LUND UNIVERSITY

Die Vereiningungen der Aphasiebehinderten in Schweden

Kitzing, Peter

Published in:
Die Sprachheilarbet

1981

Link to publication

Citation for published version (APA):
Kitzing, P. (1981). Die Vereiningungen der Aphasiebehinderten in Schweden. *Die Sprachheilarbet*, *26*(2), 125-130.

Total number of authors:
1

General rights
Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.
• Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
• You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
• You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: https://creativecommons.org/licenses/

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Sonderdruck

aus

»Die Sprachheilarbeit«

Herausgeber:
Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V.

Heft 2/1981

Verlag Wartenberg & Söhne GmbH · Hamburg 50

»Die Sprachheilarbeit« erscheint zweimonatlich mit Beiträgen von Fachpädagogen und Fachmedizinern über Grundlagen und praktische Erfahrungen aus dem Bereich der Sprachheilpädagogik

Jahresbezugspreis 24,– DM zuzügl. Porto · Bezug direkt vom Verlag

Peter Kitzing, Malmö (Schweden)

Die Sprachheilarbeit 26 (1981) 2, S. 125—130

Die Vereinigungen der Aphasiebehinderten in Schweden

Die Anzahl der mit Aphasiesymptomen erkrankenden Personen beträgt nach schwedischen Untersuchungen jährlich etwa 60 pro 100000 Einwohner. Die Ursache ist in über 90 Prozent der Fälle ein Schlaganfall, in den übrigen vorwiegend eine Geschwulst oder Verletzung des Gehirns. Somit ist der Krankheitszustand immer ernst, wenn nicht lebensgefährlich. Etwa zwei Drittel der Patienten befinden sich in einem Alter von 60 Jahren oder darüber. Viele — etwa die Hälfte — sterben im unmittelbaren Verlauf ihrer akuten Erkrankung.

Das Krankheitsbild der Genesenden wird geprägt von der Aphasie, meistens aber auch von den durch die Hirnschädigung verursachten körperlichen und psychischen Behinderungen. Unter den in Betracht kommenden körperlichen Behinderungen sind anzuführen: die Halbseitenlähmung, die Herabsetzung des Tast- und Gleichgewichtssinns, die Sehbehinderung durch Einschränkung des Gesichtsfeldes oder durch Doppelsehen; unter den psychischen Funktionseinschränkungen: die Herabsetzung des abstrakten Denkens, Einprägungs- und Gedächtnisschwächen, Einschränkungen des Beobachtungs- und Orientierungsvermögens, und vor allem auch Veränderungen des persönlichen Verhaltens, mit impulsiven Gemütsschwankungen, leichter Ermüdbarkeit und Armut an eigener Antriebskraft und Ausdauer als den hervorragendsten Kennzeichen. Hinzu kommen in vielen Fällen weitere, meistens altersbedingte Krankheiten, wie Kreislauf- und Herzleiden, Zuckerkrankheit und dergleichen.

Der Krankheitsverlauf kann in drei Zeitphasen eingeteilt werden. In den ersten Wochen nach der Erkrankung ist es nicht selten, daß der Zustand des Patienten erheblich schwankt. Bewußtsein und Aufmerksamkeit können von Moment zu Moment wechseln, der Patient ist desorientiert, sein Verhalten oft von einer motorischen Unruhe geprägt. In dieser Phase ist der Patient noch keiner direkten Übungsbehandlung zugänglich, was aber eine erste Kontaktaufnahme von seiten des Aphasietherapeuten keineswegs ausschließt. Denn der Patient wie auch seine schwer betroffenen Angehörigen bedürfen des beruhigenden Zuspruchs gleichwie einer eingehenden Aufklärung über die doch allgemein recht unbekannte Aphasie und ihre Begleiterscheinungen.

In der zweiten Phase des Krankheitsverlaufs hat sich der Zustand des Kranken stabilisiert und ist von den Folgen der eingetroffenen Hirnschädigung gekennzeichnet. Abhängig von der entstandenen Symptomatik haben nun die verschiedenen direkten therapeutischen Maßnahmen einzusetzen, wie z. B. das sprachliche Training beim Aphasietherapeuten, die Gehübungen und übrigen krankengymnastischen Behandlungen beim Physiotherapeuten, die Beschäftigung in der Arbeitstherapie. Wenn diese Aktivitäten gut koordiniert und auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmt sind, so ist in dieser Phase wenigstens anfangs sehr oft eine wesentliche Verbesserung des Allgemeinzustandes und auch der sprachlichen Fähigkeiten zu verzeichnen. Der Patient, wie auch seine Familie, sind vollauf damit beschäftigt, sozusagen »wieder auf die Beine zu kommen«, d. h., alle Energie und Aufmerksamkeit richtet sich auf die Besserung des Kranken, die ja auch meistens zusehends voranschreitet. Man ist voller Hoffnung und oft leider auch voller übertrieben optimistischer Vorstellungen über die Aussichten auf eine vollkommene Genesung.

Die dritte Phase im Krankheitsverlauf tritt erst allmählich und nach etlichen Monaten ein, wenn sich der Kranke wie auch seine Angehörigen nach und nach dessen gewahr werden, daß es mit seiner Besserung trotz intensiver Bemühungen nicht weiter vorangeht. Man muß anfangen, sich damit abzufinden, daß ein beträchtlicher Teil der sprachlichen und neurologischen Behinderung nicht rückgängig zu machen ist. Für die Zukunft muß ein Leben *mit* der Behinderung, ein fortgesetztes sinnvolles Leben *trotz* der Behinderung ins

Auge gerabt werden. Diese Einsicht bedeutet einen schweren Schlag für den Aphasiepatienten und die ihm Nahestehenden, für manche vielleicht noch schwerer als die Erschütterung im Zusammenhang mit der ursprünglichen Erkrankung. Depressive Reaktionen sind zu diesem Zeitpunkt häufig, besonders wenn der Kranke und seine Familie nicht im Zusammenhang mit der vorangegangenen Therapie behutsam, aber auch realistisch über das voraussichtliche Spätresultat nach der Krankheit aufgeklärt worden sind. Meistens muß auch gerade zu diesem Zeitpunkt den regelrechten direkten Behandlungen im Rahmen der medizinischen Pflegeinstitutionen ein Ende gesetzt werden, teils aus Mangel an Therapiekräften, teils weil fortgesetzte Behandlungen allzuwenig fruchten. Dabei fühlt sich der Aphasiepatient oft einer Ungerechtigkeit ausgesetzt, da er noch lange nicht von seiner Behinderung wiederhergestellt ist.

Gerade an diesem Punkt, wo der Kranke als lebenslänglich Behinderter, oder wie es im Schwedischen heißt: als »Defektgeheilter«, aus der Obhut der medizinischen Krankenpflege entlassen wird, setzt die Rolle der Behindertenvereinigungen ein. Zweck dieser Vereinigungen ist es, die Aphasiebehinderten in ihren fortgesetzten Mühen um ein sinnvolles und aktives Leben mit und trotz der Behinderung auf jede mögliche Weise zu unterstützen. Wie und in welchem Ausmaß dies zur Zeit in Schweden geschieht, soll Thema der weiteren Ausführungen sein. Zunächst aber erst einiges über die Entwicklung und Organisation der Vereinigungen für Aphasiebehinderte in Schweden.*

Es bestehen zur Zeit (Sommer 1980) neun solcher Vereinigungen in Schweden, deren Wirkungsort aus Tabelle 1 hervorgeht. Aus dieser Tabelle sind auch die ungefähren Mitgliederzahlen der jeweiligen Vereinigung ersichtlich mit einer Summe von etwa 1300 Mitgliedern für ganz Schweden. Hierbei ist zu bedenken, daß sich die Mitglieder aus drei verschiedenen Personengruppen zusammensetzen, nämlich 1. den Aphasiebehinderten, 2. deren Angehörigen und 3. den übrigen Interessenten, die vorwiegend zum Kreis jener zählen, die sich mit der Rehabilitation von Aphasiepatienten beschäftigen. Das Zahlenverhältnis zwischen diesen Gruppen schwankt etwas unter den einzelnen Vereinigungen: In groben Zahlen ist die Relation etwa 5:3:2 zwischen Behinderten, Angehörigen und therapeutischem Personal. Erfahrungsgemäß ist es für eine realistische Vereinsarbeit zuträglich, wenn alle drei Gruppen im Vorstand der jeweiligen Vereinigung genügend stark vertreten sind.

Wie aus den in der Tabelle angegebenen Gründungsjahren hervorgeht, sind die Vereinigungen für Aphasiebehinderte eine noch ziemlich neue Erscheinung in Schweden. Dies erklärt sich wahrscheinlich einmal aus einem in den siebziger Jahren allgemein gesteigerten Selbstbewußtsein bei unseren chronisch Kranken und Behinderten, was u.a. durch intensivere Vereinsaktivitäten zum Ausdruck kommt und auch von öffentlicher Hand in zunehmendem Umfang unterstützt wird. Des anderen hat die ständig wachsende Anzahl von Aphasietherapeuten und hierbei vor allem der Logopäden in Schweden sicher dazu beigetragen, die umfassende Problematik der Aphasiebehinderten erkennbar zu machen und die Motivation zu steigern, bei begrenzten Mitteln zur Rehabilitation innerhalb des Gesundheitswesens für eine fortgesetzte Fürsorge zu wirken durch die Aktivierung von freiwilligen ehrenamtlichen Kräften. Dies trifft zu für die Vereinigungen in den drei Großstädten Stockholm, Göteborg und Malmö, die um 1975 gegründet wurden. Für die kleineren, in den letzten Jahren hinzugekommenen Vereinigungen gilt meistens, daß ihre Gründung zwar auf Wunsch einer Gruppe von Interessierten am jeweiligen Ort, jedoch zum größten Teil von einer benachbarten größeren Vereinigung betrieben wurde, sowohl durch persönliche Besuche als auch finanzielle Unterstützung.

Seit einigen Jahren bestehen Pläne zur Gründung eines Dachverbandes für ganz Schwe-

---

* Den Aphasikervereinigungen, die mit ihren Informationen zur Erstellung dieses Referats beigetragen haben, sei auch an dieser Stelle gedankt.

Tab. 1: Gründungsjahr, Standort und ungefähre Mitgliederzahl der Vereinigungen für Aphasiebehinderte in Schweden (Stand: Sommer 1980)

Gründungsjahr	Standort	Anzahl der Mitglieder
1974	Stockholm	450
1976	Göteborg	350
1976	Malmö	200
1977	Uppsala	60
1977	Eskilstuna	20
1979	Jönköping	90
1980	Östersund	35
?	Västerås	35
?	Karlstad	90
Summe		1330

den. Daß sie bislang noch nicht ausgeführt wurden, mag einem mangelnden Bedarf zuzuschreiben sein, da die Funktionen eines solchen Verbandes weitgehend schon durch organisierte persönliche Begegnungen zwischen Abgesandten der einzelnen Vereinigungen (zwei Wochenend-Treffen in diesem Jahr) sowie auch eine rege Korrespondenz (u. a. mit einem Austausch der Programme und Jahresberichte) wahrgenommen werden.

Die Finanzierung der Arbeit erfolgt in den verschiedenen Vereinigungen auf recht unterschiedliche Weise. An einem Ort stammt etwa die Hälfte der benötigten Mittel aus öffentlicher Hand und fast ein Fünftel aus dem Erlös von verkauften Handarbeiten und dergleichen anläßlich eines Wohltätigkeitsfestes. An einem anderen Ort kommen fast 90 Prozent der Einnahmen vom Erlös aus privaten Lotterien, die man in Schweden mit polizeilicher Genehmigung für ideelle Zwecke durchführen kann und deren Lose z. B. in Warenhäusern oder in Marktbuden an den Mann gebracht werden. An einem dritten Ort ist es gelungen, bedeutende private Spenden zu erhalten. Nirgends fällt der Mitgliedsbeitrag besonders schwer ins Gewicht, da er bewußt gering gehalten wird, um nicht vom Beitritt abzuschrekken. Ein nicht unbedeutender Teil der Arbeit wird in sogenannten Studienkreisen oder Studiengruppen organisiert, die bestimmte Forderungen betreffs ihres Inhalts, ihrer Teilnehmer und ihrer Leitung erfüllen müssen. Unter dieser Vorbedingung werden sie dann von öffentlicher Hand als Volksbildungsarbeit anerkannt und finanziell unterstützt.

Die eigentlichen Vereinsaktivitäten lassen sich, wenn auch mit Überschneidungen, in drei verschiedene Arbeitsbereiche gliedern: Zusammenkünfte zum Zweck geselligen Beisammenseins, um die Isolierung der Aphasiebehinderten zu brechen; Reaktivierung der Behinderten, nicht nur in sprachlich-kommunikativer, sondern auch in sozialer und körperlich-motorischer Hinsicht; Informationsverbreitung, sowohl innerhalb der Vereinigung als auch mit Blick auf eine größere Allgemeinheit.

Unter den geselligen Zusammenkünften sind an erster Stelle die monatlichen Treffen zu schildern, die es in fast jeder Vereinigung gibt. Hauptprogrammpunkt ist meistens irgendeine Unterhaltung. Beliebt sind Lichtbildervorträge, z. B., der Stadtgärtner schildert die Anlagen der eigenen Stadt, oder ein Mitglied erzählt über eine Urlaubsreise. Auch Musikunterhaltungen sind sehr geschätzt, vor allem, wenn es den Vortragenden gelingt, ihre Zuhörer zu einem gemeinsam gesungenen Lied oder auch einem taktfesten »Mitschunkeln« anzuregen. Hin und wieder bietet sich Gelegenheit zu ganz besonderen Unterhaltungen, wie vielleicht die Vorstellung eines Zauberkünstlers. Oft bestehen die Monatstreffen in Studienbesuchen, wie z. B. in einem Zeitungsunternehmen, in einer Brauerei oder Fabrik, in einem Radio- und Fernsehsender oder in der Polizeizentrale. Oder es werden einfach Auto- oder Omnibusausflüge mit Picknicks veranstaltet. Selbstverständlich werden auch Feste gefeiert, die vielleicht an die Jahreszeit oder an allgemeine Feiertage anknüpfen. Beispiele

hierfür sind das alljährliche typisch schwedische Luciafest kurz vor Weihnachten oder auch etwa ein Frühlingsfest im Villagarten eines der Vereinsmitglieder.

Die meisten Zusammenkünfte finden sonst in Clubräumen statt, über die die Vereinigungen allgemein verfügen. Hier wird zu bestimmten Zeiten offenes Haus gehalten, so daß sich die Mitglieder zu einem ungezwungenen Beisammensein bei einer Tasse Kaffee treffen können, um sich zu unterhalten, ein Gesellschaftsspiel zu spielen oder auch ein Laubsägepuzzle zu legen. Einigen Mitgliedern ist dabei für den Verlauf des Abends die Rolle des Gastgebers zugewiesen. Indem sie diese Verantwortung übernehmen können, steigt ihr Selbstbewußtsein, und sie werden selber reaktiviert. In den größeren Vereinigungen gibt es gewöhnlich auch ein ganz- oder teilzeitbeschäftigtes Mitglied, dem die Verwaltung der Clubräume, die anfallenden Büroarbeiten und ein großer Teil der Informationsarbeit aufgetragen sind. Eine weitere Aufgabe dieses Verwalters ist die Vergabe von Eintrittskarten für Theater-, Operetten- oder Ballettvorstellungen, die den Behinderten von seiten der städtischen Bühnen gegen stark ermäßigte Preise zur Verfügung gestellt werden.

Soweit das gesellige Beisammensein, das dem Kommunikationsbehinderten aus seiner Isolierung heraushelfen möchte und woran der einzelne auch mehr oder weniger *passiv* teilnehmen kann. Ein wichtiges Anliegen der Vereinigungen ist indessen auch die *Aktivierung* der Mitglieder, sei es in körperlicher, in sprachlicher oder sozialer Hinsicht. Gymnastikgruppen werden meistens in Zusammenarbeit mit den vorhandenen Organisationen für Behindertensport angeordnet. Mancher Aphasievereinigung ist es auch gelungen, ihren Mitgliedern gesonderten Zugang zu therapeutischen Bäderanlagen zu verschaffen.

Die sprachliche Aktivierung nimmt in der Arbeit der Aphasikervereinigungen selbstverständlich einen zentralen Platz ein. Nach dem Modell der Volksbildungsarbeit allgemein in Schweden werden diese Tätigkeiten wie schon erwähnt als Studiengruppen oder Studienkreise organisiert. Insgesamt gibt es im Rahmen der Aphasikervereinigungen in Schweden 64 solcher Studiengruppen, die einen qualifizierten Leiter, eine feste Teilnehmeranzahl von mindestens vier Personen, einen festgestellten Studienplan und ein bestimmtes Studienmaterial (z. B. in der Form von Lehrbüchern) vorweisen müssen, um aus öffentlicher Hand finanziell unterstützt zu werden. Zweck der Sprachübungsgruppen ist es, durch eine allgemeine Aktivierung der einzelnen sprachlichen Fähigkeiten bei den Teilnehmern eben das wiedererlangte Sprachvermögen soweit wie möglich zu festigen und beizubehalten. Die Übungen wollen dort anknüpfen, wo einer traditionellen gezielten Aphasietherapie aus verschiedenen Gründen ein Ende gesetzt ist, sie wollen diese Therapie ergänzen, können sie aber keineswegs ersetzen.

Die meisten der Leiter dieser Gruppen haben eine pädagogische oder therapeutische Berufsausbildung. Bis auf einige an der Gruppenleitung beteiligte psycholinguistisch geschulte Logopäden entbehren sie jedoch einer regelrechten sprachtherapeutischen Ausbildung. Im Rahmen der Volksbildungsorganisationen werden deshalb kürzere Lehrgänge angeordnet, die die Gruppenleiter für ihre Aufgabe vorbereiten.

Bei diesen Lehrgängen werden vorwiegend praktische Angelegenheiten angesprochen. Welche Art von Themen eignen sich am besten für die Sprachübungen, welche sind besser zu vermeiden? Wenn man z. B. ein Buch als Unterlage für die sprachlichen Übungen gewählt hat, ist die Gefahr groß, daß das daraus folgende Gespräch von den Gruppenteilnehmern als eine Gedächtniskontrolle aufgefaßt werden kann und die Stimmung von unbehaglichen Erinnerungen aus der Schulzeit geprägt wird. Auch hat es sich erwiesen, daß aktuelle Tagesfragen aus der Zeitung oder dem Fernsehen allgemein eine allzu hohe Abstraktionsebene voraussetzen, als daß sie als Gesprächsthema bei den Sprachübungen gut funktionieren könnten. Desgleichen sollte man vorsichtig damit sein, allzu genau auf die Zeit vor der Erkrankung der jeweiligen Gruppenteilnehmer einzugehen. Allzu rege Erinnerungen an Einzelheiten aus dem vorhergehenden Leben ohne Behinderung können

leicht schwere Gemütsverstimmungen hervorrufen. Gut ist es, wenn der Gruppenleiter soviel wie möglich aus dem Stegreif arbeiten kann, wenn er an konkrete Erfahrungen oder interessante Begebenheiten im täglichen Leben der Teilnehmer anknüpfen kann und wenn es ihm gelingt, die Teilnehmer dafür zu interessieren, selber möglichst viel zur Thematik der Sprachübungen beizutragen.

Die Anzahl der Gruppenteilnehmer sollte nicht über sieben oder acht steigen. Bei größerer Teilnahme ist es besser, in kleinere Gruppen zu unterteilen. Die Frage, ob die Angehörigen bei den Sprachübungsgruppen teilnehmen sollten, ist vielleicht am besten zu verneinen. Lieber sollten die Angehörigen dann eine selbständige Gruppe bilden, vielleicht um aus familientherapeutischer Sicht ihre eigenen Probleme zu bearbeiten. Können Personen mit totaler expressiver Aphasie teilnehmen? Erfahrungsgemäß ja, da sie oft im gemeinsamen lauten Lesen im Chor doch noch mitmachen können und ihre Fähigkeit zu nichtverbaler Kommunikation in der Gruppe gesteigert werden kann. Auch Behinderte mit schwerer impressiver Aphasie sollten von der Gruppenarbeit nicht ausgeschlossen werden. Wenn nur das Thema genügend lange beibehalten wird und das Gespräch nicht von einem zum anderen wechselt, können sie situationsbedingt und über nichtsprachliche Informationswege oft überraschend gut folgen.

Die Stimmung in der Gruppenarbeit sollte von Offenheit und Realismus, von gegenseitiger Hilfsbereitschaft und soweit irgend möglich von Humor geprägt sein. Viel ist gewonnen, wenn man in der Gruppe wagt, über komisch anmutende Sprachfehler zu lachen. Dem einen oder anderen Teilnehmer gelingt dabei vielleicht zum erstenmal auch ein Lachen über die eigene Behinderung. Und mit der Distanz zu den eigenen Problemen wächst die Lust, den Gruppenkameraden bei ihren Kommunikationsschwierigkeiten zu helfen. Alle merken, daß die Verständigung besser funktioniert. Das Erfolgserlebnis steigert die Motivation zur Erweiterung der Kommunikation auch außerhalb der Gruppe. Der Aphasiebehinderte erlebt, daß seine Isolierung behoben werden kann.

Nicht alle Studiengruppen der Aphasikervereinigungen haben Sprach-, Lese- und Schreibübungen zum Inhalt. Manche beschäftigen sich mit Keramik und Töpferei, mit Malerei und Kollagen, mit Weben und Textilarbeiten; andere mit Gesang und Musik, mit Rhythmus und Bewegung oder mit Theaterübungen. Vereinzelte Gruppen arbeiten mit alternativen Kommunikationsformen, wie Amerind (American Indian Sign Language) oder mit musiktherapeutisch beeinflußten ganzheitlichen Sprachanbildungsmethoden (Melodic Intonation Therapy). Außerhalb der Gruppenarbeit tragen die Vereinigungen zur sprachlichen Aktivierung der einzelnen Mitglieder bei durch den Ankauf und Verleih von leicht leslichen Büchern (Easy Readers), durch die Vermittlung von besprochenen Tonbändern und Kassetten und den Verleih von Tonbandgeräten.

Der dritte zu besprechende Arbeitsbereich der Vereinigungen für Aphasiebehinderte besteht in der Aufklärung über das Aphasiesyndrom und die vielen damit zusammenhängenden Probleme. Behinderungen durch den Funktionsausfall konkreter Organsysteme sind jedem Laien geläufig, wie z. B. Blindheit, Taubheit oder Lahmheit. Daß aber die Fähigkeit zur sprachlichen Verständigung eine spezifische Funktion ausmacht, die an sich verlorengehen kann, ist auch unter Gebildeten noch weitgehend unbekannt. Die meisten denken bei einer Hirnschädigung mit Sprachstörungen zunächst an einen allgemeinen Intelligenzdefekt und halten den Betreffenden für nur beschränkt zurechnungsfähig.

Gleich im Anfang, unmittelbar nach der Erkrankung, besteht ein umfassendes Informationsbedürfnis sowohl bei den Angehörigen als auch beim Patienten, und erfahrungsgemäß dauert es dann eine absehbare Zeit, bis dieser die Art und den Umfang sowie die Folgen und Begleiterscheinungen seiner Behinderung wenigstens annähernd korrekt erfaßt hat. Eine gleichermaßen eingehende wie konstruktive Aufklärung des von der Behinderung betroffenen Personenkreises ist anfangs vor allem eine wichtige Aufgabe für den

Aphasietherapeuten. Trotzdem bleiben immer noch so viele Fragen offen, daß Aufklärungsprogramme über die Aphasieproblematik in den Vereinigungen immer ein großes Interesse finden und in deren Veranstaltungen regelmäßig vorkommen. An einem Ort gibt es eine zweimal jährlich wiederkehrende Serie von vier Vorträgen über die neurologischen, die sprachtherapeutischen, die rehabilitativen und die familientherapeutischen Aspekte zur Aphasie, wobei die verschiedenen Fachkräfte im Behandlungsteam zu Wort kommen, wo aber u. a. durch eine Beschränkung der Teilnehmerzahl auf fünfzehn Personen auch reichlich Gelegenheit zu Fragen und Diskussionen geboten wird. An einem anderen Ort wird derselbe Stoff im Rahmen eines monatlich wiederkehrenden Diskussionsprogramms erörtert, wobei oft auch einzelne Mitglieder und deren Angehörige über ihre Erfahrungen mit der Aphasiebehinderung berichten. Solche Selbsterfahrungsberichte sind gerade im Anfang der Behinderung von großem Wert, und dies nicht zuletzt für die Angehörigen, die in der Familie oft einen großen Teil der mit der Behinderung verknüpften Bürden tragen.

Es ist deshalb natürlich, daß familientherapeutische Anliegen in den Aphasikervereinigungen immer stärker hervorgehoben werden. Dies geschieht vorwiegend in Wochenendkursen oder Rehabilitationswochen, wo eine intensive Gruppenarbeit unter Leitung von Fachkräften in den verschiedenen Bereichen der Aphasieproblematik durchgeführt werden kann. Gleichzeitig bieten diese Treffen Gelegenheit, sich besser kennenzulernen als bei den üblichen Vereinszusammenkünften. Die Erfahrungen mit diesen Intensivkursen für Aphasiebehinderte und deren Angehörige sind durchweg sehr positiv. Einzelheiten würden indessen den Rahmen dieser Darstellung sprengen.

Zur Informationsarbeit der Aphasikervereinigungen gehört auch die Aufklärung einer breiteren Allgemeinheit. Zu diesem Zweck werden Drucksachen und Rundbriefe versandt, Zeitungs- und Zeitschriftenartikel geschrieben oder Reporter zur Berichterstattung über die Vereinigungen eingeladen. Es hat Radio- und Fernsehprogramme gegeben. Eine große Vereinigung hat sogar im lokalen Radiosender eine wöchentlich wiederkehrende Programmzeit von einer Viertelstunde. Material für Schaukästen in den Foyers von Krankenhäusern ist erstellt worden. Polizei und Taxifahrer, die in ihrer Dienstausübung manchmal Schwierigkeiten haben, Aphasiebehinderte von Betrunkenen zu unterscheiden, sind durch Aufklärungsartikel in ihren Fachblättern eines Besseren belehrt worden. Viele Aphasiebehinderte wagen sich eher hinaus ins öffentliche Leben, wenn sie mit einem von ihrer Behindertenvereinigung ausgestellten *Ausweis* schnell über ihre Schwierigkeiten Bescheid geben können. Und zuletzt, aber deshalb nicht minder bedeutend: Es sind zu anderen Behindertenvereinigungen wie den Laryngektomierten und den Blinden Kontakte aufgenommen worden, um sich gegenseitig über die Besonderheiten der Behinderungen zu informieren und um Erfahrungen in der Vereinsarbeit auszutauschen.

Abschließend kann zusammengefaßt werden, daß die Vereinigungen für Aphasiebehinderte in Schweden zwar eine noch ziemlich neue Erscheinung darstellen, jedoch jetzt schon so umfangreiche und wichtige Aufgaben in der Behindertenfürsorge erfüllen, daß mit einer fortgesetzten Entwicklung in die eingeschlagene Richtung zu rechnen ist. Dies ist sehr zu begrüßen, nicht nur weil durch diese Arbeit die wesentlich kostspieligere spezifische Aphasietherapie in den medizinischen Institutionen ergänzt und abgelöst wird, sondern auch weil sich damit für den Behinderten die beste Gelegenheit anbietet, die Problematik seiner Behinderung in Zusammenarbeit mit seinen Leidensgefährten selber zu bewältigen.

Anschrift des Verfassers:
Professor Dr. Peter Kitzing, Ent-Department Malmö General Hospital,
S-21401 Malmö (Schweden).