

Räumliche und zeitliche Funktionen von Berührungen als multimodale Ressource in der Physiotherapie vor und nach COVID-19*

Heike Ortner und Lena Wopfner (Innsbruck)

Abstract

Physiotherapy is an interactive production of therapists and patients, whereby touch is probably the most important multimodal resource. This article focuses on the aspect of negotiation and representation of space and time regarding the interactional resource of touch in physiotherapy. The analysis highlights the complex role of touch as a multimodal resource that combines spatial orientation, temporal sequencing, and embodied communication in therapeutic settings. Spatial affordances and arrangements, such as proximity and body orientation, are essential for enabling therapeutic touch, which conveys critical information about movement and patient support. Temporal sequencing, meanwhile, structures the coordination of gestures, speech, and touch, facilitating the patient's engagement in movement tasks. The examples from the video data demonstrate how the physiotherapeutic interactions before and after COVID-19 build on robust practices of touch, while the retrospective interviews reflect on the interactional consequences of physical distancing adaptations during the pandemic.

1 Einleitung

Eine typische Situation aus einer physiotherapeutischen Einheit während eines mehrwöchigen Reha-Aufenthalts: Ein Physiotherapeut hält das linke Bein einer Patientin, die nach einem Unfall die Beinmuskulatur nicht gut ansteuern kann, angewinkelt in der Luft und bewegt es nach links und rechts. Parallel dazu sprechen die beiden über den weiteren Verlauf der Therapie und wie lange die Patientin noch in der Klinik bleiben wird. Es stellt sich heraus, dass dies noch ungewiss ist und von einer baldigen Evaluation des Ärzteteams abhängt. Nach einer kurzen Gesprächspause, die von fortgesetzten haptischen Manipulationen durch den Therapeuten geprägt ist, stellt dieser verbal fest, dass der Hüftbeuger im linken Bein noch nicht ausreichend beweglich ist: „des isch do nit guat do“ (in etwa: ‚das ist dort nicht gut dort‘; das vollständige Beispiel mit multimodalem Transkript und Diskussion findet sich in Ortner 2019: 283f.). In der Folge widmet er sich mehrere Minuten lang der Lockerung dieses Muskels.

In diesem Beispiel überlappen sich mehrere räumliche und zeitliche Ebenen: Aufgrund einer Videoaufnahme, die im Rahmen eines Forschungsprojekts erhoben wurde, beobachten wir ein zu einem bestimmten Zeitpunkt erfolgtes Therapiegeschehen in einem dafür ausgestatteten

* Gefördert aus Mitteln des Landes Tirol: Die Autorinnen danken der Tiroler Wissenschaftsförderung für die finanzielle Unterstützung des Projekts (siehe Abschnitt 3 für eine Projektbeschreibung).

Therapieraum. Der Physiotherapeut und die Patientin kennen einander aus vorangegangenen Einheiten und sind zu diesem Zeitpunkt gemeinsam in einer bestimmten körperlichen Konstellation präsent (sie liegend auf einer Therapieliege, er danebenstehend). Die Handlungsmöglichkeiten sind durch diese räumliche Konfiguration vorgegeben. Der körperliche Zustand von Patientin und Therapeut kann synchron zu diesem Zeitpunkt, aber auch diachron im Rahmen der gesamten Therapie betrachtet werden. Die verbalen Bezugnahmen auf das Können und Nicht-Können, auf das körperliche Empfinden und auf die damit verbundenen Hoffnungen und Ängste können vergangene, gegenwärtige und zukünftige Zustände fokussieren.

Aus linguistischer Sicht handelt es sich bei Physiotherapieeinheiten um sehr komplexe soziale Interaktionen: Die Therapeutinnen und Therapeuten setzen vielfältige multimodale Mittel ein, unter anderem verbale Instruktionen und Erklärungen, mimische und gestische Hinweise, verschiedene Geräte und Übungsobjekte, zudem taskorientiertes oder beziehungsorientiertes Blickverhalten – und insbesondere taktiles Feedback in Form von Berührungen (cf. Fofana 2022). Die Patientinnen und Patienten sind aktiv an der Therapie beteiligt, beispielsweise indem sie die Eingriffe der Therapeutin oder des Therapeuten mit verbalen und körperlichen Rückmeldungen lenken. Physiotherapie ist somit eine interaktiv ausgehandelte soziale Praxis, und die multimodale Ressource Berührungen ist in diesem Kontext auf sehr spezifische Weise räumlich und zeitlich strukturiert.

Der vorliegende Beitrag beruht auf Daten aus dem Projekt „Berührungen als interaktionale Ressource in der neurorehabilitativen Physiotherapie vor und ‚nach‘ COVID-19“ (siehe Abschnitt 3). Im Mittelpunkt dieses Beitrags steht der Aspekt der Aushandlung und Darstellung von Raum und Zeit ausgehend von den zwei erhobenen Materialtypen. Vorrangig wird die interaktionale Bedeutung von Raum und Zeit für multimodale Interaktionsanalysen von Berührungen thematisiert. Das komplexe multimodale Raum-Zeit-Gefüge wird anhand von ausgewählten Beispielen überblicksmäßig dargestellt.

2 Raum und Zeit in der multimodalen Interaktionsanalyse

Da sich die multimodale Interaktionsanalyse mit „Strukturen der Lebenswelt“ (vom Lehn 2014: 393) beschäftigt, ist das räumliche und zeitliche Arrangement von natürlichen Gesprächen sowie körperlichen Praktiken ihr zentraler Forschungsgegenstand (cf. Putzier 2016: 43f.). Deppermann (2008: 8) nennt als wichtigste Merkmale von Gesprächen „Konstitutivität“ (aktive Herstellung), „Prozessualität“ (Temporalität), „Interaktivität“, „Methodizität“ (Nicht-Beliebigkeit) und „Pragmatizität“ (vorliegender Gesprächszweck) – all diese Merkmale lassen sich hinsichtlich ihrer spatio-temporalen Realisierung interpretieren.

Voraussetzung ist körperliche Ko-Präsenz der Interagierenden im Raum und ihre Bezogenheit aufeinander („mutual orientation“, Goodwin 1981: 10). Rein physisch betrachtet schafft der Raum, in dem die Interaktion stattfindet – im Fall des vorliegenden Beitrags der Therapieraum – im Sinne einer Ressource die materiellen räumlichen Vorbedingungen und auch Einschränkungen für das kommunikative Handeln. Beispielsweise gibt die Raumarchitektur sogenannte „spatial affordances“ vor, also Nutzungsmöglichkeiten (cf. Hausendorf/Schmitt 2016: 34; Jucker et al. 2018: 86). Davon unterscheiden Hausendorf (2010) und Schmitt/Deppermann (2010) den Raum als interaktionale Hervorbringung, der erst durch die räumliche Entfaltung von multimodalen Ressourcen wie Positionsveränderungen und Gesten zwischen den Partizi-

pierenden entsteht. Auf dieser Grundlage können beispielsweise deiktische Referenzen ausgehandelt werden (cf. Mondada 2013: 248). Aushandlung bzw. Ko-Konstruiertheit meint in diesem Fall die Konstruktion eines „shared space“ durch Bewegungen, Zeigegesten und räumliche sprachliche Ausdrücke (cf. Auer 2012: 57), anders gesagt durch die Relevantsetzungen einzelner Ausdrucks- und Raumressourcen in gemeinsam ausgeführten Handlungen („joint actions“, Mondada 2013: 250).

Konkret können das körperliche Konfigurationen im Sinne von Kendons (1990: 209–211) „Formations“ sein, definiert als „die Situation, in der sich zwei oder mehrere Interaktionspartner so zueinander körperlich ausrichten, dass sich ihre ‚transactional segments‘ (individuelle Bereiche, in denen sie typischerweise Objekte manipulieren bzw. ihre Aufmerksamkeit gerichtet ist) überlappen“ (Pitsch 2012: 236). Hausendorf/Mondada/Schmitt (2012: 25) entwickelten ein mehrschrittiges Verfahren der Analyse von Raum als interaktive Ressource, das unter anderem folgende Aspekte umfasst: die „Beschreibung des multimodalen Gesamtverhaltens eines/der Beteiligten im Rahmen einer detaillierten Konstitutionsanalyse“, die „Rekonstruktion der bearbeiteten interaktionskonstitutiven Anforderung(en)“ und die „Analyse der dynamischen Art und Weise, in der räumliche Relevanzen im Zusammenhang mit der sich entfaltenden sequenziellen Organisation des multimodalen Handlungszusammenhangs hergestellt, modifiziert und schließlich wieder aufgegeben werden“. In der Analyse in Abschnitt 4 werden wir dementsprechend die Vorbedingungen der Raumproduktion, die Spezifik der räumlichen Nutzung und die Orientierung der Partizipierenden näher betrachten.

Unter Temporalität wird in der multimodalen Interaktionsanalyse zum einen verstanden, dass gegenseitiges Verstehen bzw. die gemeinsame Konstruktion von Bedeutung zeitkritisch und flüchtig ist (cf. Hausendorf 2007), zum anderen, dass verbale und multimodale Ausdrucksressourcen auf spezifische und funktionale Weise sequenziell organisiert und miteinander koordiniert sind (cf. Mondada 2011: 207 und Mondada 2014: 37–39). Sequenzialität betrifft die zeitliche Abfolge und die Übergänge von verschiedenen multimodalen Ausdrucksressourcen (Stimme, Gestik, Mimik, Blickverhalten, Körperhaltung, Körperorientierung, Positionierung im Raum, Handeln mit Objekten; cf. Deppermann/Schmitt 2007: 24f.; Mondada 2013). Koordination bedeutet einerseits, dass die verschiedenen Beteiligten in einem Interaktionsensemble (in unserem Fall Therapeut:in und Patient:in) gemeinsam und aufeinander abgestimmt agieren, und andererseits, dass sich die genannten Ausdrucksressourcen zu „complex multimodal Gestalts“ (Mondada 2015: 269) zusammenfügen. Zur zeitlichen Perspektive gehört außerdem die Betrachtung von Retrospektion und Projektion in der Turn-Konstruktion, also inwiefern einzelne verbale oder verkörperte Displays das vorhergehende oder folgende kommunikative Verhalten reflektieren bzw. vorwegnehmen (cf. Deppermann/Günthner 2015; Deppermann/Streck 2018).

Räumlichkeit und Zeitlichkeit sind also grundlegende Bestimmungsmerkmale von multimodalen Praktiken im Sinne der musterhaften Koordination verschiedener Ausdrucksressourcen zum Zwecke des Vollzugs bestimmter kommunikativer Handlungen (cf. Deppermann/Feilke/Linke 2016). Praktiken werden „im Medium ‚verkörperten‘ Wissens“ (Knoblauch/Tuma 2017: 418) reproduziert und haben eine bestimmte temporale Handlungsstruktur, die ihre Geschwindigkeit bzw. das Tempo, den Bewegungsfluss und den Rhythmus der Durchführung betreffen. Im vorliegenden Beitrag verstehen wir verschiedene Arten von physiotherapeutischen Berührungen

als interaktive Praktiken mit einer je spezifischen formalen und funktionalen Verfasstheit, zu der auch ihr raumzeitliches Arrangement gehört.

3 Material und Methode

Das Material für den Beitrag stammt aus dem Forschungsprojekt „Berührungen als interaktionale Ressource in der neurorehabilitativen Physiotherapie vor und ‚nach‘ COVID-19“¹, für das Videodaten aus den Jahren 2018 und 2023 erhoben und qualitative Leitfadeninterviews mit den Physiotherapeut:innen geführt wurden. Die zentrale Frage des Projektes war, ob sich das Berührungsverhalten der physiotherapeutischen Interaktion zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten verändert hat. Insgesamt wurden Videoaufnahmen physiotherapeutischer Interaktionen im Umfang von 721 Minuten erhoben (2018: 356 Minuten in neun Einheiten; 2023: 365 Minuten in zehn Einheiten). Das Interviewmaterial umfasst 70 Minuten Audioaufnahmen mit sieben Therapeutinnen und Therapeuten. Da eine Publikation der zentralen qualitativen und quantitativen Forschungsergebnisse bevorsteht (cf. Ortner i. V.), werden in diesem Beitrag übergeordnete Aspekte der räumlichen und zeitlichen Konfiguration anhand ausgewählter Beispiele fokussiert.

Die Videografie als Methode der Datenerhebung erfordert sowohl aus ethischer als auch aus methodologischer Sicht eine (selbst-)kritische Herangehensweise (cf. Tuma/Schnettler/Knoblauch 2013; Moritz 2014; Kesselheim 2016).² Die Auswertungsmethode beruht sowohl auf der sozialwissenschaftlich fundierten Ethnomethodologie nach Goffman (1969/1971) und Goodwin (1981) als auch auf Weiterentwicklungen der Konversations- und Gesprächsanalyse unter Berücksichtigung multimodaler Ausdrucksressourcen (cf. Mondada 2007 für eine programmatische Grundierung). Die Analyse der Sequenzialität und die Koordination verbaler und multimodaler Ressourcen wird durch zwei Leitfragen gesteuert: „why that now?“ und „what’s next?“ (Mondada 2021: 44).

Sprachwissenschaftliche Studien zur Physiotherapie befassen sich mit Themen wie der Wirksamkeit verschiedener Instruktionstypen (cf. Hooyman/Wulf/Lewthwaite 2014), evaluativen Praktiken von Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten und deren Auswirkungen auf den Therapieerfolg (cf. Josephson et al. 2015), Rechtfertigungen und Empfehlungen (cf. Parry 2013), der Aushandlung von Therapiezielen (cf. Parry 2004; Keel/Schoeb 2016) und mit Entlassungsgesprächen (cf. Riva et al. 2014; Keel/Schoeb 2017). Gemeinsam ist diesen Studien die Erkenntnis, dass die kommunikativen Kompetenzen von Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowohl auf den Behandlungserfolg als auch auf die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten entscheidenden Einfluss ausüben. Zentrale Forschungsergebnisse zur Rolle von Berührungen im multimodalen Gefüge aus interaktionslinguistischer Sicht finden sich bei Fofana (2022), Merlino (2021) und Keel/Caviglia (2023). Unser multimodales Konzept von Berührungen als interaktionale bzw. semiotische Ressource und „situated practice“ (Cekaite/Mondada 2021: 1) beruht auf diesen Vorarbeiten, auf spezifischen Studien zum (physio-)therapeutischen Berüh-

¹ Fördergeber: Tiroler Wissenschaftsförderung (Land Tirol). Projektnummer: F.45038/8-2022. Laufzeit: 05/2023 bis 04/2024.

² Die Studie wurde von der Ethikkommission der Universität Innsbruck mit strengen Auflagen zur Anonymisierung und zum Datenschutz genehmigt. Die Patientinnen und Patienten mussten voll einwilligungsfähig sein, sodass Personen mit schweren kognitiven und sprachlichen Beeinträchtigungen ausgeschlossen wurden.

rungsverhalten von Hunter/Struve (1998), Roger et al. (2002) und D’Agostino/Bylund (2014), Przyłuska-Fischer/Wójcik (2020) sowie auf multimodalen Studien zu Berührungsverhalten in anderen Kontexten von Cekaite (2015, Berührungen bei Anweisungen an Kinder) und Nishizaka (2020, 2021, medizinisches Berührungsverhalten von Hebammen). Deutlich wird an all diesen Studien die instruktive Funktion von Berührungen. In medizinischen Kontexten wird ihnen zudem sowohl diagnostische als auch prozedurale (die eigentliche Behandlung betreffende) und sorgende Funktion zugeschrieben (cf. Kelly et al. 2018: 208). In die Analyse flossen zudem allgemeine Beiträge zu multimodalen Analysekriterien für Berührungen von Poggi (2013), Lynn (2014), Burdelski/ Tainio/Routarinne (2020) und Cekaite/Mondada (2021) ein. Daraus ergibt sich das folgende Raster von formalen und funktionalen Beschreibungskategorien für einzelne Berührungsakte. Wichtig ist dabei jedoch gerade aus einer zeitlichen Perspektive die Feststellung, dass sehr häufig unterschiedliche Berührungsakte ineinander übergehen oder auch gleichzeitig (bei asymmetrisch berührenden Händen) ausgeführt werden.

Formale Beschreibungskriterien		Funktionen von Berührungen	
Hand- und Fingerform	z. B. Faust, flache Hand, gespreizte Finger	Information einholend	Therapeut/in sondiert
Berührender Teil	z. B. Handfläche, Handwurzel	Information gebend	Therapeut/in vermittelt Information
Berührte/r Körperteil/e	z. B. Kopf, Oberarm, Fuß	Mobilisierend	Therapeut/in bringt Körperteil in Bewegung
Berührungstyp	z. B. statisch Druck auf Areal, dynamisch Streichen	Stimulierend	Entspannung, Lockerung, Lösung
Symmetrie	z. B. beide Hände symmetrisch	Stützend	Halten oder Sichern
Andere multimodale Displays	z. B. Körperposition, Proxemik, redebegleitende Gestik, Blickverhalten	Korrigierend	Therapeut/in korrigiert Bewegungsablauf
		Sozial/Kontakt	z. B. Empathie zeigen, begrüßen

Tabelle 1: Formale und funktionale Analysekriterien (Auswahl)

In den Leitfadenterviews wurden die Therapeutinnen und Therapeuten dazu befragt, wie sie rückblickend die Pandemie-Zeit hinsichtlich der Aushandlung des räumlichen Arrangements (Abstand, Berührungsverhalten etc.) wahrgenommen haben. Cekaite/Mondada (2021: 18) gehen davon aus, dass Interviews sehr wertvolle Reflexionen von sozialen Akteurinnen und Akteuren über die soziale Bedeutung von Berührungen liefern können. Wir stellten Fragen zur persönlichen Bedeutung von Berührungen aus Sicht der Therapeutinnen und Therapeuten, zu beobachteten Veränderungen während der Hochphasen der Pandemie (z. B. zu Maskenpflicht, Körperpositionen, Emotionen der Patientinnen und Patienten) und ob sie selbst einen Unterschied zwischen der Zeit vor COVID-19 und „heute“ (Erhebung: Ende 2023) festgestellt haben. Da ihre Erfahrungen und Einstellungen aus einer gewissen zeitlichen Distanz mitgeteilt werden, handelt es sich um eine aktive Rekonstruktion und Reflexion, die im Zusammenhang mit professionellem Rollenverständnis (im Sinne von Peräkylä/Vehviläinen 2003) und lebensweltlichen Erfahrungen steht. Dies ermöglicht zwar keine direkten Rückschlüsse auf das tatsächliche Berührungsverhalten während der Pandemie, sehr wohl aber Aussagen über die subjektive Verarbeitung von physischen Interaktionen während eines bestimmten Zeitabschnitts. Thematische Analysekatogorien sind u. a. die Narrativierung, Positionierung und Identitätskonstruktion (cf. Lucius-Hoene/Deppermann 2004).

Die Transkription orientiert sich im verbalen Teil an GAT2 (cf. Selting et al. 2009) und bei den multimodalen Ausdrucksressourcen an einem Vorschlag von Mondada (2018). Das Prinzip besteht darin, den zeitlichen Verlauf der Interaktion möglichst exakt festzuhalten und dabei einen Weg zu finden, mehrere gleichzeitig ablaufende körperliche und sprachliche Prozesse in eine lineare schriftliche Form zu bringen. Da sowohl wegen der Imperfektionen im Aufnahmemaaterial als auch aus forschungsökonomischen Gründen nicht alle multimodalen Feinheiten im Transkript abgebildet werden können, muss der Detailliertheitsgrad des Transkripts an das Ziel angepasst werden (cf. Deppermann 2018: 57). Die Transkripte sind daher wie folgt gestaltet: In den fett hervorgehobenen Zeilen finden sich die verbalen Äußerungen der Beteiligten sowie Zeichen für das Blickverhalten (+), die Gestik (*), Körperbewegungen (Δ) und multimodale Berührungsdisplays (\int), die jeweils zeitlich exakt den Beginn (z. B. *) und das Ende (z. B. /*) festhalten. Beim Blickverhalten wird nur die Veränderung der Blickrichtung angegeben, da es eine pausenlos eingesetzte Ressource ist. In der Zeile darunter werden die Berührungen nach dem oben angesprochenen formalen Codierungssystem beschrieben, beispielsweise *klapp2* für eine flache Hand mit nach unten geklappten Fingern und angelegtem oder angeschlossenem Daumen. Die Codes finden sich im Anhang. Da im Dialekt gesprochen wird, gibt es unter der Zeile mit dem Originalwortlaut eine standarddeutsche Übersetzung. Die durchnummerierten Abbildungen (#1) zeigen ausgewählte Schlüsselmomente aus dem dargestellten Abschnitt, der genaue Zeitpunkt ist anhand der Platzierung der Nummerierung im Transkript abzulesen. Wegen der Auflagen der Ethikkommission sind die Abbildungen stark verfremdet.

4 Ergebnisse

4.1 Das Raum-Zeit-Gefüge neurorehabilitativer Physiotherapie

Der Aufenthalt in einer Reha-Klinik ist auf einer Makroebene durch eine starke Strukturierung der zeitlichen und räumlichen Handlungsmöglichkeiten gekennzeichnet (bspw. Zeitpläne, wann welche Therapien erfolgen, oder eine räumliche Organisation, die stark auf Funktionalität ausgerichtet ist). Auf einer Mesoebene nimmt eine neurorehabilitative Physiotherapie auf vorige und zukünftige Rehabilitationsmaßnahmen Bezug, auf der Mikroebene lässt sich die räumliche und zeitliche Entfaltung der physiotherapeutischen Interaktion (cf. Bähr 2016) untersuchen. Die folgenden Ausführungen widmen sich insbesondere diesem letzten Zusammenhang des räumlichen und zeitlichen Arrangements der videografierten Therapieeinheiten und Interviews, konkret den folgenden beiden Fragen:

1. Wie sind Berührungen in das multimodale Ensemble (im Sinne von Sequenzialität und Koordination) von therapeutischen Praktiken eingebunden?
2. Inwiefern lässt sich im Forschungsprozess anhand von Videoaufnahmen und Interviews Raumproduktion als soziale Praxis rekonstruieren?

Zur ersten Frage: Eine konkrete Aufgabe von physiotherapeutischen Interventionen ist die Verbesserung der Mobilität durch die gemeinsame Konstruktion eines komplexen Bewegungsablaufs unter Einbeziehung von sprachlichen, zeitlichen und räumlichen Informationen, wobei Berührungen wesentliche Informationen zur korrekten Bewegungsausführung liefern. Wie dies im Detail abläuft, soll anhand von Beispiel 1 nachvollziehbar werden. Zu Beginn des Transkripts befindet sich die Patientin in Rückenlage auf einer Liege und führt eine Übung aus, bei

der sie das linke Bein nach oben hin ausstrecken soll. Die Patientin bekundet, Schwierigkeiten zu haben, den Fuß ruhig zu halten. An dieser Stelle beginnt das Transkript.

Beispiel 1: denk an die FE:Rse (2018_001, 04:01.200–04:34.080)

T1, t1 = Therapeut (verbale und multimodale Ebene)

P1, p1 = Patientin (verbale und multimodale Ebene)

* ₁ (t1_ge) Geste Thera- peut	+ ₁ (t1_bl) Blick Thera- peut	f ₁ (t1_lh/rh/bh) Berührung Therapeut (mit rechter/linker Hand/beiden Hän- den)	Δ (t1_ko) Bewegung, Körper- und Kopforientierung Thera- peut
* ₂ (p1_ge) Geste Patientin	+ ₂ (p1_bl) Blick Patientin	f ₂ (p1_lh/rh/bh) Berührung Patientin (mit rechter/linker Hand/beiden Hän- den)	Δ ₂ (p1_ko) Bewegung, Kör- per- und Kopforientierung Pa- tientin

```

01 T1      >+1 >+2 #1f1und Δ2 wegen HILfe? /Δ
t1_lh      f1klapp2 fing12345 lf umgreif (Stütz)-----
->
t1_bl      >+1 blickt auf Bein von p1
p1_bl      >+2 blickt auf ihr Bein ----->>
p1_ko      Δ2 hält rh vor den Mund ((gähnt)), legt
           Arm neben den Körper /Δ2

02 Δ1(1.5) /Δ1
t1_ko      Δ1 platziert das r. Bein nach rechts, wendet Oberkör-
           per nach rechts zu P1) /Δ1

03 T1      und JETZT,
04 (0.3) /f1 #2f1f1(0.9)
t1_lh      -----/f1 f1klapp2 fing12345 lf heb senk (Unter)---->
t1_rh      f1zeigeft tip2 lkn schieb (Inf_geb)----->
05 T1      schieb die fe:rse/f1 a bissl HOCH und wieder runter.
           schieb die Ferse ein bisschen hoch und wieder runter
t1_lh      -----(bis Z.08)--->
t1_rh      -----/f1

06 Δ2 (2.3)
p1_ko      Δ2 folgt Schieben von P1 (biegt Knie ab, schiebt Knie
           nach oben (4x)) -----(bis Z.09)--->

07 T1      genau MOCH de bewegung a poor mol.
           genau mach die Bewegung ein paar Mal
08 T1      jo *1versuch_s net (.) noch/*1 WEG *1zu schieben #3
           sondern wirklich/*1 grad richtung,/f1
           ja versuch es nicht nach weg zu schieben
           sondern wirklich gerade Richtung
t1_lh      -----/f1
t1_ge      *1zeigt nach links /*1 *1zeigt nach oben---
           -----/*1

09 f1f1/Δ2 Δ2(2.2)
t1_lh      f1klapp1 rück lf zieh (Unter)----->
t1_rh      f1klapp2 palm lf zieh (Unter)----->
p1_ko      /Δ2 Δ2 folgt dem Zug durch T1 ----->>

10 T1      und zwor denk an die FE:/f1/f1Rse net #4f1f1die ze-
           hen./f
           und zwar denk an die Ferse nicht die Zehen
t1_lh      -----/f1 f1klapp1
           fing12345 lf umgreif (Inf_geb)/f
t1_rh      -----/f1 f1spreiz2
           fing12345 ze,l 12345 streich (Inf_geb)-----
           -----/f
    
```

- 11 **T1** \int_1 JA: (-) genau;
 t1_lh \int_1 spreiz2 fing123 lf heb senk (Unter)----->
- 12 \int_1 (-) #5
 t1_lh ----->
 t1_rh \int_1 flach2 fing12345 ze,1 12345 druck areal (Inf_geb)-->
- 13 **T1** DER do./ \int
 dieser da
 t1_lh ----->>
 t1_rh -----/ \int
- 14 ***₂ (0.8)**
 pl_ko *₂ hebt den Arm, berührt mit dem Handrücken die Nase,
 lässt danach den Arm gehoben ----->>
- 15 **T1** nor spürsch HINTen wahrschein#6 \int_1 lich zug.
 dann spürst hinten wahrscheinlich Zug
 t1_rh \int_1 zeigef1 tip2 los li-
 nie_it (Inf_geb)----->>
- 16 **P1** *₂mhm, /*₂
 pl_ge *₂ nickt(2x) /*₂



#1



#2



#3



#4



#5



#6

Der Therapeut und die Patientin bearbeiten in dieser Sequenz ein spezifisches Bewegungsproblem durch die kollaborative Rekonstruktion der optimalen Ausführung. Der Therapeut (T1) steht neben der Liege und umfasst zu Beginn des Transkripts mit der linken Hand den linken Fuß der Patientin (Bild #1). In Z. 01–02 kündigt er die Intervention an – sein Blick ist die ganze Sequenz hindurch auf den thematisierten Körperteil fokussiert –, wendet sich der Patientin mit dem Oberkörper stärker zu und schiebt das linke Bein weiter nach rechts. Beides erleichtert die in Z. 04 folgende Berührung mit dem Zeigefinger der rechten Hand am linken Knie (Bild #2), ein Berührungsakt mit der Funktion, der Patientin in der Art einer Zeigegeste die Information zu geben, auf welche muskuläre Anspannung sie besonders zu achten hat, um die verbal in Z. 05 geforderte Bewegung der Ferse umzusetzen. Auf diese Weise wird mit der Berührung der funktionale Zusammenhang zwischen Muskelaktivierung und Bewegungsausführung hergestellt. Gleichzeitig beginnt er in Z. 04, die Patientin bei der auszuführenden Bewegung zu unterstützen, indem er mit seiner linken Hand ihr Bein hebt und senkt. Die Unterstützung der

Bewegung mit der linken Hand hält der Therapeut weiterhin aufrecht und fordert die Patientin dazu auf, die Bewegung weiter auszuführen (Z. 07).

Die Patientin folgt diesem durch die Berührung avisierten Bewegungspfad, der in den Z. 08–15 weiter vertieft wird. In Z. 08 korrigiert der Therapeut multimodal den Bewegungsablauf: verbal, indem er die falsche Bewegung benennt („net noch WEG zu schieben“, Z. 08) und zur korrekten Ausführung auffordert („sondern wirklich grad richtung“, Z. 08), und gestisch mit Hilfe von zwei Zeigegesten, zunächst einer nach links, dann einer nach oben (Bild #3), ohne die die verbalen Ausführungen unverständlich wären. Der Therapeut ändert daraufhin die Berührung am linken Fuß der Patientin leicht und zieht auch mit seiner rechten Hand ihren linken Fuß zur Unterstützung der Bewegung nach oben (Z. 09). Erneut korrigiert der Therapeut in Z. 10 den Bewegungsablauf (Bild #4): Er fordert die Patientin auf, ihre Aufmerksamkeit auf die Ferse, nicht auf die Zehen zu lenken, ändert die Berührung seiner linken Hand, hält damit den Fuß der Patientin nur mehr mit den Fingern und streicht mit den Fingern seiner rechten Hand über die Zehen der Patientin. Diese führt daraufhin den Bewegungsablauf mit Unterstützung einmal korrekt aus (Z. 11). In Z. 12 erfolgt eine erneute Korrektur, diesmal einzig körperlich, indem der Therapeut mit seiner rechten Hand Druck auf die Zehen ausübt (Bild #5). Daraufhin lenkt er die Aufmerksamkeit der Patientin auf den durch die Übung angesprochenen Muskel. Er schickt das deiktische „DER do“ (Z. 13) voran und konkretisiert es in Z. 15 verbal mit „nor spürsch HINten wahrscheinlich zug“ und einer zeigenden Berührung auf den linken hinteren Oberschenkel (Bild #6).

Während all dieser Informationen und Interventionen verhält sich die Patientin kooperativ und konzentriert sich auf die bewusste Ansteuerung des fokussierten Muskels, sichtbar etwa in Z. 09, in der ein kurzes Innehalten in der Bewegung der Vorbereitung auf einen neuerlichen Anlauf dient. Die selbstberührende Adaptor-Geste in Z. 14 und der darauf weiter gehobene Arm deuten auf diese Konzentration hin. Verbal gibt die Patientin erst am Ende der Sequenz in Z. 16 eine Verstehensrückmeldung durch den Ausdruck „mhm“. Die Berührungen des Therapeuten liefern ihr nicht nur Informationen darüber, wie sie die verbale Anweisung umsetzen soll, sondern erleichtern ihr auch diese Umsetzung, da der Therapeut das Eigengewicht des Beines reduziert und ihr auf diesem Weg einen geschützten Rahmen bietet, einen beeinträchtigten Bewegungsablauf gezielt zu üben.

Besonders deutlich wird in diesem Beispiel, dass der Raum durch vielfältige multimodale Ressourcen als Referenz genutzt wird. Dies geschieht allein schon durch die Positionierung des Therapeuten und der Patientin und durch die Bewegungen. Durch Richtungsangaben (Z. 05 und 08), Lokalisierungen (Z. 18) und Deiktika (Z. 13) wird verbal mehrmals auf den Raum Bezug genommen. Weiters wird der Raum durch Zeigegesten (Z. 08) und mittels Berührungen (Z. 10, 12, 15) erschlossen. Das Beispiel verdeutlicht durch seine zeitliche Abfolge auch das sequentielle Zustandekommen des Bewegungsablaufs: Auf die Eigenausführung der Patientin folgt eine Unterstützung durch den Therapeuten (Z. 01–06). Daran schließen weitere unterstützte Eigenausführungen an (Z. 07–15), die vom Therapeuten mehrmals korrigiert (Z. 08, 10, 12) und kommentiert (Z. 13–15) werden. Alle Schritte werden dabei wechselseitig miteinander koordiniert und aufeinander abgestimmt. So verstärken die Berührungen wie beispielsweise das Schieben mit dem Zeigefinger in Z. 04 oder das Streichen über die Zehen in Z. 10 den Informationsgehalt

der verbalen Aussage. Das therapeutische Wirken entfaltet sich also erst durch das Zusammenspiel von Raum, Zeitlichkeit und multimodalen Ressourcen.

Die räumlichen Affordanzen und die Vorbedingungen der Raumproduktion sind in diesem Beispiel sehr repräsentativ für das gesamte Material, das zum Großteil in diesem Übungsraum aufgezeichnet wurde. Dieser relativ große Übungsraum enthält nur wenige Möbelstücke (eine Liege, einige Schränke an der Wand, weit von der Liege entfernt am anderen Ende einen Schreibtisch mit Stuhl, ein Pult und einen Drehschemel) und bietet somit viel Platz für Übungen, die einen bestimmten Bewegungsradius erfordern. Höher an der Wand sind einige Übungsgeräte – z. B. ein Gymnastikball – platziert. In diesem Beispiel ist der Handlungsraum allerdings sehr klein: Die Patientin ist durch die Rückenlage auf der Liege einerseits in ihren Bewegungsoptionen eingeschränkt, andererseits auch entlastet. Der Therapeut steht neben ihr, was nach Kendon (1990: 213) ein „L-arrangement“ etabliert, die für medizinische Interventionen und Instruktionen mit Unterstützung von Berührungen besonders gut geeignet ist, da der Therapeut mit wenig Aufwand seine Positionierung gegenüber der Patientin ändern kann und schnell direkter Körperkontakt hergestellt werden kann.

Die Frage nach der Rekonstruktion von Raumproduktion als soziale Praxis ist sehr umfassend und schließt alle bisher zusammengefassten Beobachtungen ein. Hausendorf (2010: 191) unterscheidet mehrere Aspekte der Raumkonstitution:

- Die „Ko-Orientierung“ im geteilten Wahrnehmungsraum wird in Beispiel 1 neben den besprochenen Affordanzen der L-Formation dadurch etabliert, dass sowohl der Therapeut als auch die Patientin durchgehend mit ihrem Blick den in den Vordergrund gerückten Körperteil fokussieren. Somit wird das linke Bein der Patientin zum Mittelpunkt des geteilten Wahrnehmungsraums, eine Zuspitzung, die auch durch das gesamte Berührungsverhalten des Therapeuten und die Bewegungsausführung der Patientin vorgenommen wird.
- Die „Ko-Ordinierung“ des gemeinsamen Tuns im Bewegungsraum betrifft insbesondere das bereits beschriebene räumliche Arrangement, das es dem Therapeuten erlaubt, durch die Berührungen den Bewegungsablauf der Patientin zu manipulieren, und gleichzeitig der Patientin die zeitliche Integration der verschiedenen Bewegungsphasen zu einem flüssigen, korrekten Bewegungshandeln zu verdeutlichen.
- Die „Ko-Operation“ der sozialen Akteurinnen und Akteure im Handlungsraum betrifft die sozialen Rollen der Therapiesituation, die durch den Therapieraum, das zeitliche Setting der Therapieeinheit und die jeweils verschiedene Expertise der Beteiligten etabliert wird (der Therapeut als Wissender in Fragen physiologischer Zusammenhänge, die Patientin als „Expertin“ für ihre eigene Erkrankung und ihr Körperempfinden während der Therapie).
- Die „Ko-Aktivierung“ im Sinne eines gemeinsamen Spielraums ist im Sinne des soziokulturellen Kontextes zu verstehen. Beide Beteiligten bringen ihre jeweiligen lebensgeschichtlichen Vorerfahrungen mit Therapieraum und -zeit mit sowie die Erfahrungen aus den bisherigen Therapieeinheiten (die Rehabilitation hat bereits vor Wochen begonnen), was jeden einzelnen Berührungsakt beeinflusst. Dies sind jedoch Relationen, die durch eine Interaktionsanalyse von Videomaterial nur sehr schwer greifbar sind, es sei denn, sie werden in einer bestimmten Sequenz interaktional relevant gesetzt. In Beispiel 1 ist dies am ehesten daran festzumachen, dass die Instruktionen auf das Wesentliche reduziert sind und die schieben-

den und ziehenden Berührungen von der Patientin unmittelbar in Eigenbewegungen umgesetzt werden.

In den Interviews ergibt sich eine völlig andere Bedeutung von Räumlichkeit und Zeitlichkeit: Zu trennen ist zwischen den in den Interviews sprachlich konkretisierten Thematisierungen und dem Interview als Gesprächssituation mit vielen räumlichen und zeitlichen Bedingungen. Im Interviewausschnitt in Beispiel 2 finden wir eine typische retrospektive Rekonstruktion des eigenen Handelns während der Pandemie, woraus wir die ausgesprochenen Einstellungen zum eigenen therapeutischen Handeln, aber auch das Verständnis von sozialer Raumkonstitution ableiten können.

Beispiel 2: Sicheres Setting (Interview01, 04:19.330–04:59.820)

T = Therapeutin

HO = Interviewerin

- 01 T i weiß IN der (-) coronazeit,
ich weiß in der Coronazeit
- 02 (1.6)
- 03 T wor_s SO dass viele gsog hobn,
war_s so dass viele gesagt haben
- 04 T sie sein (.) FROH dass sie,
sie seien froh dass sie
- 05 T wenigstens do her können können,
wenigstens hierher kommen können
- 06 (-)
- 07 HO [mhm,]
- 08 T [und a:] do ONgegriffen werden können;
und auch hier angegriffen werden können
- 09 T des hobn VIEle g[sogt,]
das haben viele gesagt
- 10 HO [mhm,]
- 11 T des wor a no in der ZEIT wo die sozialen kontakte
extrem [eingeschränkt] woren,
das war auch noch in der Zeit wo die sozialen Kontakte extrem ein-
geschränkt waren
- 12 HO [mhm,]
- 13 (.)
- 14 HO also im: so im HARTen lockdown?
- 15 T jo.
ja

- 16 T und wo [a:] und a donn
und wo auch und auch dann
- 17 HO [mhm,]
- 18 T wie viele sich no net in CAFÉS getraut hobn,
wie viele sich noch nicht in Cafés getraut haben
- 19 HO mhm,
- 20 (.)
- 21 T des wor donn a SICHeres setting [und,]
das war dann ein sicheres Setting und
- 22 HO [mhm,]
- 23 (1.0)
- 24 T do hobn a MEHrere leut gsog sie sein froh dass sie
jetzt,
da haben auch mehrere Leute gesagt sie seien froh dass sie jetzt
- 25 T °h jemand ONGreift;
jemand berührt
- 26 T weil es jo nimmer, (.)
weil es ja nicht mehr
- 27 T üblich isch umORMungen und ongegriffen [werden;]
üblich ist Umarmungen und berührt werden
- 28 HO [mhm,]
- 29 (0.4)
- 30 HO also die leute hobn des POS einfach POSitiv
em[pfunden,]
also die Leute haben das pos einfach positiv empfunden
- 31 T [ja,]
- 32 HO dass sie ÜBERhaupt in an menschlichen (-)
dass sie überhaupt in einen menschlichen
- 33 T kon[TAKT (.)]
- 34 HO [kontakt,]
- 35 T [jo.]
- 36 HO [mhm,]

Die Therapeutin erklärt, dass in Zeiten des Lockdowns und der allgemein stark reduzierten Möglichkeiten für Berührungen die Kontaktfunktion in physiotherapeutischen Interventionen einen höheren Stellenwert eingenommen hat. Dem Bedürfnis nach verkörperter und körperlicher Interaktion konnte im Alltag nur mehr eingeschränkt nachgegangen werden. Während sich dort die soziale Raumpraxis für die Patient:innen also verändert hatte, blieb die Physiotherapie in ihrer üblichen Form bestehen. Es handelte sich bei den therapeutischen Berührungen sozusagen um legitimierte Berührungen, die nun von den Patient:innen neu bewertet wurden, stärker als soziales und menschliches Bedürfnis. Daraus konnte die Therapeutin auch ein positives Selbstwertgefühl beziehen. Darüber hinaus deutet sich an, dass in der Physiotherapie eine in sich geschlossene und vom Alltag abgegrenzte soziale Praxis ko-konstruiert wird. Im nächsten Abschnitt wird ein Teilaspekt dieses Gefüges hervorgehoben, um diesen Zusammenhang zu vertiefen.

4.2 Nähe und Distanz vor/nach COVID-19

Nähe und Distanz fassen wir in diesem Beitrag im Sinne der Proxemik auf (Distanzregulierung, Kopf- und Rumpforientierung, cf. Sager 2000). Das „Proxemikprinzip“, das besagt, dass der persönliche und der kommunikative Raum in der Interaktion geteilt werden (Hagemann 2014: 1316), hat in der COVID-19-Zeit und insbesondere in einem medizinischen Setting wie der Neurorehabilitation, wie oben bereits angedeutet, an Brisanz gewonnen. Jeglichem

Körperkontakt, vor allem durch die Nähe von Kopf zu Kopf, wurde das Potenzial einer Infektion zugesprochen.

In Beispiel 3, wiederum einer Sequenz aus einer physiotherapeutischen Interaktion aus dem Jahr 2018, wird eine sehr intensive körperliche Nähe etabliert, wie sie bis zum Auftreten von COVID-19 kaum problematisiert wurde (und wenn, dann aufgrund des Eindringens in die Intimdistanz im Sinne von Sager 2000: 565). Die Patientin (P3) sitzt auf der Liege und hält ihren Rollator in den Händen, die beiden Therapeutinnen (T3, im Bild links, und T4, im Bild rechts) stehen an ihren Seiten. Aufgabe der Patientin ist es, aufzustehen.

Beispiel 3: iaz PASS auf (2018_003, 28:56.876–29:23.000)

T3, t3 = Therapeutin, im Bild links (verbale und multimodale Ebene)

T4, t4 = Therapeutin, im Bild rechts (verbale und multimodale Ebene)

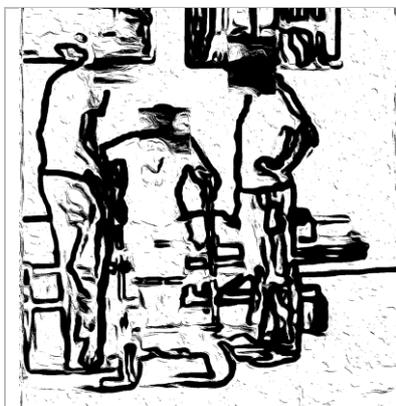
P3, p3 = Patientin (verbale und multimodale Ebene)

* ₃ (t3_ge) Geste 1. Therapeutin	+ ₃ (t3_bl) Blick 1. Therapeutin	∫ ₃ (t1_lh/rh/bh) Berührung 1. Therapeutin (mit rechter/linker Hand/beiden Händen)	Δ ₃ (t3_ko) Bewegung, Körper- und Kopforientierung 1. Therapeutin
* ₄ (t4_ge) Geste 2. Therapeutin	+ ₄ (t4_bl) Blick 2. Therapeutin	∫ ₄ (t1_lh/rh/bh) Berührung 2. Therapeutin (mit rechter/linker Hand/beiden Händen)	Δ ₄ (t4_ko) Bewegung, Körper- und Kopforientierung 2. Therapeutin
* ₅ (p3_ge) Geste Patientin	+ ₅ (p3_bl) Blick Patientin	∫ ₅ (t1_lh/rh/bh) Berührung Patientin (mit rechter/linker Hand/beiden Händen)	Δ ₅ (p3_ko) Bewegung, Körper- und Kopforientierung Patientin

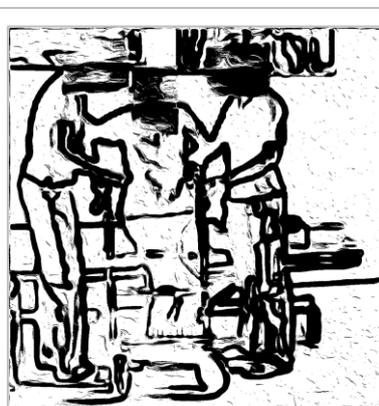
```

01  T3      >+3 >+4 >+5 #7 iaz PASS Δ5 auf (Name P3);
      jetzt pass auf (Name P3)
      t3_bl  >+3 blickt auf P3s Kopf ----- (bis Z.04)--->
      t4_bl  >+4 blickt auf P3s Oberkörper ----- (bis Z.08)--->
      p3_bl  >+5 blickt auf den Boden oder den Rollator ->>
      p3_ko  Δ5 versucht 2x aufzustehen
      (auf den Rollator gestützt), bricht ab, lehnt sich
      wieder zurück und holt Schwung ----- (bis Z.03)-->
02  T3      iaz probier_mal no a BISSL aui vielleicht?
      jetzt probier mal noch ein bisschen hinauf vielleicht
03  T3      oΔ5kAY;
      p3_ko  Δ5 steht mit Schwung und gestützt auf Rollator auf->
04  T3      KUNNSCH /Δ5 Δ5 #8∫3∫3∫4[amoi ]∫,
      kannst mal
      p3_ko  /Δ5 Δ5 richtet sich vor Rollator auf -----
      ----- (bis Z.06)--->
      t3_lh  ∫3klapp1 palm roa umgreif (bis Z.07)>
      t3_rh  ∫3flach2 palm bau areal (bis Z.07)>
      t4_rh  ∫4flach3 palm urü areal -----
      ----- (bis Z.07)--->
05  P3      [(ma) na] muss ∫4(so vüi),
      (ma) nein muss (so viel)
      t4_lh  ∫4flach2 palm bau
      streich----->
06  Δ5 (0.4)
      p3 ko  Δ5 schwankt ----->
    
```

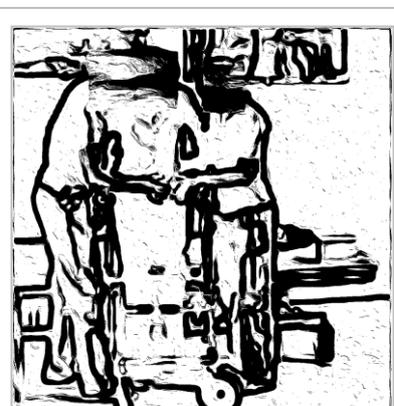
- 07 T3 #9 / Δ_5 Δ_5 Δ_3 Δ_4 !WO:! $\int_3\int_3$ pa; $\int_4\int_4$ / Δ_5 / Δ_3 / Δ_4
wupa
p3_ko ---/ Δ_5 Δ_5 verliert Gleichgewicht und setzt sich hin -
-----/ Δ_5
t3_ko Δ_3 rückt an p3 heran / Δ_3
t4_ko Δ_4 beugt sich über p3 / Δ_4
t3_lh ----- \int_3 stützt Rücken von p3 ----->>
t3_rh \int_3 hält Hand von p3 (bis Z.17)-->
t4_rh \int_4 stützt Rücken von p3 -->>
t4_lh \int_4 hält Hand von p3 ----->>
- 08 T3 #10ah ok/ \int_3 AY?
t3_lh -----/ \int_3
- 09 P3 na isch Δ_5 NET guat * \int_5 gwesen; / Δ_5 /* \int_5
nein ist nicht gut gewesen
p3_ko Δ_5 beugt sich nach vorne / Δ_5
p3_ge * \int_5 schüttelt den Kopf /* \int_5
- 10 T3 probier_s lei N0mol;
probier's einfach nochmal
- 11 T3 probier_s lei N0mol.
probier's einfach nochmal
- 12 (1.8)
(P3 zögert, T3 und T4 warten)
- 13 P3 das isch NICHT gut gwesen.
das ist nicht gut gewesen
- 14 (1.7)
(P3 zögert, T3 und T4 warten)
- 15 P3 normalerweise KONN i des besser.
normalerweise kann ich das besser
- 16 #11 Δ_5 (3.8) / Δ_5
p3_ko Δ_5 steht langsam auf, auf Rollator gestützt / Δ_5
- 17 T3 \int_3 ja!WOHL:!
t3_lh \int_3 flach3 fing12345 ges areal----->>
- 18 T3 * \int_3 [!SU:!]pa; /* \int_3
t3_ge * \int_3 zeigt nach links zum Ende des Raumes /* \int_3
- 19 P3 [so:].
- 20 Δ_5 (0.6)
p3_ko Δ_5 macht kleine Schritte in Richtung Wand, auf den
Rollator gestützt ----->>
- 21 T3 okay gea_ma mol #12 \int_3 oanfoch zum linken ROLLstual
ummi.
okay gehen wir mal einfach zum linken Rollstuhl hinüber
t3_rh \int_3 klapp1 fing12345 bau umgreif-->>



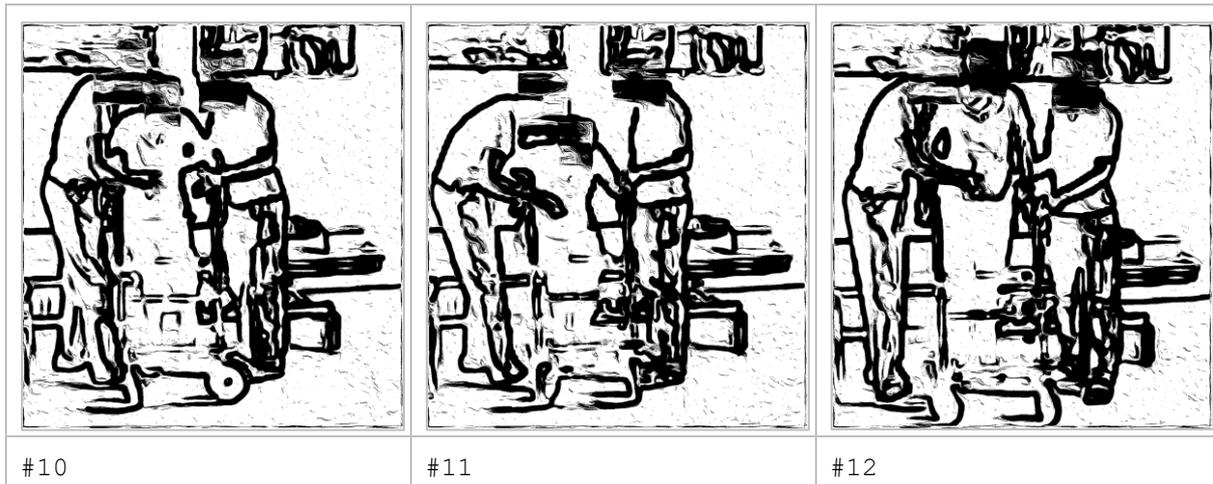
#7



#8



#9



Zunächst versucht die Patientin, ohne Hilfe aufzustehen (Bild #7). In Z. 04 greifen die beiden Therapeutinnen ein, T3 umgreift mit ihrer linken Hand den Oberarm der Patientin und stützt mit der rechten Hand am Bauch, T4 legt ihre rechte Hand auf den unteren Rücken der Patientin (Bild #8) und kurz darauf in Zeile 05 auch auf den Bauch. Die Patientin steht jedoch nicht sicher auf den Beinen und droht nach hinten zu fallen (Z. 06). Die beiden Therapeutinnen nähern sich ihr noch mehr, um sie stärker zu stützen (Bild #9). Trotzdem fällt die Patientin auf die Liege zurück und die Therapeutinnen lassen zunächst ihre Körpervorderseite los (Z. 07), schließlich auch ihre Körperhinterseite (Z. 08, Bild #10). Die Patientin kommentiert ihr Misslingen in Z. 09–15, T3 ermuntert sie zum erneuten Versuch (Z. 10–11). In Z. 16 steht die Patientin konzentriert auf, indem sie sich nach vorne beugt und mit beiden Händen am Rollator abstützt. Die Therapeutinnen halten ihre Arme ausgestreckt, um jederzeit stützend eingreifen zu können (Bild #11). Die Patientin schafft es aufzustehen und T3 legt ihre Hand stützend auf ihr Gesäß, gemeinsam mit dem prosodisch stark markierten Lob „ja!WOHL:!“ und „!SU:!pa“ in Z. 17–18. Die Patientin beginnt daraufhin geradeaus zu gehen, als zusätzliche Unterstützung legt T3 in Z. 21 ihre rechte Hand auf den Bauch der Patientin. T4 geht neben der Patientin her, bereit, sie am unteren Rücken abzustützen (Bild #12).

Das Beispiel zeigt besonders deutlich, dass der Aufbau der Bewegung gemeinsam in mehreren Schritten mit intensiver körperlicher Unterstützung erfolgt und körperliche Nähe unvermeidbarer Teil der Physiotherapie ist. So stehen die Therapeutinnen zunächst noch etwa eine halbe Armlänge entfernt, während die Patientin versucht, ohne Unterstützung aufzustehen (Z. 01–03). Als sie fast steht, umfassen sie aber bereits ihren Oberarm, Bauch und Rücken (Z. 04), und als die Patientin schließlich droht, nach hinten zu fallen, müssen sich die Therapeutinnen bis auf wenige Zentimeter nähern (Z. 06–07, Bild #3). Auch beim zweiten Versuch aufzustehen, nähert sich T3 der Patientin stark, indem sie sich zu ihr hin beugt (Z. 12–16, Bild #5). Die Therapeutinnen überwinden also im Therapiesetting immer wieder auch die intime Distanz: hier, um die Patientin zu stützen und ihr das Gefühl von Sicherheit zu geben. Dies ist durch das professionelle Setting der Therapie legitimiert, ja, sogar eine notwendige Bedingung für den Behandlungserfolg.

In diesem Beispiel sind die räumlichen Affordanzen und die Vorbedingungen der Raumproduktion durch das veränderte Partizipationsensemble (zwei Therapeutinnen) und das eingebundene Objekthandeln mit dem Rollator als Unterstützung der Bewegung deutlich anders als in Beispiel 1. Die Ko-Orientierung ist durch eine „side-by-side“-Formation (Kendon 1990: 213f.)

geprägt: Die Therapeutinnen beobachten die Patientin von der Seite. Die Hauptaufgabe in der Sequenz besteht für die Patientin darin, ins Stehen zu gelangen. Die Berührungen der Therapeutinnen haben vorrangig stützenden und damit schützenden Charakter in der für die Patientin nicht ungefährlichen Situation, trotz eingeschränkter Kontrolle über die Beinmuskulatur aufzustehen. Ohne das schnelle Eingreifen von beiden Therapeutinnen hätte die Patientin wahrscheinlich das Gleichgewicht verloren, auch der Rollator hätte zumindest ein unkontrolliertes Zurückfallen auf die Liege oder Schlimmeres nicht verhindert. Die Ko-Orientierung wird somit zur Voraussetzung für die Ko-Ordination des Bewegungshandelns und die Ko-Operation von drei Personen, die ein gemeinsames Ziel verfolgen, aber jeweils sehr unterschiedliche Ressourcen einbringen können.

Wie angesprochen wurde die körperliche Nähe, die eine Physiotherapie mit sich bringt, durch COVID-19 nicht prinzipiell in Frage gestellt, aber zu einem praktischen Problem, das eine Neuaushandlung des räumlichen Arrangements erforderte. Dies wird von den Therapeutinnen und Therapeuten in den Interviews wiederholt thematisiert. Im bereits zitierten Interview (siehe Beispiel 2) spricht die Therapeutin über die Zeit während der Coronapandemie und erklärt, dass sich nicht ihr Berührungsverhalten, sehr wohl aber ihr proxemisches Verhalten gegenüber den Patientinnen und Patienten verändert hat. Sie habe ihr Gesicht bei der Behandlung der Kopfpartie ihrer Patientinnen und Patienten weggedreht, um eine Ansteckung zu vermeiden und ihre Kundschaft zu schützen. Damit nimmt sie jedoch auch in Kauf, dass sie durch die Positionsänderung möglicherweise weniger gut auf die Patientinnen und Patienten eingehen kann, weil sie deren Reaktionen nicht unmittelbar sieht. In den Interviews wird diese Notwendigkeit, Kompromisse einzugehen, immer wieder angesprochen. Doch gleichzeitig betonen alle Therapeutinnen und Therapeuten, dass diese teils veränderten Positionierungen ihre prinzipiellen manuellen Eingriffe nicht einmal während der Hochphase von COVID-19 beeinträchtigt haben. Die Befragten vermitteln vielmehr sehr selbstbewusst (wie auch die Therapeutin im Interviewausschnitt), dass die Qualität der Behandlung in einem gesellschaftlich allgemein kritischen Zeitraum nicht gelitten hat.

Um diese subjektive Wahrnehmung der Therapeutinnen und Therapeuten mit einer konkreten Therapiesituation zu untermauern, diskutieren wir abschließend ein Beispiel aus dem Material zum Erhebungszeitpunkt nach COVID-19. Aus Gründen des Umfangs ist die Diskussion kürzer als bei den anderen Beispielen, aber die wesentlichen Aussagen zu den räumlichen Affordanzen und den Bedingungen der Raumproduktion gelten auch hier.

Beispiel 4: Lass mich die Arbeit machen (2023_007, 22:00–22:35)

P15, p15 = Patient

T11, t11 = Therapeut

* ₆ (t11_ge) Geste Therapeut	+ ₆ (t11_bl) Blick Therapeut	∫ ₆ (t11_lh/rh/bh) Berührung Therapeut (mit rechter/linker Hand/beiden Händen)	Δ ₆ (t11_ko) Bewegung, Körper- und Kopforientierung Therapeut
* ₇ (p15_ge) Geste Patient	+ ₇ (p15_bl) Blick Patient	∫ ₇ (p15_lh/rh/bh) Berührung Patient (mit rechter/linker Hand/beiden Händen)	Δ ₇ (p15_ko) Bewegung, Körper- und Kopforientierung Patient

01 **>+₆ >+₇ ∫₆(1.3)**
t11_bl >+₆ blickt auf P15s linkes Knie ----(bis Z.09)---->
p15_bl >+ blickt auf seine Knie (bis Z.10) ----->
t11_bh ∫₆ hebt das l. Bein von p15 mit bh ----->

02 **T11 #13 so, /∫₆**
t11_bh -----/∫₆ (setzt das linke Bein von p15 ab)

03 **Δ₇(0.2) /Δ₇**
p15_ko Δ₇ hebt das Knie an /Δ₇

04 **T11 *₆ hilf ∫₆ ma /*₆ mol gor nix mit.**
hilf mir erst mal gar nicht
t11_ge *₆ schüttelt Kopf /*₆
t11_bh ∫₆ hebt und senkt leicht das linke Bein von
p15 -----(bis Z.07)-->

05 **T11 loss amoi den fu[aß]**
lass den Fuß

06 **P15 [mhm]**

07 **T11 den #14 linken ∫₆ (.) dei /∫₆ linkes BEIN-**
das linke (.) dein linkes Bein
t11_rh ∫₆ legt die rechte Hand auf das
Knie von p15 /∫₆

08 **T11 gonz gonz (-) noch untn hängn.**
ganz still herunterhängen

09 **T11 ich hebs #15 HOCH,**
ich hebe es hoch

10 **T11 oba +₆₊₇ du hilfscht ma NICHT; +₆**
aber du hilfst mir nicht
t11_bl +₆₊₇ Blickkontakt mit p15 +₆ schaut auf p15s
p15_bl linkes Knie ----->

11 **∫₆ (7.3) /∫₆**
t11_bh ∫₆ hebt und schüttelt 3x das l. Bein von p15 /∫₆

12 **T11 gut,**

13 **∫₆ Δ₇ (0.4) /Δ₇ /∫₆**
t11_bh ∫₆ setzt das Bein von p15 ab /∫₆
p15_ko Δ₇ hält das r. Knie in der Luft /Δ₇

14 **T11 du *₆ hilfscht ma /*₆ #16 NIX=**
du hilfst mir nicht
t11_ge *₆ schüttelt Kopf /*₆

15 **T11 du ∫₆ loscht des gonz gonz [LOCKa.]**
du bleibst ganz entspannt
t11_bh ∫₆ bewegt das linke Bein von p15 mehrmals nach
links und rechts ----->

16 **P15 [mhm]**

17 **∫₆ (3.2) #17 (3.4) /∫₆**
t11_bh ∫₆ hebt das linke Bein von p15 hoch und lässt es
nach unten fallen /∫₆

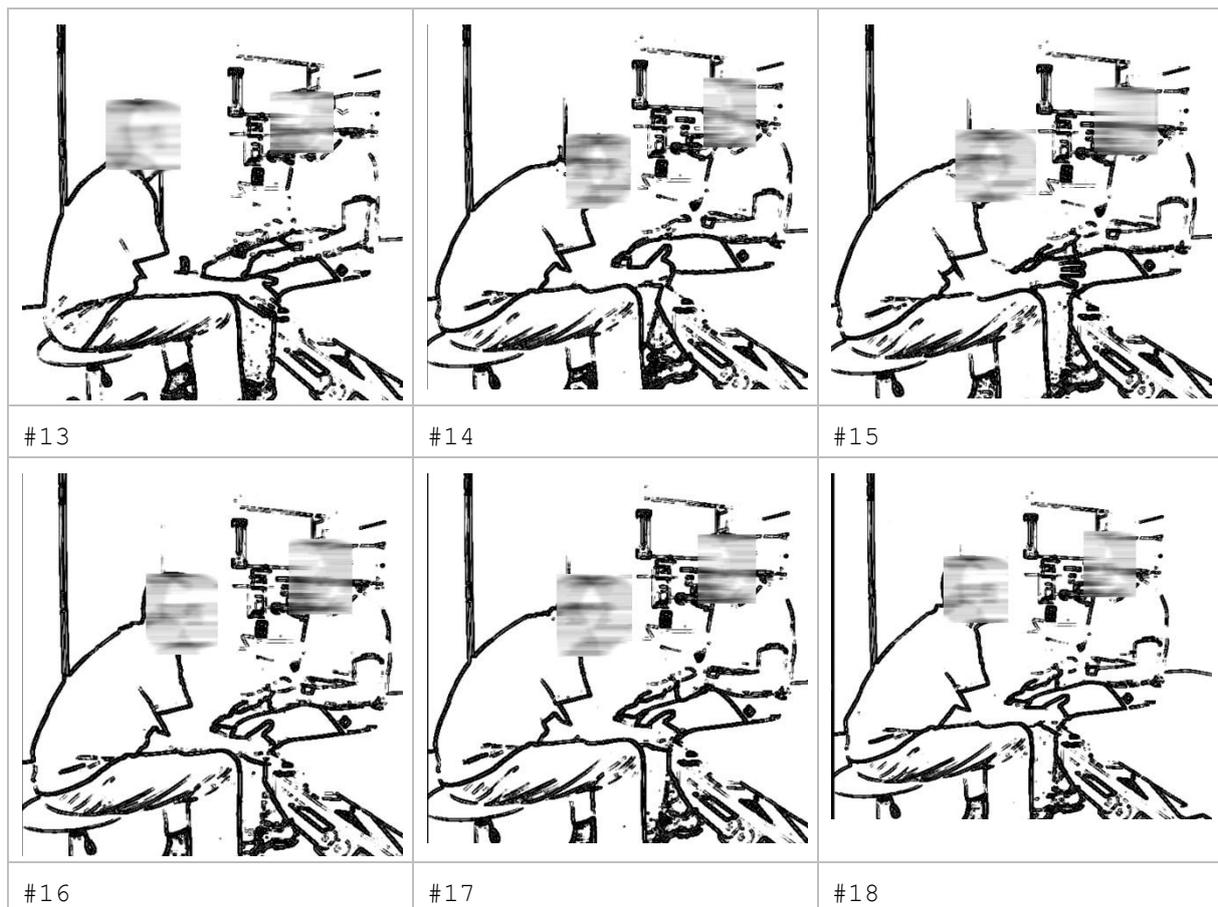
18 **T11 +₆₊₇ genau,**
t11_bl/+₆₊₇ Blickkontakt mit p15 -----(bis Z.20)---->
p15_bl

19 **T11 wenn i LOSloss donn muass ea #18 obikrochn.**
wenn ich loslasse, muss er nach unten krachen

20 **T11 genau +₆ RICHTig.**
t11_bl +₆ blickt auf p15s linkes Knie----->

21 **T11 du tuascht GOa nix.**
du tust gar nichts

22 **∫₆ (3.1)**
t11_bh ∫₆ bewegt das linke Bein von p15 mehrmals nach
links und rechts ----->



Das Beispiel ist insofern interessant, als alle verbalen, gestischen (Kopfschütteln) und auch die taktilen Anweisungen des Therapeuten darauf ausgerichtet sind, dass der Patient sich passiv verhalten, also eine Muskelaktivierung vermeiden soll (Z. 04, 05, 07–10, 14–15). Dies ist für eine Physiotherapie in der Rehabilitation nicht ungewöhnlich, und in Z. 06 vermittelt der Patient, dass er die Instruktion verstanden hat, aber diese ist offenbar dennoch schwer umzusetzen, da er mehrmals (in Z. 3 und in Z. 13) entgegen der Anweisung den behandelten Muskel aktiviert (trotz einer kurz davor erfolgten positiven Evaluation durch den Therapeuten in Z. 12). Erst nach mehrmaligen Ansätzen gelingt in Z. 17 die interpersonale Koordination zwischen Therapeut und Patient im beabsichtigten Sinne. In diesem Fall liegt eine „face-to-face“-Formation (Kendon 1990: 214) vor, was eine andere Dynamik hinsichtlich des Blickverhaltens eröffnet. Der zweimalige direkte Blickkontakt zwischen T11 und P15 hat unterschiedliche Funktionen: In Z. 10 sucht der Therapeut den Blick des Patienten, um seine Aufmerksamkeit darauf zu lenken, dass er etwas anderes als das vom Patienten Umgesetzte erwartet. In Z. 18 leitet der Blickkontakt eine Erläuterung des Therapeuten zum Ursache-Wirkung-Zusammenhang von Festhalten und Loslassen durch den Therapeuten und Lockerlassen durch den Patienten ein, was das ultimative Ziel der Sequenz ist.

Hinsichtlich der sequenziellen Organisation, des räumlichen Arrangements, des Berührungsverhaltens und der Koordination der verschiedenen Ausdrucksressourcen ergeben sich für diese therapeutische Interaktion keine offensichtlichen Unterschiede zu den beschriebenen Sequenzen in den Beispielen 1 und 3. Die körperliche Nähe zwischen Therapeut und Patient ist von Anfang bis Ende relativ groß, sogar mit einander direkt zugewandten Gesichtern. Die formalen

und funktionalen Merkmale der Berührungsakte sind nur insofern unterschiedlich, als eine andere Körperposition (sitzend) und ein anderes Behandlungsziel verfolgt werden. Mit einer Neuaushandlung des räumlichen und zeitlichen Arrangements infolge von COVID-19 kann dies an dieser Stelle nicht in Verbindung gebracht werden, ein Befund, der großteils auch vom restlichen Material bestätigt wird. Von außen betrachtet handelt es sich um „business as usual“. Allerdings erweist sich trotz der professionell bedingten Routinisierung der angewandten Berührungspraktiken der Therapeutinnen und Therapeuten und der Therapieerfahrung der Patientinnen und Patienten, dass jedes gemeinsame Handeln an individuelle und situative Gegebenheiten angepasst und im zeitlichen Verlauf oftmals mehrfach kooperativ optimiert werden muss, wie dies in Beispiel 4 besonders gut zu sehen ist.

5 Zusammenfassung und Schluss

Das räumliche Arrangement spielt eine wesentliche Rolle in der Gestaltung von Interaktionen und deren Wirkung. Im physischen Sinne stellt der Therapieraum eine wichtige Dimension dar, die durch bestimmte räumliche Möglichkeiten und Begrenzungen geprägt ist. Multimodale Ressourcen entfalten ihre Wirkung durch ihre räumliche Anordnung, die Aspekte wie Axialität, Proxemik und geteilte Wahrnehmung umfasst. Die Produktion des Raumes kann als soziale Praxis verstanden werden, die durch Ko-Orientierung, Ko-Ordination, Ko-Operation und Ko-Aktivierung gestaltet wird. Im Forschungsprozess können diese Beziehungen anhand von videografischer Beobachtung einer detaillierten Überprüfung unterzogen werden. Ergänzend dazu unterstützt die Rekonstruktion von zeitlichen und räumlichen Arrangements durch Interviews den Forschungsprozess, indem sie persönliche Eindrücke und Erfahrungen erfasst. In der gegenständlichen Analyse wurde sichtbar, dass die therapeutischen Berührungshandlungen den Mittelpunkt der Therapie darstellen und die anderen Ausdrucksressourcen wie das Blickverhalten und sogar die verbalen Instruktionen eine unterstützende Funktion haben, um den beteiligten Personen zu ermöglichen, zwischen dem Berührungsakt und der daraus resultierenden Reaktion des berührten Körperteils eine klare Ursache-Wirkung-Beziehung herzustellen. In Beispiel 1 war dies die richtige Führung des Beines, in Beispiel 3 eine Intervention, um ein problematisches Manöver zu beenden, und in Beispiel 4 der Effekt einer bewussten Ausschaltung von Muskelaktivität.

In der Physiotherapie überlappen sich konkrete räumliche und zeitliche Bezüge wie die physische Verfasstheit von Berührungen mit eher metaphorischen, sozialen Konzeptualisierungen von Raum und Zeit, wie sie in kommunikativen Gattungen und Praktiken abstrahiert werden. So sind nicht nur Raum und Zeit permanent aufeinander bezogen, z. B. indem eine bestimmte Berührung einen bestimmten Körperteil im Laufe weniger Sekunden von Punkt A nach Punkt B bewegt und damit ein möglicherweise langfristig wirksames Konzept einer korrekten Bewegungsausführung vermittelt. Sondern es erfolgt auch ein ständiger Dialog zwischen sinnlichen Einzelerfahrungen einer Person und den Berührungskulturen, in die diese eingebettet sind. Verschiedene formale Ausführungen von Berührungen in der Physiotherapie vermitteln somit neben unterschiedlichen therapeutischen Funktionen wie z. B. der korrekten Bewegungsausführung in einem bestimmten Augenblick an einem bestimmten Ort eine historisch gewachsene und veränderliche, gleichzeitig routinisierte und institutionalisierte soziale Praxis. Die detaillierte Untersuchung dieser räumlichen und zeitlichen Bezüge mit interaktionslinguistischen Methoden ermöglicht es, die situativ eingebettete Verknüpfung von Sprache, verschiedenen

multimodalen Ressourcen und taktile Interaktion systematisch offenzulegen und damit eine empirisch fundierte Grundlage für die professionelle Reflexion und Weiterentwicklung physiotherapeutischer Handlungspraxis zu schaffen.

Literaturverzeichnis

- Auer, Peter (2012): "Spatial indexicalities and spatial pragmatics". In: Meeuwis, Michael/ Östman, Jan-Ola (eds.): *Pragmaticizing understanding. Studies for Jef Verschueren*. Amsterdam/Philadelphia, Benjamins: 53–76.
- Bähr, Antje (2016): *Berührung und Wahrnehmung in der Physiotherapie: Eine explorative Studie*. Marburg: Tectum. (= *Wissenschaftliche Beiträge aus dem Tectum Verlag: Sozialwissenschaften* 68).
- Berthele, Raphael (2006): *Ort und Weg: Die sprachliche Raumreferenz in Varietäten des Deutschen, Rätoromanischen und Französischen*. Berlin/New York: De Gruyter. (= *Linguistik – Impulse und Tendenzen* 16).
- Burdelski, Matthew/Tainio, Liisa/Routarinne, Sara (2020): "Human-to-human touch in institutional settings: Introduction to the special issue". *Social Interaction. Video-Based Studies of Human Sociality* 3/1. doi.org/10.7146/si.v3i1.120247
- Cekaite, Asta (2015): "The coordination of talk and touch in adults' directives to children: Touch and social control". *Research on Language and Social Interaction* 48/2: 152–175.
- Cekaite, Asta/Mondada, Lorenza (2021): "Towards an interactional approach to touch in social encounters". In: Cekaite, Asta/Mondada, Lorenza (eds.): *Touch in social interaction. Touch, language, and body*. London/New York, Routledge: 1–26.
- D'Agostino, Thomas A./Bylund, Carma L. (2014): "Nonverbal accommodation in health care communication". *Health Communication* 29: 563–573.
- Deppermann, Arnulf (2018): „Sprache in der multimodalen Interaktion“. In: Deppermann, Arnulf/Reineke, Silke (eds.): *Sprache im kommunikativen, interaktiven und kulturellen Kontext*. Berlin/Boston, De Gruyter: 51–85 (= *Germanistische Sprachwissenschaft um 2020* 3).
- Deppermann, Arnulf (2008): *Gespräche analysieren. Eine Einführung*. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. (= *Qualitative Sozialforschung* 3).
- Deppermann, Arnulf/Feilke, Helmuth/Linke, Angelika (2016): „Sprachliche und kommunikative Praktiken: Eine Annäherung aus linguistischer Sicht“. In: Deppermann, Arnulf/Feilke, Helmuth/Linke, Angelika (eds.): *Sprachliche und kommunikative Praktiken*. Berlin/Boston, De Gruyter: 1–23. (= *Jahrbücher des Instituts für deutsche Sprache* 2015).
- Deppermann, Arnulf/Günthner, Susanne (2015): "Introduction: Temporality in interaction". In: Deppermann, Arnulf/Günthner, Susanne (eds.): *Temporality in interaction*. Amsterdam/Philadelphia, Benjamins: 1–23. (= *Studies in language and social interaction* 27).
- Deppermann, Arnulf/Schmitt, Reinhold (2007): „Koordination. Zur Begründung eines neuen Forschungsgegenstandes“. In: Schmitt, Reinhold (ed.): *Koordination. Analysen zur multimodalen Interaktion*. Tübingen, Narr: 15–54. (= *Studien zur Deutschen Sprache* 38).
- Deppermann, Arnulf/Streeck, Jürgen (2018): "The body in interaction: Its multiple modalities and temporalities". In: Deppermann, Arnulf/Streeck, Jürgen (eds.): *Time in embodied interaction. Synchronicity and sequentiality of multimodal resources*. Amsterdam/Philadelphia, Benjamins: 1–29. (= *Pragmatics and beyond new series* 293).

- Fofana, Gundula (2022): *Multimodale Instruktionen in der Physiotherapie. Eine Analyse verbaler und leiblicher Handlungsressourcen in Behandlungskontexten*. Heidelberg: Winter. (= *OraLingua* 20).
- Goffman, Erving (1969/1971): *Verhalten in sozialen Situationen/Strukturen und Regeln der Interaktion im öffentlichen Raum*. Gütersloh: Bertelsmann. (= *Bauwelt Fundamente* 30).
- Goodwin, Charles (1981): *Conversational organization*. New York etc.: Academic Press. (= *Language, thought, and culture. Advances in the study of cognition*).
- Hagemann, Jörg (2014): "Proxemics and axial orientation". In: Müller, Cornelia et al. (eds.): *Body – language – communication. An international handbook on multimodality in human interaction*. Berlin/New York, De Gruyter: 1310–1323. (*Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft* 38.2).
- Hausendorf, Heiko (2007): „Die Prozessualität des Gesprächs als Dreh- und Angelpunkt der linguistischen Gesprächsforschung“. In: Hausendorf, Heiko (ed.): *Gespräch als Prozess. Linguistische Aspekte der Zeitlichkeit verbaler Interaktion*. Tübingen, Narr: 11–32. (= *Studien zur Deutschen Sprache* 37).
- Hausendorf, Heiko (2010): „Interaktion im Raum. Interaktionstheoretische Bemerkungen zu einem vernachlässigten Aspekt von Anwesenheit“. In: Deppermann, Arnulf/Linke, Angelika (eds.): *Sprache intermedial: Stimme und Schrift, Bild und Ton*. Berlin/New York, De Gruyter: 163–197. (= *Jahrbuch des Instituts für deutsche Sprache Mannheim* 2009).
- Hausendorf, Heiko/Mondada, Lorenza/Schmitt, Reinhold (2012): „Raum als interaktive Ressource: Eine Explikation“. In: Hausendorf, Heiko/Mondada, Lorenza/Schmitt, Reinhold (eds.): *Raum als interaktive Ressource*. Tübingen, Narr Francke Attempto: 7–36. (= *Studien zur Deutschen Sprache* 62).
- Hausendorf, Heiko/Schmitt, Reinhold (2016): „Interaktionsarchitektur und Sozialtopografie: Basiskonzepte einer interaktionistischen Raumanalyse“. In: Hausendorf, Heiko/Schmitt, Reinhold/Kesselheim, Wolfgang (eds.): *Interaktionsarchitektur, Sozialtopographie und Interaktionsraum*. Tübingen, Narr Francke Attempto: 27–54. (= *Studien zur Deutschen Sprache* 72).
- Heritage, John (1988): "Explanations as accounts: a conversation analytic perspective". In: Antaki, Charles (ed.): *Analyzing lay explanation. A case book of methods*. London, Sage: 127–144.
- Hooyman, Andrew/Wulf, Gabriele/Lewthwaite, Rebecca (2014): "Impacts of autonomy-supportive versus controlling instructional language on motor learning". *Human Movement Science* 36: 190–198.
- Hunter, Mic/Struve, Jim (1998): *The ethical use of touch in psychotherapy*. Thousand Oaks: SAGE.
- Josephson, Irène et al. (2015): "Evaluative language in physiotherapy practice. How does it contribute to the therapeutic relationship?". *Social Science and Medicine* 143: 128–136.
- Jucker, Andreas et al. (2018): "Doing space in face-to-face interaction and on interactive multimodal platforms". *Journal of Pragmatics* 134: 85–101.
- Keel, Sara/Caviglia, Cornelia (2023): "Touching and being touched during physiotherapy exercise". *Human Studies* 46: 679–699.

- Keel, Sara/Schoeb, Veronika (2016): “Professionals’ embodied orientations towards patients in discharge-planning meetings and their impact on patient participation”. *Communication and Medicine* 13/1: 115–134.
- Keel, Sara/Schoeb, Veronika (2017): “Patient participation in action: patients’ interactional initiatives during interdisciplinary goal-setting meetings in a rehabilitation clinic”. *Text and Talk* 37/2: 213–241.
- Kelly, Martina Ann et al. (2018): “Experience of touch in health care: A meta-ethnography across the health care professions”. *Qualitative Health Research* 28/2: 200–212.
- Kendon, Adam (1990): *Conducting interaction patterns of behavior in focused encounters*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kesselheim, Wolfgang (2016): „Videobasierte Raumforschung als interdisziplinäres Forschungsfeld: Ein exemplarischer Einblick in unterschiedliche methodische Zugänge“. In: Hausendorf, Heiko/Schmitt, Reinhold/Kesselheim, Wolfgang (eds.): *Interaktionsarchitektur, Sozialtopographie und Interaktionsraum*. Tübingen, Narr Francke Attempto: 89–110. (= *Studien zur Deutschen Sprache* 72).
- Knoblauch, Hubert/Tuma, René (2017): „Videoanalyse“. In: Gugutzer, Robert/Klein, Gabriele/Meuser, Michael (eds.): *Handbuch Körpersoziologie*. Band 2: *Forschungsfelder und Methodische Zugänge*. Wiesbaden, Springer: 409–422.
- Lucius-Hoene, Gabriele/Deppermann, Arnulf (2004): *Rekonstruktion narrativer Identität: Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews*. 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lynn, Ulrike (2014): “Gestures in dictionaries: Physical contact gestures”. In: Müller, Cornelia et al. (eds.): *Body – language – communication. An international handbook on multimodality in human interaction*. Berlin/New York, De Gruyter: 1502–1511. (= *Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft* 38.2).
- Merlino, Sara (2021): “Professional touch in speech and language therapy for the treatment of post-stroke aphasia”. In: Cekaite, Asta/Mondada, Lorenza (eds.): *Touch in social interaction. Touch, language, and body*. London/New York, Routledge: 197–223.
- Mondada, Lorenza (2007): “Multimodal resources for turn-taking. Pointing and the emergence of possible next speakers”. *Discourse Studies* 9/2: 194–225.
- Mondada, Lorenza (2011): “The organization of concurrent courses of action in surgical demonstrations”. In: Streeck, Jürgen/Goodwin, Charles/LeBaron, Curtis (eds.): *Embodied interaction. Language and body in the material world*. Cambridge, Cambridge University Press: 207–226. (= *Learning in doing: Social, cognitive and computational perspectives*).
- Mondada, Lorenza (2013): “Interactional space and the study of embodied talk-in-interaction”. In: Auer, Peter et al. (eds.): *Space in language and linguistics. Geographical, interactional and cognitive perspectives*. Berlin/New York, De Gruyter: 247–275. (= *Linguae & litterae* 24).
- Mondada, Lorenza (2014): “The temporal orders of multiactivity: Operating and demonstrating in the surgical theatre”. In: Haddington, Pentti et al. (eds.): *Multiactivity in social interaction. Beyond multitasking*. Amsterdam/Philadelphia, Benjamins: 33–75.
- Mondada, Lorenza (2015): “Multimodal completions”. In: Deppermann, Arnulf/Günthner, Susanne (eds.): *Temporality in interaction*. Amsterdam/Philadelphia, Benjamins: 267–307. (= *Studies in language and social interaction* 27).

- Mondada, Lorenza (2018): “Multiple temporalities of language and body in interaction: Challenges for transcribing multimodality”. *Research on Language and Social Interaction* 51/1: 85–106.
- Mondada, Lorenza (2021): *Sensing in social interaction. The taste for cheese in gourmet shops*. Cambridge etc.: Cambridge University Press. (= *Learning in doing: Social, cognitive, and computational perspectives*).
- Moritz, Christine (2014): „Vor, hinter, für und mit der Kamera: Viergliedriger Video-Analyserahmen in der Qualitativen Sozialforschung“. In: Moritz, Christine (ed.): *Transkription von Video- und Filmdaten in der Qualitativen Sozialforschung*. Wiesbaden, Springer: 17–54.
- Nishizaka, Aug (2020): “Multi-sensory perception during palpation in Japanese midwifery practice”. *Social Interaction. Video-Based Studies of Human Sociality* 3/1. doi.org/10.7146/si.v3i1.120256.
- Nishizaka, Aug (2021): “Guided touch: The sequential organization of feeling a fetus in Japanese midwifery practices”. In: Cekaite, Asta/Mondada, Lorenza (eds.): *Touch in social interaction. Touch, language, and body*. London, New York: Routledge: 224–248.
- Parry, Ruth H. (2004): “Communication during goal-setting in physiotherapy treatment sessions”. *Clinical Rehabilitation* 18: 668–682.
- Parry, Ruth H. (2013): “Giving reasons for doing something now or at some other time”. *Research on Language and Social Interaction* 46/2: 105–124.
- Ortner, Heike (2019): „,Das werden wir schon hinkriegen ...‘. Veränderungskommunikation in physiotherapeutischen Interaktionen während der Neurorehabilitation“. In: Graf, Eva-Maria/Scarvaglieri, Claudio/Spranz-Fogasy, Thomas (eds.): *Pragmatik der Veränderung. Problem- und lösungsorientierte Kommunikation in helfenden Berufen*. Tübingen, Narr: 265–290. (= *Studien zur Pragmatik* 2).
- Ortner, Heike (i. V.): “Touch as an interactional resource in physiotherapy before and after COVID-19: Clues from a clinic for neurorehabilitation” [Arbeitstitel].
- Peräkylä, Anssi/Vehviläinen, Sanna (2003): “Conversation analysis and the professional stocks of interactional knowledge”. *Discourse and Society* 14/6: 727–750.
- Pitsch, Karola (2012): „Exponat – Alltagsgegenstand – Turngerät: Zur interaktiven Konstitution von Objekten in einer Museumsausstellung“. In: Hausendorf, Heiko/Mondada, Lorenza/Schmitt, Reinhold (eds.): *Raum als interaktive Ressource*. Tübingen, Narr Francke Attempto: 233–273. (= *Studien zur Deutschen Sprache* 62).
- Poggi, Isabella (2013): “Mind, hands, face, and body: A sketch of goal and belief view of multimodal communication”. In: Müller, Cornelia et al. (eds.): *Body – Language – Communication. An international handbook on multimodality in human interaction*. Bd 1. Berlin/New York, De Gruyter: 627–647. (= *Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft* 38.1).
- Przyłuska-Fiszler, Alicja/Wójcik, Agnieszka (2020): “Ethics of touch – Axiological model of therapeutic relation in physiotherapy”. *Analiza i Egzystencja* 49: 119–133.
- Putzier, Eva-Maria (2016): *Wissen – Sprache – Raum. Zur Multimodalität der Interaktion im Chemieunterricht*. Tübingen: Narr Francke Attempto. (= *Studien zur deutschen Sprache. Forschungen des Instituts für deutsche Sprache* 71).

- Riva, Silvia et al. (2014): "Patient participation in discharge planning decisions in the frame of Primary Nursing approach: A conversation analytic study". *Studies in Communication Sciences* 14: 61–67.
- Roger, John et al. (2002): "Physiotherapists' use of touch in inpatient settings". *Physiotherapy Research International* 7/3: 170–186.
- Sager, Sven F. (2000): „Kommunikatives Areal, Distanzzonen und Displayzirkel. Zur Beschreibung räumlichen Verhaltens in Gesprächen“. In: Richter, Gerd/Riecke, Jörg/ Schuster, Britt-Marie (eds.): *Raum, Zeit, Medium: Sprache und ihre Determinanten*. Darmstadt, Hessische Historische Kommission: 543–570. (= *Arbeiten der Hessischen Historischen Kommission N. F.* 20).
- Schmitt, Reinhold/Deppermann, Arnulf (2010): „Die multimodale Konstitution eines imaginären Raums als interaktive Problemlösung“. In: Deppermann, Arnulf/Linke, Angelika (eds.): *Sprache intermedial*. Berlin/New York, De Gruyter: 199–241. (= *Jahrbuch des Instituts für Deutsche Sprache Mannheim* 2009).
- Selting, Margret et al. (2009): „Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2)“. *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 10: 353–402.
- Tuma, René/Schnettler, Bernt/Knoblauch, Hubert (2013): *Videographie. Einführung in die interpretative Videoanalyse sozialer Situationen*. Wiesbaden, Springer. (= *Qualitative Sozialforschung*).
- vom Lehn, Dirk (2014): „Transkription und ethnomethodologische Videoanalyse“. In: Moritz, Christine (ed.): *Transkription von Video- und Filmdaten in der Qualitativen Sozialforschung*. Wiesbaden, Springer: 391–406.

Transkriptionskonventionen

Die Transkriptionskonventionen für die verbalen Anteile folgen Selting et al. (2009).

Multimodale Transkriptionszeichen

Zeichen	Erläuterung
>	Display beginnt vor dem Transkriptausschnitt
--->	Display geht über die Zeile hinaus
--->>	Display geht sich über den Transkriptausschnitt hinaus
#1	Zeitpunkt und Nummer der Abbildung
∫ /∫ (ha)	Berührung (Beginn/Ende)
* /* (ge)	Gestisches Display (Beginn/Ende)
+ (bl)	Blickverhalten
Δ /Δ (ko)	Bewegung, Körper- und Kopforientierung (Beginn/Ende)

Codes für das Berührungsverhalten

Handform	
flach2	Flache Hand mit ausgestreckten, einander berührenden Fingern und weggestrecktem Daumen
flach3	Flache Hand mit leicht gebeugten, einander berührenden Fingern (Daumen egal)
klapp1	Flache Hand mit nach unten geklappten Fingern und weggestrecktem Daumen
klapp2	Flache Hand mit nach unten geklappten Fingern und angelegtem oder eingeschlossenem Daumen
spreiz2	Flache Hand mit gekrümmten, gespreizten, einander nicht berührenden Fingern (Daumen egal)
zeigef1	Ein ausgestreckter Finger, die restlichen Finger bilden eine Faust
Berührender Körperteil	
fing12345	Fingerfläche, 1–5 von Daumen bis kleiner Finger
palm	Handfläche
rück	Handrücken
tip12345	Fingerspitze, 1–5 von Daumen bis kleiner Finger
Berührter Körperteil	
bau	Bauch
ges	Gesäß
lf	linker Fuß
lkn	linkes Knie
los	linker Oberschenkel
roa	rechter Oberarm
urü	unterer Rücken
ze, l 12345	Zehen (links), 1–5 vom großen Zeh bis kleinen Zeh
Dynamik	
areal	Hand flächig auflegen oder liegen lassen (ohne Druck)
druck areal	Druck areal ausüben
heb	Heben des berührten Körperteils
linie it	Linie wird abgefahren (mehrfach)
senk	Senken des berührten Körperteils
schieb	Hände schieben
streich	Hände streichen über berührten Körperteil (einmal)
umgreif	Umgreifen, umfassen
zieh	Hände ziehen (einmal)
Funktionen	
Inf geb	Informationen gebend
Stütz	Stützend
Unter	Unterstützend