

# Att få sista ordet. Om avslutande av sekvenser i samtal med personer med kommunikativa funktionshinder

CHARLOTTA PLEJERT, CHRISTINA SAMUELSSON & JAN ANWARD

## Inledning

Samtal mellan logoped och patient är ett representativt exempel för en situation som är ”institutionell” till sin karaktär. Med detta avses att det i många avseenden råder en ojämn balans mellan deltagarna vad gäller deras roller i interaktionen och deras kunskaper kring situationen och de verksamheter som sker i situationen. Samtalet har också en specifik agenda eller syfte (Drew & Heritage 1992; Sarangi & Roberts 1999). Den ojämna balansen beskrivs ofta i termen asymmetri. Exempel på asymmetri kan vara att en deltagare har ordet oftare än någon annan, får behålla turen, och/eller på olika sätt styr samtalets riktning. I en logopedisk kontext har patienten oftast någon form av kommunikativt funktionshinder, vilket också bidrar till att asymmetri uppstår.

Ett kliniskt samtal mellan en logoped och en patient med ett kommunikativt funktionshinder kan se ut på olika sätt, men har oftast ett bestämt syfte, som exempelvis test eller intervention. I den kliniska kontexten är det huvudsakligen logopeden som har kunskap om och fastställer agendan för vad som ska göras vid test- eller interventionstillfället. Detta tar sig uttryck genom att logopeden blir huvudansvarig för att ta initiativ och för att bestämma när något ska avslutas i interaktionen. Sådana initiativ och avslutningar kan studeras på olika nivåer. På ett mer övergripande plan initierar, genomför och slutför logopeden den verksamhet som ska utföras under samtalets gång, t.ex. träning av olika aspekter av patientens språk. Men även på ett lokalt plan synes logopeden i det kliniska samtalet ta ett särskilt ansvar för utvecklandet av interaktionen. Det är den senare, lokala nivån; till exempel samtalssekvenser som består av en fråga från logopeden, en respons från patienten och en bekräftelse från logopeden, som undersökts här. Studien grundar sig på observationen att det i det kliniska samtalet ofta

tycks vara logopeden som ”får sista ordet” innan en ny sekvens inleds. I vissa fall sker det dock avvikelser från det återkommande mönstret och ett förhandlande uppstår, vilket förlänger avslutandet av sekvensen. Föreliggande studie belyser både det mest frekventa mönstret då en logoped eller en arbetsterapeut får sista ordet, och beskriver vad som händer i de fall då personen med kommunikativt funktionshinder är den som avslutar eller försöker avsluta samtalssekvensen.

Syftet med föreliggande arbete är att beskriva hur samtalssekvenser avslutas i samtal mellan logoped eller arbetsterapeut och personer med två slags kommunikativt funktionshinder: barn med språkstörning och vuxna personer med afasi. Främst har samtal i en klinisk kontext undersökts, men studien omfattar även material från hemmiljö hos en kvinna med afasi. Som studien kommer att visa föreligger även i hemmiljön en grad av institutionalitet, som direkt kan relateras till den aktivitet som deltagarna är engagerade i; nämligen att göra en inventering av hemmet för att anpassa det efter kvinnans behov i samband med hennes nya situation efter förvärvandet av afasi.

## Deltagare, material och metod

Deltagare i studien är logoped, arbetsterapeuter, barn med språkstörning samt vuxna personer med förvärvad afasi. Det material som studerats består av olika typer av samtal från kliniska verksamheter. Som nämnts har i ett fall även samtal i hemmiljö studerats, där några av personerna deltagit i egenskap av sin profession som arbetsterapeut. En översikt av deltagare, situationer och materialets omfång presenteras nedan:

**Tabell 1.** Översikt av deltagare, situationer och materialets omfång.

Deltagare	Situation	Materialets omfång
Barn med språkstörning+Logoped	Test-aktivitet	24 samtal, totalt 20 timmar
Man med afasi+Logoped	Intervention	1 samtal, 35 minuter
Man med afasi+Logoped	Intervention	1 samtal, 15 minuter
Kvinna med afasi, hennes man, samt två arbetsterapeuter	Behovs-inventering i hemmiljö	1 tillfälle, 60 minuter

Materialet av test-samtal med barn med språkstörning kommer från en tidigare studie (FORSS, F2003-152, jfr Samuelsson 2004). Barnen är enspråkiga och har

fått diagnosen språkstörning i enlighet med svensk praxis och ICD-10 (International Classification of Diseases). Inga av barnen hade hörselnedsättning. Den situation som spelats in var utförandet av ett deltest ur NELLI (Holmberg & Sahlén 2000) bestående av tio frågor samt en bild. Sex olika logopedier deltog i inspelningarna.

Interventionsmaterialet består av två olika samtal. Det första, något längre samtalet mellan logoped och en man med afasi är inspelat inom ramen för en magisteruppsats (Johansson & Östlund 2007) och utgörs av ett första samtal i samband med att patienten ska påbörja behandling hos den deltagande logopeden. Patienten har måttliga afatiska symptom främst i form av ljud- och ordutbyten samt ordfinnandeproblem. Hans hörförståelse är också nedsatt i lindrig utsträckning. Det andra, något kortare samtalet mellan logoped och en man med afasi är inspelat inom ramen för en kandidatuppsats (Elm & Heedman 2008). Samtalet utgör en del av en behandlingssession och består av inledande småprat, samtal om mannens kommunikationsbok samt ett antal testfrågor ur afasitestet A-NING (Lindström & Werner 1995). Patienten har en grav afasi med svårigheter att såväl förstå som producera språk.

Materialet från hemmiljö kommer från Rundström-korpusen, insamlad av Bengt Rundström mellan åren 1986 och 1988 vid Tema Kommunikation, Linköpings Universitet. Sex personer med afasi följs i en rad olika situationer och miljöer. Det material som studerats för den här undersökningen är en timmes inspelning av en behovsinventering i hemmet, då en kvinna med afasi ska flytta tillbaka hem efter en vistelse på sjukhuset efter att ha drabbats av stroke, med afasi och rörelsehinder som följd. Övriga deltagare i inspelningen är kvinnans man samt två arbetsterapeuter, vilka ska utföra inventeringen.

Den metod som använts är Conversation Analysis (CA) kombinerad med dialogisk språk teori (Linell 1998). CA möjliggör detaljerad analys av interaktion på lokal nivå och syftar till att synliggöra deltagarnas eget fokus. Inom dialogisk språk teori tas i analysen även hänsyn till kontextuella faktorer, t.ex. deltagares möjliga kunskaper och erfarenheter. En dialogisk analys tillåter också att hänsyn tas till fenomen som skett tidigare under ett samtal, eller till och med i andra samtal och kontexter, som kan vara relevanta för den aktuella analysen. Sekvenser i samtal beskrivs i termer av deltagares "kommunikativa projekt" (Linell 1998) och man kan genom analys påvisa likheter och olikheter i de projekt som deltagare orienterar sig mot under ett gemensamt utvecklande av interaktionen. I

föreliggande studie skulle ett lokalt kommunikativt projekt kunna exemplifieras genom att en logoped tar initiativ till en klinisk verksamhet, t.ex. att ställa en testfråga. Patienten kan då orientera sig mot samma projekt, genom att svara på frågan, följt av en respons från logopeden, sannolikt en bekräftelse och/eller värdering av patientens svar. Projektet kan fortlöpa genom ett fortsatt fråga-svar-bekräftelse-mönster, till dess att deltagarna orienterar sig mot ett nytt kommunikativt projekt, exempelvis att övergå till en ny klinisk aktivitet, eller mot ett avslutande av samtalet som helhet m.m. Att analysera kommunikativa projekt är särskilt intressant i situationer som kan beskrivas som asymmetriska, då själva asymmetrin åtminstone delvis kan förklaras just genom olikheter i vilket projekt som deltagarna anser är gemensamt vid ett visst tillfälle (Plejert & Samuelsson 2008, Sundqvist, Plejert & Rönnberg under granskning).

## Bakgrund

De analyser som presenteras i den här artikeln kan direkt kopplas till en solid tradition av forskning kring institutionella samtal (t.ex. Drew & Heritage 1992), där asymmetri är ett vanligt observerat och diskuterat fenomen (Markova & Foppa 1991). Den institutionella kontexten är en speciell grund för etablerande och uppvisande av olika roller/identiteter för dem som interagerar, då olikheter i kunskap om verksamheten, ämnet, eller exempelvis i språklig förmåga, föreligger. Ibland hävdas att asymmetri typiskt uppstår i just den institutionella kontexten, i kontrast till vardagliga situationer i vilka deltagare ses som mer jämlika. Denna aspekt problematiseras dock av Linell och Luckmann (1991), som påtalar att asymmetriska relationer även finns i interaktion utanför institutionella sammanhang.

Av särskild relevans för den aktuella studien är forskning som undersökt fråga-svar-sekvenser i klinisk interaktion (t.ex. Frankel 1990) och som visar på att frågor huvudsakligen ställs av den "professionelle", och att detta både påverkar och styr den pågående aktiviteten, samt avgör vilka ämnen som avhandlas under interaktionens gång.

Vad gäller avslut av sekvenser visar Collins, Markova och Murphy (1997) på den ojämlikhet som ofta råder vid interaktion med personer med kommunikativa funktionshinder och de påvisar hur ensidigt "rätten" till avslut kan kopplas till deltagarnas roller (1997:468). Till skillnad från forskning kring fråga-svar-sekvenser har dock många studier kring avslutande av sekvenser handlat om var-

daglig interaktion. Ofta har det också varit fråga om hur hela samtal avslutas, snarare än lokala sekvenser (se Heath 1986, för en indelning av avslutets olika faser). Ett välbeforskat område är hur avslutande av telefonsamtal går till (Schegloff & Sacks 1973; Antaki 2002). Även dessa artiklar rör avslutning av ett samtal på ett mer övergripande plan.

Den aktuella studien omfattas främst av det Heath (1986) definierar som den sista fasen av en sekvens, "the closing exchange". I en studie av test-samtal mellan logopeder och barn med språkstörning (Plejert & Samuelsson, 2008) konstateras att korta sekvenser bestående av fråga-svar-bekräftelse har stora likheter med mönstret Request-Response-Evaluation (RRE), som kan förknippas med olika typer av undervisningssituationer (Sinclair & Coulthard 1975; Mehan 1979; Anward 1983 1997; Hellerman 2003) men som också tidigare identifierats i klinisk interaktion (Marlaire & Maynard 1990). Av särskilt intresse var att det uppdagades att logopeder försåg barn med språkstörning med andra typer av bekräftelser som avslut av fråga-svar-bekräftelsesekvensen, än barn utan språkstörning (Plejert & Samuelsson 2008). Som bekräftelse för barnen med språkstörning återanvände logopeden rutinmässigt hela, delar, eller expanderade versioner av barnens svar på frågorna. Barn utan språkstörning fick däremot oftast bekräftelse i form av en minimal respons innan en ny fråga ställdes av logopeden. Barnen med språkstörning hade fonologiska och prosodiska svårigheter och en hypotes var att återanvändningen gav barnen en modellversion utifrån vuxennormen; en implicit korrektion (Jefferson 1987) i form av en bekräftelse, i enlighet med hur återkoppling ofta ser ut gentemot riktigt små barn.

Det rutinmässiga beteendet i den kliniska kontexten bestående av logopedens avslutningar i form av en bekräftande "closing third" (Schegloff 2007), ledde till vidare analyser av mer data från olika situationer och med olika deltagare. Logopeder eller andra, i kliniska sammanhang, professionella personer tenderade att vara de som bestämde när och hur en sekvens skulle avslutas, samt när och hur ett nytt initiativ skulle tas. Naturligtvis förekom även undantag från detta mönster.

## Analys

I detta avsnitt redovisas de sätt på vilka sekvenser avslutas i det undersökta materialet. Avsnittet inleds med exempel på det vanligaste mönstret, då logopeden har

ansvar för avslut och för påbörjande av något nytt, t.ex. en ny fråga. Detta följs av exempel på situationer där avslutande och påbörjande av sekvenser varierar mellan deltagarna, och sådana sekvenser som ibland blir ”förlängda”.

### Logopeden får sista ordet

Transkriptionen nedan visar ett typiskt exempel på hur samtalet fortlöper mellan en logoped och ett barn med språkstörning, under utförandet av ett deltest av NELLI.

(1)

L: Logoped, B: Barn med språkstörning

- 01 L: ja annars e de mörkt ja (0.6) mm ((på inandning))  
 02 (0.8) o då tänder man lamporna o vad blir de då?  
 03 B: ljust.  
 04 L: \*jaa\* (.) då ser man bättre.  
 05 (0.6)  
 06 B: °mm.°  
 07 L: mm: (0.9) varför har man dörrar på hus då?

I exempel 1 kan man observera hur logopeden ställer frågor och barnet svarar. Som respons på barnets svar bekräftar logopeden (rad 4) och ger en stödjande kommentar, som i sin tur bekräftas av barnet (rad 6). Logopeden avslutar den pågående fråga-svar-sekvensen genom att bekräfta barnets bekräftelse (se Kurhila 2003:234–35 för liknande ”dubbel” bekräftelse i inläraresamtal), innan nästa fråga ur testet tas upp. Det är alltså typiskt i test-aktiviteten att logopeden ”stänger” sekvensen och påbörjar en ny tredelad sekvens. På ett liknande sätt fortlöper ett samtal mellan en logoped och en man med afasi. Det bör noteras att den del av samtalet som återges nedan inte består av någon bestämd klinisk aktivitet, utan är ett allmänt, inledande småprat mellan patient och logoped:

(2)

L: Logoped, P: Patient med afasi

- 01 L: nu  
 02 P: h.aa ((inandning))  
 03 L: nu spelar vi in  
 04 P: mm  
 05 L: jaa (0.7) ((inandning)) de ä (0.4) nära studenter  
 06 (0.6)

07 P: aa  
 08 (0.4)  
 09 L: som vill ha inspelning och dom vill höra mig↓  
 10 P: aha↑  
 11 L: mm=  
 12 P: =m  
 13 L: när vi pratar  
 14 P: .ha ((inandning))) (0.7) mm  
 15 L: så det är mest mig mi[g (x) dom vill höra ]  
 16 P: [ a \*ha ha ha\* ((skrattar)) ]  
 17 L: aa (0.3) he hh ((skrattar)) men de ä okej för di[g?]  
 18 P: [a ]::  
 19 L: aa↑ bra! (0.6) ((ljud från mikrofon))var har du din eh bok  
 20 (4.2)(( P tar fram bok))  
 21 L: där ja  
 22 P: aa  
 23 L: mm (0.5) ((inandning)) satt du ute igår?

Precis som i samtalet mellan barn och logoped är det logopeden som håller i rodret och fastställer agendan för samtalets fortskridande. Samtalet har precis inletts och kretsar först kring att tillfället ska spelas in. Logopeden söker patientens godkännande av detta faktum, vilket hon också får (rad 17–18). Det finns flera förekomster av bekräftelser från logopeden, som signalerar avslut av lokala sekvenser, men särskilt tydliga avslut typiska för den kliniska kontexten kan ses mot slutet av transkriptionen (rad 17–23). Logopeden bekräftar entusiastiskt patientens godkännande av inspelningen och initierar sedan den kliniska aktiviteten att samtala kring en personlig kommunikationsbok som patienten har med sig. Även när denna aktivitet påbörjas använder sig logopeden av det typiska mönstret att bekräfta patientens svar innan nästa fråga inleds (22–23).

### Arbetsterapeuten får sista ordet

Även i en mindre institutionell kontext kan den/de professionella ses utföra avslutande av sekvenser och detta sker typiskt i relation till ämnen som är direkt relaterade till en verksamhet där deltagarnas roller manifesteras. Det kan noteras att det också tycks ligga i många avslutningars natur att de oftast är både bekräftande och uppmuntrande till sin karaktär. I det följande exemplet är det två arbetsterapeuter som på ett entusiasmerande sätt försöker övertyga Svea, en kvinna med afasi, att hon kommer att klara av att duscha själv i sin hemmiljö. När sekvensen inleds har Svea instruerats hur hon ska ta sig i och ur badkaret, och

hur hon med hjälp av en sittbräda kommer att kunna klara av duschandet på egen hand:

(3)

S: Svea, kvinna med afasi, B: Bengt, Sveas man, A1: Arbetsterapeut 1, A2: Arbetsterapeut 2

01 A1: de här e ju väldigtt [smidigt ]  
 02 B: [(ohörbart)]  
 03 A1: för de ä precis som när man sätter  
 04 sig i sängen nästan  
 05 B: ja de ä de  
 06 A1: .ja ((inandning)) (0.5) eh:: jo då när du kanske  
 07 kranarna och så där också ((S sträcker sig framåt))  
 08 man kan ju flytta fram brädan  
 09 [lite ]  
 10 S: [ja de] kan man göra  
 11 A2: o du kanske till och med duschar själv?  
 12 (2.0) ((S ser osäker ut))  
 13 S: (näe de)  
 14 A1: hon duschar ju på avdelningen ((vänd till B))  
 15 B: (x x)  
 16 A1: Svea (0.3) [själv]  
 17 B: [själv] ha °de e bra°  
 18 S: de gör ja ju förstås  
 19 A1: jaa a \*ha\* ((skrattar))  
 20 S: ((skrattar))  
 21 A2: går det där så kanske det går här  
 22 S: eh e (0.4) jaa::  
 23 A1: jaa!  
 24 (2.0) ((Svea böjer sig framåt och försöker vrida på kranarna))  
 25 A1: aa vrida kan du så kan man ju tänka sig att man sätter  
 26 fast duschen så här då

Svea har lyckats att sätta sig i badkaret genom att använda sig av samma teknik som hon tränat på för att ta sig i och ur sin säng. Det är denna teknik som A1 refererar till där exemplet inleds. Svea får sedan instruktioner om hur hon ska kunna nå kranarna genom att brädan som hon sitter på kan flyttas fram och tillbaka i karet. Det är A2 som plötsligt kommer med en fråga om Sveas förmåga att duscha själv. Denna fråga mottas med stor osäkerhet från Sveas sida (rad 12–13). Intressant nog tas det osäkra svaret inte upp, utan A1 vänder sig istället till Bengt och omtalar Svea i tredje person. Att som person med kommunikativt funktionshinder, eller patient i allmänhet, gå från tilltalad till omtalad är inte ovanligt (se t.ex. Linell & Korolija 1995). Svea kommer dock in i diskussionen då hon instämmer i det faktum att hon faktiskt duschat själv på sjukhuset. Sveas inlägg bekräftas av A1 och en stödande kommentar från A2 (rad 21). Svea både låter och



ser tveksam ut (rad 22) men detta osäkra svar bemöts åter med en uppmuntrande respons från A1 (rad 23). En paus i talet uppstår och Svea böjer sig framåt och testar om hon kan nå kranarna. I det som följer fortsätter A1 att diskutera vattenkranarna i relation till hur Svea på bästa sätt ska kunna använda dessa och duschen.

Vad man kan notera här är att även i hemmiljö framlevs och förhandlas deltagarnas roller på ett tydligt sätt, där det tycks ingå i rollen som arbetsterapeut att fylla en stödjande och bekräftande funktion i förhållande till det ämne där de är experter. Som Linell och Korolija (1995:161) noterar är bidrag i samtal som involverar personer med kommunikativa funktionshinder inte nödvändigtvis formade av funktionshindret som sådant, utan av de deltagarroller som framförhandlas inom ramen för olika aktiviteter<sup>1</sup>. I (3) ovan är arbetsterapeuterna hemma hos Svea för att utföra en del av sitt arbete. Detta styr också hur de förhåller sig till de andra personerna i samtalet, d.v.s. Svea och Bengt, vars behov ska kunna mötas. Avsluten är rollspecifika i situationer där en logoped eller arbetsterapeut agerar utifrån sin expertis i samspel med den person de på olika sätt ska vara behjälpliga.

### ”Förlängda” avslut

Som nämnts ovan är det inte nödvändigtvis så att logopeden alltid får sista ordet, även om det i vissa situationer tenderar att ofta vara fallet. I det här avsnittet visas två exempel på avvikande fall där sekvensen blir längre än vid första ”potentiella” avslut (som skulle vara i tredje position i tidigare omnämnda sekvenser). Exempel (4) kommer från den inledande delen av ett samtal mellan en logoped och en man med afasi, Sune.

(4)

L: Logoped, S: Sune, man med afasi

01 L: men ja försto ju va du mena=  
 02 S: =ja [jo] just de  
 03 L: [mm]  
 04 (0.9)

<sup>1</sup> Naturligtvis vore det naivt att anta att ett kommunikativt funktionshinder inte skulle påverka ett samtal. Det gör det oftast på en rad olika sätt. I det aktuella exemplet kan detta dock inte argumenteras för.

- 05 L: haa↑  
 06 S: jo så ä dä  
 07 L: mm  
 08 (0.9) ((klickljud, troligen från en penna))  
 09 S: så de e skönt  
 10 L: ja  
 11 S: men sen så blir de le snart annat sen då nä man ska va  
 12 ändå \$hem igen\$ (.)men dä går rätt bra [så de]  
 13 L: [mm ]  
 14 S: de ä inget å (1.8) jaha för sen så ä dä kanske en kan va  
 15 ute mer sen bättre när man så  
 16 L: precis när det blir li[te::](.)varmare ute=  
 17 S: [jaa ]  
 18 S: =jaa °så man [kan ]°  
 19 L: [.hhja] hur har ni klarat e:r eh (1.2) från  
 20 stormen↑ o så?

Här gör logopeden inledningsvis ett par ansatser till att avsluta sekvensen, först med ett *haa* (rad 5) med mycket stigande och ”avslutande” prosodi. Sune responderar med ett avslutande *jo så ä dä* (rad 6), vilket följs av ett bekräftande *mm* av logopeden (rad 7). Detta följs av en tämligen lång paus (rad 8), och här torde sekvensen kunna anses som potentiellt avslutad. Inget nytt initiativ kommer särskilt snabbt. Sune förlänger sedan sekvensen (rad 9) med ännu en slags avslutsfras. Logopeden ger återkoppling med en minimal respons och återigen skulle sekvensen kunna ses som potentiellt avslutad. Projektet fortsätter dock med en ny vändning på initiativ från Sune (rad 11–15), uppbackad av ett *mm* från logopeden. Logopeden responderar med en ”uppgradering” (t.ex. Kangasharju 1996) som Sune bekräftar (rad 18). Logopeden avslutar så med ett *ja* på inandning och går sedan vidare genom att introducera ett nytt ämne i samtalet.

Återigen kan man här se hur samtalet påverkas av verksamheten och av deltagarnas roller i interaktionen. Det som sannolikt bidrar till att Sune fortsätter att utveckla samtalsämnet, eller hans försök att komma till avslut, är minst två saker: dels frånvaron av nytt initiativ från logopeden, dels det sätt på vilket logopeden utför sina potentiella avslut. Det kan vara så att logopedens prosodi har en effekt för hur Sune tolkar den återkoppling han får, då det inte är någon tydlig ”avslutnings”-prosodi, t.ex. fallton i logopedens bidrag. Det som är mest intressant här, är som nämnts, frånvaron av initiativ från logopeden i relation till det faktum att sekvensen kunde kommit till avslut redan i rad 5. Pausen i rad 8 infaller också den i en position i sekvensen, där man kunde förväntat sig att logopeden skulle ha tagit ett nytt initiativ till ämnesförnyelse eller projektförnyelse.

Att logopeden *inte* gör detta bidrar alltså till en mer jämlik fördelning av samtalsbidragen i detta inledande skede av mötet mellan logoped och patient, möjligen karakteristiskt just för det syfte som samtalets inledande del har, dvs. småprat. Ingen av deltagarna kan i detta skede sägas vara mer erfaren än den andre eller med nödvändighet inneha en specifik roll att vara den som ska styra samtalet i någon särskild riktning. Att inte ta initiativ kan i vissa sammanhang användas som en medveten strategi från logopedens sida för att elicitera vissa beteenden hos patienten (t.ex. att försöka få en patient att utföra självinitierad självreparation; Milroy & Perkins 1992), men detta verkar inte vara fallet här. Snarare handlar det om att båda deltagarna sannolikt orienterar sig mot det gemensamma projektet ”småprat”, som alltså uppvisas genom en symmetrisk uppdelning av initiativ och avslut.

Liksom i fallet med Svea (3) kan också indikation på tveksamhet eller osäkerhet hos patienten leda till att logopeden bekräftar och som i (5) nedan också förlänger en sekvens för att komma till ett tillfredsställande avslut i relation till patientens uppvisande av osäkerhet. Det ämne som diskuteras är de mål som logopeden och patienten satt upp vad gäller hans skriftliga förmåga. Patienten har stadigt förbättrat denna och andra språkliga förmågor, men uppvisar under samtalets gång ingen märkbar entusiasm över detta faktum.

(5)

L: logoped, P: patient; man med afasi

01 L: du skriver ju mer [nu]  
 02 P: [aa]  
 03 (1.5)  
 04 L: det är ju suveränt bra  
 05 (0.3)  
 06 P: a:  
 07 (0.3)  
 08 L: aa↑ (0.5) ty[cker du inte då]?  
 09 P: [((ohörbart)) ] ah  
 10 L: va tycker du↑  
 11 P: a: mm  
 12 L: ((pappersprassel))va tycker du↑  
 13 P: ah (0.6) ah °d- ä väl- de ä väl bra°  
 14 L: jaa::! ((med emfas))  
 15 P: aa  
 16 (0.7)  
 17 L: okej då=  
 18 P: =a  
 19 L: a de ä bra  
 20 P: aa

- 21 L: mm  
22 P: h.m ((inandning))  
23 (0.9)  
24 L: bra↑!

Logopeden konstaterar att patienten skriver mer nu än tidigare. Konstaterandet bekräftas i överlapp och följs av en tämligen lång paus. Möjligen tolkar logopeden redan detta som en signal för att vidare stöd behövs och hon utbrister i ett mycket entusiastiskt uttryck över hur bra detta är. Patienten uppvisar dock inte samma entusiasm, även om hans respons kan uppfattas som jakande (det *a:* som uttalas på rad 6 är mycket tvekan och tyst). Svaret bekräftas entusiasmerande, men patientens uteblivna medhåll (0.3 s. paus) gör att logopeden explicit frågar vad han tycker, följt av två direkta frågor om patientens ståndpunkt. Logopedens prosodi är starkt markerad med emfas på det sista ordet i yttrandet. Att trycka på *du* låter märkligt i det här sammanhanget, men kan eventuellt underlätta patientens perception av frågan, alternativt vara ett uppriktigt försök från logopedens sida att få veta vad patienten tycker, i jämförelse med hennes egen, positiva åsikt. Det faktum att hon repeterar frågan ordagrant och med samma prosodiska mönster indikerar att upprepningen kan vara ett resultat av patientens uppvisande av förståelseproblem (alternativt att logopeden helt enkelt inte är nöjd med det trevande svaret). Efter att logopeden har frågat för andra gången ger patienten medhåll, om än mycket tveksamt. Han bekräftar med tyst stämma och på ett osäkert sätt. Återigen förser logopeden patienten med en entusiastisk respons, vilket gör att patienten yttrar ett något mer tydligt *aa* (rad 15), följt av en lång paus.

Logopedens *okej då* är intressant, både innehållsligt och prosodiskt. Som uttryck betraktat skulle man sannolikt i första hand tolka det som en respons på något som man försöker bli övertalad till att tycka. I ett sådant fall skulle *okej då* sannolikt uttryckts med fallande intonation. I utdraget ovan är det logopeden som på olika sätt försöker att övertyga patienten om att hans utvecklade skrivförmåga är något positivt (snarare än att patienten försöker övertyga logopeden om något). Prosodin i uttrycket är här inte fallande utan jämn, vilket signalerar att sekvensen inte är avslutad. Patienten ger då åter logopeden medhåll i det att skrivförmågan förbättras. Logopeden vill ytterligare befästa den positiva skrivutvecklingen genom att med emfas framhärda hur bra det är (rad 19). Sekvensen övergår sedan till det tämligen typiska mönstret för ”dubbel bekräftelse”, innan logopeden får dit slutklämmen med ännu en positiv evaluering av det nu upp-

nådda ”samförståndet”. Det avslutande *bra!* kan uppfattas som multifunktionellt. Å ena sidan är det en evaluering av patientens interaktionella beteende i den aktuella sekvensen (dvs. att han klarar av det förväntade turtagandet), och å andra sidan är det ett sätt att avsluta sekvensen, då samförstånd uppnåtts. Slutligen är det dessutom ett försök till att vara stödjande och uppmuntrande för patienten, som inte uppvisar ”tillräcklig” entusiasm över sin förbättrade förmåga.

## Diskussion

Den här artikeln har visat på följande fenomen: I kliniska samtal där det finns en tydlig ”agenda”, t.ex. att utföra ett test eller en intervention, är det logopeden som tar initiativ till en sekvens och som också är den som bekräftar och avslutar sekvensen innan ett nytt initiativ tas. I ett sammanhang där agendan är mindre bestämd, t.ex. i inledande småprat innan den kliniska aktiviteten initieras, kan det däremot råda större variation i fördelning av initiativ och avslut. I det exempel som analyserats i den här artikeln tycktes dock ”förlängningen” av sekvensen vara avhängig av logopedens uteblivna initiativ eller avslutande bekräftelse. Sekvenser kan också förlängas som ett resultat av att logopeden söker medhåll från patienten, trots att sekvensen potentiellt kunde ha avslutats betydligt tidigare. I de material som undersökts för den här studien, samt i tidigare undersökningar (Plejert & Samuelsson 2008), är det tydligt att logopeden i tredje position i sekvenser ofta inte bara evaluerar patientens respons, utan också bekräftar på ett entusiasmerande och uppmuntrande sätt.

Resultaten här kan förankras i ett tidigare etablerat konstaterande att i vissa institutionella praktiker finns det ett samband mellan den roll/identitet som utageras, verksamheten, samt diskursiva rättigheter/skyldigheter (Drew & Heritage 1992:49). Samtidigt visas också på hur ”det institutionella” kan överföras till hemmiljö, så snart fokus i samtalet behandlar något där ämnesexpertis krävs (t.ex. behovsinventering av arbetsterapeut). Rätten att initiera och avsluta en sekvens behöver dock inte vara absolut ens i den kliniska miljön. Det är tydligt att deltagarnas kommunikativa projekt, t.ex. utförandet av test eller intervention, är avgörande för sekvensens utförande. I de fall det rör sig om socialt småprat, som också kan ses som ett gemensamt kommunikativt projekt, kan även en patient ta initiativ till sekvenser, samt förlänga eller avsluta desamma.

Då många olika typer av aktiviteter förekommer i logopeders kliniska vardag bidrar föreliggande studie till att kasta ljus över vilka kommunikativa konsekvenser olika sätt att avsluta samtalssekvenser får. Om logopeder och andra professionella som interagerar med personer med kommunikativa funktionshinder är medvetna om dessa olikheter i avslutningarna kan de påverka interaktionen i en önskad riktning. Möjligen skulle de, om syftet med interventionen delvis är att elicitera spontana bidrag i interaktion från patienten, genom att inte bekräfta eller avsluta sekvensen där detta förväntas, få patienten att själv bidra med ett avslut eller ett nytt initiativ.

## Referenser

- Antaki, C. 2002. "‘Lovely’: turn-initial high-grade assessments in telephone closings" *Discourse Studies* 4, (1), 5–23.
- Anward, J. 1983. *Språkbruk och språkutveckling i skolan*. Lund: Liber.
- Anward, J. 1997. "Parameters of institutional discourse". I B.-L. Gunnarsson, P. Linell & B. Nordberg (red.): *The Construction of professional discourse*. London: Longman, 127–150.
- Collins, S., Markova, I. & Murphy, J. 1997. "Bringing conversations to a close: The management of closings in interactions between AAC users and 'natural' speakers" *Clinical Linguistics & Phonetics* 11:6, 467–493.
- Drew, P. & Heritage, J. (red.) 1992. *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Elm, L. & Heedman, L. 2008. *Prosodiska mönster hos logopeder i samtal med personer med afasi – en akustisk analys*. Kandidatuppsats. Logopedprogrammet, Linköpings Universitet.
- Frankel, R. 1990. "Talking in interviews: a dispreference for patient-initiated questions in physician – patient encounters". I G. Psathas (red.): *Interaction competence*. Lanham M D: University Press of America, 231–62.
- Heath, C. 1986. *Body movement and speech in medical interaction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hellerman, J. 2003. "The interactive work of prosody in the IRF exchange. Teacher repetition in feedback moves" *Language in Society* 32, 79–104.
- Holmberg, E. & Sahlén, B. 2000. *Nelli. Neurolingvistisk undersökningsmodell för språkstörda barn*. Löddeköpinge: Pedagogisk design.
- Jefferson, G. 1987. "On expressed and embedded correction in conversation". I G. Button & J. R. Lee (red.): *Talk and social organization*. Philadelphia, PA: Multilingual Matters, 86–100.
- Johansson, S. & Östlund, P. 2007. *Analys av samtal mellan personer med afasi och logopeder/ anhöriga. Användande av kommunikativa resurser i samarbete mot gemensam förståelse*. Magisteruppsats. Logopedprogrammet, Linköpings Universitet.
- Kangasharju, H. 1996. "Aligning as a team in multiparty conversation" *Journal of Pragmatics* 26, 291–319.

- Kurhila, S. 2003. *Co-constructing understanding in second language conversation*. Doktorsavhandling. Helsingfors Universitet.
- Lindström, E. & Werner, C. 1995. *A-ning. Neurolingvistisk afasiundersökning*. Stockholm: Ersta utbildningsinstitut.
- Linell, P. & Luckmann, T. 1991. "Asymmetries in dialogue: some conceptual preliminaries". I I. Markova & K. Foppa (red.): *Asymmetries in dialogue*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf, 1–20.
- Linell, P. 1998. *Approaching dialogue*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Linell, P. & Korolija, N. 1995. "On the division of communicative labour within episodes in aphasic discourse" *International Journal of Psycholinguistics* 11, 2 (31), 143–165.
- Markova, I. & Foppa, K. (red.) 1991. *Asymmetries in dialogue*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- Marlaire, C. L. & Maynard, D. W. 1990. "Standardized testing as an interactional phenomenon" *Sociology of Education* 63, 83–101.
- Mehan, H. 1979. *Learning lessons: Social organization in the classroom*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Milroy, L. & Perkins, L. 1992. "Repair strategies in aphasic discourse; Towards a collaborative model" *Clinical Linguistics and Phonetics* 6 (1) 27–40.
- Plejert, C. & Samuelsson, C. 2008. "Recycling in clinical interaction involving children with and without language impairment" *Communication and Medicine* 5, 2, 69–80.
- Samuelsson, C. 2004. *Prosody in Swedish children with language impairment. Perceptual, acoustic and interactional aspects*. Doktorsavhandling. Lunds Universitet.
- Sarangi, S. & Roberts, C. 1999. "The dynamics of interactional and institutional orders in work-related settings". I S. Sarangi & C. Roberts (red.): *Talk, work and institutional order. Discourse in medical, mediation and management settings*. Berlin: Mouton de Gruyter, 1–57.
- Schegloff, E. A. & Sacks, H. 1973. "Opening up closings" *Semiotica* 8, 4, 289–327.
- Schegloff, E. A. 2007. *Sequence Organization in Interaction*. Cambridge: University Press.
- Sinclair, J. & Coulthard, M. 1975. *Towards an analysis of discourse*. Oxford: Oxford University Press.
- Sundqvist, A., Plejert, C. & Rönnerberg, J. (under granskning). "Active participation in children who use AAC in interaction".