

# Konversationsanalyse in Aphasieforschung und – therapie



Angelika Bauer Neurologische Klinik Elzach

1. Neue Aufgaben, Konzepte und Methoden:  
Über die Notwendigkeit einer Ausweitung  
unseres Blickwinkels
2. Konversationsanalytische Aphasieforschung:  
Praxisrelevantes Wissen?
3. Konversationsanalyse im Werkzeugkasten  
der klinischen Praxis?

neue Aufgaben

Ausrichtung der Rehabilitation auf  
die Optimierung der Partizipation am sozialen Leben

⇒ neue Aufgaben für die Aphasietherapie

- ökologisch valide (Methoden der) Befunderhebung,
- alltagsorientierte Therapie und
- alltagsrelevante Therapieergebnisse

- AOT
- Verständigungstraining mit den sog Partnern
  
- Life Participation Approach der ASHA (Chapey et al 2001)

„Attention is starting to focus on *how the system copes* rather than how the aphasic individual adapts in isolation.“  
(Parr & Byng 1998)

⇒ Fokus: situierte, alltägliche Interaktion und Adaptation

⇒ zusätzliche Aspekte von ‚Sprache‘ :

- soziales (konventionalisiertes) Zeichensystem
- ‚natürlicher Lebensraum‘: der Sprachgebrauch v.a. in der direkten Interaktion von Angesicht zu Angesicht

⇒ Sprache-in-Interaktion

⇒ d.h. zusätzlich zur ‚Sprache‘ wird das ‚Gespräch‘ für die therapeutische Praxis zur relevanten Größe

diese Gespräche sind

- soziale Ereignisse
- Produkt der Kooperation der GP
- sequenziell organisiert
- online
- multimodal und
- multifunktional (Informationstransfer, Handeln, Gestaltung von Beziehungen)



„If we are to demonstrate the intersubjective reality and interactional consequences of aphasia we need to orient (methodologically) to how the participants perceive, describe and react to aphasia in everyday life.“

E.Schegloff, 2003

Konversationsanalyse, Gesprächsforschung, Interaktionsforschung und interaktionale Linguistik (Soziologie, Ethnologie und Anthropologie), sind Forschungszweige, die weiter helfen können.

Deppermann 1999:7:

„Kein anderer Forschungszweig [die Gesprächsforschung] hat sich mit solcher Konsequenz der Forderung angenommen, das Alltagsleben zu erforschen, welches ja zum allergrößten Teil aus Gesprächsereignissen besteht, sei es in der Familie, im Beruf oder in der Freizeit.“



## 2. Konversationsanalytische Aphasieforschung: Praxisrelevantes Wissen?

## 2.1. interaktionale Adaptationstheorie

## Agrammatismus und interaktionale Adaptationstheorie

(Heeschen & Schegloff 1999 und 2003)

⇒ intraindividuelle Variabilität agrammatischer Symptomatik zeigt sich abhängig von externen (situativen, interaktionalen) Faktoren (Aufgabenstellung, Zeit, Gesprächspartner, Medium etc.)

→ mediale Gebundenheit siehe Springer 2006



„Social interaction is the primary ecological context for the use of language, its production, its comprehension and its acquisition. We tend to take this context for granted, but it may in fact be responsible for many underlying properties of language and its use. „

Jahresbericht des MPI für Psycholinguistik Nijmegen 2003: 1  
Multimodal Interaction (E.Johnson & A. Matsuo, eds.)

## Aphasiologische Implikation:

aphasische Symptome sind nicht unmittelbarer Ausdruck der zugrunde liegenden Schädigung des Sprachsystems (‚starke‘ Transparenzhypothese). Sie sind vielmehr das Ergebnis einer kontinuierlichen

**Adaptation an die  
lokalen interaktionalen Anforderungen**

## Praxisrelevant:

- dass Aphasiker auch ihre sprachlichen Ressourcen variabel nutzen können
- dass diese Variabilität nicht 'beliebig' und auch nicht ausschließlich kognitiv begründet ist, sondern externe Faktoren spezifiziert werden können, die das Erscheinungsbild der Symptomatik systematisch beeinflussen
- dass Modifikationen dieser Faktoren z.B. Zeit, Medium, die Aufgabe oder das Handeln der Gesprächspartner, Einfluss auf die (Form der) Äußerungen der A haben

⇒ verweisen auf **Ansatzpunkte für die Therapie:**

- Modifikation von Handlungsmustern (Praktiken)
- Modifikation von Ausdrucksmitteln ( z.B. andere semiotische Systeme)
- Modifikation von Interpretationsheuristiken
- Modifikation von Rahmenbedingungen (z.B. Praktiken der Gesprächspartner)

⇒ verweisen auf **Alltagsformen des Lernens:**

- interaktives Lernen
- ‚on the job‘ (situiertes Lernen)
- trial & error

## 2.2. Analyse der Praktiken des alltäglichen lokalen Aphasienmanagements



Im Fokus der KA stehen aphasische Symptome als interaktionsrelevantes Hindernis (trouble sources) für alle Beteiligten

⇒ Konzentration auf deren Problemlösungsstrategien, insbesondere die adaptative Reorganisation der Interaktionsstrukturen und - Mittel

Schwerpunkt bislang: aphasiebedingte Reparaturen

Beschreibung von **interaktionalen Praktiken** (Strategien), die darauf ausgerichtet sind, die aphasiebedingten Hindernisse zu beseitigen, zu umgehen oder sogar im Vorfeld zu vermeiden:

- Themen (-wechsel) werden angekündigt und explizit etabliert
- das Interaktionstempo wird reduziert (Pausen, reduzierte Informationsmenge pro Äußerungseinheit)
- die Interaktion wird z.B. durch Fragen der sg GP oder aber durch Stichworte oder Gesten der A gesteuert
- die Frequenz von Verständigungssicherungsaktivitäten wird erhöht: Bedeutung und Sinn werden nicht nur unterstellt, sondern aktiv und explizit gesucht und kokonstruiert

Die Reorganisation findet auf allen Ebenen der Interaktionsorganisation statt:

- Ebene der Medien und semiotischen Mittel
- Ebene der sequenziellen Organisation (in welchen Teilschritten und in welcher Abfolge wird eine Aktivität realisiert?)
- Ebene der temporalen Organisation (Zeittakt)
- Ebene der Partizipationsorganisation (wer macht was?)

- die sg GP bringen ihre sprachlichen und interaktiven Kompetenzen ein, um Fehlendes zu ergänzen oder Überflüssiges herauszufiltern
  - ⇒ Modifikation der interpretativen Heuristiken
- die sg GP beteiligen sich an der Formulierung der Beiträge der Aphasiker bzw. werden von diesen einbezogen
  - ⇒ lexikalische und syntaktische Ressource, ‚Sprachrohr‘ oder Moderatoren
  - ⇒ Ko-Produzenten bei größeren sprachlichen Aktivitäten (von Reparaturen, Antworten in Interviews, Erzählungen oder komplexe Anfragen)

⇒ das kollaborative Modell der Adaptation an Aphasie

(Milroy & Perkins 1992, basierend auf H. Clark Konzept von Kollaboration)

Faktoren, die die Formen des Aphasiemanagements (lokal) beeinflussen:

- Aktivitätstyp (Interview vs. Test vs. informelles Gespräch)
- Aufgabenstellung („task“)
- aktuell relevantes geteiltes Wissen mit einem GP  
(nicht: Vertrautheit per se)
- Schweregrad der Aphasie (aber nicht der Aphasietyp !)
- verfügbare semiotische Ressourcen (z.B. materiale Umgebung)

## 2.3. Multimodalität

“For normal speakers, gestures typically arrive accompanied by relevant talk. Moreover the gesture and its lexical affiliate are not only produced by the same person, but are deeply intertwined in the development of a common structure of meaning. “ (Goodwin 2000b:91)

“Instead of a one way hierarchical relationship, in which the encompassing activity contextualizes the meaning of the gesture, there is in fact a two way relationship in which the frame and the gesture embedded within it elaborate each other.”  
(Goodwin 2003a:95)

Angesichts schwerer Aphasie verkehrt sich  
das normale Verhältnis von Gestik und Sprache:

Statt von

**Sprache, die durch Gesten begleitet wird,**

kann von u.U.

**Gesten, die von Sprache begleitet werden (müssen)**

gesprochen werden.



- Auch im Aphasiemanagement wird Gestik multifunktional genutzt: Sie kann
  - partizipationsorganisatorische (z.B. Adressierung),
  - sequenzorganisatorische,
  - kontextualisierende (z.B. Ausdruck von Haltung zum Gesagten: Mimik) und
  - referenzielle (z.B. deiktische Gesten) Funktionen erfüllen
- Die Beteiligten spezifizieren die Funktion und die Bedeutung von Gesten (was sie bezweckt / was gemeint ist) kollaborativ, sukzessive und im jeweiligen Kontext
- Die Beteiligten müssen neue Kompetenzen im Gebrauch (sign making capacity) und in der Interpretation von Gesten entwickeln

## 2.4. Kommunikative Effektivität ist nicht alles: *face-work* und Stigmamanagement

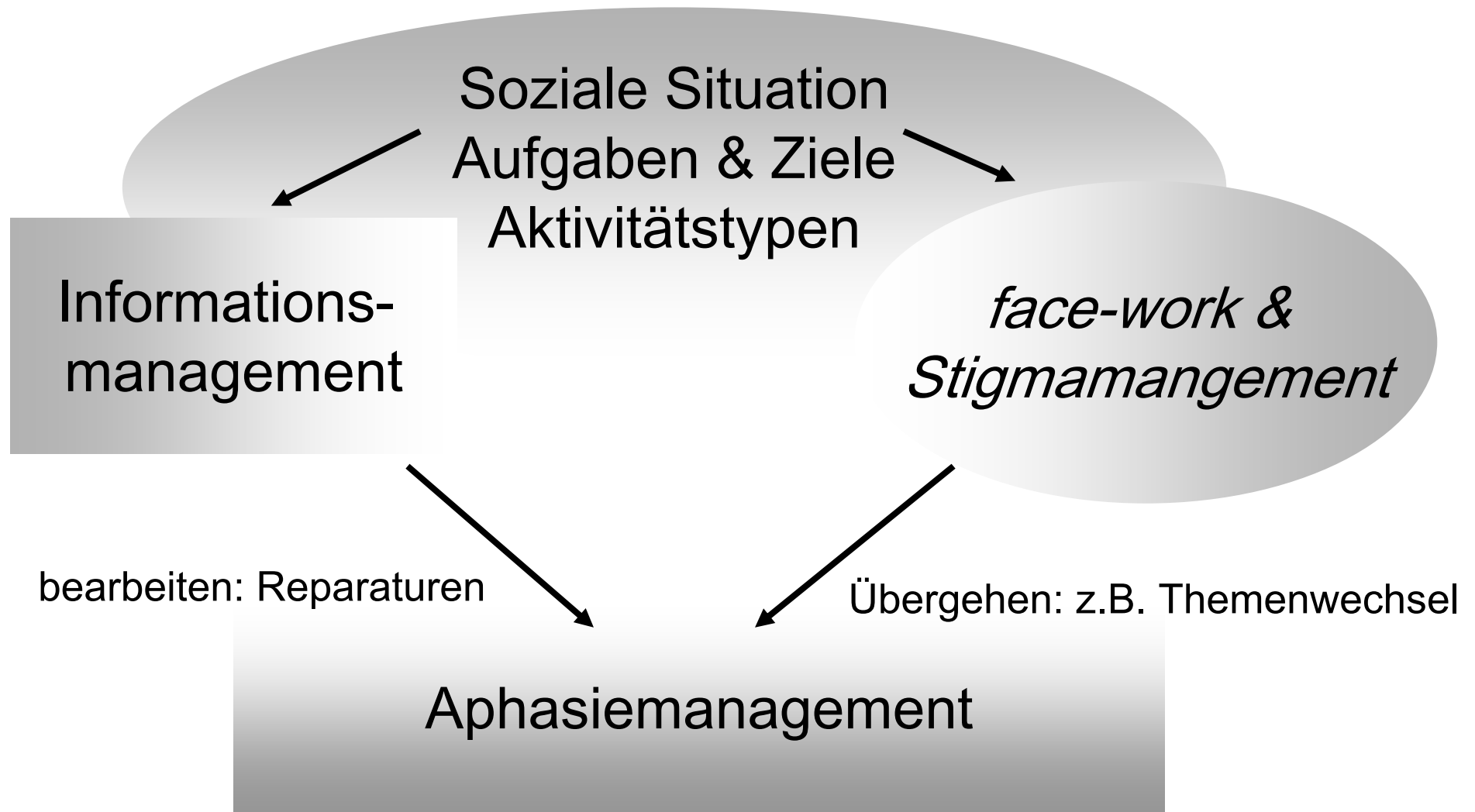
,good' and ,bad' strategies

„The ‘good’ partners actually sacrificed transactional goals to some degree to help partners with aphasia save face and foster positive engagement. Partners judged as ‘poor’ tended to focus significant effort on ‘getting information’ and attended less to building the social relationship.”

(Simmons-Mackie & Kagan 1999:818)

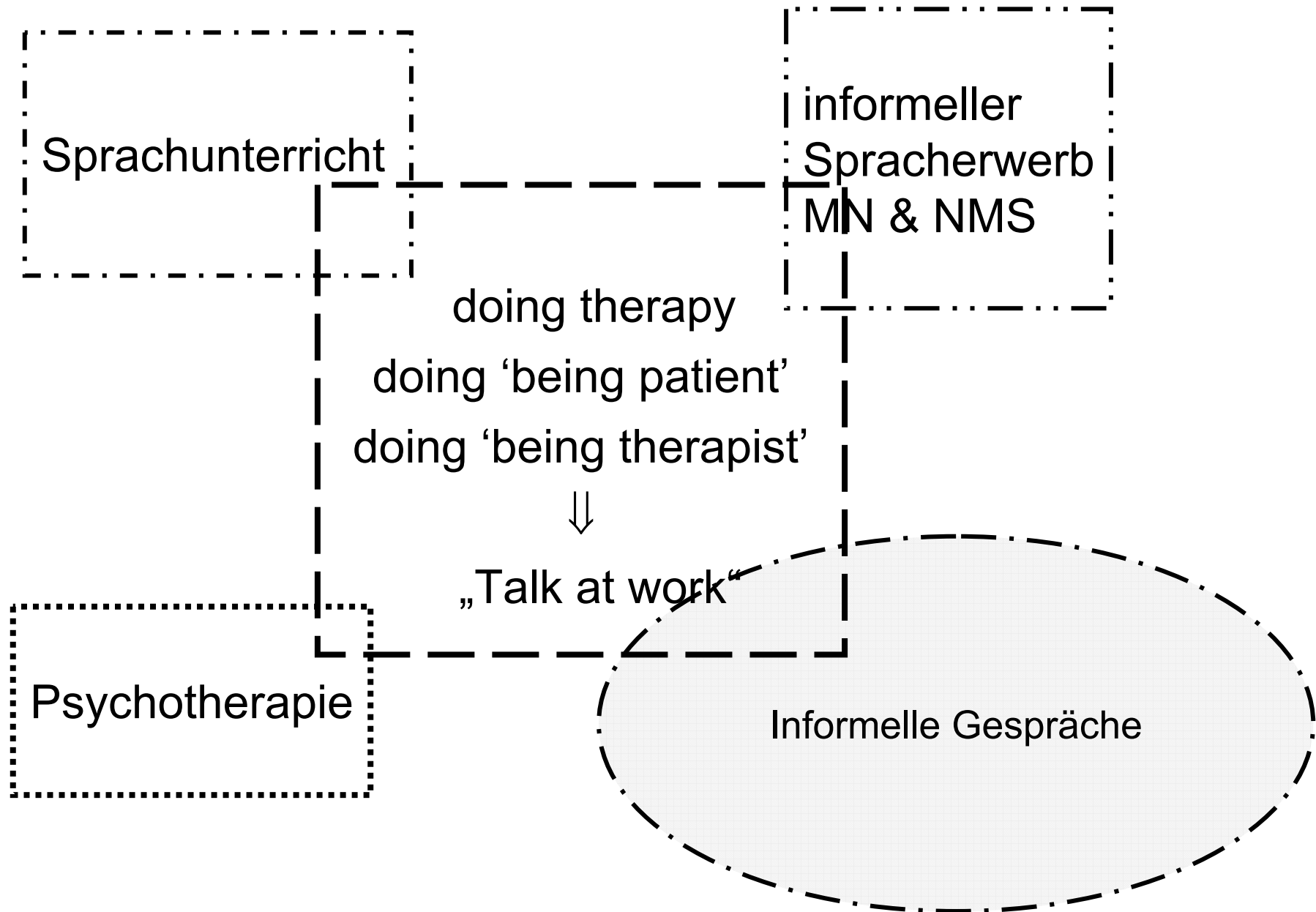
„[...] if the trouble source can be traced back to some personal insufficiency, it becomes a socially sensitive event. In aphasic conversation, trouble sources can frequently be traced back to the aphasic participant's personal insufficiency in linguistic processing. This gives rise to interactional work to minimize the threat of face. Thus, repair work, although an invaluable resource in aphasic conversation, also creates potentially delicate interactional issues. Interlocutors have an option not to initiate repair work but to let misunderstandings or even failures in understanding go by.“

(Perkins 2003:159)



## 2.5. konversationsanalytische Untersuchungen der (Aphasie-) Therapie

„Therapy is not synonymous with the task – it takes place through the interactive work between the clinician and the person with aphasia.”  
(Horton 2006)





- typische Interaktionsstrukturen (z.B. Horton 2006) ?
- multiplen Funktionen typischer therapeutischer Techniken?
- Rollenverhandlungen im Konfliktfall?
- Lernbedingungen und –prozesse, die die Interaktionsstrukturen der Therapie schaffen ?
- Transferproblematik als Folge der unterschiedlichen Interaktionsstrukturen von Therapie einerseits und sprachlichem Alltag andererseits?
- ob die Partizipationsstrukturen der Therapie der Stigmatisierung der Betroffenen Vorschub leisten?

## 3. KA in der klinischen Praxis?

3.1. Befunderhebung

3.2. alltagsorientierte interaktionale Therapie

3.3. Beratung der Angehörigen

Individuelle Befunde (oft für GP-Dyaden: Th& P; P&A)

Kombination von qualitativen und quantifizierenden Methoden:

- Gesprächsdaten
- Besondere sprachliche Aufgaben (z.B. Erzählen)
- Leitfadeninterviews (narrativ)
- Befragung (Interview oder Fragebögen)

→ CAPPA Withworth, Perkins & Lesser 1997

## Aufschluss über

- die **interaktional Relevanz aphasischer Symptome**, die im Gespräch als aphasiebedingte interaktional relevante Problemquellen in Erscheinung treten
- die **Praktiken** (Problemlösungsstrategien), mit denen die Beteiligten versuchen, diese Probleme zu beheben, zu umgehen oder zu vermeiden
- die **Initiierung sprachlicher Aktivitäten**, der **Sprecherwechsel** und das **Themenmanagement**
- die Selbsteinschätzung der Betroffenen

## Ziel

- alltagsrelevante Gewichtung der aphasischen Symptomatik
- Bewertung der kommunikativen Effektivität und der sozialen Implikationen der verwendeten Strategien
- Lokalisation ungenutzter semiotischer und interaktionaler Ressourcen

⇒ starke Beteiligung der Betroffenen am Prozess der Befunderhebung und der Therapieplanung !

z.B.

- Vergleich erfolgreicher und misslungener Strategien: Gründe des Erfolges/ Misslingens
- Lokalisation ‚ungeliebter‘ stigmatisierender oder marginalisierender Praktiken (z.B. Korrigieren und Üben-im-Gespräch oder machinegun questions)
- Lokalisation bevorzugter oder bislang ungenutzter Ressourcen
- Evaluation der Interventionsergebnisse

Kritik

## Reliabilität ?

- Datenmenge
- diverse Aufgaben, GP
- Methodenmix
- Triangulation

Zeitaufwand !

?

AOT, die interaktionale Strategien, alternative semiotische Systeme und die Entwicklung der entsprechenden (neuen) Kompetenzen fokussiert

AOT, deren Arbeitsfeld die sprachliche Interaktion – in erster Linie das Gespräch von Angesicht zu Angesicht ist

AOT, die darauf ausgerichtet ist, die Betroffenen und ihre Gesprächspartner fit zu machen, für die möglichst flexible Bewältigung oder auch Vermeidung aphasiiebedingter Hindernisse in der alltäglichen Interaktion:

**Know-How im Aphasie-management für alle Beteiligten**



## Ziele

- ⇒ Erweiterung der Problemlösungskompetenzen
- der Aphasiker und der sg GP (zuhause, bei der Arbeit, in der Schule, in der Klinik ...)
- multimodale, kooperative, produktive und interpretative Strategien des lokalen Aphasiemanagements (inkl. der sog. ‚sign making capacity‘ Goodwin 2000)

durch

- Modifikation von schon verwendeten Strategien
- Training des Gebrauchs ungenutzter Ressourcen
- Entwicklung und ‚Routinisierung‘ neuer Strategien

Die interaktionalen multimodalen Strategien der Aphasiker und ihrer sg GP, die hier Gegenstand der Therapie sind, sollen

- die spezifischen Belange der Beteiligten (der Aphasiker und ihrer GP) bedienen
- aber möglichst vielfältigen Gesprächssituationen relevant sein

z.B.

Wortsuchstrategien

Reparaturen und Korrekturen

Strategien der Bedeutungskonstitution bei vorwiegend gestischem Ausdruck

Strategien zur Signalisierung von Themenwechseln

Stichwortstrategien zur Einführung neuer Themen

## Settings

- Therapeut und Aphasiker arbeiten im klinischen Setting (z.B. PACE)
- Th arbeitet mit Aphasikern und ihren Angehörigen, wobei diese zugleich Lernende und Experten sind
- Arbeit mit Angehörigen  
Arbeitsformen:
  - Kleingruppen für Angehörige
  - schriftliche Anleitungen mit individuell angepassten Strategiebeschreibungen
  - supervidiertes Verständigungstraining mit Angehörigen und Aphasikern

Danke für ihre Aufmerksamkeit