstörung im Rahmen einer demenziellen Erkrankung** Allgemeine Reduktion von Interesse und Energie.

**Antwortgeschwindigkeit** Maß für die Anzahl von Antworten in einer vorgegebenen Zeitspanne, etwa in Aufgaben zur →Schnellbenennung, →Antwortzeit.

**Antwortzeit** Zeitdauer von der Präsentation eines Stimulus bis zur Antwortreaktion der Person, etwa in einem Bildbenennungstest.

**Aphasie Check-Liste (ACL)** →Aphasiediagnostik. Kurzform einer Testbatterie zur Erfassung von sprachlichen und kognitiven Be-

eintrachtigungen. Es wird eine Vielzahl von Funktionen mit jeweils wenigen Aufgaben untersucht. Die Durchführungszeit beträgt 30 Minuten. Das Ziel besteht darin, ein Profil der Beeinträchtigungen zu erstellen und den Schweregrad zu bestimmen. Die ACL enthält sieben sprachliche Untertests (Reihensprechen, Befolgen von Handlungsanweisungen, Farb-Figur-Test, Wortgenerieren, Überprüfung sprachlicher Leistungen in verschiedenen Sprachmodalitäten, Einschätzung der verbalen Kommunikationsfähigkeit, Zahlenverarbeitung) und drei kognitive Untertests (nonverbales Gedächtnis, Aufmerksamkeit, logisches Denken).

#### Literatur

Kalbe, E., Reinhold, N., Ender, U., Kessler, J.: Aphasie Check-Liste (ACL). Köln: Prolog.

**Aphasiediagnostik** Die Aphasiediagnostik sollte sowohl die sprachlichen Beeinträchtigungen als auch die erhaltenen sprachlichen Funktionen zuverlässig erfassen. Die diagnostischen Ziele unterscheiden sich je nach klinischer bzw. therapeutischer Zielsetzung. Für die Auslese, Klassifikation und Bestimmung des Schweregrads stehen im Deutschen verschiedene Testverfahren zur Verfügung. Die Standarduntersuchung wird

**Tabelle:** Ziele der Aphasiediagnostik.

|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Klinische Ziele                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Auslese von aphasischen Patienten</li> <li>▶ Differenzierung in aphasische Syndrome und modalitätsspezifische Störungen</li> <li>▶ Bestimmung des Schweregrads</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Neurolinguistische Ziele         | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Erfassen der aphasischen Störungen in den verschiedenen Sprachmodalitäten: Spontansprache, Nachsprechen, Benennen und Beschreiben, auditives Sprachverständnis, Lesesinnverständnis, Lautlesen und Schreiben</li> <li>▶ Bestimmung der Störungen auf verschiedenen sprachsystematischen Ebenen: Phonologie, Lexikon, Syntax, Semantik</li> <li>▶ Funktionale Lokalisation der Störungen und Kompensationsmechanismen in einem psycholinguistischen Modell der normalen sprachlichen Verarbeitung</li> </ul> |
| Neuropsychologische Ziele        | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Bestimmen der sprachrelevanten Begleitstörungen, insbesondere in den Bereichen: Visuelles und auditives Verarbeiten</li> <li>▶ Bewegungsplanung</li> <li>▶ Aufmerksamkeit und Gedächtnis</li> <li>▶ Komplexe Informationsverarbeitung</li> <li>▶ Zahlenverarbeitung und Rechnen</li> <li>▶ Lernen und Problemlösen</li> </ul>                                                                                                                                                                               |
| Rehabilitationsorientierte Ziele | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Feststellen von Veränderungen der Aphasie im Verlauf</li> <li>▶ Feststellen der Wirksamkeit der Aphasitherapie unter Berücksichtigung von Spontanremission</li> <li>▶ Einschätzung der Teilhabe an der Kommunikation und am sozialen Leben im Alltag</li> <li>▶ Einschätzung von Lebensqualität und Krankheitsverarbeitung der Patienten und ihren Angehörigen</li> </ul>                                                                                                                                   |

**Aphasie** Aphasien sind erworbene zentrale Sprachstörungen, die auf einer Schädigung der Sprachregionen in der meist linken Hirnhälfte beruhen (→Sprachdominanz). Aphasien sind linguistisch als Beeinträchtigungen der Komponenten des Sprachsystems (Phonologie, Syntax, Semantik, Lexikon) beschreibbar. Die sprachlichen Beeinträchtigungen erstrecken sich auf expressive und rezeptive sprachliche Modalitäten (Verstehen, Sprechen, Lesen und Schreiben). Aphasien sind nicht auf eine sprachunabhängige Denkstörung zurückzuführen. Die aphasischen Störungen behindern die Kommunikation und Teilhabe am sozialen Leben in unterschiedlichem Ausmaß. Meist sind Aphasien mit Einschränkungen im familiären und sozialen Leben verbunden und stellen ein wesentliches Hindernis für die berufliche Rehabilitation dar (Huber, Poeck & Springer 2006).

**Formen** Das Auftreten der aphasischen Symptome (→Aphasiesymptome) ist nicht von Patient zu Patient zufällig. Vielmehr kehren charakteristische Einzelsymptome in Kombination mit anderen Symptomen immer wieder. Diese bilden die Grundlage für die Unterscheidung verschiedener Typen oder Syndrome der Aphasie (→Aphasiesyn-drome).

Nach einem Schlaganfall lassen sich die Symptome bei rund 80 % der Patienten einem von vier Haupttypen zuordnen: →Broca-, →Wernicke-, →globale und →amnestische Aphasie. Jedes Syndrom ist durch einen unterschiedlichen Schweregrad der Störungen

und durch eine bestimmte Kombination von Symptomen charakterisiert. Einzelne Symptome sind dabei vorherrschend; diese heißen Leitsymptome.

Weiterhin unterscheidet man Nicht-Standard-Aphasien (→Leitungsaphasie und →transkortikale Aphasie) sowie modalitäts-spezifische Sprachstörungen wie →Alexien mit und ohne →Agraphie.

Die Aphasiesyn-drome haben typische Lokalisationen im so genannten Sprachzen-trum, den Sprachregionen des Gehirns.

**Vorkommen** Rund 80% aller Apha-sien beruhen auf Durchblutungsstörungen (Schlaganfall). Die Gesamthäufigkeit (Präva-lenz) dieser Aphasien wird auf etwa 1‰ der Gesamtbevölkerung geschätzt, also auf ca. 80.000 in Deutschland. Zusammen mit wei-teren Ursachen ist in Deutschland von mehr als 100.000 Patienten mit erworbenen neu-rogenen Sprach- und Sprechstörungen aus-zugehen.

**Erscheinungsbild** Die aphasischen Stö-rungsmerkmale zeigen sich im Gespräch und bei gezielter Überprüfung von sprachlichen Leistungen. Die wichtigsten Symptome wer-den meist bei längerem spontanen Erzäh-len deutlich. Das Planen und Formulieren von Mitteilungen erfolgt auf verschiedenen sprachlichen Ebenen, die jeweils spezifisch gestört sein können. Dies betrifft die automa-tisierte Sprache, die lexikalische, semantische, phonologische und syntaktische Struktur der Äußerungen. Zusätzlich kann die Prosodie oder die Artikulation und Sprechgeschwin-digkeit beeinträchtigt sein.

Tabelle 1: Klassifikationsschema der aphasischen Syndrome.

| Syndrome               | Leitsymptome                                                                                     | Typische Lokalisation             |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Globale Aphasie        | Sprachautomatismen<br>Schwere Sprachverständnisstörung                                           | Gesamte Sprachregion              |
| Broca-Aphasie          | Agrammatismus<br>nicht-flüssige Sprachproduktion<br>Sprechapraxie                                | Vordere Sprachregion              |
| Wernicke-Aphasie       | Paragrammatismus<br>Paraphasien<br>flüssige Sprachproduktion<br>Schwere Sprachverständnisstörung | Hintere Sprachregion              |
| Amnestische Aphasie    | Wortfindungsstörungen                                                                            | Kleine variable Schädigungen      |
| Leitungsaphasie        | Herausragend schlechtes Nachsprechen                                                             | Hintere bis mittlere Sprachregion |
| Transkortikale Aphasie | Herausragend gutes Nachsprechen                                                                  | Hintere oder vordere Sprachregion |