

"Wo ist der Hauptschmerz?" – Zeigen am eigenen Körper in der medizinischen Kommunikation *

Anja Stukenbrock

Abstract

Der Beitrag untersucht die Frage, in welcher Weise visuelle Ausdrucksressourcen (Blick, Zeigegesten, Körperorientierung) mit dem Gebrauch verbaler Deiktika beim Zeigen am eigenen Körper koordiniert werden. Datengrundlage bilden Videoaufzeichnungen so genannter Schmerzkonferenzen, in denen Patienten mit chronischen Schmerzen vor einem interdisziplinären Ärztegremium ihre Beschwerden vorstellen. Leitend sind die Fragen, wie der Suchraum von den Beteiligten räumlich konstituiert wird, wie das Zeigeziel vom Adressaten aufgefunden und Referenz hergestellt wird. Dies erweist sich in Fällen, in denen das Zeigeziel wie beim Zeigen am eigenen Rücken außerhalb des visuellen Wahrnehmungsraums der Beteiligten liegt, als problematisch. Es werden selbst- und fremdinitiierte Reparatursequenzen in Gang gesetzt, in denen konfligierende Anforderungen an ein hinreichendes Zeigen interaktiv bearbeitet werden. Dabei spielen die soziale Struktur und das spezifische *participation framework* des institutionellen Settings "Schmerzkonferenz" eine entscheidende Rolle.

Keywords: Deixis, Zeigen, verdecktes Zeigeziel, multimodaler Verdichtungsraum, *participation framework*, Arzt-Patienten-Interaktion.

English abstract

My paper addresses the question of how the use of deictic expressions interacts with nonverbal resources (gaze, pointing gestures, body movement) to accomplish reference in a setting where the human body plays a double role – being simultaneously the subject and the object in the activity of pointing to parts of one's own body. The data used are video-recordings of doctor-patient-interaction in so-called pain conferences, where patients with chronic pain present themselves before an interdisciplinary group of medical specialists. Leading questions are how the domain of scrutiny is locally established by the participants, how the target of a pointing gesture is found and how its referent is identified by the addressee. This becomes problematic when the target of the point is hidden as is the case when a patient is pointing to his back. Repair sequences are generated to work out conflicting demands on the successful performance of pointing. The social structure and the specific participation framework of the institutional setting play a decisive role in framing the local conditions of adequacy.

Keywords: deixis, pointing, hidden target, multimodal condensation space, participation framework, doctor-patient-interaction.

* Dieser Beitrag ist eine überarbeitete Version des Vortrags, den ich im März 2007 auf der Tagung für Gesprächsforschung gehalten habe. Ich danke Peter Auer, Karin Birkner, Anne Stresing und Oliver Ehmer für ihre Diskussionsbereitschaft und viele wertvolle Kommentare zu meiner Analyse. Wichtige Hinweise zur Überarbeitung des Manuskripts verdanke ich ferner den anonymen GutachterInnen und Arnulf Deppermann.

1. Einleitung
2. Forschungskontext
3. Datengrundlage: Das medizinische Setting "Schmerzkonferenz"
4. Zeigen am eigenen Körper
5. Zeigen am eigenen Körper mit verdecktem Zeigeziel
6. Zeigen – Demonstrieren
7. Schlussbemerkungen
8. Literatur

1. Einleitung

Ausgehend von der Beobachtung, dass deiktische Ausdrücke ebenso wie körperliche Zeigegesten einen Projektionsraum eröffnen, der von den Beteiligten wahrgenommen und für die Interaktion relevant gesetzt werden muss, möchte ich in folgendem Beitrag anhand von Videosequenzen aus der medizinischen Kommunikation untersuchen, wie ein solcher Raum durch verbale und körperliche Ausdrucksressourcen strukturiert und elaboriert wird. Der spezifische Raum, um den es in der Arzt-Patienten-Interaktion typischerweise geht, ist der Patientenkörper. Seine Relevanz ist noch vor dem Eintritt in die fokussierte Interaktion (Goffman 1966:24)¹ institutionell etabliert. Nach dem Eintritt in die fokussierte Interaktion werden durch Fragen oder Bemerkungen des Arztes (wie z.B. "Wo ist der Hauptschmerz?") und Antworten oder Bemerkungen des Patienten Bearbeitungssequenzen in Gang gesetzt, im Rahmen derer spezifische Körperregionen in den Aufmerksamkeitsfokus gerückt werden. Zur Lokalisierung dieser Körperregionen stehen den Beteiligten unterschiedliche verbale und körperliche Ausdrucksmittel zur Verfügung, die lokal und adressatenspezifisch ausgewählt, modelliert und zu holistischen Gesamtpaketen zusammengeschnürt werden. Diese Kontextabhängigkeit des Ressourceneinsatzes soll einleitend zunächst anhand der Frage "Wo ist X?" verdeutlicht werden, bevor eine ausführliche Analyse der titelgebenden Schmerz-Sequenzen erfolgt.

Auf die Frage: "Wo ist X?" sind als Antwort zur Lokalisierung des erfragten Referenzobjekts verschiedene verbale und/oder körperliche Verfahrensweisen möglich, deren jeweiliges Gelingen an unterschiedliche Interaktionsvoraussetzungen gebunden ist. Abstrakt betrachtet setzt die Frage "Wo ist X?" als erster Teil einer Paarsequenz einen zweiten Paarteil als Antwort konditionell relevant, der die Aufgabe hat, X zu lokalisieren. In Abhängigkeit von den potentiellen räumlichen Eigenschaften des Referenzobjekts, dem verbalen Kontext und dem interaktiven Rahmen projiziert die Frage präferierte Antwortformate, die von der elabo-

¹ Goffman (1966:24) unterscheidet zwischen *unfokussierter* und *fokussierter Interaktion*. Während unter unfokussierter Interaktion alles das fällt, was Menschen einander durch schiere physische Kopräsens kommunizieren, ohne miteinander zu sprechen, ist mit fokussierter Interaktion der Eintritt in eine gemeinsame, meist verbale Gesprächsaktivität gemeint, bei der ein gemeinsamer Aufmerksamkeitsfokus hergestellt und aufrecht erhalten wird: "The communicative behavior of those immediately present to one another can be considered in two steps. The first deals with *unfocused interaction*, that is, the kind of communication that occurs when one gleans information about another person present by glancing at him, if only momentarily, as he passes into and then out of one's view. Unfocused interaction has to do largely with the management of sheer and mere copresence. The second step deals with *focused interaction*, the kind of interaction that occurs when persons gather close together and openly cooperate to sustain a single focus of attention, typically by taking turns at talking".

rierten verbalen Deskription über die deiktische bis zur rein gestischen Realisierung reichen können. Eine Untersuchung der verbalen und nonverbalen Bearbeitung der Frage "Wo ist X?" stellt daher einen analytischen Paradefall für die These dar, dass Verbales nicht nur Verbales, sondern auch Nonverbales² projiziert und umgekehrt – und zwar in unterschiedlichen Graden und unterschiedlichen Formen des Zusammenspiels von Verbalem und Nonverbalem.³

Lokalisierungen können durch den Bezug auf feste Referenzpunkte, durch den Bezug auf andere Objekte im Verweisraum oder in Relation zur Origo (Bühler 1934/1965:102) der Beteiligten, d.h. zu ihrem jeweiligen Aufenthaltsort zum Sprechzeitpunkt (*coding time*, Fillmore 1997:17) vorgenommen werden. Entscheidende Faktoren für die Projektion und Wahl des Antwortformats sind die Eigenschaften des Referenzobjekts, die sequentielle Einbettung und der interaktive Rahmen. So projiziert z.B. die Frage "Wo ist Paris?" als mögliche Antwort eine verbale Lokalisierung mit lokaler Präposition und Nomen: "in Frankreich". Das Referenzobjekt ist in diesem Fall unbeweglich und seine Verortung im Raum erfolgt in Relation zu einem festen Referenzpunkt. Der Sprecher kann seine Antwort daher völlig frei von relativen Bezugsgrößen bzw. von seiner Origo formulieren. Dementsprechend kontextunabhängig ist auch das zum Verständnis benötigte Wissen des Adressaten – sofern die Beteiligten nicht vor einer Karte sitzen und geographische Lokalisierungsakte mittels Zeigegesten und verbaler Deiktika ("da" oder "hier") vollbringen.⁴ Origoabhängig wäre hingegen die Antwort: "Paris liegt etwa 500 km" bzw. "5 Stunden westlich von hier".

Anders gelagert sind Fälle, in denen der Lokalisierungsakt nicht nur eine Kenntnis der grundlegenden räumlichen, zeitlichen und teilnehmerbezogenen Aspekte des Sprechereignisses, sondern ein genaues Monitoring (Goodwin 1980; Schmitt/Deppermann 2007) des Sprechers verlangt. Bei solchen von Fillmore (1971, 1997) als *gestural use of deictical elements* bezeichneten Fällen herrscht ein interaktiver Rahmen, der als Antwortformat einen konkreten Zeigeakt zur Lokalisierung des Referenzobjekts erfordert, bei dem das Wissen um die Origo des Sprechers zur Referenzherstellung allein nicht ausreicht. Bühlers zentrale These (1934/65:93), wonach es "kein lautliches Zeigzeichen [gibt], das der Geste oder eines der Geste äquivalenten sinnlichen Leitfadens oder schließlich einer an deren Stelle tretenden Orientierungskonvention entbehren könnte", verengt sich in be-

² In der Forschung (Helfrich/Wallbott 1980; Müller 1998; Kühn 2002, 2005; Fricke 2007; Bohle 2007) wird verschiedentlich darauf hingewiesen, dass durch die Verwendung des Begriffs *nonverbal* die nicht der gesprochenen Sprache zuzurechnenden sichtbaren (und hörbaren) körperlichen Ausdrucksformen ausschließlich ex negativo bestimmt und dem Verbalen nachgeordnet würden. Daher setzen sich sowohl in der englisch-, als auch in der deutschsprachigen Literatur immer stärker Begriffe und Begriffskombinationen durch wie "gesture and other forms of bodily conduct" (Heath 2002:597; Heath/Luff 2007:215), "visible conduct" bzw. "bodily conduct" bzw. "visible bodily actions" (Heath/Luff 2007:216); "embodied displays" (Goodwin 2000a:72); "bodily activities" (Psathas 1990:205); "embodied interaction" und "visual features" (Streeck/Knapp 1992:20) sowie analog dazu im Deutschen "körperliche Kommunikation" (Kühn 2002; 2005:93); "multimodale Kommunikation" (Schmitt 2005:18); "interaktionsrelevante Formen körperlichen Ausdrucks" (Schmitt 2005:21); "visuell-körperliche Kommunikation" (Kühn 2005:93); "sichtbare bzw. körperliche Kommunikation" (Bohle 2007:13).

³ Vgl. zum Projektionsbegriff der Interaktionalen Linguistik Auer (2005).

⁴ Vgl. zur Interaktion von verbalen Deiktika und Gesten bei Wegbeschreibungen die Arbeit von Fricke (2007).

stimmt Verwendungs-fällen von Verbaldeiktika also dahingehend, dass hier körpergebundenes Zeigen und damit eine genaue visuelle Überprüfung der körperlichen Aktivitäten des Sprechers von Seiten des Hörers unabdingbar werden.

Im vorliegenden Beitrag geht es darum, anhand ausgewählter Videosequenzen aus der Arzt-Patienten-Interaktion darzustellen, welche Rolle Zeigen am eigenen Körper im Zusammenspiel mit verbalen Deiktika bei der Verständnisherstellung und Verständnissicherung spielt. Dabei sind zwei Faktoren zu berücksichtigen, die die Zeigebedingungen gegenüber einfachen Zeigehandlungen auf spezifische Weise verändern: erstens das Zeigen am eigenen Körper und zweitens ein Zeigen, bei dem der Verweis- bzw. Suchraum⁵ (*domain of scrutiny*, Goodwin 2003a) und damit auch das Zeigziel außerhalb des Sichtfelds der Beteiligten liegen, weshalb eine Modifikation der Körperpositionen im Raum erforderlich ist. Leitend sind die Fragen, wie die Verweis- bzw. Suchräume in der Interaktion lokal überhaupt erst hergestellt werden, in welcher Weise verbale Deiktika und körpergebundene Hervorbringungsaktivitäten dabei interagieren und wie diese in einer *hierarchy of displays* (Goodwin 2003a) miteinander koordiniert werden.

Dazu werde ich zunächst anhand eines unproblematischen Falls die spezifischen Bedingungen des Zeigens am eigenen Körper darlegen (Abschnitt 4) und dann anhand eines komplexeren Falls in mehreren aufeinander aufbauenden Analyseschritten die interaktive Bearbeitung des Zeigens am eigenen Rücken untersuchen (Abschnitt 5). Die Komplexität dieses zweiten Falls liegt unter anderem darin, dass ganz offensichtlich Probleme auftauchen, die interaktiv bewältigt werden müssen. Es wird mehrfach repariert, die Paarsequenz aus (Lokalisierungs-)Frage und (Lokalisierung-)Antwort läuft nicht glatt und reibungslos ab. Die auf die Lokalisierungsfrage "Wo ist der Hauptschmerz?" erfolgenden Antworten werden vom Adressaten als unzureichend zurückgewiesen und im sequentiellen Ablauf sowohl selbst- als auch fremdinitiiert repariert. In diesen Reparaturen wird der Einsatz verbaler und nonverbaler Ressourcen zur Lokalisierung des erfragten Referenzobjekts sequentiell so lange variiert, bis schließlich eine Ratifikation der Antwort durch den Fragenden erfolgt. Bei den Reparanda geht es nicht nur um propositionale Präzisierungen der Antwort, sondern ganz entscheidend auch um das multimodale Antwortformat, d.h. um die Auswahl der Ressourcen und um deren interaktiven Einsatz. Wie abschließend zu zeigen sein wird (Abschnitt 6), hängen die Gründe dafür, warum die früheren Lokalisierungsversuche des Patienten als unzureichend zurückgewiesen werden, nicht nur mit den interaktiven Anforderungen des Zeigens am eigenen Rücken, sondern ganz entscheidend auch mit den spezifischen situativen, beteiligungsstrukturellen und institutionellen Bedingungen des Interaktionssettings "Schmerzkonferenz" zusammen.

⁵ Anders als Goodwin, der den Begriff *domain of scrutiny* verwendet (2003a), unterscheide ich heuristisch zwischen *Verweisraum* und *Suchraum*, da offenbar ein empirischer Unterschied zwischen der Herstellung des Verweisraums und der Herstellung des Suchraums besteht. Der *Verweisraum* stellt eine die eigene Wahrnehmung betreffende sowie die Aufmerksamkeit des Adressaten steuernde Angelegenheit des Zeigenden dar, der *Suchraum* ist hingegen eine perzeptorische Angelegenheit des Adressaten. Letztlich handelt es sich um dasselbe Phänomen, aber aus zwei verschiedenen Perspektiven betrachtet.

2. Forschungskontext

In seiner 1934 erschienenen Sprachtheorie entwirft Karl Bühler eine *Zweifelderlehre* der Sprache, als deren "Quintessenz" er die "Behauptung" bezeichnet, "daß das anschauliche Zeigen und Präsentieren in mehreren Modis [sic!] genau so zum Wesen der natürlichen Sprache gehört und ihm nicht ferner steht wie die Abstraktion und das begriffliche Erfassen der Welt" (Bühler 1934/1965:23). Der Zweifelderlehre zufolge ist grundsätzlich zwischen dem *Symbolfeld* und dem *Zeigfeld* der Sprache zu unterscheiden. Sie bilden zwei verschiedene "Umfelder der Sprachzeichen" (Bühler 1934/1965:22): Das *Symbolfeld* der Sprache wird durch die "syntaktischen und lexikalischen Momente der Sprache gebildet" (Bühler 1934/1965:151). Ihm sind die so genannten *Nennwörter* der Sprache zugeordnet, die als *Symbole* fungieren und "ihre spezifische Bedeutungserfüllung und -präzision im synsemantischen Umfeld [erfahren]" (Bühler 1934/1965:81). Demgegenüber figurieren im *Zeigfeld* die so genannten *Zeigwörter* der Sprache, die als *Signale* dienen und in der gängigen Grammatiktheorie als deiktische Sprachzeichen bezeichnet werden. Sie erfahren ihre "Bedeutungserfüllung und Bedeutungspräzision von Fall zu Fall" im *Zeigfeld* der Sprache (Bühler 1934/1965:80), das Bühler als das "hier-jetzt-ich-System der subjektiven Orientierung" (Bühler 1934/1965:149) bestimmt und dafür den Begriff *Origo* einführt (Bühler 1934/1965:102). Mit der Lehre vom Zeigfeld verbunden ist die These von der Unentbehrlichkeit der Geste, wonach "die Bedeutungserfüllung der Zeigwörter an sinnliche Zeighilfen gebunden" ist (Bühler 1934/1965:80).

In der Deixis-Forschung der Bühler-Nachfolge wird in diesem Zusammenhang die "Zeigegestenpflicht" (Sennholz 1985) bzw. die "Zeigegestennotwendigkeit" (Harweg 1990) beim Gebrauch von Deiktika hervorgehoben. In der angelsächsischen Forschungstradition ist im Anschluss an Fillmore von "gestural use of deictical elements" (Fillmore 1971, 1997; Levinson 2000:70) die Rede. Doch auch wenn in der Forschung immer wieder die Relevanz von Zeigegesten konzediert wird, gibt es bislang kaum linguistische Untersuchungen, die systematisch das Interagieren verbaler Deiktika und körperlicher Zeigehandlungen analysieren. Das hängt damit zusammen, dass eine Vielzahl bisheriger Ansätze in logisch-semantischer und pragmatischer Tradition auf die Systembedeutung deiktischer Ausdrücke fixiert ist und Referenzherstellung daher vornehmlich als Problem der semantischen Spezifizierung der einzelnen Deiktika behandelt. Eine Ausnahme bildet die Studie von Fricke (2007) zur Lokaldeixis im Deutschen. Wie Bohle (2007) und vor ihr Müller (1998) und Kühn (2002) weist sie auf das grundsätzlichere Problem einer mangelnden Integration von linguistischen Ansätzen und Ansätzen aus der Gestikforschung hin, was nicht nur im Bereich der Deixis, sondern auch auf anderen Gebieten der Linguistik erhebliche Forschungslücken bedingt hat.

Anstöße zu einem Paradigmenwechsel kommen in jüngster Zeit am ehesten aus konversations- und interaktionsanalytischen Ansätzen, deren Interesse den Besonderheiten des Zusammenspiels verbaler und körperlicher Ausdrucksressourcen in der *face-to-face*-Kommunikation gilt. So liegen mittlerweile einige Arbeiten zu multimodalen Aspekten der Turnkonstruktion und des Turn-Taking vor (Schegloff 1984; Psathas 1990; Streeck/Hartge 1992; Schmitt 2005; Bohle 2007). Dabei stammen die zentralen konversations- und interaktionsanalytischen Arbeiten zur "multimodalen Struktur von Kommunikation" (Schmitt 2004:1), in deren

Forschungskontext meine Untersuchung angesiedelt ist, vorwiegend aus dem anglo-amerikanischen Raum. Wesentliche Erkenntnisse dazu verdanken sich bereits den früheren Arbeiten von Heath zur sequentiellen Beziehung zwischen Sprache und körperlichen Ausdrucksressourcen in der Arzt-Patienten-Interaktion (1982, 1984), zur Koordinierung von körperlichem Verhalten und Sprache in Begrüßungs- (1981) und Verabschiedungssequenzen (1985) in der Arztpraxis sowie zur Herstellung von unterschiedlichen Verweissräumen, Interaktionsphasen und Partizipationsstrukturen in der ärztlichen Untersuchung (1986).

Über die institutionelle Kommunikation hinausgehend sind es vor allem die deutsch- und englischsprachigen Arbeiten Streecks, die sich unter anderem mit der Koordinierung von Sprache, Blick und Gestik (Streeck 1988, 1993; Streeck/Knapp 1992), der interaktiven Funktion des Nonverbalen im Zuhörerverhalten (1994) und seiner Relevanz für das Turn-Taking (Streeck/Hartge 1992) befassen. Dabei geht es Streeck auch um die wechselseitige Projektionskraft von verbalen und körperlichen Kommunikationseinheiten. Wie er durch mikroanalytische Untersuchungen am Beispiel des deiktisch verwendeten "so" nachgewiesen hat, können Gesten durch den Blick bzw. durch ein verbales Deiktikum interaktiv relevant gesetzt werden. Das sequentielle Ablaufformat für den Einsatz der verschiedenen Ressourcen stellt sich in diesem Fall wie folgt dar: "gesture-onset at sentence-beginning, gaze-shift to the gesture before the keyword, gaze-return at or after keyword completion" (Streeck 1993:288).

Ein systematischer Ort kommt in diesem Zusammenhang den Deiktika zu, denn sie referieren nicht nur auf Kopräsentes im umgebenden Raum, sondern rücken auch die Zeigegeste selbst und damit den Körper des Zeigenden als Ausdrucksressource interaktiv in den Fokus. Insofern stellt Hausendorf (2003:250) treffend fest, "it is not the nature of the referent (space, time, person), but the nature of the referential act itself that is crucial for the demonstratio ad oculos et ad aures". Die Frage nach der Rolle der Deixis in der *face-to-face*-Interaktion als *multi-channel communication system* bildet für Hausendorf (2003) den empirischen Ausgangspunkt für eine interaktionsanalytische Untersuchung des Beitrags, den Deiktika zur sozial konstruierten Sprechsituation leisten (2003:252f.). Eine entscheidende interaktive (Steuerungs-)Funktion von Deiktika besteht laut Hausendorf darin, dass sie einen Übergang von individuellen Wahrnehmungsakten zu wechselseitig geteilter Wahrnehmung herstellen. Deiktika können daher mit Goodwin (2003b:37) auch als Bindeglied zwischen verschiedenen semiotischen Systemen betrachtet werden: "More generally the deictic expressions that are conventionalised in language, such as 'this' [...] constitute systematic ways of providing explicit links between different kinds of sign systems that characteristically function as parts of a larger whole". In seinen Arbeiten hat er das Zusammenspiel solcher Zeichensysteme in unterschiedlichen *activity frameworks* wie der Interaktion zwischen Aphasikern und Nicht-Aphasikern (Goodwin 2000a, 2003a), in empraktischen Situationen wie archäologischen Ausgrabungen (Goodwin 1994, 2000b, 2003a) und Kinderspielen (Goodwin 2000b) untersucht. Im Mittelpunkt seines Untersuchungsinteresses steht das Interagieren von Sprache und körperlichen Ausdrucksressourcen wie Blickverhalten, Gestik, Körperorientierung. Zugleich werden die Gestaltung und die Ressourcen des umgebenden Raums sowie zum Einsatz kommende materielle Objekte in die Analyse mit einbezogen. Eine besondere Rolle spielt in diesen Kontexten das Zeigen. Analog zu seiner

funktionalen Bestimmung der Verbaldeiktika als expliziten Bindegliedern zwischen verschiedenen semiotischen Systemen schreibt Goodwin dem körperlichen Zeigen eine Zwischenstellung zwischen verschiedenen Zeichenträgern zu (Goodwin 2003a:29): "pointing is an inherently interstitial action, something that exists precisely at the place where a heterogeneous array of different kinds of sign vehicles instantiated in diverse semiotic media (the body, talk, phenomena in the surrounding scene, etc.) are being juxtaposed to each other to create a coherent action package". Die von Goodwin formulierte These, dass durch das Zusammenspiel verbaler und körperlicher Ausdrucksressourcen sogenannte *action packages* (Goodwin 2003a:29) erzeugt werden, wird von auch von Heath vertreten (Heath 1986 spricht von *packages*). Diese These möchte ich aufgreifen und sie mit zwei weiteren Aspekten verknüpfen, die in den interaktionsanalytischen Untersuchungen zur Multimodalität zum Tragen kommen.

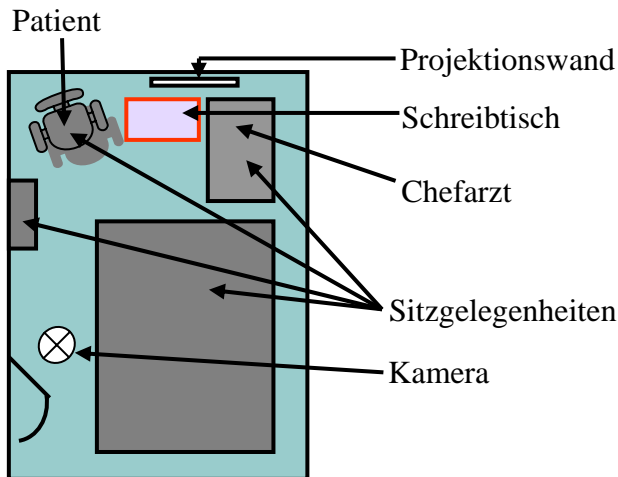
Der erste Aspekt betrifft die von Schmitt (2005) und Deppermann/Schmitt (2007) aufgeworfene Frage nach dem Verhältnis von Sequentialität und Simultaneität im multimodal ablaufenden Kommunikationsgeschehen. Soll Multimodalität als Eigenschaft natürlicher Interaktionen theoretisch und methodisch ernst genommen werden, gilt es, die bislang betonte Zeitlichkeit mündlicher Sprache um die Beobachtung der Gleichzeitigkeit interaktiver Phänomene zu ergänzen. Ganze oder partielle Gleichzeitigkeiten interaktiver Phänomene in der *face-to-face*-Kommunikation werden erst durch eine Analyseperspektive empirisch fassbar und theoretisch modellierbar, in der die horizontale, auf die Linearität und Sequentialität des Verbalen konzentrierte Perspektive durch eine vertikale Perspektive ergänzt wird. D.h. die horizontale Perspektive, die den Fokus auf die *on-line*-Emergenz (Auer 2000) verbaler Phänomene legt, ist mit einer vertikalen Perspektive zu verzahnen, die die Architektur, das simultane und quasi-simultane Aufsatteln verbaler und körpergebundener Ressourcen aufeinander und deren wechselseitige Kontextualisierung in den Blick nimmt.

Der zweite, damit zusammenhängende Aspekt betrifft die Frage nach der ebenenübergreifenden Projektionskraft unterschiedlicher Ressourcen. Wird das kommunikative Geschehen als etwas verstanden, in dem verbale und körpergebundene Aktivitäten zu situativ emergierenden, holistischen Gesamtpaketen zusammengeschnürt sind (Heath 1986; Goodwin 2003a), liegt es nahe, den Projektionsbegriff der Interaktionalen Linguistik (Auer 2005), der die Erwartbarkeit zukünftiger sprachlicher Handlungen erfasst, auszuweiten auf Projektionsverhältnisse zwischen den Ressourcen. Das bedeutet, dass Verbales nicht nur Verbales, sondern auch Nonverbales und umgekehrt Nonverbales Verbales projizieren kann, wie dies von Schegloff bereits 1984 anhand des *projection space* bei verbal und / oder gestisch angekündigten Reparaturen und von Streeck (2002) am Beispiel des deiktisch verwendeten "so" dargestellt wurde.

3. Datengrundlage: Das medizinische Setting "Schmerzkonferenz"

Datengrundlage der folgenden Analysen bilden Videoaufzeichnungen von sechs Schmerzkonferenzen, in denen Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen vor einem interdisziplinären Ärzte- und Therapeutengremium in 20- bis 30-minütigen Sitzungen ihre Beschwerden vorstellen. Die Schmerzkonferenzen finden in einem eigens dafür eingerichteten Schmerzzentrum innerhalb des

Neurozentrums einer deutschen Universitätsklinik statt und dienen dazu, in der Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachgebiete und gemeinsam mit den Betroffenen therapeutische Maßnahmen zur Schmerzlinderung zu erarbeiten. Anders als in der im Praxisbetrieb üblichen dyadischen Arzt-Patienten-Interaktion handelt es sich um ein *multi party setting*, dessen Ablauf vornehmlich durch die Fragen des Chefarztes an den Patienten strukturiert ist, wobei die anderen Ärztinnen und Ärzte ebenfalls Fragen stellen, Bemerkungen einfließen lassen und mit dem Chefarzt sowie in begrenztem Maß auch untereinander interagieren können. Folgende Skizze⁶ veranschaulicht die räumlichen Verhältnisse der Schmerzkonferenz:



Alle Interaktionsbeteiligten befinden sich physisch im selben Raum und haben damit potentiell denselben audio-visuellen Zugang zu den Gegebenheiten im Raum und zueinander. In Fällen dieser Art möchte ich von einem *sympraktischen Interaktionsrahmen* sprechen. Er schafft die Interaktionsvoraussetzungen dafür, dass an die Stelle elaborierter verbaler Beschreibungen andere Verfahrensweisen treten können, die unter Umständen situationsangemessener und ökonomischer sind: der Einsatz verbaler Deiktika und körperlicher Zeigegesten als interaktive Ressourcen.

4. Zeigen am eigenen Körper

Beim Zeigen am eigenen Körper ist der Körper des Zeigenden identisch mit dem Körper, auf den gezeigt wird, so dass der Körper des Zeigenden zum semiotischen Doppelraum wird. Er ist sowohl *zeigender Körper* bzw. *Zeigesubjekt* also auch *gezeigter Körper* bzw. *Zeigeobjekt*. Das bedeutet, dass der Körper, der die Zeigegesten ausführt, zugleich der *Verweis-* bzw. *Suchraum* seiner eigenen Zeigegesten ist.

⁶ Der Stuhl links im Bild ist für die Patientin bzw. den Patienten reserviert; gegenüber auf der rechten Seite sitzt in der Regel der Chefarzt. Die anderen Ärztinnen und Ärzte nehmen üblicherweise in der ersten Reihe der in der Raummitte angeordneten Stuhlreihen Platz.

Die semiotische Doppelbesetzung des menschlichen Körpers hat unterschiedliche Konsequenzen, von denen zwei im Folgenden näher betrachtet werden sollen: Die eine Besonderheit besteht darin, dass die Herstellung des Verweisraums durch den Blick nur so lange funktioniert, als der Zeigende in der Lage ist, die betroffenen Regionen seines Körpers zum visuellen Betrachtungsobjekt seiner eigenen Wahrnehmung zu machen. Zeigen ist in der Regel immer mit einem Selbstmonitoring,⁷ einer handlungssteuernden Wahrnehmung der eigenen Zeigeaktivitäten im Hinblick auf eine räumlich-vektorielle Feinabstimmung mit dem Zeigeziel verbunden. Dabei besitzt die selbstgerichtete Blickorientierung die Doppelfunktion, dem Zeigenden als feinkoordinatorisches Kontrollinstrument seiner eigenen Zeigebewegung und dem Adressaten als Kontextualisierungshinweis für die Relevanz der Zeigegeste zu dienen. Mit Relevantsetzung der Zeigegeste durch den Blick ist gemeint, dass der Zeigende dem Adressaten durch seine Blickorientierung anzeigt, das folgende nonverbale Geschehen für wichtig zu halten und perzeptorisch zu verfolgen. Die andere Besonderheit besteht darin, dass beim Zeigen am eigenen Körper das Zeigeziel in den meisten, wenn auch nicht in allen Fällen berührt werden kann. Ausnahmen stellen unerreichbare Körperregionen wie die Mitte des Rückens dar oder entstehen aufgrund von mangelnder Beweglichkeit oder kulturell bedingten Tabuisierungen.

Im ersten Beispiel geht es um den Beinbereich und damit um einen Teil des eigenen Körpers, den der Patient sowohl berühren als auch visuell wahrnehmen kann. Die insgesamt 32 Minuten dauernde Schmerzkonferenz ist schon eine Weile in Gang, die fokussierte Interaktion (Goffman 1966:24) ist hergestellt und die Beteiligten sind einander zugewandt. Eine erste ausführliche Befragung des Patienten zu seinen Schmerzen ist bereits erfolgt. Im weiteren Verlauf geht es vor allem darum, wie stark die Schmerzen den Patienten im Alltag belasten und wie er damit umgeht. Der Patient schildert seine nächtlichen Schmerzprobleme im Rückenbereich und die damit einhergehende Unbeweglichkeit. Auf die Nachfrage einer der Ärzte, ob und wenn ja welche Maßnahmen er dagegen ergreift, beschreibt der Patient verschiedene Bewegungsmuster, die er liegend im Bett ausführt. Dazu gehört auch das Hochlegen der Beine am Morgen, eine schmerzlindernde Entlastungsmaßnahme für den Rücken, die der fragende Arzt einige Sequenzen zuvor als "Stufenbettlagerung" thematisiert hat, bei deren Durchführung der Patient aber offenbar eingeschränkt ist infolge einer früheren Operation, unter der die Beweglichkeit eines seiner Beine stark gelitten hat. An genau dieser Stelle setzt der folgende Gesprächsausschnitt mit den Erläuterungen des Patienten zu den Bewegungseinschränkungen ein:⁸

1 P: un=morgens natürlich als ERstes äh die BEIne (--) HOCH (---)
 2 ((räuspert sich)) nehme=also (-)
 3 weil=ja DES bein (.) geht ja <<zittrig> nImmer > (.) so richtig
 4 (.) ja; (-)
 5 seit der: äh (-) letzten operATIOn, (2.0)

In dem Ausschnitt geht es mir um die Identifizierung des unbeweglicheren Beines, das auf der verbalen Ebene mit dem akzentuierten deiktischen Demonstrativum *DES* (dieses) plus Nomen *bein* bezeichnet wird. Meine Analyse der ver-

⁷ Vgl. zur selbstbezogenen Auffassung des Monitoring-Begriffs Levelt (1983).

⁸ Die Transkription folgt den GAT-Konventionen (Selting et al. 1998).

schiedenen Ausdrucksressourcen beginnt mit der kurzen Pause in Zeile 2.⁹ Sie stellt die Ausgangsposition für die nächste Turn Constructional Unit (TCU) dar: Die Hände des Patienten befinden sich wieder in der Ruhelage zusammengefaltet in seinem Schoß, sein Blick ist auf den Gesprächspartner gerichtet (vgl. Abbildung 1).¹⁰

Abbildung 1:



Bevor nach der kurzen Pause (Z.2) die verbale Turnfortsetzung erfolgt (Z.3), blickt der Patient auf seine Hände. Kurz darauf lösen sich die Hände aus der Ruhelage und beginnen sich in einer spiegelbildlichen Parallelbewegung leicht zu öffnen. Die Handinnenflächen weisen dabei nach oben (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2:



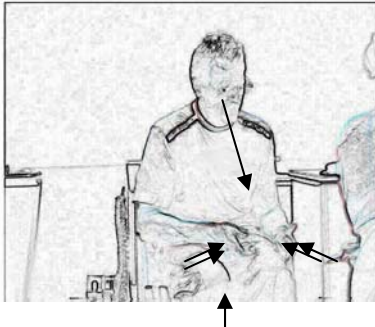
2 ((räuspert sich)) nehme=also (-)

Dadurch dass der Patient den Blickkontakt mit dem Arzt auflöst und seinen Blick nach unten richtet, unmittelbar bevor sich seine Hände aus der Ruhelage herauszulösen beginnen, wird interaktiv ein Verweisraum hergestellt und die Relevanz der folgenden Zeigegeste etabliert. Anschließend setzt die verbale Explizierung ein (Z.3): *weil=ja DES bein (.) geht ja <<zittrig> nImmer > (.) so richtig*. Simultan zur Äußerung des Deiktikums *DES* (Z.3) berühren Mittel-, Zeige- und Ringfinger beider Hände das linke Knie mit zwei Taps, wobei die Handinnenflächen präsentativ nach oben weisen. Der Blick bleibt währenddessen auf den Verweisraum bzw. das Zeigeziel gerichtet (vgl. Abbildung 3 – die Doppelpfeile kennzeichnen die zwei Taps).

⁹ Blickverhalten und redegleitende Gesten, die in der vorangegangenen TCU ikonisch das Hochlegen der Beine veranschaulicht haben, bleiben in der Analyse unberücksichtigt.

¹⁰ Die Qualität der Abbildungen ist eingeschränkt durch die Verfremdungseffekte, die aus Datenschutzgründen vorgenommen werden mussten.

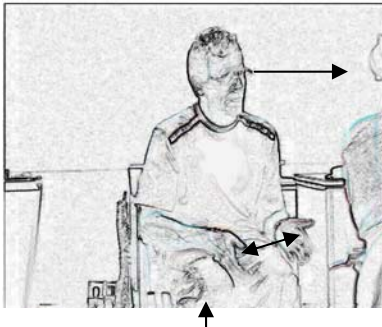
Abbildung 3:



3 weil=ja DES *bein* (.) geht ja <<zittrig> nImmer> (.) so richtig

Während der Äußerung des Nomens *bein* geht der Blick des Patienten zurück auf den Adressaten, der autotaktile Berührungskontakt mit dem Zeigeziel wird aufgelöst und der durch die Hände begrenzte Raum durch die laterale Öffnung der Hände wieder erweitert (vgl. Abbildung 4).

Abbildung 4:



3 weil=ja DES *bein* (.) geht ja <<zittrig> nImmer> (.) so richtig

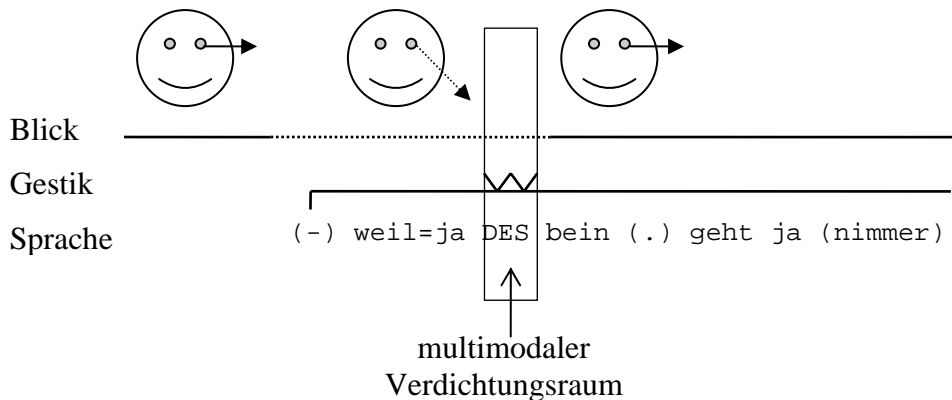
Thema der Explizierung ist das (linke) Bein, über das eine mangelnde Funktionsfähigkeit (Z.3) in zeitlicher Korrelation zu einer früheren Operation (Z.5) ausgesagt wird. Es wird verbal durch eine Apokoinu-Konstruktion¹¹ eingeführt, die aus einem abgebrochenen weil-Satz in S1-Position und einem Aussagesatz in S2-Position besteht, *DES bein* als Koinu hat und das Thema syntaktisch in eine prominente Position rückt. Dadurch, dass auf das Bein lediglich mit dem deiktischen Demonstrativum *DES* plus Nomen referiert wird, ist zur referentiellen Desambiguierung der Einsatz der Zeigegeste unabdingbar. Die Art, in der sie ausgeführt wird, macht einen Teil des eigenen Körpers zum Objekt.¹²

Schematisch zusammengefasst sehen die Etablierungsphasen der Zeigehandlung, der sequentielle und architektonische Einsatz von Blick, Gestik und Sprache wie folgt aus (die durchgezogene Linie beim Tier "Blick" bedeutet: Blickrichtung zum Adressaten, die gestrichelte Linie demgegenüber: Blickausrichtung auf den Verweisraum; die durchgezogene Linie beim Tier "Gestik" bedeutet: Onset und Dauer der Geste, die beiden v-Striche markieren die zwei Taps; der rechteckige Rahmen zeigt den schrittweise aufgebauten multimodalen Verdichtungsraum an):

¹¹ Schwitalla (2003:129): "Mit dem Apokoinu ist die Möglichkeit gegeben, einen zweiten Fokus in der Normalstellung für das Rhema im Mittelfeld des Satzes zu eröffnen".

¹² Vgl. zu den Verfahren, mit denen Patienten in der medizinischen Interaktion ihren eigenen Körper zum Objekt machen, Heath (1986:99ff.).

Abbildung 5:



Phase 1: Im ersten Schritt wendet der Patient seinen Blick vom Interaktionspartner ab, richtet ihn auf den Beinbereich seines Körpers und setzt dadurch den Verweisraum für die kurz darauf folgende Geste relevant. Phase 2: Als nächstes setzt die Gestik ein. Teilsimultan zur Neuorientierung des Blicks, d.h. zeitlich der Blickbewegung leicht nachlaufend, lösen sich die Hände aus der Ruhelage und bewegen sich auf das Knie zu. Phase 3: Erst dann setzt die Sprache ein (*weil=ja*). Phase 4: Während der Äußerung des akzentuierten deiktischen Demonstrativum *DES* erfolgen die zwei Taps. An dieser Stelle verdichtet sich der Einsatz der verschiedenen Ausdrucksressourcen (Blick, Gestik und Verbales, das wiederum ausdifferenzieren ist in semantisch-pragmatische Fokussierung durch das gestisch gebrauchte Verbaldeiktikum, prosodische Fokussierung durch den Hauptakzent und syntaktische Fokussierung durch die Apokoinu-Konstruktion), so dass ein multimodaler Verdichtungsraum entsteht. Phase 5: Unmittelbar darauf löst sich der Blick wieder vom Zeigeziel und geht zurück zum Adressaten, während die Hände den durch das zweimalige Klopfen hergestellten Berührungskontakt aufgeben und sich zu einer Präsentativgeste öffnen.

Die entscheidende Beobachtung zum sequentiellen Ablaufformat und zur Koordinierung der verschiedenen Ausdrucksressourcen besteht darin, dass der Verweisraum für das deiktische Demonstrativum *DES* vorab multimodal durch den teilsimultanen Einsatz von Blick und Geste als interagierenden Ausdrucksressourcen hergestellt wird. Unter Teilsimultaneität verstehe ich das empirisch festgestellte Phänomen, dass der Onset der Blickbewegung dem Onset der Geste und beide zusammen wiederum der verbalen Turnfortsetzung vorauslaufen. Es handelt sich folglich um einander wechselseitig kontextualisierende Ausdrucksressourcen: Die Blickbewegung des Patienten vom Adressaten weg zur unteren Region des eigenen Körpers stellt den Raum und den Aufmerksamkeitsfokus für den Beginn des Gesteneinsatzes her, der zur Blickausrichtung hinzutretende Gesteneinsatz wiederum projiziert den Einsatz des Verbalen. Auf diese Weise wird phasenverschoben und zugleich phasenüberlappend ein multimodaler Verdichtungsraum aufgebaut.

Die hier rekonstruierte Abfolge der Koordination (Deppermann/Schmitt 2007) von Blickorientierung, Gesteneinsatz und verbaler Fokussierung gilt auch für andere Zusammenhänge, in denen zur referentiellen Desambiguierung eines gestisch gebrauchten Verbaldeiktikums zusätzliche "sinnliche Zeighilfen" (Bühler 1934/1965:80) benötigt werden. So lässt sich beim Zeigen am distanten Zeigeziel feststellen, dass Zeigende zunächst visuell einen Verweisraum herstellen, bevor sie mittels einer Zeigegeste und eines akzentuierten Deiktikums perzeptorisch die Aufmerksamkeit des Adressaten auf das Zeigeziel lenken. Im Unterschied zum Zeigen am distanten Zeigeziel kommt im vorliegenden Fall hinzu, dass das Zeigeziel erstens berührt werden kann, wodurch sich das Vektor-Ziel-Problem¹³ vereinfacht, und dass es sich zweitens am eigenen Körper befindet. Für den Zeigenden bedeutet das, dass zusätzlich zur visuellen Überprüfung des eigenen Zeigeakts das Zeigeziel auch haptisch sichergestellt werden kann. Es findet eine Rückmeldung durch den eigenen Körper statt, und zwar bei autotaktilen Handlungen anders als beim Berühren eines Gegenstandes in zweifacher Weise sowohl vom berührenden Körperteil (in diesem Fall den Fingern) als auch vom berührten Körperteil (in diesem Fall dem Knie). Die Kombination des beidhändigen Zeigens mit einem ostentativen doppelten Klopfen (Taps) auf das Zeigeziel macht diesen Effekt sichtbar. Dabei hat das Klopfen offenbar noch eine weitere Funktion: Es dient einer gestischen Präzisierung des Referenten, denn wie der weitere Verlauf zeigt, geht es nicht nur um das "linke Bein", sondern insbesondere auch um das "linke Knie". Dieses stellt topographisch einen kleineren Ausschnitt zu dem vorab gestisch identifizierten Bein dar – semantisch gesehen bildet es ein Meronym zum "linken Bein". D.h. der multimodale Einsatz von Blick und Gestik leistet nicht nur die zur Referenzherstellung notwendige Präzisierung des verbaldeiktisch unzureichend mit *DES* bezeichneten Beins, sondern projiziert darüber hinaus einen engeren thematischen Fokus, der später (nach 3.40 Minuten) auch verbal eingeführt wird: *.hh und da(nn) hab=I ja auch noch mit dem (.) linke Knie=äh.: ab und zu:-desch=is gott sei dank nImmer SO: schlImm wie=s WAR.*

Auch für den Adressaten bedeutet die Tatsache, dass der Zeigende das Zeigeziel berührt, eine Vereinfachung des Vektor-Ziel-Problems, da er anders als beim Zeigen auf ein distantes Zeigeziel keine imaginäre visuelle Verlängerungslinie von der Zeigegeste zum Zeigeziel ziehen muss. Mit der Vereinfachung des Vektor-Ziel-Problems muss allerdings nicht automatisch auch eine Erleichterung der

¹³ Mit dem Begriff *Vektor-Ziel-Problem* bezeichne ich das interaktiv zu bewältigende Problem, das beim Zeigen auf ein distantes Zeigeziel darin besteht, dass die Zeigegeste nicht, wie man naiverweise meinen könnte, einfach einen Vektor herstellt, dessen imaginäre Verlängerung eindeutig zur Lokalisierung des Zeigeziels führt. Dies wird u.a. an Reparaturen deutlich, die die körperliche Orientierung der Beteiligten bzw. deren raum-perspektivische Abstimmung aufeinander in Relation zum Zeigeziel betreffen (z.B. physisches Zusammenrücken, Parallelausrichtung von Blick- und Körperposition zur Angleichung der Perspektive auf das Zeigeinstrument etwa beim Zeigen in den Himmel, auf einen See u.ä.). Die Zeigegeste stellt zwar einen Vektor her, doch im dreidimensionalen Raum führt die imaginäre Verlängerung der Richtung des Zeigeinstruments (Arm, Hand, Finger) nicht automatisch zum Zeigeziel. Statt dessen zeigt die Zeigegeste wie ein Scheinwerferkegel lediglich die Richtung an, die der Adressat perzeptorisch einschlagen muss, um innerhalb des Suchraums das Zeigeziel zu lokalisieren (d.h. unter verschiedenen potentiellen Kandidaten mittels Inferenzen das intendierte Zeigeziel zu finden). Dementsprechend präzise muss der Zeigende seine Zeigegeste einrichten. Dafür wiederum ist ein Monitoring der eigenen körperlichen Aktivitäten, insbesondere des Zeigeakts, sowie der Reaktionen des Adressaten darauf wesentlich.

Referenzherstellung – also des Übergangs vom visuellen, wahrnehmungsbezogenen Teil zum kognitiv-verstehenden Teil der Gesamthandlung – einhergehen. Insbesondere im medizinischen Kontext wird die Referenzherstellung dadurch verkompliziert, dass der Referent im Sinne einer schmerzätiologischen Ursachenfeststellung oft nicht sichtbar im Körperinneren liegt.

Die zweite Besonderheit des Zeigens am eigenen Körper besteht darin, dass die Relevanzsetzung von Verweisraum und Zeigegeste durch den Blick nur funktioniert, sofern der Zeigende den eigenen Körper zum Betrachtungsobjekt machen kann, was aber nicht immer möglich ist, wie in folgendem Beispiel.

5. Zeigen am eigenen Körper mit verdecktem Zeigeziel

Nachdem ich in Abschnitt 4 die spezifischen Bedingungen des Zeigens am eigenen Körper dargelegt habe, möchte ich nun in mehreren aufeinander aufbauenden Analyseschritten untersuchen, welche Probleme beim Zeigen mit verdecktem Zeigeziel entstehen. Wie im vorherigen Beispiel stellt der Körper des Zeigenden auch hier den Verweis- bzw. Suchraum dar. Für den Zeigenden gilt daher zunächst, dass das Zeigeziel, da es sich am eigenen Körper befindet, berührt und haptisch sichergestellt werden kann.¹⁴ Eine visuelle Überprüfung des eigenen Tuns durch den Zeigenden ist also nicht unbedingt erforderlich, hier allerdings auch nicht möglich, da sich das Zeigeziel am unteren Teil des Rückens befindet. Der Sonderfall des Zeigens am eigenen Rücken mit verdecktem Zeigeziel bringt diverse Probleme mit sich, die interaktiv bearbeitet werden. Bereits an dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die interaktiven Probleme nicht allein auf Schwierigkeiten mit dem zunächst nicht sichtbaren Zeigeziel zurückzuführen sind, sondern darüber hinaus institutionell durch divergente Relevanz- und Beteiligungsstrukturen bedingt werden, innerhalb derer der Patient auf der einen Seite und der Chefarzt auf der anderen Seite agieren. Da die Sequenz durch die institutionellen Bedingungen der Schmerzkonzferenz zusätzlich an Komplexität gewinnt, soll die Argumentation in zwei Schritten entwickelt werden. Aus analytischen Gründen ist die Darstellung der beteiligungsstrukturellen Faktoren des institutionellen Settings Schmerzkonzferenz daher dem Abschnitt 6 vorbehalten. In Abschnitt 5 erfolgt zunächst die Analyse der Problematik des Zeigens am eigenen Rücken.

Bei dem Ausschnitt handelt sich um eine längere Bearbeitungssequenz aus derselben Schmerzkonzferenz, in der Arzt und Patient gemeinsam den zentralen Schmerzpunkt am Körper des Patienten zu lokalisieren suchen. Sie ist zeitlich relativ am Anfang der Schmerzkonzferenz und damit früher als der in Abschnitt 4 analysierte Ausschnitt angesiedelt. Der Patient hat mit Hilfe zweier Stöcke den Raum betreten und auf dem angewiesenen Stuhl Platz genommen. Nachdem der Chefarzt den Patienten zunächst zur Notwendigkeit der Stöcke befragt hat, thematisiert er dessen Bewegungsproblematik gegenüber den Ärztekollegen und fordert den Patienten auf, noch einmal aufzustehen und zu Demonstrationszwecken ohne Stöcke auf und ab zu laufen. Während der Patient dieser Aufforderung nachkommt, teilt der Chefarzt den Ärztekollegen seine diagnostischen Beobachtungen mit. Unmittelbar nachdem der Patient wieder Platz genommen hat, setzt

¹⁴ Wie bereits erwähnt gibt es auch Zeigeziele am eigenen Körper, die sich außerhalb der Reichweite autotaktile Gesten befinden.

die zu analysierende Interaktionseinheit damit ein, dass der Chefarzt sich wieder dem Patienten als Hauptadressaten zuwendet.

Die Sequenz ist in drei Teilsequenzen untergliedert, die nacheinander der präziseren Lokalisierung des Schmerzes dienen. Gliederungskriterien für die Dreiteilung bilden die Fragen des Arztes sowie die verbalen und nonverbalen Aktivitäten des Patienten, zusammengefasst also die interaktiven Bearbeitungsschritte zur Lösung des Lokalisierungsproblems. Die Analyse der Teilsequenzen soll deutlich machen, wie das anfängliche Ungenügen der Zeigehandlung interaktiv bearbeitet und damit Schritt für Schritt abgebaut wird. Die verbale Gesamtsequenz und ihre Untergliederung sieht wie folgt aus:

Gesamtsequenz

```

1 CA: WO: is der HAUPTschmerz;
2 P: (1.5)
3 da HINTen (-)
4 also auf=m=m:: (-)
-----
5 CA: sie=sie hAm ja das sehr SPÄ:Rlich gemalt;
6 P: bitte?
7 CA: seh:r seh:r (-) KLEIN gemalt;
8 ist das wirklich so: KLEIN oder es strahlt aus;
9 P: öh::: pfhh (-)
10 <<acc> also DES=isch der HAUPTpunkt>;=
11 =(ma) sonst str[ahlts] schon=etwas aus aber:--(-)
12 CA: [ja]
13 P: da:=sch <<acc> ja da=schO=der HAUPTpunkt> do bei der=äh:::--(-)
14 äh el vier fünf (.) ja? (.) da [unten,]
-----
15 CA: [das] KENnen wir nicht-
16 wir wo:l[len] von ihnen hören WO es wehtut-
17 P: [ja]
18 CA: (.....) also (.....) [wir sind]=wir sind=uns
19 P: [also HIER]
20 CA: ja !DA! (-)

```

Die erste Teilsequenz beginnt mit der Frage des Chefarztes¹⁵ nach dem Hauptschmerz:

1. Teilsequenz

```

1 CA: WO: is der HAUPTschmerz;
2 P: (1.5)
3 da HINTen (-)
4 also auf=m=m:: (-)

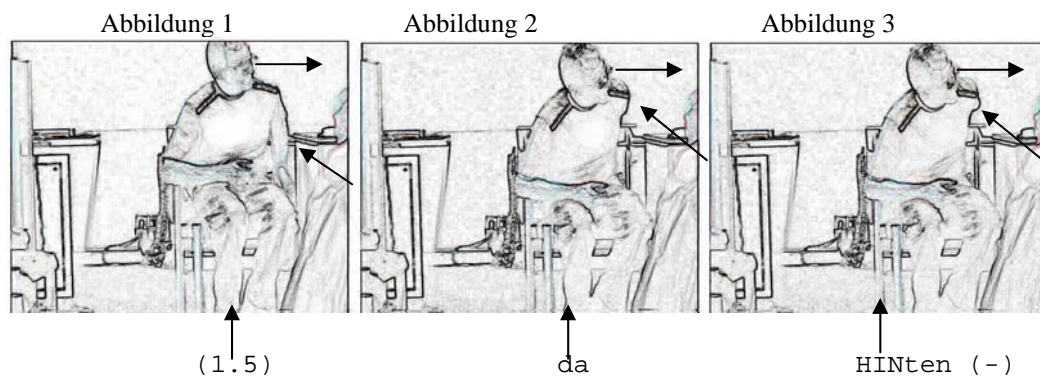
```

Die Frage des Chefarztes (Z.1) projiziert als Antwort eine Lokalisierung des Schmerzes am eigenen Körper. Nach der Lokalisierungsfrage des Arztes entsteht eine 1.5 sekündige Pause (Z.2), bevor der Patient mit den verbalen Lokaldeiktika *da HINTen* (-) antwortet (Z.3). Nach einer kurzen Pause führt der Patient seinen Turn fort mit einer durch ein erläuterndes *also* eingeleiteten, als selbstinitiierte Reparatur nachgeschobenen, dann aber abgebrochenen und dadurch ihrerseits re-

¹⁵ Der Chefarzt (CA) spricht zwar hervorragend Deutsch, ist aber kein Muttersprachler.

paraturbedürftigen Präpositionalphrase *also auf=m=m:* (-). Dass die reparierend nachgeschobene Präpositionalphrase ihrerseits reparaturbedürftig erscheint, wird durch das zweimalige Ansetzen des Lauts [m] (Kontraktion / Rest des Artikels "dem"), dessen Dehnung und den Abbruch indiziert.¹⁶ Es folgt erneut eine Pause. Grammatisch gesehen projiziert die Präpositionalphrase mit dem kontrahierten Überbleibsel des bestimmten Artikels ein maskulines Nomen im Singular, das – so die semantisch-pragmatische Projektion – ein schmerzempfindliches bzw. schmerzanfälliges Körperteil bezeichnet. Als nominale Ergänzung kommt vorzugsweise der "Rücken" als eine sich von der Normalausrichtung des Sprechers aus im rückwärtigen Teil seines Körpers befindliche und daher mit dem Lokaldeiktikum *HINten* kompatible Stelle in Frage. Doch sicher ist dies keineswegs. Eine eindeutige Referenzherstellung ist allein auf der Grundlage des Verbalen nicht möglich. Im Gegenteil ist der verbale Turnanteil so aufgebaut, dass das Rekurrieren auf nonverbale Ausdrucksressourcen, ganz speziell auf den Einsatz von Zeigegesten, zur Verständnisherstellung unabdingbar wird. Dass es sich dabei tatsächlich um den Rückenbereich handelt, zeigt erst die dorsale Zeigegeste, die in der ersten Teilsequenz wie folgt eingesetzt wird:

In der 1.5 sekündigen Pause, die entsteht, nachdem der Chefarzt seine Lokalisierungsfrage gestellt hat (Z.1), löst der Patient seinen linken Arm aus der Ruhelage und führt ihn nach hinten an seinen Rücken (vgl. Abbildung 1). Beim Einsatz des Verbalen (*da*) ist der Arm bereits hinter dem Rücken, der Oberkörper ist zur rechten Seite gebeugt und die Gesamtbewegung nähert sich dem vorläufigen Ruhepunkt (vgl. Abbildung 2). Simultan zur Artikulation des Lokaldeiktikums *HINten*, das den Satzaktzent trägt, knickt der Oberkörper noch weiter ein und die gestische Bewegung mit dem linken Arm wird weiter forciert (vgl. Abbildung 3).



Bislang fallen mindestens zwei Unterschiede im Vergleich zur Analyse des Zeigens am eigenen Körper in Abschnitt 4 auf: Erstens bleibt der Blick des Patienten konstant auf den Adressaten gerichtet. Weder geht der Blick auf den Verweisraum, was beim Zeigen hinter dem Rücken unmöglich ist, noch auf die Zeigegeste selbst, was möglich und als Kontextualisierungsmittel denkbar wäre. Der Blick fällt also als Ausdrucksressource (zumindest in der üblichen Weise) weg. Zweitens liegt der Verweisraum (aus Sicht des Zeigenden) bzw. der Suchraum (aus der Sicht des Adressaten) außerhalb des Sichtfeldes der Beteiligten. Für den Zeigenden kann das gar nicht anders sein, Verweisraum und Zeigeziel bleiben für ihn vi-

¹⁶ Vgl. zu Reparatur-Indikatoren Sacks/Schegloff/Jefferson (1977); Schegloff (1979); Schegloff (1984).

suell unzugänglich. Für den Adressaten der Zeigegeste wäre eine andere Variante möglich, doch dazu müssten folgende Veränderungen vorgenommen werden: Der Zeigende müsste sich umdrehen und dem Adressaten den Rücken zuwenden, was aus verschiedenen Gründen offenbar dispräferiert ist. Zum einen würde dies gegen fundamentale Regeln der körperlich-räumlichen Konfigurierung fokussierter Interaktionen verstoßen, die nach Kendon (1990) nach dem so genannten *F-formation system* organisiert sind.¹⁷ Zum anderen müsste dafür der Blickkontakt mit dem Adressaten vollständig aufgegeben werden, was nicht nur äußerst markiert ist,¹⁸ sondern weitere Probleme mit sich bringt, die interaktiv zu bewältigen wären: Dazu gehört das wechselseitige Monitoring der Beteiligten und die Sicherstellung des Zeigenden, dass seine Zeigegeste wahrgenommen wurde, mit anderen Worten die Wahrnehmung der Wahrnehmung (*perceived perception* nach Hausendorf 2003:22). Der Patient nutzt die Möglichkeit sich umzudrehen nicht, so dass der Suchraum auch in der zweiten Teilsequenz verdeckt bleibt. Verbal gestaltet sich die zweite Teilsequenz wie folgt:

2. Teilsequenz

5 CA: sie=sie hAm ja das sehr SPÄ:Rlich gemalt;
 6 P: bitte?
 7 CA: seh:r seh:r (-) KLEIN gemalt;
 8 ist das wirklich sO: KLEIN oder es strahlt aus;
 9 P: öh::: pfhh (-)
 10 <<acc> also DES=isch der HAUPTpunkt>;=
 11 =(ma) sonst str[ahlts] schon=etwas aus aber:-(-)
 12 CA: [ja]
 13 P: da:=sch <<acc>ja da=schO=der HAUPTpunkt> do bei der=äh:::-(-)
 14 äh el vier fünf (.) ja? (.) da [unten,]

In der zweiten Teilsequenz findet zunächst eine thematische Refokussierung statt: Der Chefarzt führt als Vergleichsgröße eine vom Patienten zu einem früheren Zeitpunkt angefertigte Zeichnung ein (Z.5), die schematisch den zuvor thematisierten Schmerzpunkt lokalisiert, und rahmt nach einer kurzen, vom Patienten mit der Verständnisanfrage *bitte?* (Z.6) initiierten Reparatursequenz (Z.7), seine Frage neu (Z.8): *ist das wirklich sO: KLEIN oder es strahlt aus*. Durch diese Neu-rahmung geht es nun zusätzlich um die wechselseitige Abbildbarkeit verschiedener Verweisräume aufeinander: des physischen Körpers als Verweis- bzw. Suchraum für das erfragte Zeigziel und der Zeichnung als semiotischem Abbildsystem, die im unmittelbaren Interaktionsrahmen allerdings nicht vorliegt, sondern durch die Äußerung des Chefarztes lediglich im Vorstellungsraum der Interagierenden aufgerufen wird. Dabei stellt das Adverb *wirklich* die Brücke dar zwischen den beiden Verweisräumen (dem physischen und dem imaginierten abbildlichen)

¹⁷ Kendon (1990:209): "An F-formation arises whenever two or more people sustain a spatial and orientational relationship in which the space between them is one to which they have equal, direct, and exclusive access. [...] The system of behavioral organization by which such a spatial-orientational pattern is established and sustained will be called an *F-formation system*" [Hervorhebung i.O.].

¹⁸ So stellt Goffman (1963:95) fest: "Once a set of participants have avowedly opened themselves up to one another for an engagement, an eye-to-eye ecological huddle tends to be carefully maintained, maximizing the opportunity for participants to monitor one another's mutual perceivings".

und markiert die beiden bisherigen Lokalisierungsversuche – die zu einem anderen Zeitpunkt angefertigte Zeichnung und die in der Interaktion unmittelbar vorausgegangene Lokalisierungshandlung, bei der der Patient nicht sichtbar auf eine Stelle am Rücken gezeigt hat – in ihrer Beziehbarkeit aufeinander als reparaturbedürftig: Das nicht sichtbare Zeigeziel der globalen dorsalen Zeigegeste und die Kleinräumigkeit der Zeichnung bilden einen potentiellen Widerspruch, den der Arzt in einer zweischrittigen Alternativfrage ausformuliert: Die erste Teilfrage Z.8 (*ist das wirklich SO: KLEIN*) thematisiert das Problem der wechselseitigen Projizierbarkeit von Zeichnung und Körper, während die zweite Teilfrage Z.8 (*oder ES strahlt aus*) eine alternative Sichtweise eröffnet. Damit wird die Antwort des Patienten als präzisions- bzw. reparaturbedürftig markiert.

Nach den Verzögerungssignalen *öh::: pfhh (-)* und einer kurzen Pause (Z.9) wiederholt der Patient mit beschleunigter Sprechgeschwindigkeit seine Aussage (Z.10) <<acc> *also DES=isch der HAUPTpunkt;*>, konzidiert dann das vom Arzt als alternative Sichtweise eingeführte Ausstrahlen des Schmerzes (Z.11) (*ma*) *sonst strahlts schon=etwas aus* und kommt schließlich im ja-aber-Format (Z. 11 u. 13) und mit der bekräftigenden Diskurspartikel *schon* ein drittes Mal auf seine Feststellung zurück: *aber:-(-)* (Z. 11) *da:=sch <<acc> ja da=schO=der HAUPTpunkt>* (Z.13). Diese Feststellung wird anschließend zweifach repariert, indem der Patient direkt im Anschluss zunächst auf die objektive medizinische Terminologie als verbales Präzisierungsmittel zurückgreift (Z.14: *el vier fünf*) und dann im Verbund mit den Lokaldeiktika *da unten* erneut eine gestische Lokalisierung am eigenen Körper vornimmt (Z.14). Dabei findet sowohl auf der verbaldeiktischen als auch auf der gestischen Ebene eine Variation statt: Das zweite Lokaldeiktikum *da unten* variiert und präzisiert die in der ersten Teilsequenz getroffene Aussage *da HINten* (Z.3), indem innerhalb des dorsalen Bereichs auf einen räumlich weiter eingeschränkten Bereich referiert wird. Gestisch wird zunächst mit beiden Händen auf den Hüftbereich gezeigt und dann simultan zur deiktischen Äußerung *da unten* (Z.14) mit der linken Hand der hintere Lendenwirbelbereich berührt.

Im Detail gestaltet sich das Interagieren der verschiedenen Ausdrucksressourcen wie folgt: Am Ende der TCU, die den vom Arzt erfragten Ausstrahlungsschmerz bestätigt (Z.11), wird die Konjunktion *aber:- (-)* angefügt. Blick- und Axialausrichtung des Oberkörpers sind dem Chefarzt zugewandt (vgl. Abbildung 4). Zusammen mit der gleich bleibenden Intonation projiziert die Konjunktion eine Turnfortsetzung, die allerdings erst nach einer kurzen Pause (-) erfolgt und die bereits erwähnte sequentiell aufeinander folgende Doppelreparatur aus medizinischer Terminologie und erneuter gestisch-deiktischer Lokalisierungshandlung realisiert. In der Pause werden die Hände des Patienten für einen kurzen Moment wieder in Ruhelage vor dem Körper gebracht (Abbildung 4), bevor der zweite Zeigeversuch einsetzt.

Abbildung 4



11 =(ma) sonst str[ahlts] schon=etwas aus aber:- (L)

Mit Beginn der Turnfortsetzung (Z. 13 *da:=sch*) lösen sich beide Hände wieder aus der Ruheposition (vgl. Abbildung 5). Beim Satzakzent auf *HAUPTpunkt* haben rechte und linke Hand lateral jeweils den Hüftbereich erreicht (vgl. Abbildung 6):

Abbildung 5



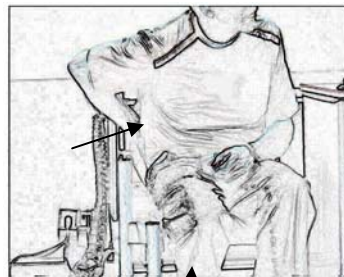
Abbildung 6



13 *da:=sch* <<acc> ja *da=sch*0=der *HAUPTpunkt*> do bei der=*äh:::-*(-)

Simultan zur verbalen Explizierung mittels der medizinischen Fachterminologie (Z.14: *el vier fünf*) bewegt sich der rechte Arm weiter nach hinten, während der linke Arm wieder in die Ruhelage vor den Oberkörper gebracht wird. Erst beim Lokaladverb *da*, das als Kontextualisierungsmittel einer nonverbalen (Zeige-) Handlung und zusammen mit dem Lokaladverb *unten* als eine den Verweisraum weiter eingrenzende Suchanweisung dient, erreicht die linke Hand den hinteren Lendenwirbelbereich (vgl. Abbildung 7):

Abbildung 7



14 *äh el vier fünf* (.) ja? (.) *da* [unten,]

Wieder bleiben Suchraum und Zeigeziel verdeckt. Es muss also gute Gründe geben, warum der Patient sich weder im ersten noch im zweiten Anlauf umdreht, auch wenn er dem Adressaten dadurch Suchraum und Zeigeziel visuell zugänglich

machen würde. Deren Sichtbarkeit ist schließlich eine entscheidende Gelingensbedingung für erfolgreiches Zeigen, in der Hierarchie der interaktionalen Präferenzen hier jedoch offenbar der Aufrechterhaltung der *face-to-face*-Orientierung nachgeordnet. Erst in der dritten Teilsequenz, die es abschließend zu untersuchen gilt, steht der Patient auf, dreht dem Adressaten den Rücken zu und führt für diesen nun sichtbar die Zeigegeste aus.

Die dritte Teilsequenz beginnt mit der Zurückweisung der Patientenäußerung (Z.13-14: *da::=sch ja da schO=der HAUPTpunkt do bei der=äh::-(-) äh el vier fünf(.) ja? (.) da [unten,]*) durch den Chefarzt (Z.15):

3. Teilsequenz

14 äh el vier fünf (.) ja? (.) da [unten,]

15 CA: [das] KENnen wir nicht-

16 wir wo:l[len] von ihnen hören WO es wehtut-

17 P: [ja]

18 CA: (.....) also (.....) [wir sind]=wir sind=uns

19 P: [also HIER]

20 CA: ja !DA! (-)

Der Turn-Einsatz des Chefarztes (Z.15) überlappt mit dem Ende der Patientenäußerung, die stockend produziert wird und in ihrem sequentiellen Ablauf mehrere Turn Transition Relevance Places (Sacks/Schegloff/Jefferson 1974) enthält: Der erste befindet sich in der Mikropause nach der fachterminologischen Angabe der Lendenwirbelregion *el vier fünf (.)*, der zweite im Anschluss an die Nachlaufpartikel (question tag) *ja?*, die die Bereitschaft zur Rederechtsübergabe signalisiert, zumindest aber ein *back channel*-Signal einfordert. Da beides ausbleibt, also weder ein Sprecherwechsel noch ein *back-channelling* durch den Arzt erfolgt, fährt der Patient nach einer weiteren Mikropause fort und ergänzt seine durch die vorauslaufenden Verzögerungssignale (Z.13: *do bei der=äh::- (-)* sowie Z.14: *äh*) und den question tag *ja?* mehrfach als problematisch gerahmte fachterminologische Aussage durch eine erneute deiktisch-gestische Lokalisierung (Z.14: *da [unten]*). Erst an dieser Stelle übernimmt der Arzt den Turn und weist mit der kollektiven *wir*-Aussage (Z.15: *[das] KENnen wir nicht-*) den Versuch des Patienten, seine gestischen Lokalisierungsversuche am eigenen Körper durch den Rekurs auf das Ärzteswissen adressatenspezifisch zuzuschneiden und zu präzisieren, explizit zurück. Während der Patient offenbar davon ausgeht, dass seine Lokalisierungshandlung unter der Voraussetzung einer Vorverständigung über das Zeigziel und eines mit den Ärzten geteilten Wissens für die Referenzherstellung hinreichend präzise ist, verweigert der Chefarzt weiterhin Kooperativität und Reziprozität und initiiert statt dessen eine weitere Reparatur. Die im Alltag *for all practical purposes* geltenden Anforderungen an den Präzisionsgrad und die Aufwendigkeit von Zeigeaktivitäten erweisen sich im medizinischen Kontext der Diagnoseerstellung, -validierung oder -korrektur als unzureichend. Die fachterminologische Referenz "L 4/5" des Patienten, die die informative Leerstelle seiner nicht sichtbaren und damit vage bleibenden Zeigegeste auffüllt, birgt als Reproduktion von bereits Bekanntem die Gefahr einer Perpetuierung älterer, gegebenenfalls zu modifizierender Diagnosen ohne einen weiteren Erkenntnisgewinn. Wie in Abschnitt 6 zu sehen sein wird, ist das noch nicht die ganze Wahrheit: Mit seiner Fremdinitiierung

des Zeigens verfolgt der Arzt noch weitere Ziele, die er dem Patienten allerdings nicht verdeutlicht.

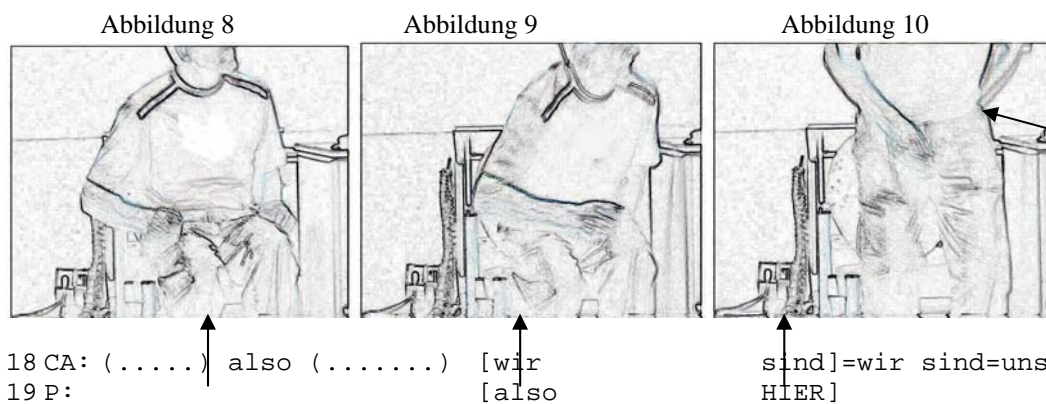
Im Anschluss an seine Zurückweisung des erneuten Antwortversuchs reformuliert der Arzt seine anfängliche Lokalisierungsfrage (Z.16): *wir wo:l[len] von ihnen hören WO es wehtut-*. Dabei ist das *production format* (Goffman 1981:145), das er verwendet, für die Rahmung der Aktivität von Bedeutung: Der Chefarzt tritt hier als *animator*, *author* und *principal* seiner Aussagen auf,¹⁹ doch wie die Verwendung des Pluralpronomens der ersten Person indiziert, handelt es sich zugleich um ein Sprechen für andere. Die Frage lautet: für welche anderen und mit welcher Autorisierung? Während im zweiten Fall klar ist, dass der Chefarzt hier kraft seiner Autorität als Ranghöchster in der institutionellen Hierarchie für sich und die anderen Ärzte sprechen und gegenüber dem Patienten ein gemeinsames fachliches Erkenntnisinteresse (Z.16: *wir wollen von ihnen X hören*) geltend machen kann, das keiner bestreiten würde, stellt sich das Sprechen für andere im ersten Fall komplizierter dar. Das zweite *wir* (Z.16) ist schon aus grammatischen Gründen eindeutig exklusiv zu verstehen: Es referiert deiktisch auf die anwesenden Ärzte inklusive des Chefarztes und schließt den Patienten explizit aus, da dieser in der direkten Anrede (*von ihnen*) pronominal enkodiert ist. Das ist beim ersten *wir* in der Aussage (Z.15) [*das*] *KENnen wir nicht* hingegen nicht der Fall. Neben der exkludierenden Lesart, derzufolge der Chefarzt lediglich für sich und die Ärzte spräche und rhetorisch deren – zweifelsohne zu bestreitende – kollektive Unkenntnis der medizinischen Fachterminologie postulierte, gibt es für das erste *wir* nicht nur grammatisch, sondern auch pragmatisch noch eine zweite, inkludierende Lesart: Danach hätte das *wir* in [*das*] *KENnen wir nicht* (Z.15) eine didaktisierende Funktion: die – hypothetische – Herstellung allseitiger Unwissenheit bzw. Voraussetzungslosigkeit zur Generierung eines gemeinsamen oder korrekter eines gemeinsam erscheinenden Erkenntnisprozesses.

Durch die offensichtliche und unleugbare Kontrafaktizität der Behauptung [*das*] *KENnen wir nicht* wird die Zurückweisung zusätzlich verschärft. Das Demonstrativum *das* bezieht sich diskursdeiktisch zurück auf *el vier fünf* [d.h. Lendenwirbel vier fünf; A.S.] in der Patientenäußerung. Gegenstand der Zurückweisung ist jedoch nicht etwa, wie auf der propositionalen Oberfläche formuliert, der Rekurs des Patienten auf ein den Adressaten (Ärztegremium) unzugängliches Wissen, sondern im Gegenteil ein im Regelfall ausschließlich von den Ärzten gewusstes und von ihnen obendrein als exklusiv beanspruchtes Expertenwissen. [*das*] *KENnen wir nicht* bedeutet hier folglich nichts anders als: "Das wollen wir (von Ihnen) nicht hören". Diese Lesart wird durch die kontrastierende Anschlussformulierung *wir wo:l[len] von ihnen X hören* bekräftigt. Überspitzt formuliert

¹⁹ Goffman (1981) zerlegt die Figur des Sprechers in drei verschiedene Sprecherrollen, die zusammenfallen können, aber nicht müssen (1981:145): "When one uses the term 'speaker', one often implies that the individual who animates is formulating his own text and staking out his own position through it: animator, author, and principal are one". Eine Reduktion des *production formats* allein auf die Rolle des Animators liegt beispielsweise beim Vorlesen oder Rezitieren eines nicht selbst verfassten Texts vor (1981:145). Zum Autor wird der Sprecher dann, wenn er die benutzten Worte selbst gewählt hat, für ihren subjektiven Gehalt und die ausgedrückten Empfindungen verantwortlich ist. Die Rolle des Prinzipals bezeichnet demgegenüber eine Form der sozialen Verantwortlichkeit, die darin besteht, dass die Position, Auffassung, Meinung einer bestimmten Person oder Organisation ausgedrückt wird, ohne dass diese die Worte selbst gewählt hat (z.B. Regierung und Pressesprecher).

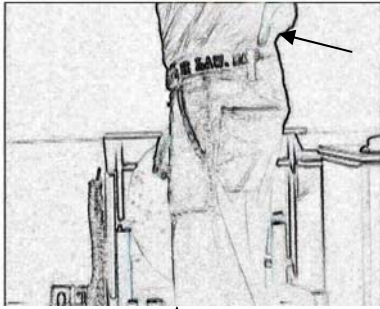
sagt der Chefarzt dem Patienten damit: "Das kennen Sie nicht" bzw. "Das können Sie nicht richtig, d.h. in unserem, dem Sinne der Experten, anwenden".

Überlappend mit der zweiten TCU des Chefarztes (Z.16) gibt der Patient das *backchannel*-Signal *ja* (Z.17) und steht kurz darauf auf, um in diesem dritten und letzten Anlauf für den Adressaten schließlich sichtbar das Zeigen am eigenen Rücken auszuführen. Dabei stellt sich die Integration von Verbalem und Nonverbalem in der dritten Teilsequenz folgendermaßen dar: Seiner verbalen Turnübernahme sequentiell leicht vorauslaufend und überlappend mit den wiederholten, schwer verständlichen Redeabbrüchen des Chefarztes (Z.18) löst der Patient seine Ruheposition auf (vgl. Abbildung 8). Simultan zum verbalen Turneintritt (Z.19: *also*) hat der Patient begonnen sich zu erheben (vgl. Abbildung 9). Der Reformulierungsindikator (Gülich/Kotschi 1987:220) *also*, mit dem der Patient seine Turnübernahme signalisiert, ratifiziert die Nachfrage des Arztes und kündigt eine erneute Verdeutlichungshandlung an. Bei der Artikulation des akzentuierten Lokaldeiktikums *HIER* (Z.19) hat er sich vollständig erhoben, die linke Hand befindet sich bereits hinter dem Rücken (vgl. Abbildung 10). Auffällig ist, dass der Patient gegenüber seinen früheren deiktischen Lokalisierungsversuchen (*da HINten*; *da unten*; *do bei der el vier fünf*) nun das proximale Lokaldeiktikum *HIER* verwendet: Damit indiziert er zum einen eine räumliche Präzisierung der Zeigegeste; zum anderen kündigt er durch deiktische Versetzung in die Adressatenperspektive die Sichtbarkeit von Suchraum und Zeigeziel an und projiziert auf diese Weise die noch zu vollziehende körperliche Reorientierung im Raum, die eine vorübergehende Auflösung der F-Formation verlangt:



Es folgt eine Drehung um 90 Grad, bei der der Patient dem Chefarzt seinen Rücken zuwendet. In dem Moment, in dem die Hand das Zeigeziel berührt und nachdrücklich markiert, äußert der Chefarzt simultan *ja !DA!* (vgl. Abbildung 11). Erst das sichtbar ausgeführte Zeigen des Hauptschmerzpunkts wird vom Chefarzt als Antwort auf die von ihm zu Sequenzbeginn gestellte Lokalisierungsfrage (Z.1: *WO: is der HAUPTschmerz*) ratifiziert:

Abbildung 11



CA: ja !DA! (-)

Es stellt sich die Frage, warum der Patient sich im dritten Anlauf schließlich doch umdreht. Das hängt mit den vom Chefarzt sequentiell aufgebauten interaktionalen Anforderungen zusammen: Dadurch, dass er keinen der bisherigen Antwortversuche ratifiziert, sondern sowohl die vorangegangenen Lokalisierungsversuche als auch die verbalen Reparaturen und mit besonderer Vehemenz schließlich die vom Patienten mittels der medizinischen Fachterminologie vorgenommene Objektivierung der Schmerzlokalisierung als unzureichend zurückweist, lässt er dem Patienten keine andere Option mehr.

Zweierlei ist hier in mehreren Anläufen und mit mehreren Reparaturen von den Beteiligten interaktiv erarbeitet worden: erstens die Lokalisierung des Hauptschmerzes (Beantwortung der eingangs gestellten Lokalisierungsfrage) und zweitens das Ausführungsformat der Zeigehandlung selbst mitsamt ihren Gelingensbedingungen, die in diesem Fall lokal spezifisch modelliert werden mussten. Dabei ist festzustellen, dass die spezifischen Bedingungen des Zeigens am Rücken, bei dem der Zeigende den Blickkontakt aufgeben und sich umdrehen muss, um das Zeigeziel sichtbar zu machen, interaktionale Konsequenzen auch für die Schlussphase des Zeigeakts haben: Die Vergewisserung seitens des Zeigenden, dass der Adressat der Zeigegeste folgen, das Zeigeziel wahrnehmen und den Referenten identifizieren konnte, erfolgt hier nicht in der üblichen Weise durch visuelle Überprüfung, da der *face-to-face*-Kontakt zuvor aufgegeben werden musste. Die Wahrnehmung der Wahrnehmung bzw. nach Hausendorf (2003:22) die *perceived perception*, die in der *face-to-face*-Konstellation durch das wechselseitige Monitoring (Goodwin 1980; Schmitt/Deppermann 2007) der Beteiligten vollzogen wird, kann hier nur auditiv vollzogen werden, indem der Chefarzt durch seine explizite verbale Rückmeldung *ja !DA!* die gelungene Referenzherstellung bestätigt.

Das *ja !Da!* des Chefarztes ist aber noch mehr als eine verbale Rückmeldung, dass der Zeigeakt hinsichtlich der Identifizierung des Zeigeziels effektiv war. Effektivität der Zeigegeste bedeutet in diesem Kontext noch mehr als das Sichtbarmachen des Suchraums und die visuelle Hinführung des Adressaten zum Zeigeziel. Denn das Zeigen ist in ein umfassenderes *activity framework* eingebettet, das durch den spezifischen Charakter der Schmerzkonferenz bestimmt wird und dessen Analyse noch auf einer anderen Ebene verständlich macht, warum der Arzt so oft und so lange nachfragt, bis er die Zeigegeste in der erwünschten Weise eliziert hat. Diese Fremdinitiierung der schemakonformen Ausführung des Zeigens und dessen institutioneller Zuschnitt hängen mit den sozialen Konstitutions-

bedingungen des Interaktionssettings zusammen. Dies soll im letzten Analyseschritt deutlich werden.

6. Zeigen – Demonstrieren

Im vorangegangenen Abschnitt wurde dargelegt, dass der Chefarzt seine Lokalisierungsfrage (*wo ist der HAUPTschmerz*) letztlich als Aufforderung zu einem vom Patienten (sichtbar) am eigenen Körper auszuführenden Zeigeakt verstanden wissen wollte. Dem trägt der Patient insofern Rechnung, als er seine Antwort von Anfang an multimodal konzipiert und sowohl im ersten als auch in allen darauf folgenden Lokalisierungsversuchen neben verbalen Ressourcen körperliche Zeigegesten einsetzt. Dies wird vom Gebrauch der Lokaldeiktika in den verbalen Turnanteilen auch gefordert, allerdings werden die redebegleitenden Zeigegesten für die Adressaten nicht sichtbar hinter dem Rücken ausgeführt. Einzig der Rückgriff auf die medizinische Fachterminologie (*el vier fünf*) in der dritten Teilsequenz kann der "sinnliche[n] Zeigehilfen" (Bühler 1934/1965:80) entbehren. Gerade dieser primär verbale Lokalisierungsversuch wird jedoch vom Chefarzt am vehementesten zurückgewiesen.

Während die Ursache dafür, dass die früheren Lokalisierungsversuche des Patienten vom Chefarzt nicht ratifiziert werden, zunächst in der mangelnden Sichtbarkeit von Zeigegeste und Zeigeziel zu suchen ist, offenbart seine explizite Zurückweisung der fachterminologischen Lokalisierung retrospektiv noch weitere Gründe für seine anhaltende Kooperativitätsverweigerung. Die abschließende aufgaben- und beteiligungsstrukturelle Analyse dieser Interaktionssequenz fördert zu Tage, dass der vom Patienten 'korrekt' ausgeführte Zeigeakt auf der Bühne (Goffman 1959) der Schmerzkonferenz zum dramaturgisch perfekt aufgeführten Zeigeakt in einer vom Chefarzt inszenierten Vorführung wird. Dabei dienen seine Weigerung, die früheren deiktisch-gestischen Lokalisierungsversuche des Patienten zu ratifizieren, und seine explizite Zurückweisung der fachterminologischen Aussage auf gesprächsorganisatorischer Ebene als graduell verschärfte Fremdinitiierungen von Reparatursequenzen. Auf der Vorderbühne (Goffman 1959) medizinischer Interaktion zwischen Arzt und Patient einerseits und Ärzten unterschiedlichen Status und unterschiedlicher Fachgebiete andererseits stellen sie sich als Regieanweisungen des Chefarztes in der Rolle des Regisseurs dar, dem es über die *demonstratio ad oculos* des Patienten am eigenen Körper hinaus noch um eine *demonstratio ad exemplum* geht. In dieser didaktischen Bühne-Publikums-Struktur ist er selbst der Zeigende, der Patient hingegen in seiner Rolle als Patient exemplarisch das Demonstrandum, während die restlichen Ärzte das Publikum darstellen. In diesem ärztlichen Demonstrationsakt kommt dem sichtbar ausgeführten und von jeglicher Fachterminologie 'befreiten' Zeigen des Patienten eine didaktische Schlüsselfunktion zu.

Ohne explizite Regieanweisungen zu geben, reformuliert der Chefarzt seine Fragen so lange, bis er die erwünschte Zeigegeste elizitiert hat. Deren Ratifizierung erfolgt erstaunlich schnell, nämlich bereits simultan zur Berührung und Markierung des Zeigeziels durch den Patienten. Damit entspricht das bestätigende *ja* /*DA!* des Chefarztes nicht dem interaktiven Rückmeldeformat einer auf eine Frage neu gewonnenen Erkenntnis. Stattdessen handelt es sich um den dritten Teil eines triadischen sequenziellen Ablaufformats, das typisch für Lehrer-Schüler-Interak-

tionen ist (Mazeland 1983:98): Frage – Antwort – Bestätigung der vorab vom Fragenden gewussten korrekten Antwort. D.h. der Chefarzt weiß schon, was der Patient zeigen soll. Der Patient zeigt nach mehreren Anläufen schließlich auch, was er zeigen soll, und – was noch wichtiger ist – er tut dies nach dem zurückgewiesenen fachterminologischen Lokalisierungsversuch in der erwünschten Weise.

Neben der Aushandlung der interaktiven Berechtigung und des epistem(olog)-ischen Status von Expertenwissen, wenn es von einem Laien in der Interaktion mit berufenen Experten geäußert wird, spielt ein weiterer Faktor in dem Interaktionsverlauf eine Rolle: das Streben des Chefarztes nach Herstellung von Authentizität und Unverstelltheit. Das Authentizitätsstreben beruht auf der – insbesondere bei Patienten mit chronischen Beschwerden – illusionären Vorstellung, der Patient könne unbeeinflusst von den in seiner medizinischen Interaktionsbiographie erworbenen Erfahrungen und Wissensbeständen ganz 'rein' und naiv über seine Beschwerden Auskunft geben. Das Authentizitätsstreben besteht folglich darin, den befragten Patienten gewissermaßen in einen naiven Ursprungszustand zurückzusetzen und entsprechend unpräformierte Äußerungen zu elizitieren. Das geschieht hier durch das Abweisen des vom Patienten erworbenen Expertenwissens als irrelevant, unauthorisiert und durch dessen Rückverweis auf seine eigenen Ressourcen. Zu den eigenen Ressourcen gehört auf mustergültige Weise das Zeigen, das als derjenige Modus gelten kann, der die Bedingungen naiver Authentizität und laienhafter Unverstelltheit wie kein anderer zu erfüllen scheint. Durch das – sichtbare! – Zeigen auf diejenige Stelle, die als Ergebnis bewusster körperlicher Selbstwahrnehmung des Patienten als Hauptschmerzpunkt identifiziert werden kann, wird beides geleistet: die Beantwortung der Lokalisierungsfrage auf eine größtmöglich präzise wie laienhafte bzw. ethnoperspektivische Weise. Die eigentümliche – durch die Problematik des Zeigen am eigenen Rücken und die widerstreitenden Anforderungen des Interaktionssettings zustande kommende – Paradoxie des Ganzen liegt darin, dass etwas als besonders authentisch Geltendes nicht spontan produziert wird, sondern von vielen Reparaturen begleitet eigens inszeniert werden muss.

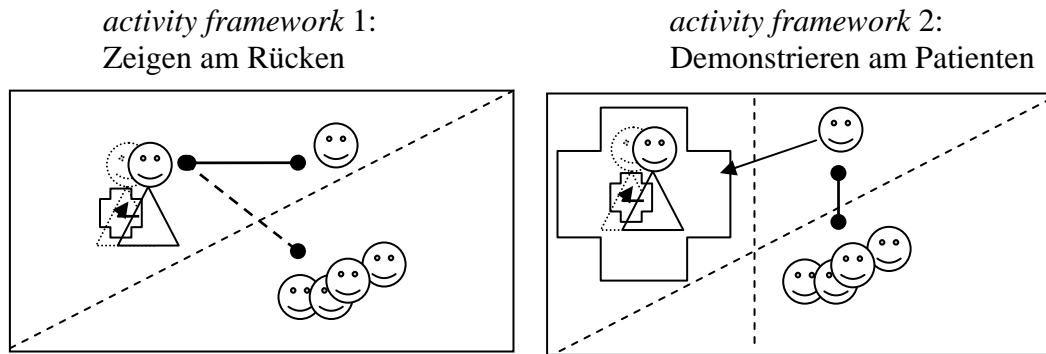
Das, was auf der Oberfläche in der Interaktion zwischen Chefarzt und Patient als diagnostische Fragesequenz erscheint, stellt sich in der Interaktion zwischen dem Chefarzt und seinen Kollegen als didaktisierende Elizitierungssequenz mit demonstrativem Charakter dar. Darin dient das Zeigen nicht allein der Verständnisherstellung und dem Informationsgewinn bezüglich des Schmerzes, sondern dem Arzt geht es auch um die Performanz des Zeigens selbst. Dadurch wird der diagnostische Aspekt des Zeigens jedoch nicht irrelevant, sondern er bekommt auf der didaktischen Ebene einen zusätzlichen Wert: Indem der Chefarzt das Zeigen des Patienten auf der Bühne der Schmerzkonferenz als interaktiv relevanten Akt inszeniert, führt er seinen Kollegen dessen diagnostische Relevanz vor und vermittelt ihnen durch sein Vorbild ein körperbezogenes, die multimodalen Ausdrucksressourcen stärker einbeziehendes Verfahren in der Arzt-Patienten-Kommunikation.

Das *activity framework*, in das die analysierte Sequenz eingebettet ist, hat also einen doppelbödigen Charakter, insofern es nicht nur darum geht, den Patienten in seiner Schmerzproblematik zu verstehen und ihm therapeutisch zu helfen, auch wenn dies das erklärte Primärziel ist. Darüber hinaus dient das Setting Schmerzkonferenz, in dem Ärzte und Therapeuten unterschiedlicher medizinischer Fach-

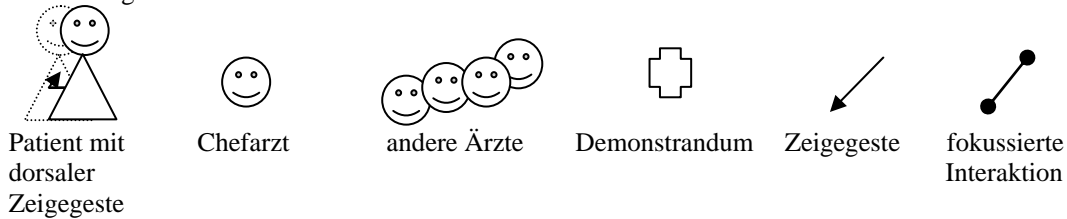
bereiche zusammenfinden, auch dem Wissens- und Kompetenzdisplay der Beteiligten. Ihre erklärtermaßen gemeinsame, fachbereichsübergreifende Erarbeitung der individuellen Patientenproblematik hat zugleich einen wissensvermittelnden, -austauschenden und -demonstrierenden Charakter sowohl im Hinblick auf den Einzelfall als auch im Hinblick auf bestimmte generalisierbare Phänomene. Dies wird gleich zu Anfang der Schmerzkonferenz deutlich in der Sequenz, die der "Hauptschmerz"-Sequenz unmittelbar vorausgeht: Nachdem der Patient den Raum betreten und zunächst Platz genommen hat, wird er kurz darauf vom Chefarzt aufgefordert, wieder aufzustehen und zu Anschauungszwecken der beteiligten Ärzte auf und ab zu laufen. Währenddessen fordert der Chefarzt seine Kollegen zu verschiedenen Beobachtungen am Patienten auf und fasst die anzustellenden Beobachtungen einschließlich ihrer fachlichen Beurteilung für alle zusammen (*also sie sehen schon dass seine sk=skliose ist schon sofort bemerkbar (.) dass er HIER (--) Eine Seite entlastet*). Die Aktivitäten des Chefarztes verändern das *participation framework* in entscheidender Weise: Denn dadurch werden die anderen Ärzte von potentiellen Gesprächspartnern des Patienten und gemeinsam diagnostizierenden Beobachtern sichtbarer Symptome zum Adressatenkollektiv der – mehr oder weniger behelnden – Feststellungen des Chefarztes, während der Patient vom Adressaten und Interaktionspartner zu dessen Demonstrationsobjekt wird. Diese Verschiebung des Teilnehmerstatus des Patienten vom primär adressierten Interaktionspartner zum lateral adressierten Demonstrationsobjekt wiederholt sich im weiteren Verlauf, so dass die analysierte Zeigesequenz durch diesen Wechsel gerahmt wird. Es handelt sich um zwei verschiedene *activity frameworks*, deren Wechsel eine Veränderung des Teilnehmerstatus und der Beteiligungsstruktur sowohl des Patienten als auch der anderen Ärzte bedingt. Während der Patient von *activity framework* 1 und folglich von anderen kommunikativen Anforderungen an eine hinreichende Lokalisierungsantwort ausgeht, wechselt der Chefarzt zwischen *activity framework* 1 und 2, ohne dem Patienten jedoch metakommunikativ zu verdeutlichen, wie er sein Zeigen dem institutionellen Anforderungsformat gemäß ausführen kann.

Abbildung 1 mit den nachstehenden Erläuterungen zu den verwendeten Symbolen soll die jeweilige Konfiguration der beiden *activity frameworks* veranschaulichen. Abbildung 2 zeigt den sequentiellen Wechsel im zeitlichen Nacheinander.

Abbildung 1

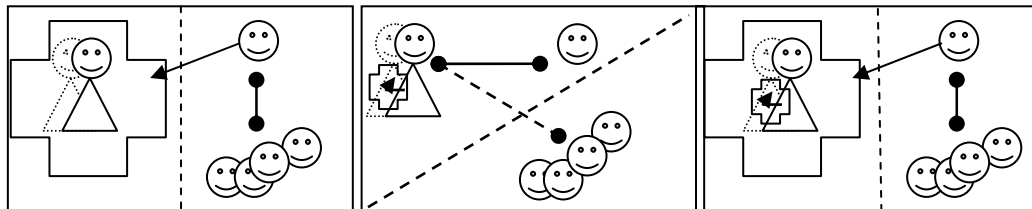


Erläuterungen:



In der situativen Einbettung ergibt sich folgende interaktive Sequenzstruktur (die einzelnen Reparatursequenzen wurden aus praktischen Gründen ausgeblendet):

Abbildung 2



Das Zeigen des Patienten, bei dem dieser sowohl Subjekt als auch Objekt seiner eigenen, der Schmerzlokalisierung dienenden Zeigehandlung ist (*activity framework 1*), ist eingebettet in das Demonstrieren des Arztes, bei dem der Arzt Subjekt und der Patient Objekt der Demonstrationen des Arztes zu didaktischen Zwecken ist (*activity framework 2*) – welche weiteren Zwecke wie Selbstinszenierung in der Rolle des Chefarztes es noch haben mag. Ihre Relevanz und ihr Ablaufformat bekommt die Zeigesequenz daher nicht allein innerhalb des *activity frameworks*, in dem sie lokal vollzogen wird (sichtbar ausgeführte Schmerzlokalisierung am eigenen Rücken), sondern auch aus ihrer Einbettung in das umfassendere *activity framework* der Schmerzkonferenz: In der direkten Interaktion zwischen Chefarzt und Patient erklärt sich ihre reparaturreiche Komplexität zunächst aus den speziellen Gelingensbedingungen des Zeigens am eigenen Rücken. In die didaktisierenden Ausführungen des Chefarztes eingebettet erweist sie sich als ein von ihm inszeniertes Elizitierungsverfahren, das den Patienten zu einem möglichst unverstellten Antwortformat anleitet, dem Ärztegremium hingegen nicht nur die (Lo-

kalisierungs-)Antwort präsentieren, sondern auch das kommunikative Verfahren selbst sowie die Erfahrung und Kompetenz des Chefarztes demonstrieren soll.

Die folgende Übersicht fasst die Ergebnisse zu den zwei verschiedenen, sich überlagernden Aktivitäten abschließend noch einmal schematisch zusammen:

<i>activity framework</i>		Zeigen am eigenen Körper	Demonstrieren am Objekt
<i>Demonstrierender</i>		Patient	Chefarzt
<i>Demonstrandum</i>		Patient (bestimmte Körperregion)	Patient (medizin. Phänomen Laienkompetenz)
<i>participation status</i>	<i>Sprecher</i>	Patient	Chefarzt
	<i>Adressat</i>	Chefarzt; die anderen Ärzte	die Ärztekollegen
	<i>Zuhörer</i>	die anderen Ärzte	Patient
<i>Referenzherstellung</i>		<i>verbal:</i> da hinten, auf=m=m::, da do bei der el vier fünf, da unten, hier	<i>verbal:</i> er, die Betroffenen
<i>Funktion / Zweck</i>		<i>gestisch:</i> dorsale Zeigesten Schmerzlokalisierung	Wissensvermittlung didaktische Generalisierung Kompetenzdisplay

7. Schlussbemerkungen

Ausgangspunkt des vorliegenden Beitrags bildete die Frage, in welcher Weise Interagierende auf körperliche Ausdrucksressourcen angewiesen sind, um deiktisch kodierte Lokalisierungsakte erfolgreich vollbringen zu können. In bestimmten Verwendungskontexten werden Zeigegesten oder ein "äquivalente[r sinnliche[r] Leitfaden[]" (Bühler 1934/1965:93) zur Desambiguierung des Verbaldeiktikums unabdingbar. Für diese Zeigegesten muss der Verweis- bzw. Suchraum erst hergestellt werden. Wie im ersten Beispiel (Abschnitt 4) zu sehen war, geschieht dies durch den Blick als Kontextualisierungsmittel, dessen Ausrichtung auf den Verweisraum dem Einsatz der Zeigegeste sequentiell leicht vorausläuft und diese dadurch projiziert. Doch damit die Herstellung von Verweis- bzw. Suchraum und die Durchführung der Zeigegeste gelingen können, muss der Zeigende vorab die Relevanz körperlicher Handlungen etablieren, mir anderen Worten also sicherstellen, dass die visuelle Aufmerksamkeit des Adressaten auf den Körper des Zeigenden gerichtet ist. Damit rückt der Körper des Zeigenden als Ausdrucksressource interaktiv in den Fokus. Beim Zeigen am eigenen Körper fungiert der Körper des Zeigenden sowohl als Zeigesubjekt als auch als Zeigeobjekt und wird auf diese Weise zum semiotischen Doppelraum: Er stellt den Verweisraum seiner eigenen Zeigegesten dar. Da die Zeigegeste jemand anderem den Fundort der gemeinten Entität anzeigen soll, ist die Körperausrichtung des Zeigenden ebenso wichtig wie die Adressatenorientierung. Insbesondere beim Zeigen am eigenen Körper können diese beiden interaktionalen Anforderungen in Konflikt miteinander geraten, so dass eine Reparatur stattfinden muss: z.B. eine Neuorientierung des Körpers des Zeigenden.

Im zweiten Beispiel (Abschnitt 5) lag das Zeigeziel am Rücken des Zeigenden und damit außerhalb des gemeinsamen o-space²⁰ der Beteiligten, so dass nicht nur

²⁰ Der Begriff "o-space" bezeichnet nach Kendon den Transaktionsraum, den Interagierende in einer F-Formation durch ihre körperliche Orientierung aufeinander gemeinsam herstellen und

der Blick als Kontextualisierungsmittel und Mittel der Herstellung des Verweisraumes wegfiel, sondern der Zeigende sich darüber hinaus mit zwei konfligierenden interaktionalen Anforderungen konfrontiert sah: der Aufrechterhaltung der face-to-face-Orientierung in der F-Formation um den Preis eines verdeckt bleibenden Zeigeziels versus der Sichtbarmachung des Zeigeziels durch die Neuausrichtung seines Körpers im Raum um den Preis einer vorübergehenden Auflösung von Blickkontakt und F-Formation. Im analysierten Beispiel galt die Präferenz des Zeigenden über mehrere Reparaturen hinweg der Aufrechterhaltung des Blickkontakts in der F-Formation. Im Gegensatz dazu standen die vom Chefarzt mit seiner Lokalisierungsfrage verbundenen interaktionalen Präferenzen. Ihm ging es darum, eine sichtbar am eigenen Körper durchgeführte Zeigehandlung des Patienten zu elizitieren. Dies wurde an den ärztlichen Reparaturinitiativen der verbalen und nonverbalen Lokalisierungsversuche des Patienten im sequentiellen Verlauf offenbar. In diesen Reparaturen stellte der Einsatz der Ausdrucksressourcen das Reparandum dar. Ihre Durchführung erforderte daher eine Variation der multimodalen Realisierung des Lokalisierungsakts. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Zeigen ein situationsabhängiger Akt ist, dessen Gelingensbedingungen je nach Kontext variieren können. Während ein Zeigen am eigenen Rücken in der Alltagsinteraktion auf eine präzise Lokalisierung des Zeigeziels und damit auf eine Modifikation der Körperposition des Zeigenden verzichten kann, erfordert der medizinische Kontext, in dem es um Schmerzätiologie und -therapie geht, weitaus größere Präzision und damit unter Umständen ein in der Alltagsinteraktion dispräferiertes Format: die Suspension der *preference for minimization* (Sacks/Schegloff 1979) bei der Referenzherstellung sowie die Suspension der Präferenz für eine Aufrechterhaltung von Blickkontakt und F-Formation (Goffman 1963; Kendon 1990).

Wie gezeigt werden konnte (Abschnitt 6), lagen die Gründe für die Zurückweisung der früheren Lokalisierungsversuche seitens des Chefarztes und komplementär dazu seine Ratifizierung des letzten Versuchs nicht allein an den Gelingensbedingungen einer kontextuell erfolgreichen *demonstratio ad oculos* (Sichtbarkeit des Zeigeziels!), die in dieser Sequenz von den Beteiligten interaktiv erarbeitet wurden, sondern auch an den spezifischen situativen, teilnehmerbezogenen und institutionellen Bedingungen des Interaktionssettings "Schmerzkonferenz". Das vom Patienten ausgeführte Zeigen am eigenen Körper zur Schmerzlokalisierung war auf einer weiteren Interaktionsebene integraler Bestandteil der Demonstrationen des Chefarztes, die sowohl instruierenden als auch Display-Charakter hatten und den Patienten zu dessen Demonstrationsobjekt machten. Sichtbar wurde die mehrfache Konstituiertheit der Zeigehandlung an den mit den verschiedenen *activity frameworks* einhergehenden sequentiellen Wechseln im *participation framework*.

Zeigen ist folglich keine herausgelöste, für sich allein stehende Handlung, sondern es ist eingebettet in den interaktiven und semiotischen Kontext, in dem es

durch systematische Koordination ihrer körperlichen Handlungen interaktiv aufrecht erhalten (Kendon 1990:211): "When two or more people come to do something together, they are liable to arrange themselves in such a way that their individual transactional segments overlap to create a joint transactional space. This joint transactional space, which is the space *between* the interactants over which they agree to maintain joint jurisdiction and control, will be called o-space. Whenever such o-space is created we have an *F-formation*" [Hervorhebungen i.O.].

auftritt, und konstituiert diesen zugleich mit. Es findet als komplexer semiotischer Akt statt, der durch das simultane Zusammenspiel und die sequentielle Verzahnung unterschiedlicher semiotischer Ressourcen zustande kommt, die einander wechselseitig kontextualisieren. Dabei war zu sehen, dass Projektion und Projektionseinlösung in der Interaktion ressourcenübergreifend funktionieren, so dass spezifische, sich ständig verändernde multimodale Ressourcenarchitekturen entstehen, die fließend ineinander übergehen.

8. Literatur

- Atkinson, J. Maxwell / Heath, Christian (1981): *Medical Work: Realities and Routines*. Farnborough: Gower.
- Atkinson, J. Maxwell / Heritage, John C. (1984): *The Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Auer, Peter (1986): Kontextualisierung. In: *Studium Linguistik* 10, 22-47.
- Auer, Peter / Luzio, Aldo di (1992): *The Contextualization of Language*. Amsterdam: Benjamins.
- Auer, Peter (2005): Projection in interaction and projection in grammar. In: *Text* 25, 1, 7-36.
- Bohle, Ulrike (2007): *Das Wort ergreifen – das Wort übergeben: Explorative Studie zur Rolle redebegleitender Gesten in der Organisation des Sprecherwechsels*. Berlin: Weidler.
- Bühler, Karl (1934/1965): *Sprachtheorie. Die Darstellungsfunktion der Sprache*. Stuttgart: Fischer.
- Deppermann, Arnulf / Schmitt, Reinhold (2007): Koordination. Zur Begründung eines neuen Forschungsgegenstandes. In: Schmitt, Reinhold (Hg.), *Koordination. Analysen zur multimodalen Kommunikation*. Tübingen: Narr, 15-54.
- Fillmore, Charles F. (1971): Towards a theory of deixis. In: *The PCCLLU Papers (Department of Linguistics, University of Hawaii)* 3, 4, 219-241.
- Fillmore, Charles F. (1972): Ansätze zu einer Theorie der Deixis. In: Kiefer, Ferenc (Hg.), *Semantik und Generative Grammatik I*. Frankfurt/M.: Athenäum, 147-174.
- Fillmore, Charles F. (1982): Towards a Descriptive Framework for Spatial Deixis. In: Jarvella, Robert J. / Klein, Wolfgang (eds.), *Speech, Place and Action. Studies in Deixis and Related Topics*. Chichester: Wiley, 31-59.
- Fillmore, Charles F. (1997): *Lectures on Deixis*. Stanford: CSLI Publications.
- Goffman, Erving (1959): *The Presentation of Self in Everyday Life*. New York: Doubleday.
- Goffman, Erving (1963): *Behavior in Public Places. Notes on the Social Organization of Gatherings*. New York: Free Press.
- Goffmann, Erving (2005): *Wir alle spielen Theater. Die Selbstdarstellung im Alltag*. München: Piper.
- Goodwin, Charles (1994): Professional Vision. In: *American Anthropologist* 96, 3, 606-633.
- Goodwin, Charles (2000a): Pointing and the Collaborative Construction of Meaning in Aphasia. In: *Texas Linguistic Forum* 43, 67-76.
- Goodwin, Charles (2000b): Action and embodiment within situated human interaction. In: *Journal of Pragmatics* 32, 1489-1522.

- Goodwin, Charles (2003a): Pointing as Situated Practice. In: Kita, Sotaro (eds.), *Pointing. Where Language, Culture, and Cognition Meet*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 217-241.
- Goodwin, Charles (2003b): The Body in Action. In: Coupland, Justine / Gwyn, Richard (eds.), *Discourse, the Body and Identity*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 19-42.
- Goodwin, Marjorie Harness (1980): Processes of Mutual Monitoring Implicated in the Production of Description Sequences. In: *Sociological Inquiry* 50, 303-317.
- Gülich, Elisabeth / Kotschi, Thomas (1987): Reformulierungshandlungen als Mittel der Textkonstitution. Untersuchungen zu französischen Texten aus mündlicher Kommunikation. In: Motsch, Wolfgang (Hg.), *studies grammatica XXV. Satz, Text, sprachliche Handlung*. Berlin: Akademie Verlag, 199-261.
- Harweg, Roland (1990): *Studien zur Deixis*. Bochum: Brockmeyer.
- Hausendorf, Heiko (2003): Deixis and speech situation revisited. The mechanism of perceived perception. In: Lenz, Friedrich (eds.), *Deictic Conceptualisation of Space, Time and Person*. Amsterdam: Benjamins, 249-269.
- Heath, Christian (1981): The opening sequence in doctor-patient interaction. In: Atkinson, J. Maxwell / Heath, Christian (eds.), *Medical Work: Realities and Routines*. Farnborough: Gower, 71-91.
- Heath, Christian (1982): The display of reciprocity: an instance of sequential relationship in speech and body movement. In: *Semiotica* 42, 147-167.
- Heath, Christian (1984): Talk and reciprocity: sequential organization in speech and body movement. In: Atkinson, J. Maxwell / Heritage, John C. (eds.), *The Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 247-266.
- Heath, Christian (1985): The consultations end - the coordination of speech and body movement. In: *International Journal of the Sociology of Language* 51, 27-42.
- Heath, Christian (1986): *Body movement and speech in medical interaction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heath, Christian (1992): Gesture's Discreet Tasks: Multiple Relevancies in Visual Conduct in the Contextualization of Language. In: Auer, Peter / Luzio, Aldo di (eds.), *The Contextualization of Language*. Amsterdam: Benjamins, 101-127.
- Heath, Christian (2002): Demonstrative Suffering: The Gestural (Re)embodiment of Symptoms. In: *Journal of Communication* 52, 3, 597-616.
- Heath, Christian / Luff, Paul (2007): Gesture and institutional interaction. Figuring bids in auctions of fine art and antiques. In: *Gesture* 7, 2, 215-240.
- Kendon, Adam (1990): Spatial organization in social encounters: the F-formation system. In: Kendon, Adam (eds.), *Conducting interaction. Patterns of behavior in focused encounters*. Cambridge: Cambridge University Press, 209-237.
- Kita, Sotaro (2003): *Pointing. Where Language, Culture, and Cognition Meet*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Kühn, Christine (2002): *Körper-Sprache. Elemente einer sprachwissenschaftlichen Explikation non-verbaler Kommunikation*. Frankfurt/M.: Peter Lang.
- Kühn, Christine (2005): Von Gestik, Sprache und halben Wahrheiten. Zur Notwendigkeit einer integrativen Perspektive auf sprachliche und visuell-körperliche Kommunikation. In: Bührig, Kristin / Sager, Sven F. (Hg.), *Nonverbale*

- Kommunikation im Gespräch. Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie 70, 93-115.
- Langacker, Ronald W. (2002): Deixis and subjectivity. In: Brisard, Frank (eds.), *The epistemic footing of deixis and reference*. Berlin: Mouton de Gruyter, 1-28.
- Lenz, Friedrich (2003): *Deictic Conceptualisation of Space, Time and Person*. Amsterdam: Benjamins.
- Levelt, Willem J. M. (1983): Monitoring and Self-Repair in Speech. In: *Cognition* 14, 41-104.
- Levinson, Stephen C. (2000): *Pragmatik*. Tübingen: Niemeyer.
- Levinson, Stephen C. (2004): Deixis and pragmatics. In: Horn, Laurence R. / Ward, Gregory (eds.), *The Handbook of Pragmatics*. Malden, MA: Blackwell, 97-121.
- Mazeland, Harrie (1983): Sprecherwechsel in der Schule. In: Ehlich, Konrad / Rehbein, Jochen (Hg.): *Kommunikation in Schule und Hochschule. Linguistische und ethnomethodologische Analysen*. Tübingen: Narr, 77-101.
- Psathas, George (1990): The Organization of Talk, Gaze, and Activity in a Medical Interview. In: Psathas, George (eds.), *Interaction Competence*. Maryland: University Press of America, 205-230.
- Sacks, Harvey / Schegloff, Emanuel A. (1979): Two Preferences in the Organization of Reference to Persons in Conversation and Their Interaction. In: Psathas, George (eds.): *Everyday Language. Studies in Ethnomethodology*. New York: Irvington, 15-21.
- Sacks, Harvey / Schegloff, Emanuel A. / Jefferson, Gail (1974): A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation. In: *Language* 50, 696-735.
- Sacks, Harvey / Schegloff, Emanuel A. / Jefferson, Gail (1977): The Preference for Self-Correction in the Organization of Repair in Conversation. In: *Language* 53, 361-382.
- Schegloff, Emanuel A. (1972): Notes on a Conversational Practice: Formulating Place. In: Sudnov, David N. (eds.), *Studies in Social Interaction*. New York: Free Press, 75-119.
- Schegloff, Emanuel A. (1979): The relevance of repair to syntax-for-conversation. In: Givón, Talmy (eds.), *Syntax and Semantics. Vol. 12: Discourse and Syntax*. New York: Academic Press, 261-286.
- Schegloff, Emanuel A. (1984): On some gestures' relation to talk. In: Atkinson, Maxwell J. / Heritage, John (eds.), *Structures of Social Action. Studies in Conversation Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 266-296.
- Schegloff, Emanuel A. (1997): Whose text? Whose context? In: *Discourse & Society* 8, 2, 165-187.
- Schmitt, Reinhold (2004): Bericht über das 1. Arbeitstreffen zu Fragen der "Multimodalität" am Institut für Deutsche Sprache in Mannheim. In: *Gesprächsforschung* 5, 1-5 <www.gespraechsforschung-ozs.de>.
- Schmitt, Reinhold (2005): Zur multimodalen Struktur von turn-taking. In: *Gesprächsforschung* 6, 17-61 <www.gespraechsforschung-ozs.de>.
- Schmitt, Reinhold (2007): *Koordination. Analysen zur multimodalen Kommunikation*. Tübingen: Narr.

- Schmitt, Reinhold / Deppermann, Arnulf (2007): Monitoring und Koordination als Voraussetzungen der multimodalen Konstitution von Interaktionsräumen. In: Schmitt, Reinhold (Hg.), Koordination. Analysen zur multimodalen Kommunikation. Tübingen: Narr, 95-128.
- Schwitalla, Johannes (2003): Gesprochenes Deutsch. Eine Einführung. Berlin: Erich Schmidt.
- Selting, Margret et al. (1998): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem (GAT). In: Linguistische Berichte 173, 91-122.
- Selting, Margret / Couper-Kuhlen, Elizabeth (2000): Argumente für die Entwicklung einer 'interaktionalen Linguistik'. In: Gesprächsforschung 1, 76-95 <www.gespraechsforschung-ozs.de>.
- Sennholz, Klaus (1985): Grundzüge der Deixis. Bochum: Brockmeyer.
- Streeck, Jürgen (1988): The Significance of Gesture: How it is Established. In: Papers in Pragmatics 2, 1-2, 60-83.
- Streeck, Jürgen (1993): Gesture as communication I: Its Coordination with Gaze and Speech. In: Communicative Monographs 60, 4, 275-299.
- Streeck, Jürgen (1994): Gesture as communication II: The audience as co-author. In: Research on Language and Social Interaction 27, 3, 239-267.
- Streeck, Jürgen (2002): Grammars, Words, and Embodied Meanings: On the Uses and Evolution of *So* and *Like*. In: Journal of Communication 52, 3, 581-596.
- Streeck, Jürgen / Hartge, Ulrike (1992): Previews: Gestures at the Transition Place. In: Auer, Peter / Luzio, Aldo di (eds.), The Contextualization of Language. Amsterdam: Benjamins, 135-157.
- Streeck, Jürgen / Knapp, Mark L. (1992): The Relationship between Visual and Verbal Features in Human Communication. In: Poyatos, Fernando (eds.), Advances in Nonverbal Communication. Amsterdam: Benjamins, 3-24.

Dr. Anja Stukenbrock
Deutsches Seminar I
Universität Freiburg
Platz der Universität 3
79085 Freiburg
anja.stukenbrock@germanistik.uni-freiburg.de

Veröffentlicht am 12.3.2008

© Copyright by GESPRÄCHSFORSCHUNG. Alle Rechte vorbehalten.