



Julia Schmitz-Hövenner

## Agoraphobie-Patienten erzählen – Sprachliche Verfahren bei der Darstellung von Panikanfällen

SASI Heft 08, 2006

<http://noam.uni-muenster.de/SASI>



## **Julia Schmitz-Hövenner**

Agoraphobie-Patienten erzählen. Sprachliche Verfahren bei der Darstellung von Panikanfällen.

## **Danksagung**

Mein herzlicher Dank gilt Prof. Dr. Susanne Günthner und Prof. Dr. Elisabeth Gülich, die diese Arbeit sehr engagiert betreut haben und stets für meine Fragen offen waren.

Bei Brigitte Boothe, Arnulf Deppermann, Marlene Sator, Martin Schöndienst, Meike Schwabe und Jürgen Streeck möchte ich mich dafür bedanken, dass sie mir ihre unveröffentlichten Manuskripte anvertraut haben und großes Interesse an meiner Arbeit zeigten, was mich sehr motivierte.

Den Mitgliedern der Bielefelder Projektgruppe "Epiling und Angst", denen ich wertvolle Anregungen und Denkanstöße verdanke, sei ebenfalls herzlich gedankt. Insbesondere Heike Knerich für die gewissenhafte Lektüre dieser Arbeit und hilfreiche Anmerkungen.

Für sein außerordentliches Engagement und viel Zeit und Geduld bei der Suche nach Fehlern und Mängeln danke ich Klaus-Peter Heß herzlich.

Meine besondere Anerkennung gilt schließlich den Agoraphobie-Patienten "Jana", "Pascal", "Thomas" und Tina Aritz für ihre mutige Offenheit und das große Vertrauen, das sie mir entgegen gebracht haben. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht möglich geworden. Ich danke ihnen herzlich und hoffe, dass wir gemeinsam einen Beitrag dazu leisten können, dass Angsterkrankung "verstehbar" wird.

Ihnen allen sei nochmals herzlich gedankt.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Danksagung</b> .....	<b>1</b>
<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>5</b>
1.1 Zu einer linguistischen Betrachtung von Angsterkrankung.....	6
1.2 Vorgehen der Untersuchung .....	7
<b>2 Methodik</b> .....	<b>9</b>
2.1 Grundlagen der linguistischen Gesprächsanalyse.....	9
2.2 Grundannahmen der Erzähltheorie: Erzählungen und ihr Wert.....	13
2.3 Das narrative Interview als Forschungsinstrument.....	17
2.4 Datenkorpus .....	19
<b>3 Forschungsüberblick: Angst in Medizin und Linguistik</b> .....	<b>20</b>
3.1 Angst, Angststörung und Agoraphobie: Eine Einführung .....	20
3.2 Angst in der Linguistik .....	24
3.2.1 Sprache und Emotionen .....	24
3.2.2 Gesundheitskommunikation.....	31
<b>4 Rhetorische Verfahren in Panikdarstellungen</b> .....	<b>35</b>
4.1 Panik und Unbeschreibbarkeit: Die Inszenierung von Formulierungspro- blemen.....	36
4.2 Vermittlungs- und Veranschaulichungsstrategien .....	43
4.2.1 Vergleiche .....	44
4.2.2 Beispiel, Szenario und Konkretisierung.....	50
4.3 Die Beispielerzählung – Narrative Verfahren zur Rekonstruktion von Panikanfällen.....	56
4.4 Der Rekurs auf semi-professionelle Kenntnisse als Formulierungsressource und Verfahren der Vermittlung .....	58
4.5 Kontrastierungen.....	63
<b>5 Identitäts-Konstruktion in Gesprächen mit Panikpatienten</b> .....	<b>67</b>
5.1 Identität und Angsterkrankung.....	68
5.2 Die Angsterkrankung als identitätsstiftende Kategorie .....	73

5.2.1	Selbstpositionierung durch Kategorie-Splitting.....	76
5.2.2	Die Dokumentation von Verarbeitung.....	78
5.3	Die Präsentation von Ich-Dualität.....	81
<b>6</b>	<b>Das Panikkonzept.....</b>	<b>84</b>
6.1	Die Konzeptualisierung von Panik und Angsterkrankung.....	85
6.2	Panikkonzept und Angstkonzept.....	91
6.3	Panik-Erleben und Nahtod-Erfahrung .....	94
<b>7</b>	<b>Exemplarische Analyse: "DIT war mein ALLERerster panikanfall" – Kookkurrenz und Zusammenwirken der Darstellungspraktiken.....</b>	<b>99</b>
7.1	Re-Inszenierung und Re-Traumatisierung – Erzählen und Verarbeitung....	108
7.2	Re-Inszenierung und Routine – Vorgeformtheit narrativer Muster.....	110
<b>8</b>	<b>Resümee und Ausblick.....</b>	<b>112</b>
8.1	Ergebnisse der Arbeit im Überblick.....	112
8.2	Praktische Ausdeutung, Ausblick und offene Fragen.....	114
<b>9</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>121</b>

# 1 Einleitung

[...] Aus eigener Erfahrung weiß ich, wie wichtig, aber auch schwer es ist, seinen Mitmenschen diese Krankheit verständlich zu machen.

("Pascal" auf seiner Homepage)

"Pascal" ist das Pseudonym eines Informanten. Er leidet an Agoraphobie – einer Angststörung.

Diese Arbeit will seine Angsterkrankung verstehen und verstehen helfen.

Sie misst dem subjektiven Erleben von Angstpatienten einen entscheidenden Stellenwert zu und setzt daher genau an der Schnittstelle an, an der es für Angstpatienten "wichtig, aber auch schwer ist, [...] diese Krankheit verständlich zu machen": dem Gespräch.

Das Phänomen Angst ist hauptsächlich Gegenstand medizinischer, psychiatrischer und/oder psychologischer Forschung. In neuerer Zeit jedoch gibt es in vielen Disziplinen eine Art Renaissance des wissenschaftlichen Interesses am Phänomen Angst. Zeitgleich erleben wir zunehmende Annäherungen zwischen bestimmten Teilgebieten der Medizin und der Sprachwissenschaft. Der Wert interdisziplinärer Zusammenarbeit wird erkannt und geschätzt.

Die vorliegende Arbeit versucht sich der Thematik Panik und Angsterkrankung aus einer linguistischen Perspektive zu nähern. Mit diesem Ansatz soll ein Beitrag zur aktuellen Angstforschung geleistet werden, der zum interdisziplinären Austausch und zum Beschreiten neuer Wege ermutigt.

Gerade die Gesprächsforschung hat sich in den vergangenen dreißig Jahren als produktive Forschungsrichtung erwiesen. Sie hat neuartige Forschungsfelder eröffnet und neue Sichtweisen für verschiedene Disziplinen ermöglicht (vgl. Deppermann 2001: 7). Der Wert des Gesprächs ist im psychoanalytischen und psychotherapeutischen Kontext unumstritten. Um Angsterkrankungen in Zukunft

schneller diagnostizieren und effektiver therapieren zu können, ist auch das Potenzial einer fundierten linguistischen Analyse zu nutzen.

### 1.1 Zu einer linguistischen Betrachtung von Angsterkrankung

Ausgangspunkt dieser empirisch ausgelegten Arbeit ist die Grundauffassung, dass die (narrative) Rekonstruktion von Panikerfahrungen und die (narrative) Auseinandersetzung mit der eigenen Angsterkrankung im Gespräch kommunikativen Regeln folgt und daher für sprachwissenschaftliche Analysen fruchtbar ist (vgl. Günthner 2006).

#### Tina I

125 Ti JA dit muß man sich SO vorstellen,  
126 als WENN da einer oben en ZAHNputzbecher, (-)  
127 mit WASSer,  
128 aufn KOPF stellt,  
129 und den UMkippt.  
130 und DIEses wasser RUNterläuft.  
131 ÜBERN körper.  
132 Ju <<erstaunt> ahha?>  
133 Ti .h son jeFÜHL hab ick DANN.  
134 Ju <<erstaunt> ahha?>  
135 Ti ick KANNS nich anders beSCHREIben;<sup>1</sup>

Tina ist Agoraphobie-Patientin. Dies ist ihr Versuch, in Worte zu fassen, was die meisten Menschen nicht kennen: einen Angstanfall.

Die Kommunikation dieser äußerst subjektiven Erfahrung scheint für Tina ein interaktives Problem darzustellen. Ihr Gegenüber verfügt offenbar nicht über entsprechende Erfahrungswerte und begegnet ihren Ausführungen mit Erstaunen (132 und 134). Der Vergleich, den Tina zur Veranschaulichung ihrer Empfindungen herangezogen hatte, wird daraufhin von ihr kommentiert: "ick KANNS nich anders beSCHREIben" (135) und so implizit als unzureichend bewertet. Eine typische Kommunikationssituation in Gesprächen mit Angstpatienten.

Außer Tina wird noch drei weiteren Angstpatienten das Wort erteilt. Sie alle begegnen den interaktiven Problemen wie Erfahrungsdifferenzen sowie

---

<sup>1</sup> Die Transkriptionskonventionen befinden sich im Anhang.

kommunikativen Schwierigkeiten bei der Emotionsvermittlung und der Darstellung von (subjektiver) Extremerfahrung auf vielfältige Weise.

In den Erzählungen werden dabei bestimmte Theorien über die Angsterkrankung sowie über die eigene Identität vermittelt.

Das Interesse dieser Arbeit gilt der Frage, wie Angstpatienten ihre Darstellung sprachlich organisieren. Der analytische Schwerpunkt liegt damit nicht allein auf dem Inhalt, sondern vor allem auf den sprachlichen Formen und Methoden der Darstellung. Die gesprächsanalytische Betrachtung empirisch erhobenen Materials soll Antworten auf folgende Fragen finden:

Mit welchen Problemen sehen sich die Sprecher<sup>2</sup> bei der Kommunikation ihrer Panikerfahrung konfrontiert, und welche Strategien werden daraufhin entwickelt? Welche sprachlichen Verfahren spielen eine Rolle in Angsterzählungen? Welche sind typisch oder charakteristisch? Und gibt es tatsächlich eine "Sprache der Panik"?

Welche Konzepte und Theorien transportiert und birgt die Art und Weise der Darstellung? Was lässt sich über das Ich erfahren, was über die Panik?

Sind Panikanfälle erzählbar und welche kommunikativen und interaktiven Ziele verfolgen und erreichen die Sprecher in der Erzählung: Informationsvermittlung? Erklärung? Empathie? Katharsis oder Bewältigung?

Diese Arbeit zielt auf drei Bereiche. Sie fragt zum einen nach der Art und Weise der rhetorischen Darstellung von Panikerfahrungen in der Interaktion, außerdem nach der Art und Weise der Dar- und Herstellung von Identität und schließlich nach der Konzeptualisierung von Panik.

Ziel ist die Rekonstruktion und Interpretation der sprachlichen Verfahren und Konzepte in Gesprächen über Panik.

## **1.2 Vorgehen der Untersuchung**

Im folgenden theoretischen Teil der Arbeit wird zunächst die methodische Konzeption der Studie erläutert. Der linguistisch-interaktionsanalytische Ansatz, der

---

<sup>2</sup> Aus Gründen der Lesbarkeit wird in dieser Arbeit das maskuline grammatische Genus zur Personenbezeichnung (Sprecher/Sprecherin, Erzähler/Erzählerin, Patient/Patientin etc.) verwendet, sofern nicht auf eine spezielle Person Bezug genommen wird. In diesem Fall

hier vertreten wird, ist methodologisch innerhalb des weiträumigen Forschungsfeldes der linguistischen Gesprächsforschung verortet. Zur genaueren Ausdifferenzierung werden die zentralen theoretisch-methodischen Prämissen der linguistischen Gesprächsanalyse sowie die erzähltheoretischen Annahmen über spezifische Merkmale und Leistungen der Erzählung, die sich an mein methodisches Vorgehen binden, einführend vorgestellt.

Erzählungen haben für die zugrunde liegende Fragestellung einen besonderen Wert: Diese Arbeit fasst sie als Ressource wissenschaftlichen Erkenntnisgewinns auf und orientierte sich daher bei der Datenerhebung am Verfahren des narrativen Interviews.

Die Rekonstruktion der sprachlichen Verfahren in Panikdarstellungen erfolgt vor dem Hintergrund eines Forschungsüberblickes, in dem relevante Arbeiten aus den Gebieten "Sprache und Emotion", sowie "Gesundheitskommunikation" vorgestellt werden. Um eine Verstehensgrundlage zu schaffen, die einen angemessenen Umgang mit der Fragestellung erlaubt, werden zuvor die Begriffe Angst, Angststörung und Agoraphobie eingeführt und relevante medizinische Grundkenntnisse vermittelt.

Im empirisch-analytischen Hauptteil werden zunächst spezifische Darstellungsverfahren zur Vermittlung von Panikerfahrungen rekonstruiert und analysiert.

Gemäß einer gegenstandsbezogenen Methodik<sup>3</sup>, handhabt diese Arbeit ihre methodischen und theoretischen Grundlagen flexibel. Sie werden sinnvoll kombiniert und ergänzt: Vor dem Hintergrund eines soziolinguistischen und diskursiv-psychologischen Identitätsbegriffs werden Zusammenhänge von Krankheit und Identität untersucht und nach der Art und Weise der Ich-Konstruktion in der Interaktion gefragt.

Um der Frage nach der Konzeptualisierung von Panik nachzugehen, wird das gesprächsanalytische Vorgehen mit dem kognitiven Metaphernbegriff kombiniert. Das Panikkonzept wird mit ähnlichen Konzepten verglichen, Unterschiede herausgearbeitet.

---

erscheint es mir angemessener, entweder das entsprechende Pseudonym oder das korrekte grammatische Genus zu verwenden.

Eine abschließende Beispielanalyse illustriert das Zusammenwirken unterschiedlicher Darstellungspraktiken im Kontext der Gesamterzählung. Die exemplarische Analyse führt zum Ausgangsplädoyer meiner Arbeit zurück, das den Wert von Erzählung und Gespräch propagiert. Relevanz und Wert der "erzählenden Verarbeitung" werden daher auch am empirischen Material diskutiert.

Das Resümee fasst die Analyseergebnisse zusammen. Abschließend werden Überlegungen zur Anbindung an die therapeutische Praxis sowie zur differentialdiagnostischen Relevanz der Untersuchung angestellt und zur Diskussion gestellt.

Der Anhang enthält die Transkripte zu den analysierten Gesprächen sowie zwei Grafiken auf die in den Kapiteln 5.2.2 und 7.2 zurückgegriffen wird<sup>4</sup>. Außerdem sind drei Audio-CDs mit allen Gesprächen in Originallänge beigelegt.

Nicht alle Sprecher erklärten sich zu einer über diese Arbeit hinausgehenden Bearbeitung des Materials einverstanden. Ich bitte deswegen darum, es vertraulich zu behandeln.

## **2 Methodik**

### **2.1 Grundlagen der linguistischen Gesprächsanalyse**

Die Gesprächsanalyse (GA) übernimmt zentrale theoretische Prämissen sowie methodische und analytische Kriterien der amerikanischen Konversationsanalyse (KA)<sup>5</sup>. Sie erweitert "das konversationsanalytische Gerüst" jedoch entscheidend, indem auch Aspekte der "*interaktionalen Soziolinguistik*, der *discursive psychology* und der *grounded theory*" einbezogen werden (Deppermann 2001: 10; kursiv im Orig.). Vor allem erlaubt der gesprächsanalytische Ansatz den Einbezug ethnographischer Daten sowie die Berücksichtigung von Kontextfaktoren und verschiedenen Wissensbeständen. Auch das von Deppermann vorgeschlagene

---

<sup>3</sup> Bergmann spricht von einer "gegenstandsadäquaten Methodisierung" (1994: 9).

<sup>4</sup> In Einzelfällen kann der Anhang (eingeschränkt) bei der Autorin angefragt werden.

Variationsverfahren, das auf gedanken-experimentellen Überlegungen beruht, bedeutet eine Bereicherung im Analyseprozess, den die klassische Konversationsanalyse ablehnt (Deppermann 2001: 84-93).

Vor dem Hintergrund einer Fragestellung, die weniger die formalen Mechanismen der Gesprächsorganisation<sup>6</sup>, sondern das funktionale Zusammenspiel interaktiver Phänomene im inhaltlichen Kontext der Bearbeitung einer übergeordneten Kommunikationsaufgabe (Kommunikation von Panikerfahrung) fokussiert, sind diese Erweiterungen maßgeblich<sup>7</sup>. Desweiteren erfordert die Untersuchung subjektiver Erlebnisinhalte generell den Einbezug hintergründiger Wissensquellen.

Zentrales Interesse der Gesprächsanalyse<sup>8</sup> gilt den

*Gesprächspraktiken*, mit denen die Gesprächsteilnehmer Gesprächsaufgaben, Probleme und Ziele unterschiedlichster Art und auf verschiedenen Ebenen der Interaktionskonstitution bearbeiten. Zur Explikation einer Gesprächspraktik gehört daher die genaue Darstellung, *wie* Gesprächsteilnehmer handeln, und die Rekonstruktion ihrer Funktion, *wozu* also das Handeln dient. (Deppermann 2001: 10)

Den gesprächsanalytischen Forschungsprozess charakterisiert dabei ein strenges Empirieverständnis, das zum einen die "materialgestützte" Entwicklung von Fragestellungen und Hypothesen fordert und zum anderen die streng "rekonstruktive" Grundhaltung des Forschers voraussetzt (Deppermann 2001: 19). Das führt dazu, "dass die Entwicklung der Untersuchungsfragestellungen und der Gewinn von Erkenntnissen über Gesprächsstrukturen miteinander Hand in Hand

---

<sup>5</sup> Für eine ausführliche Einführung in die Konversationsanalyse sei z.B. auf Heritage (1995) und ten Have (2000) verwiesen. Betreffend konkreter Inhalte und Fachbegriffe auf Sacks/Schegloff/Jefferson (1974).

<sup>6</sup> Nach dem Prinzip "there is order at all points" (Sacks 1984) untersucht die klassische Konversationsanalyse vor allem formal-strukturelle Mikromechanismen der Gesprächsorganisation, wie Sprecherwechsel (Sacks/Schegloff/Jefferson 1974), Praktiken der Gesprächseröffnung und -beendigung (Schegloff/Sacks 1973) und Reparaturen (Schegloff/Jefferson/Sacks 1977; Schegloff 1968).

<sup>7</sup> Obwohl die Begriffe "Gesprächsanalyse" und "Konversationsanalyse" häufig synonym verwendet werden, ziehe ich es hier vor, ausschließlich von "Gesprächsanalyse" zu sprechen. So werden Unterschiede betont und Verwechslungen ausgeschlossen. "Gesprächsanalyse" bezeichnet dann sowohl den Forschungsansatz allgemein, als auch das Analyseverfahren an sich.

<sup>8</sup> Ich beschränke mich hier auf die Einführung wesentlicher und tatsächlich relevanter Aspekte und verweise deswegen auf die ausführlichere Darstellung von Deppermann (2001),

gehen" (2001: 13) und die Explikation der Fragestellung bereits ein "wichtiges Forschungsresultat" an sich ist (2001: 20). Die Gesprächsanalyse arbeitet nicht mit standardisierten Analyseprozeduren, sondern mit induktiv gewonnenen Heuristiken, die dem Material und dem Forschungsinteresse anzupassen und als methodische Hilfen zu verstehen sind. Als der interpretativen, qualitativen Sozialforschung zugehörig stellt die Gesprächsanalyse so eine "*gegenstandsfundierte Methodik*" (2001: 9) zur Untersuchung des *Wie und Wozu* von Gesprächspraktiken in der Interaktion bereit.

Die Grundprinzipien ihrer methodischen Orientierung folgen aus der Übernahme zentraler Prämissen der Konversationsanalyse. Für vorliegende Ausführungen sind das Prinzip der *Interaktivität*, der *Sequenzialität* und die *display rule* relevant: Gespräche werden als koordinierte Formen sozialen Handelns aufgefasst, in der soziale Wirklichkeit gemeinsam, also interaktiv durch die Interaktionspartner hergestellt wird. Interaktivität meint dabei nicht allein die aktive Teilnahme am Gespräch, sondern auch die Ausrichtung der Äußerungen auf das Gegenüber.

Das *Sequenzialitätsprinzip* besagt, dass Äußerungen in einem zeitlichen Nacheinander auftreten, immer in Bezug auf Vorangegangenes platziert werden und gleichzeitig einen Erwartungsrahmen für Folgeäußerungen öffnen. Damit wird zum einen der zeitlichen Strukturiertheit von Gesprächen insgesamt Rechnung getragen und darüber hinaus für die sequenzielle und kontextuelle Bedingtheit und (Bedeutungs-)Abhängigkeit einer jeden Äußerung sensibilisiert. Bedeutung und Funktion von Sprechhandlungen werden diesen beiden Prinzipien zufolge als gemeinsam hervorgebracht und interaktiv ausgehandelt aufgefasst. Dementsprechend sind sie als "*relationale Aktivitäten*" in Gesprächssequenzen zu untersuchen. In der Analyse ist "dem Interaktionsprozess *ohne Auslassung* Äußerung für Äußerung" zu folgen (Deppermann 2001: 54), um die Ordnungsprinzipien sowie letztendlich den wechselseitigen Verstehens- und Interpretationsprozess in der Interaktion nachzuvollziehen<sup>9</sup>.

Eng damit verknüpft ist die *Display-These*, die davon ausgeht, dass Gesprächsteilnehmer sich gegenseitig laufend signalisieren und "*aufzeigen*"

---

die auch ich, sofern nicht anders angegeben, in diesem Kapitel zitiere. Kursiv gedruckte Passagen sind auch im Originaltext hervorgehoben.

(Deppermann 2001: 50), wie sie einander verstehen und wie sie interpretiert werden wollen. Auf diese Weise tritt der Prozess der interaktiven Herstellung sozialer Wirklichkeit, die interaktive Hervorbringung von Handlungstypen und Intersubjektivität an die Gesprächsoberfläche und wird dort für den Analytiker sichtbar und beschreibbar<sup>10</sup>.

Gegenstandsverständnis, theoretische Prämissen, Empirieauffassung und Forschungsinteresse der Gesprächsanalyse ziehen grundsätzlich folgende Arbeitsabläufe nach sich, in denen die genannten Prämissen methodisch gewendet werden: die Dokumentation natürlicher Gespräche, ihre Transkription, die Analyse und die Präsentation der Ergebnisse.

Die Aufzeichnung möglichst natürlicher und authentischer Gespräche ist die "*unverzichtbare Datengrundlage*" (Deppermann 2001: 21) der Gesprächsanalyse. Das Transkript, also die "'demütige' Verschriftung von Details" (Deppermann 2001: 40), erfasst über den Wortlaut hinaus den sequenziellen Verlauf der Äußerungen und gibt sprachliche, stimmliche sowie para- und nonverbale Phänomene detailliert wieder, ohne das Material in irgendeiner Weise zu verfälschen.

Die Analyse, also "die Untersuchung von Ton- oder Videoaufnahme und Transkript" (Deppermann 2001: 49) sieht zunächst die "detaillierte Sequenzanalyse einzelner Gesprächsausschnitte" (Deppermann 2001: 53-78) vor. Dieses Vorgehen korrespondiert methodisch mit dem Konzept der Sequenzialität von Gesprächen. In der Sequenzanalyse werden "heuristische Fragen", an das Material herangetragen und so erste Interpretationen und Hypothesen entwickelt, die in der "fallübergreifenden Analyse" (Deppermann 2001: 94-104) dann abgeglichen, geprüft und ausgearbeitet werden können.

Die methodische Wendung des Prinzips der interaktiven Herstellung sozialer Wirklichkeit fordert, die Analysekategorien datengeleitet zu "entdecken" und nicht

---

<sup>9</sup> Vgl. hierzu z.B. Schegloff (1984: 31).

<sup>10</sup> Vgl. Schegloff 1984: "It is that coparticipants in conversation operate under the constraint that their utterances be so constructed and so placed as to show attention to, and understanding of, their placement. That means that utterances, or larger units, are constructed do display to coparticipants that their speaker has attended a last utterance, or sequence of utterances, or other units, and that this current utterance, in its construction, is placed with due regard for where it is occurring". (1984: 37)

im Vorfeld festzuschreiben. Damit verbindet sich in der klassischen Konversationsanalyse auch die Forderung, das Material nicht vor dem Hintergrund eines konkreten Forschungsinteresses zu sichten, sondern auf dem Weg der "unmotivated examination" (Sacks 1984: 27). Die hier zugrunde liegenden Daten wurden bereits im Hinblick darauf erhoben, etwas über Angststörungen zu erfahren, und auch mit diesem Interesse gesichtet. Dennoch folgt diese Arbeit dem datengeleiteten Anspruch und sichtet das Material zunächst unter Verzicht auf fixe Analyse Kriterien und Kategorien.

Der gesprächsanalytische Ansatz erlaubt damit die inhaltlich-funktionale Analyse sprachlicher Verfahren in Panikdarstellungen unter Rückgriff auf das konversationsanalytische Beschreibungsinstrumentarium sowie ihrer analytischen Grundprinzipien. Außerdem eröffnet der gesprächsanalytische Ansatz die Möglichkeit, die gewonnenen Analyseergebnisse unter Einbezug spezifischen Kontextwissens auch in Bezug auf mögliche Anwendungsperspektiven zu diskutieren. Hier verpflichten reformerische Ambitionen

Gesprächsforschung nicht einfach nur [...] *anzuwenden*, sondern [...] insbesondere bei der Auswertung mögliche Anwendungsperspektiven der gesprächsanalytischen Ergebnisse zu verdeutlichen. (Schwabe 2004: 15; kursiv im Orig.)

## **2.2 Grundannahmen der Erzähltheorie: Erzählungen und ihr Wert**

Das narrative Diskursmuster ist für die Darstellung von Emotionen und subjektiven Erfahrungen prädestiniert<sup>11</sup>. "Erleben offenbart sich in Narrationen", fasst Surmann (2005: 123) diese spezielle Eigenschaft von Erzählungen zusammen und benennt damit ein wesentliches Argument für die methodische Grundausrichtung dieser Untersuchung.

Mit dem Erzählen verbinden sich darüber hinaus grundsätzliche Bedingungen und Aufgaben, so dass die Grundvoraussetzungen mündlichen Erzählens ein hohes

---

<sup>11</sup> Vgl. dazu auch Fiehler (1990: 230-239), Bloch (1996), Drescher (2003: 189-195) und Günthner (1997).

Erkenntnispotential versprechen: zum einen für den Erzähler selbst<sup>12</sup>, aber auch für jede Art von Forschung, die sich mit "subjektiven Erfahrungswelten" befasst (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 9).

Bevor diese beiden Punkte näher beleuchtet werden, sollen der vorausgesetzte Erzählbegriff sowie konstitutive Merkmale des relevanten Erzähltyps, erläutert werden:

Das Erzählen von vergangenen Erlebnissen und Erfahrungen verlangt, sich in einer aktuellen Kommunikationssituation konstruktiv mit der Vergangenheit auseinander zu setzen (vgl. Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 19). Dies kann darstellerisch auf unterschiedliche Art und Weise geschehen: "(szenisch-) episodisch" oder "iterativ" (vgl. Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 145-159 und Gülich 2005a: 77). Vor diesem Hintergrund wird zunächst bewusst<sup>13</sup> ein relativ weit gefasster Erzählbegriff "wie im alltäglichen Gebrauch als Überbegriff für alle narrativen Formen" gewählt (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 19).

Mit der thematisch-inhaltlichen Ausrichtung der hier behandelten Gespräche, in denen Agoraphobie-Patienten über ihre Krankheit und konkrete Anfallserfahrungen erzählen, ergibt sich ein Erzähltypus-Hybrid aus "Krankheits Erzählung" und "autobiografischer Erzählung". Wir haben es mit dem "Erzählen von Selbsterlebtem" zu tun,

das über die Erzählsituation hinaus biografische Bedeutung hat und in dem die erzählende Person etwas für sie Wichtiges im Hinblick auf sich selbst, ihre Erfahrung und ihre Weltsicht ausdrückt. (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 20)

Gleichzeitig vermitteln diese Erzählungen Hinweise auf "die Art und den Grad der Krankheitsverarbeitung" oder können "zur Krankheitsverarbeitung beitragen" (Gülich 2005a: 73).

Im Erzählprozess erhalten vergangene Ereignisabfolgen Struktur, Sinn und Bedeutung

---

<sup>12</sup> Lucius-Hoene spricht in diesem Zusammenhang von der "autoepistemische(n) Funktion des Erzählens" (1998: 17).

<sup>13</sup> Vgl. dazu Bergmann, der die Befürchtung äußert, dass man durch "die Analyse der vielfältigen Formen der Rekonstruktion vergangener Ereignisse und Erfahrungen möglicherweise behindert" werde, "wenn man dabei zu sehr auf das Konzept der Erzählung fixiert bleibt" (2000: 206).

durch die Grundoperationen der *Segmentierung* des Ereignisflusses, der *Selektion* von Elementen, ihrer *Linearisierung* in aufeinanderfolgenden Sätzen und der *Bedeutungszuweisung*. (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 21; kursiv im Orig.)

Durch das "Emplotment" wird etwas, das in irgendeiner Weise "den normalen Ablauf der Dinge" (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 22) stört oder unterbricht, relevant gesetzt. Der Plot organisiert die Erzählung hinsichtlich der Relevanzen einzelner Elemente, deren Bezug zueinander und ihrer resultativen Verknüpfung. Er überführt sie in ein "*Setting*" und "stiftet *Kohärenz*" (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 22; kursiv im Orig.).

Erzählungen beinhalten immer evaluative Komponenten<sup>14</sup>, die bestimmte Ansichten und Emotionen des Erzählers transportieren. Während des Erzählens kann der Erzähler auf einen anderen Erkenntnis- und Erfahrungshorizont zurückgreifen, als er es zum Zeitpunkt des Erlebens konnte ("doppelte Zeitperspektive", Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 24). Ein vergangenes Geschehen kann daher entweder aus der (Erkenntnis-) Perspektive der erzählten Zeit dargestellt und gegebenenfalls szenisch "re-inszeniert" werden oder aus dem Blickwinkel der Erzählzeit. Gesamtaussage und Wirkung der Erzählung werden dadurch entscheidend beeinflusst.

Im Erzählprozess bieten sich dem Erzähler Möglichkeiten der "narrativ entfalteten Selbstkategorisierung" (Drescher 2003: 192), der Gewichtung, Deutung, Verarbeitung, und (Re-)Interpretation der eigenen Erfahrungswelt und der eigenen Identität. Erzählt werden "kognitive Geschichten" (Quasthoff 1980). Diese "bilden die Welt nicht ab, sondern sind kreative Modelle oder mimetische Darstellungen unseres Verständnisses von ihr auf dem Hintergrund unserer Erwartungen, Erfahrungen und Bedürfnisse" (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 29)<sup>15</sup>.

Der programmatische Anspruch, Angsterkrankung zu verstehen und verstehen zu helfen, erkennt in den Erzählungen von Betroffenen einen besonderen Wert.

Es wird davon ausgegangen, dass Erzählungen als "emotionsintensive kommunikative Aktivitäten" (Fiehler 2001: 1436) prädestiniert sind für die

---

<sup>14</sup> Bereits in den klassischen Arbeiten zur "Normalform" mündlicher Erzählungen von Labov und Waletzky wird diesem Punkt durch die Rede von der "Evaluation" Rechnung getragen (vgl. 1967: 114ff.).

<sup>15</sup> Vgl. auch Capps/Ochs (1995): "We view stories not as flawed renditions of reality but as windows into individual and collective theories of reality" (1995: 21).

Darstellung von Emotionen und subjektiven (Panik-)Erfahrungen. Die Erzählkommunikation bietet den Sprechern eine Plattform und erlaubt sogar "eine Überwindung von Unbeschreibbarkeitsproblemen".

Mitunter (eventuell sogar regelhaft) werden durch Erzählungen Dinge unverhofft sagbar, die durch Fragen nicht in Erfahrung zu bringen wären oder auch nie ‚von sich aus‘ gesagt würden [...]. (Surmann 2005: 127)

Erzählungen führen den Analytiker "unmittelbar in das Zentrum der subjektiven Erfahrungen und Sichtweisen" des Erzählers (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 9) und damit zu Erkenntnissen über höchst subjektive, schwer vermittelbare und nur bedingt nach-vollziehbare Erlebnisinhalte.

Der Grund dafür sind besondere Anforderungen und Zugzwänge, denen der Erzähler bei der Rekonstruktion vergangener Ereignisse gerecht werden muss. Obwohl das Erzählen eine Grundform alltäglicher Kommunikation ist (vgl. Gülich/Hausendorf 2000), bedeutet die Rekonstruktion von Vergangenen im Narrativ eine große Herausforderung für den Erzähler. Er muß dabei sowohl kommunikative, rekonstruktive als auch mentale Leistungen erbringen (vgl. Gülich/Hausendorf 2000: 369) und wird im Erzählprozess ständig mit neuen Aufgaben konfrontiert: Zunächst muss er sich an ein vergangenes Ereignis überhaupt erinnern. Dabei vollzieht sich Erinnerung

als selektiver, konstruktiver und aktiver Prozess des Zugriffs auf Information zu einem Geschehen, die bereits selektiv kodiert, partiell vergessen und vielfältig transformiert wurde. Dieser Prozess wird wesentlich von der aktuellen Situation, in der erinnert wird, mitbestimmt. Unsere Gedächtnisleistungen unterliegen Prozessen wie kognitiven Verzerrungen und Elaborationen zur Einordnung in bekannte Schemata, emotionalen Bedürfnissen und Zwängen, motivationalen Faktoren und Zielen, die sich kontinuierlich im Lauf unseres Lebens wie auch im Moment des Erzählens auswirken. (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 30)

Diese Erinnerungen im zweiten Schritt zu versprachlichen, bedeutet für den Erzähler die Bewältigung neuer narrationsspezifischer Aufgaben, die als die Bearbeitung folgender interaktiver Aufgaben oder "Jobs"<sup>16</sup> aufzufassen sind:

(1) Darstellen von Inhalts und/oder Formrelevanz, (2) Thematisieren, (3) Elaborieren/Dramatisieren, (4) Abschließen und (5) Überleiten. (Quasthoff 1996: 133)<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> Vgl. auch Quasthoff (2001).

Im narrativen Darstellungsprozess entstehen grundsätzlich Zugzwänge, die während des Erzählens auf den Narrator einwirken und denen er gerecht werden muss. Schütze (1982: 572ff.) und Kallmeyer/Schütze (1977: 188ff.) unterscheiden zwischen "Detaillierungs-", "Gestaltschließungs-" und "Kondensierungszwang".

Er [der Erzähler] muss im Erzählprozess ständig zwischen den Forderungen der Sinnbildung (Gestaltschließungszwang), der Darstellungsökonomie und der Prägnanz seiner Geschichte (Kondensierungszwang) und der Plausibilisierung und Verständigung (Detaillierungszwang) vermitteln. (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 36)

Das Zusammenwirken der dargestellten Faktoren, die den Erzählprozess sowie Inhalt und Konzeption der Erzählung maßgeblich bestimmen, führen dazu, dass in dem "Konstrukt Erzählung" Aspekte und Relevanzen zum Ausdruck, die sonst unerkannt oder unbeachtet blieben<sup>18</sup>.

### **2.3 Das narrative Interview als Forschungsinstrument**

Diese Arbeit will Erzählungen instrumentell nutzen, um ihrer Fragestellung und ihrer programmatischen Orientierung gerecht zu werden. Das war bereits bei der Wahl des Datenerhebungsverfahrens entscheidend: Das narrative Interview ist ein Erhebungsinstrument aus der qualitativen Sozialforschung und wurde Ende der 1970er Jahre von dem Soziologen Fritz Schütz entwickelt (Schütz 1976 und 1977). Es nutzt Erzählungen "als Mittel wissenschaftlicher Methodik" (Rosenthal/Fischer-Rosenthal: 458) und zeichnet sich als eine Variante qualitativer Interviews durch die Möglichkeit aus,

Situationsdeutungen oder Handlungsmotive in offener Form zu erfragen, Alltagstheorien und Selbstinterpretationen differenziert und offen zu erheben, und durch die Möglichkeit der diskursiven Verständigung über Interpretationen [...]. (Hopf 2004: 350)

---

<sup>17</sup> Gülich/Hausendorf (2000) weiten dieses Konzept aus und fassen die "Jobs" als allgemeine Aufgaben der Erzählung, unabhängig von ihrer medialen Konstituiertheit, auf.

<sup>18</sup> Auch Hopf betont: "Befragte, die frei erzählen, geben hierbei gegebenenfalls auch Gedanken und Erinnerungen preis, die sie auf direkte Fragen nicht äußern können oder wollen. Erklärt wird dies aus den ‚Zugzwängen‘ des Erzählens" (2004: 357).

Narrative Interviews stehen in der Sozialforschung häufig im Kontext der Biografie-forschung und stellen hier vor allem die empirische Grundlage zur "Rekonstruktion narrativer Identität" dar (vgl. Lucius-Hoene/Deppermann 2004).

Die besondere Form der Interviewführung sieht die Elizitierung einer Stegreiferzählung durch eine erzählgenerierende Eröffnungsfrage vor (vgl. Hopf 2004: 355f.). Auf die autonom entwickelte Erzählung durch den Befragten folgt ein "Nachfragen-Teil" durch den Interviewer (Hopf 2004: 355f.).

Die vorliegende Arbeit orientierte sich bei der Datenerhebung an dieser Technik: Die freie und zurückhaltende Form der Interviewführung wurde beibehalten, sah jedoch die (narrative) Bearbeitungen einer bestimmten Thematik vor. Ziel der Gesprächsführung war die Elizitierung von Erzählungen, die die Agoraphobie der Sprecher, etwaige Panikanfälle und damit verbundene Erlebnisse thematisieren und narrativ bearbeiten.

Dabei erwies sich stellenweise die Orientierung an einem flexibel eingesetzten Gesprächsleitfaden als nützlich. So konnten Fragen nach dem ersten, letzten oder schlimmsten Panikanfall den Interviewten Orientierungshilfen bieten.

Damit handelt es sich damit nicht um narrative Interviews im klassischen Sinne. Vielmehr wurde eine Gesprächssituation angestrebt, die die narrative Bearbeitung und Rekonstruktion von Angst und Panik fördern sollte. Dazu wurden in Anlehnung an die Technik narrativer Interviews möglichst günstige Kommunikationsbedingungen geschaffen, die sich sowohl auf den Erzähler, als auch auf die Erkenntnisoptionen positiv auswirken: Den Informanten galt jeweils das vornehmliche Rederecht. Sie bestimmten den Gesprächsverlauf maßgeblich und konnten Erzählungen ungehindert und frei entfalten. Abgesehen von diversen Vorgesprächen waren sich die beiden Interaktanten fremd und es gab grundsätzlich keine zeitlichen Beschränkungen oder Vorgaben. Das regte die Vollständigkeit der Darstellungen und die Kohärenzherstellung an. Alle Gespräche wurden am Telefon geführt, so dass die Erzähler ihre Anonymität gewahrt sehen konnten, was in Hinblick auf die hier behandelte Thematik entscheidend ist.

So entstand das Gesprächskorpus, das die Datenbasis für die hier angestrebte Analyse von Panikdarstellungen darstellt.

## 2.4 Datenkorpus

Das Datenkorpus besteht aus den Aufnahmen von fünf Telefongesprächen<sup>19</sup> – (modifizierten) narrativen Interviews – zwischen der Autorin und den Agoraphobie-Patienten Thomas, Tina, Jana und Pascal. Die Namen der Patienten<sup>20</sup> sowie persönliche Angaben (Wohnort etc.) wurden in den Transkripten anonymisiert.

Die durchschnittlich einstündigen Gespräche wurden im Zeitraum 2004 bis 2006 aufgezeichnet. Mit Tina wurde fast zwei Jahre nach der ersten Aufnahme ein zweites Gespräch geführt und ebenfalls aufgenommen<sup>21</sup>.

Die Gespräche entstammen keinem institutionellen Kontext. Die Kontakte kamen über Internetforen für Angstpatienten zustande, in denen gezielt nach Agoraphobie-Patienten gesucht wurde, die zu einem längeren Gespräch bereit waren. Thomas, Tina, Jana und Pascal stimmten einem solchen Gespräch sowie seiner Aufzeichnung zu. Es handelt sich nicht um Erstgespräche. Alle Sprecher wurden in Vorgesprächen vorbereitet und über die inhaltliche Ausrichtung der Gespräche aufgeklärt. In vielen Fällen entstand ein besonderes Vertrauensverhältnis, das die Kommunikationsform prägte und u.a. die "Du"-Anrede erklärt.

In dieser Studie sind verschiedene Altergruppen und unterschiedliche Krankheitsverläufe von jeweils beiden Geschlechtern vertreten<sup>22</sup>:

	<i>Thomas</i>	<i>Tina I</i>	<i>Tina II</i>	<i>Jana</i>	<i>Pascal</i>
<i>Diagnose</i>	Agoraphobie, Sozialphobie	Agoraphobie		Agorapho- o-bie, Zwangs- handlun- gen	Agoraphobie, (Herzphobie)

<sup>19</sup> Zugegebenermaßen ist die Kommunikation von Panik, sowie von Emotionen insgesamt eine "holistische" Angelegenheit, in der auch gestische und mimische Aspekte relevant sind. Diese können hier auf Grund der telefonischen Datengrundlage nicht berücksichtigt werden. Den Sprechern stehen in der telefonischen Kommunikationssituation weder gestische, noch mimische Ressourcen zur Verfügung. Sie sehen sich allein auf ihre sprachlichen und erzählerischen Kompetenzen zurückgeworfen, so dass die Rekonstruktion und Analyse der sprachlichen Verfahren in Panikdarstellungen hier besondere Ergiebigkeit verspricht.

<sup>20</sup> Eine Ausnahme stellt Tina dar, deren namentliche Nennung vereinbart wurde.

<sup>21</sup> Die Daten aus dem Jahre 2004 wurden im Rahmen eines Seminars zu dem Thema "Sprache und Emotion" erhoben und stellten die Grundlage für eine Hausarbeit dar.

<sup>22</sup> Angaben zur Diagnose, sowie zu Krankheits- und Therapieverläufen entnehme ich ausschließlich den Aussagen der Befragten. Alle Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt des Gesprächs. Altersangaben werden auf Wunsch einiger Personen nicht gemacht.

<i>Krankheitsdauer</i>	½ Jahr	12 bzw. 14 Jahre		5 Jahre	22 Jahre
<i>Therapie</i>	Gesprächstherapie seit zwei Monaten	Verhaltenstherapie; Psychoanalyse seit einem bzw. drei Jahren		Vor einem Jahr Beendigung einer zwei Jahre andauernden Therapie	Stationäre Aufenthalte, ambulante Therapien, Konfrontationstherapien; vor vier Jahren Abbruch der letzten ambulanten Therapie
<i>Gesprächsdatum</i>	18.02.04	20.02.04	19.11.05	20.02.04	03.03.06
<i>Aufnahmedauer (Min:Sek)</i>	35:11	45:54	47:21	42:19	90:00
<i>Transkript (ca.)</i>	29 Min.	25 Min.	30 Min.	17 Min.	45 Min.

Das Interesse, die Angsterkrankung Agoraphobie zu verstehen, war Ausgangspunkt der Untersuchung. Vor diesem Hintergrund wurden aus den Aufzeichnungen von insgesamt 4 ½ Stunden Gespräch aus jedem Telefonat Sequenzen ausgewählt und Basistranskriptionen nach erweiterten GAT-Konventionen (Selting et al. 1995) erstellt. Anhand diesen Materials wurde die Fragestellung präzisiert und die Analyseschwerpunkte und -kategorien entwickelt. Diese konnten teilweise im Rahmen von Gruppenanalysen diskutiert und erprobt werden. Das Datenkorpus aus dem Jahre 2004 wurde systematisch erweitert und bereits vorliegende Transkripte gezielt ergänzt.

### **3 Forschungsüberblick: Angst in Medizin und Linguistik**

#### **3.1 Angst, Angststörung und Agoraphobie: Eine Einführung**

Als menschliche Emotion und besonders als pathologischer Affekt sind Ängste vorwiegend Gegenstand der Medizin, der Psychologie und der psychiatrischen Forschung. Aber die Empfindung von Angst ist ein alltägliches Phänomen und wohl niemandem fremd.

Das Erleben von Angst gehört zum Wesen des Menschen – jeder Mensch kennt das Gefühl von Angst. (Hippius 1999: Vorwort)

In ihrer uns geläufigen Ausprägung hat Angst sogar eine lebensnotwendige und überlebenssichernde Funktion. Sie stellt "eine elementare, zum Überleben notwendige Alarmreaktion" dar (Strian 2003: 7), die den Körper in eine Art Aktionsbereitschaft versetzt, seine Reaktionsgeschwindigkeit steigert und den schnellen, weil automatischen Ablauf von Handlungen ermöglicht (vgl. Morschitzky 1998: 1). Durch die Angstreaktion kann also eine reale Bedrohung als solche erkannt und schnelles Handeln ermöglicht werden.

In anderen Kontexten steht das Empfinden von Angst sogar im Zusammenhang mit Lust und Nervenkitzel. Das Lesen eines Krimis etwa oder die Fahrt in einer Achterbahn rufen "eine Art Lustspannung" (Schmidt-Traub 2005: 6) hervor, die auf die Empfindung von "Angst in mildem Ausmaß" (Schmidt-Traub 2005: 6) zurückgeht.

Pathologische Angst hingegen ist eine "eskalierte, verselbstständigte" Angst (Strian 2003: 9)<sup>23</sup>. Sie steht "entweder in Diskrepanz zur aktuellen Bedrohungssituation oder (tritt) überhaupt losgelöst von äußeren Bedingungen" auf und unterscheidet sich "durch ihre Intensität, Dauer und 'Unangemessenheit' zum situativen Kontext" von normaler Angst (Strian 2003: 10).

In internationalem Konsens werden derzeit sieben Angststörungen diagnostiziert (vgl. Schmidt-Traub 2005: 12). Zu den häufigsten zählen spezifische Phobien, die soziale Phobie und Agoraphobie.

In dieser Arbeit werden Gespräche mit Agoraphobie-Patienten untersucht. Agoraphobie bezeichnet eine

relativ gut definierte Gruppe von Phobien, mit Befürchtungen das Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten, in Menschenmengen und auf öffentlichen Plätzen zu sein, alleine mit Bahn, Bus oder Flugzeug zu reisen. Eine Panikstörung kommt als häufiges Merkmal bei gegenwärtigen oder zurückliegenden Episoden vor. Depressive und zwanghafte Symptome sowie soziale Phobien sind als zusätzliche Merkmale gleichfalls häufig vorhanden. Die Vermeidung der phobischen Situation steht oft im Vordergrund,

---

<sup>23</sup> Meine Ausführungen müssen sich hier auf wesentliche und relevante Grundlagen beschränken. Eine ausführlichere Bearbeitung der Thematik Angst und Angsterkrankung leistet z.B. Strian (2003). Zur Einführung eignet sich z.B. Schmidt-Traub (2005).

und einige Agoraphobiker erleben nur wenig Angst, da sie die phobischen Situationen vermeiden können. (ICD-10: 40.0-)<sup>24</sup>

Die wörtliche Übersetzung als "Angst vor öffentlichen Plätzen" oder gar "Platzangst" ist also völlig verfehlt. Vielmehr handelt es sich "um einen zunehmenden Rückzug aus immer mehr Lebensbereichen. [...] Agoraphobie ist daher zutreffender als schwere kommunikative Verunsicherung und als generalisierte Angstvermeidung zu verstehen" (Strian 2003: 44)<sup>25</sup>.

Der Leidensdruck und die Beeinträchtigung für den Patienten sind daher enorm hoch. Das Meiden von Situationen, die einen Angstanfall ausgelöst haben und solchen, in denen ein Anfall befürchtet wird oder besonders unangenehm wäre, führt zwangsläufig zu sozialer Isolation und psychischer Demoralisierung.

Das zunehmende Vermeidungsverhalten gehört zu den typischen Symptomen der Agoraphobie (vgl. Schmidt-Traub 2005: 10)<sup>26</sup> und wird in der Ratgeberliteratur sowie von den Betroffenen selbst immer wieder als "Angst vor der Angst" bezeichnet.

Agoraphobie wird mit und ohne Panikstörung diagnostiziert. Dennoch gehen der Agoraphobie häufig Panikattacken voraus, die die Entwicklung eines solchen Vermeidungsverhaltens begründen. Oftmals wird Agoraphobie daher als eine Folgeerscheinung von Panikattacken angenommen (Strian 2003: 47).

Panikattacken äußern sich nach dem Internationalen Diagnose-Schlüssel ICD-10 durch vegetative und psychische Symptome wie z.B. Herzrasen, Schwitzen, Erstickungsgefühle, Schwindel und Angst die Kontrolle zu verlieren oder zu sterben. Nicht alle Symptome treten zwingend gleichzeitig auf und nicht alle werden gleichermaßen bedrohlich empfunden. Aber Angstpatienten neigen dazu, diese körperlichen Sensationen zum einen besonders intensiv wahrzunehmen und sie

---

<sup>24</sup> Die "International statistical Classification of Diseases and Related Health Problems" (ICD-10) wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellt und im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom DIMDI ins Deutsche übersetzt. Ich zitiere nach der Version 2005: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2005/fr-icd.htm>.

<sup>25</sup> Vgl. Capps/Ochs: "The term 'agoraphobia' means 'fear of open spaces', but is more appropriately described as a fear of being anyplace where one might feel alone and vulnerable to fear and panic" (1995: 3).

<sup>26</sup> Neben den "agoraphoben Beschwerden im engeren Sinne, nämlich Angst vor weiten Plätzen, Straßenalleen, leeren Sälen und Kirchenräumen" (Strian 2003: 45).

dann zum anderen (negativ) zu bewerten<sup>27</sup>. So gelangen sie zu "falschen" Kategorisierungen und geraten in den "Teufelskreis der Angst" (vgl. Schmidt-Traub 2005: 22):

Bewusst oder unterschwellig werden diese körperlichen Wahrnehmungen als verhängnisvoll fehlinterpretiert. Dadurch nimmt die Erregung zu, woraufhin sich auch die körperlichen Beschwerden ausweiten. Die Aufmerksamkeit fokussiert auf vegetative Empfindungen, und deren Auslegung wird immer katastrophisierender. So schaukelt sich die Angst zur Panik hoch. (Schmidt-Traub 2005: 23)

Ängste und Angsterkrankungen gehören zu den "häufigsten seelischen Beschwerden" überhaupt (Brasch/Richberg: 57). An Agoraphobie leidet 5% der Bevölkerung; sie ist damit besonders verbreitet (vgl. Schmidt-Traub 2005: VIII). Durchschnittlich erkranken die Patienten mit dem 28. Lebensjahr, wobei 3-mal mehr Frauen als Männer betroffen sind<sup>28</sup>. Im Krankheitsverlauf der Agoraphobie treten meist weitere psychische Störungen hinzu. Dazu gehören andere Angststörungen, Depressionen und Suchterkrankungen (vgl. Schmidt-Traub 2005: 10-11.; Strian 2003: 46). Die Behandlung sieht in der klinischen Praxis medikamentöse und/oder psychotherapeutische Maßnahmen vor (vgl. Strian 2003: 110-124).

Der gängigen "Konzentration auf eine "'objektive' Erfassung von Angstreaktionen" setzt der kommunikationsorientierte Ansatz eine interpersonelle Sichtweise entgegen (vgl. Bergmann/Egbert 2004). Sucht man den linguistischen bzw. gesprächsanalytischen Zugang zu pathologischer Angst, verlangt dies relevante und verwandte Ansätze aus dem mittlerweile etablierten linguistischen Teilgebiet "Sprache und Emotion" sowie dem Bereich der "Gesundheitskommunikation" zusammenzutragen und in Bezug auf das Vorhaben zu diskutieren.

---

<sup>27</sup> Das gilt auch für physiologische Sensationen bei körperlicher Anstrengung, Hitze oder Erregung (Vgl. Schmidt-Traub 2005: 23).

<sup>28</sup> Mit diesen Angaben beziehe ich mich auf den Vortrag von Frau Dr. Anette Kersting: "Angst als ständiger Begleiter. Psychotherapie der Angsterkrankungen", an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster am 18.01.2006.

## 3.2 Angst in der Linguistik

### 3.2.1 Sprache und Emotionen

Den Zusammenhang von Sprache und Emotionen<sup>29</sup> untersuchen unterschiedliche linguistische Teildisziplinen: die anthropologische Linguistik (z.B. Ochs/Schieffelin 1989; Besnier 1990), die Psycholinguistik (z.B. Hielscher 2003), die Diskurslinguistik (z.B. Fiehler 1990; Bloch 1996) und die kognitive Linguistik (Kövecses 1990; 2000; 2002).

Für die zugrundeliegende Fragestellung sind kommunikationsorientierte Ansätze sowie einschlägige Untersuchungen der kognitiven Metaphernforschung relevant und werden an dieser Stelle vorgestellt<sup>30</sup>.

Aus einer gesprächsanalytischen Perspektive werden Emotionen "als *öffentliche Phänomene in sozialen Situationen interpersoneller Interaktion*" (Fiehler 2001: 1427; kursiv im Orig.) aufgefasst. Vor dem Hintergrund eines interaktiven, greifbaren (vs. innerpsychischen) und sozial normierten<sup>31</sup> Emotionsbegriffs fragt die affektbezogene Interaktionsforschung einer handlungstheoretisch orientierten Sichtweise folgend

nach Funktion und Stellenwert von Emotionsmanifestationen in der Interaktion, unabhängig davon, ob die Beteiligten die manifestierten Emotionen auch empfinden bzw. 'wirklich' haben. Man interessiert sich dafür, wie Emotionen in der Interaktion manifestiert, wechselseitig gedeutet und gemeinsam prozessiert werden, und letztlich, mit welchen kommunikativen Verfahren und Mustern die Beteiligten dies tun. (Fiehler 2001: 1427)

In dieser Forschungstradition entstanden u.a. Arbeiten, die die interaktive Manifestation und Verhandlung von Emotionen behandeln (Fiehler 1990 und 2001) oder auch die sprachlichen und prosodischen Mittel zur Manifestation bestimmter

---

<sup>29</sup> Die Terminologie ist in diesem Bereich uneinheitlich: Mit "Emotionen" sind hier Affekte, Gefühle, Stimmungen und Erleben gemeint.

<sup>30</sup> Für ausführlichere Informationen zum kommunikationsorientierten Ansatz sei auf Fiehler (1990) verwiesen. Die metaphorische Konzeptualisierung von Emotionen behandelt Kövecses (1990 und 2002) ausführlich.

<sup>31</sup> Vgl. z.B. Fiehler, der von einem Modell kulturspezifischer Gefühlsregeln ausgeht, das "Emotionsregeln, Manifestationsregeln, Korrespondenzregeln und Kodierungsregeln" umfasst. In der Interaktion beziehen sich die Interaktanten zur Lösung der kommunikativen

Emotionen untersuchen (z.B. Entrüstung bei Christmann/Günthner 1996). Drescher (2003) spezifiziert Verfahren und Prozesse sprachlicher Affektmarkierung bzw. emotionaler Beteiligung (im Französischen) und Selting (1994) untersucht spezifische prosodische Aspekte. So haben gesprächsanalytische Ansätze vor allem den

pragmatische(n) Verfahrenskarakter der Emotionsdarstellung in Gesprächen herausgearbeitet und die durchaus auch in der Wissenschaft noch weit verbreitete Alltagsideologie widerlegt [haben], Emotionsausdruck sei in erster Linie eine unwillkürliche, autonome physiologische Reaktion. (Deppermann 2004a: 84)

Die Kommunikation und Interpretation von Emotionen und Expressivität im Gespräch betrifft alle Ebenen des Kommunikationsverhaltens. Das Repertoire zur Affekt- oder Emotionsmarkierung umfasst sprachliche (lexikalische, grammatikalische, morphologische, rhetorische etc.), prosodische (Lautstärke, Akzentuierung, Sprechgeschwindigkeit etc.), paraverbale (mimische, gestische etc.) und nonverbale (Affektlaute etc.) Verfahren (vgl. Fiehler 2001: 1427f.). Fiehler unterscheidet grundsätzlich zwei unterschiedliche Verfahren der Emotionsmanifestation im Gespräch: "Ausdruck" und "Thematisierung" von Erleben und Emotion (1990: 119 und 2001: 1430)<sup>32</sup>. Im ersten Fall werden Emotionen durch das "Wie" des Sprechens manifestiert und fungieren als Wertungen und/oder Stellungnahmen der verbal kommunizierten Inhalte. Als Emotionsausdruck gelten also

alle Verhaltensweisen (und physiologischen Reaktionen) im Rahmen einer Interaktion, die im Bewusstsein, dass sie mit Emotionen zusammenhängen, in interaktionsrelevanter Weise manifestiert werden und/oder die vom Interaktionspartner wahrgenommen und entsprechend gedeutet werden. (Fiehler 2001: 1430)

Werden Erleben oder Emotion explizit zum Thema der Interaktion gemacht, kann dies auf verschiedene Art geschehen. Zu unterscheiden sind

(1) die begriffliche Erlebensbenennung, (2) die Erlebensbeschreibung, (3) die Benennung/Beschreibung von erlebensrelevanten Ereignissen/Sachverhalten und (4) die Be-

---

Aufgaben (Emotionsmanifestation, -deutung und -prozessierung) auf diese Regeln (2001: 1427f.).

<sup>32</sup> Diese Unterscheidung übernimmt u.a. auch Drescher (2003: 132). Vgl. auch Boothe (1994: 194).

schreibung/Erzählung der situativen Umstände, in deren Rahmen ein Erleben stattfand. (Fiehler 2001: 1431)

Eine angemessene Bearbeitung der Erzählungen von Angstpatienten verlangt eine Erweiterung der bisher dargestellten Forschungsperspektive. Manifestierte Emotionen sind hier nicht nur in Hinsicht auf ihre kommunikativen Funktionen oder ihre Pragmatizität relevant. Auch eine linguistische Sichtweise auf das Phänomen pathologischer Angst darf neben dem funktionalen Charakter der Emotionsmanifestation und ihrer interaktiven Wirkung, Aspekte des tatsächlichen Erlebens nicht vernachlässigen. Emotionsmanifestationen werden nicht grundsätzlich kontrolliert oder strategisch-dramaturgisch eingesetzt. Vielmehr ist zwischen "der beabsichtigten *Re-Inszenierung eines Affekts* im Sinne einer kontrollierten, hörerbezo-genen Gestaltung und dem *tatsächlichen Erleben*, dem Vereinnahmt-Werden durch einen Affekt" zu unterscheiden (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 39; kursiv im Orig.).

Vor dem Hintergrund dieser Differenzierung lassen Gefühle oder Stimmungen, die sich entweder in bestimmten Momenten der Interaktion einstellen, sie insgesamt begleiten und teilweise auch beherrschen, Rückschlüsse auf emotionale Relevanzen und Verarbeitungsprozesse zu. Denn es ist davon auszugehen, dass

der zum Ausdruck kommende Affekt [...] nicht dem erlebten der geschilderten Situation entspricht, sondern eher eine heutige (oder auf einer späteren Evaluation des Ereignisses beruhende) emotionale Reaktion auf die biografische Bedeutung dieses Erlebnisses und die Tragik seines Schicksals darstellt. (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 40)

Gefühlsmanifestationen durch "Ausdruck" oder "Thematisierung" in Angst- und Panikdarstellungen können daher prinzipiell sowohl "kommunikative" als auch "selbstbezogene Funktionen" haben (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 40). Einerseits werden Bewertungen und Grade der persönlichen Beteiligung und Betroffenheit vermittelt, die der "interaktiven Gestaltung der Erzählsituation" dienen (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 40), andererseits können im Erzählprozess entstehende Affekte "weitreichende Funktionen für [...] (den) psychischen Haushalt, besonders für die Bewältigung von bedrohlichen oder traumatischen Erfahrungen erfüllen" (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 40).

Einen eigenen Bereich innerhalb der affektbezogenen linguistischen Forschung stellt die Metaphernforschung dar. "Gefühle sind immer wieder ein Feld für Unbeschreibbarkeit", erklärt Surmann, und "Metaphern stellen einen Ausweg aus der Bedrängnis der Unbeschreibbarkeit dar" (2004: 116f.). Insofern kann dem metaphorischen Sprechen grundsätzlich eine große Bedeutung bei der Emotionsvermittlung, bzw. der Kommunikation emotionaler oder affektiver Inhalte beigemessen werden<sup>33</sup>.

[...] Metaphern sind in besonderer Weise in der Lage, durch ihre bildgebende Kraft [...] das Nicht-Sagbare des inneren Erlebens, der affektiven Gestimmtheit zur Sprache zu bringen. (Martens-Schmid 2002: 225)

Fiehler ordnet metaphorisches Sprechen den Verfahren der "Erlebens- und Emotionsbeschreibung" zur "Thematisierung" von Emotionen zu. Vertreter der kognitiven Metapherntheorie gehen davon aus, dass Metaphern unser Verständnis und unsere Konzeptualisierung von Emotionen maßgeblich beeinflussen<sup>34</sup>. Es wird nach übergreifenden Systemen, nach metaphorischen Konzepten gefragt, die sich in alltagssprachlichen Sprechweisen abbilden und bestimmte Denkstrukturen oder ein bestimmtes Verstehen repräsentieren.

Kövecses (1990) folgt in seiner Analyse der Emotionskonzepte ("Emotion Concepts") dem kognitiven Metaphernbegriff, den sein Lehrer George Lakoff und der Philosoph Marc Johnson in ihrer Arbeit zu "Metaphors We Live By" (1980) prägten: Die beiden Autoren postulieren die Ubiquität von Metaphern – und zwar nicht nur in der Sprache, sondern auch im Denken und Handeln des Menschen (1980: 11). Lakoff/Johnson gehen davon aus, dass Sprache und Denken sich wechselseitig beeinflussen und abbilden. Sie beobachten, dass Metaphern nicht beliebig sind, sondern aus übergreifenden metaphorischen Systemen hervorgehen, die ein "metaphorisches Konzept" (1980: 15) offenbaren. Durch diese metaphorischen Konzepte, so ihre These, strukturieren wir unsere Erfahrung und unser Denken:

---

<sup>33</sup> Den empirischen Beleg für den engen Zusammenhang von Metaphern und Emotionen liefern z.B. Ortony/Fainsilber in ihrer quantitativen Untersuchung zur Rolle von Metaphern in Emotionsbeschreibungen (1998). Stählin (1914) war einer der ersten, der diese Konnexion postulierte.

<sup>34</sup> Vgl. Kövecses: "metaphors contribute a great deal of content to emotional concepts" (Kövecses 1990: 205; s. auch 2000: 188).

The essence of metaphor is understanding and experiencing one kind of thing in terms of another. (Lakoff/Johnson 1980: 5)<sup>35</sup>

Konzeptualisierung beruht auf metaphorischen Übertragungen ("mapping") von simplen, z.B. sensorisch wahrnehmbaren Erfahrungsbereichen ("source domain") auf komplexere ("target domain") (Lakoff/Johnson 1999: 58). Dabei wirken Metaphern immer "selektiv" bzw. sie strukturieren die Zieldomäne "partiell" (Lakoff/Johnson 1980: 66).

In den früheren Arbeiten von Lakoff und Johnson wird Konzeptualisierung hauptsächlich durch den schwammig wirkenden Begriff der Erfahrung erklärt. In ihrer jüngsten Publikation, die deutlich an neurowissenschaftliche Untersuchungen anschließt, definieren Lakoff/Johnson Konzepte hingegen als "neural structures that allow us to mentally characterize our categories and reason about them" (1999: 19).

Das Gehirn operiert dabei mit "Basic-Level Categories" (1999: 27), die als verinnerlichte Prototypen (vgl. Surmann 2005: 49) aufgefasst werden können. Surmann fasst zusammen:

Kategorien und Prototypen sind wesentlicher Baustein der kognitiven Konzepttheorie. Die metaphorische Konzeptualisierung, gleich auf welcher Ebene sie stattfindet, baut auf erfahrenen systematischen Korrelationen zwischen einem Prototyp als Quellbereich und dem Gegenstand als Zielbereich einer Metapher. (Surmann 2005: 49)

In Bezug auf Emotionen geht Kövecses davon aus

that it is the conceptual content of the metaphors, metonymies, and inherent concepts that converge on and hence produce certain prototypical cognitive models associated with particular emotions and with the abstract category of emotion. It is these prototypical cognitive models that can be said to represent, or embody, emotion concepts. (1990: 4)

Kövecses (1990) untersucht die Konzepte von Wut, Angst, Stolz oder Hochmut, Respekt/Achtung und Liebe und entwickelt schließlich ein prototypisches fünfstufiges Modell der Konzeptualisierung von Emotionen (s. 1990: 182-191):

---

<sup>35</sup> Vgl. dazu Kövecses: "the language, however, is not only a reflection of the experiences but it also creates them" (2000: 192). Damit ist die kognitive Metapherntheorie im Prinzip auch eine "Verstehenstheorie".

[...] the prototype of the concept of emotion has at least the following aspects: there is a cause, the cause produces the emotion, the emotion is something that we try to control, we fail to control it, and this leads to some action. (1990: 184)

Der Prototyp vereint als wesentlichen Kern ("core") der unterschiedlichen "basic-level prototypes" spezifischer Emotionen, das Wirken von Kräften, die auf das Selbst (S) einwirken und es zu Handlungen veranlassen: "Emotion is conceptualized as a force and the force causes S to perform a certain action or type of action" (1990: 187)<sup>36</sup>.

Kövecses trägt interessante Beobachtungen zur metaphorischen Konzeptualisierung von Angst zusammen, auf die in der späteren Analyse zurückzukommen sein wird<sup>37</sup>. Während die metonymische Konzeptualisierung, die auf physiologischen Effekten und reaktiven Verhaltensweisen des Selbst beruht, alleine ein unzureichendes kognitives Angstmodell hervorbringt, wird es durch metaphorische Konzepte komplettiert.

[...] what the metaphors contribute to the concept of fear is the following: a more precise formulation of the properties of danger in some prototypical cases, a clearer understanding of the nature (ontology) of fear, the highlighting of some additional characteristics of fear like our passive relation to it, the introduction into the model of the aspect of control, and a specification of what it involves that the danger is over. (Kövecses: 1990: 79)

Die Angstkonzepte nach Kövecses sind (vgl. zum Folgenden Kövecses 1990: 75-82 und Kövecses 2000: 23f.):

- (1) FEAR IS A FLUID IN A CONTAINER.
- (2) FEAR IS A VICIOUS/(HIDDEN) ENEMY (HUMAN OR ANIMAL).
- (3) FEAR IS A TORMENTOR.
- (4) FEAR IS A SUPERNATURAL BEING (GHOST ETC.).
- (5) FEAR IS AN ILLNESS.
- (6) FEAR IS INSANITY.
- (7) THE SUBJECT OF FEAR IS A DIVIDED SELF.
- (8) FEAR IS AN OPPONENT (IN A STRUGGLE).

---

<sup>36</sup> In "Metaphor and Emotion" spricht Kövecses von der "master metaphor: EMOTION IS FORCE". Spezifische Emotionsmetaphern bringen dieses Grundkonzept auf verschiedene Weise zum Ausdruck und heben jeweils unterschiedliche Aspekte hervor (2000: 61-86).

<sup>37</sup> Dies geschieht nicht ohne Vorbehalt: Kövecses Untersuchungen zur metaphorischen Konzeptualisierung von Emotionen können zunächst lediglich als wertvolle "Hypothesen" gelten, da seine Analysen nicht auf der Auswertung authentischen Datenmaterials beruhen. Damit leidet seine Theorie an der gleichen methodischen Unzulänglichkeit, wie die seines Lehrers George Lakoff. Ein Missstand, den auch Surmann (2005: 118) bedauert.

- (9) FEAR (DANGER) IS A BURDEN.
- (10) FEAR IS A NATURAL FORCE (WIND, STORM, FLOOD, ETC.).
- (11) FEAR IS A (SOCIAL) SUPERIOR.
- (12) FEAR GOES INTO A PERSON FROM OUTSIDE.

Das erste Konzept geht aus dem allgemeinen Emotionskonzept THE EMOTIONS ARE FLUIDS IN A CONTAINER hervor (1990: 74), wobei das Subjekt den Container darstellt. Die CONTAINER-Metapher als solche zielt zum einen auf die Existenz von Angst und zum anderen auf ihre Beschaffenheit als "independent mass entity inside the self" (1990: 75). Das Konzept (12) legt nahe, dass die Emotion Angst bereits außerhalb des Subjekts existiert und das Selbst tangiert, indem sie durch von außen wirkende Kräfte eindringt (1990: 81). Die DIVIDED SELF-Metapher ist nicht exklusiv für das Angstkonzept (2000: 38):

The DIVIDED SELF as a metaphorical source domain suggests that the self that is normally inside the body container moves outside it. This happens when the person loses control, in our case, over his or her emotions. (Kövecses 2000: 24)

Insgesamt konzeptualisieren die übrigen Konzepte Angst als eine äußerst negative Emotion, wobei das zweite und vierte exklusiv für Angst stehen. Das Konzept (9) trägt dazu bei, dass das Abklingen von Angst bzw. das Vorübergehen von Gefahr, positiv konnotiert wird und Befreiung bedeutet (1990: 77f.). Die Konzeptualisierung von Angst als einer Naturgewalt, hebt zum einen die Passivität des Selbst hervor, wenn die Angst es überkommt (1990: 78), und gleichzeitig die Intensität dieser Emotion (2000: 41). Das SUPERIOR-Konzept zielt auf die zwanghafte und fremdgesteuerte Handlungsweise des Selbst (1990: 78), und auch das INSANITY- und das OPPONENT-Konzept bringen diesen Kontroll(verlust)-Aspekt zum Ausdruck (2000: 43).

Kövecses ist der Ansicht, dass die "Language of Emotion", in der Metaphern eine bedeutende Rolle spielen,

is not only a reflection of the experiences but it also creates them. Simply put, we say what we feel and we feel what we say. (Kövecses 2000: 192)

Aus den hier dargestellten Beobachtungen zur Konzeptualisierung von Emotionen folgt für die spätere Analyse, Metaphern bzw. der ihnen innewohnenden Bildlichkeit besondere Beachtung zu schenken. Metaphern haben mit Veranschaulichung

einerseits und mit Konzeptualisierung andererseits zu tun. In Bezug auf bildhaftes Sprechen muss interessieren wann und in welcher Funktion es von Angstpatienten eingesetzt wird, welche metaphorischen Konzepte aktiviert und welche (subjektiven) Theorien damit transportiert werden.

Der affektive Gehalt von Metaphern und die Konzeptualisierungsthese ist für viele Forschungsrichtungen, gerade auch im medizinischen und psychologischen Bereich<sup>38</sup> interessant. Schmitt bemerkt, dass "die qualitative Forschung in der Psychologie" durch die kognitive Metapherntheorie "einen wichtigen Anstoß bekommen" habe (2001: 6). Kopp (1995) schlägt die Integration einer "Metaphor Therapy" in bestehende Therapiekonzepte vor und Moser (2000) widmet sich aus sozialpsychologischer Perspektive den "Metaphern des Selbst". Surmann (2005) schließlich konnte durch die Verbindung konversationsanalytischer Methodik mit der kognitiven Metapherntheorie den differentialdiagnostischen Wert der Metaphernanalyse für epileptische Anfallserkrankungen nachweisen.

In diesen und ähnlichen Ansätzen, werden linguistische Theorien und Methoden für die medizinische Forschung, Diagnostik und/oder therapeutische Praxis fruchtbar gemacht. Ein relativ neuer Zweig linguistischer Forschung befasst sich explizit mit Fragen der Gesundheitskommunikation.

### *3.2.2 Gesundheitskommunikation*

Mit dem Bereich der Gesundheitskommunikation beschäftigen sich in der Linguistik vor allem konversations- bzw. gesprächsanalytische Arbeiten.

Die Kommunikation über Krankheit bzw. Gesundheit findet in unterschiedlichen Kontexten, unter unterschiedlichen Bedingungen und mit unterschiedlichen Handlungszielen statt: In medialen Kontexten, so z.B. in Ratgebersendungen und Zeitschriften steht die Gesundheitsaufklärung durch (laiengerechte) Informations- und Wissensvermittlung im Vordergrund. Im privaten Bereich kann das Sprechen über Krankheit entlastend und erleichternd wirken, und im medizinischen Kontext sind

---

<sup>38</sup> Vgl. hierzu die Standardwerke von Pollio et. al (1977) und Ortony (1979). Einen Überblick über die Rezeption von Lakoff/Johnson und den Wert der Metapher in der Psychoanalyse leistet Schmitt (2001).

Gespräche zwischen Arzt und Patient wichtige Grundlagen der Anamnese, der Diagnosestellung und der weiteren Behandlung<sup>39</sup>. Ärzte vermitteln in der Arzt-Patienten-Kommunikation beratend, aufklärend oder versorgend ihr medizinisches Fachwissen an die Patienten, so dass bei diesem Kommunikationstyp von einer "naturgemäßen Asymmetrie" (Pichowiak 1983: 678) zwischen den Interaktanten gesprochen wird. Umgekehrt entwickeln und vermitteln aber auch die Patienten ein bestimmtes fachliches Wissen über ihre Erkrankung sowie "subjektive Krankheitstheorien", also

ein System krankheitsbezogener Vorstellungen, Überzeugungen und Bewertungen. [...] Kernstücke des Konzepts sind Vorstellungen über die Verursachung einer Krankheit und über die Beeinflussbarkeit. (Wüstner 2001: 309)<sup>40</sup>

Mit den unterschiedlichen Bereichen, die Gesundheitskommunikation<sup>41</sup> umfasst, sind also ebenso spezifische Handlungsziele, Kommunikationsaufgaben und Lösungsverfahren verbunden. Aus gesprächsanalytischer Perspektive lässt sich daher fragen,

wie solche Mittel und Verfahren eingesetzt werden, welchen Zwecken sie im Einzelnen dienen, was sie für die Gesprächspartner in bestimmten Zusammenhängen leisten und was sie zum Verstehen von Krankheit beitragen [...]. (Brünner/Gülich 2002: 8)

Linguistische Arbeiten zur Gesundheitskommunikation sind idealerweise anwendungsorientiert und interdisziplinär ausgerichtet. Gesprächsanalytische Arbeiten können spezifische Probleme, Verfahren und Zwecke in der Kommunikation zwischen Arzt/Therapeut und Patient untersuchen und gegebenenfalls Optimierungsmöglichkeiten der Experten-Laien-Kommunikation erarbeiten<sup>42</sup>. Ebenso

---

<sup>39</sup> Für einen umfassenden Überblick über die verschiedenen Gesprächstypen in der Medizin s. Löning (2001).

<sup>40</sup> Die Relevanz "subjektiver Theorien" für die ärztliche Praxis weist z.B. Flick (1998) nach. Birkner (2005) setzt sich aus einer gesprächsanalytischen Perspektive mit der interaktiven Bearbeitung und Aushandlung "subjektive Krankheitstheorien" und ihrer Typisierung auseinander.

<sup>41</sup> In dieser Arbeit geht es nicht um Gespräche im medizinisch-institutionellen Kontext. Ich verwende daher den Begriff "Gesundheitskommunikation" (vs. Arzt-Patienten-Kommunikation o.ä.), weil er die o.g. Vielfalt reflektiert und außerdem anwendungs- bzw. optimierungsorientiert konnotiert ist (vs. Kommunikation über Krankheit).

<sup>42</sup> Exemplarisch sei auf die Arbeiten von Lörcher (1983) sowie die Aufsatzsammlung Ehlich/Koerfer/Redder (1990) verwiesen. Zu Veranschaulichungsverfahren in der Experten-Laien-Kommunikation s. Brünner/Gülich (2002).

lassen sich Verfahren der medialen gesundheitsbezogenen Informationsvermittlung und Aufklärung analysieren und deren Optimierung anstreben<sup>43</sup>.

Die linguistisch fundierte Rekonstruktion der kommunikativen Verfahren, die Betroffene nutzen, um bestimmte Aspekte ihrer Krankheit zu vermitteln<sup>44</sup> kann differentialdiagnostisch relevant<sup>45</sup> sein und die rein medizinische Wissensbasis um die "subjektive Krankheitstheorie" der Patienten erweitern.

Auch mit dem Thema Angststörung beschäftigt sich die Linguistik. Capps/Ochs leisten 1995 mit ihrer ausführlichen Fallanalyse "Constructing Panic. The Discourse of Agoraphobia" Pionierarbeit auf diesem Gebiet. Die Autorinnen rekonstruieren aus psychologischer und linguistisch-anthropologischer Perspektive, die subjektiven Krankheitstheorien der Agoraphobie-Patientin Meg anhand ihrer autobiographischen Darstellungen. Das Vorgehen der beiden Autorinnen zeichnet sich durch ihre analytisch-deskriptive Grundhaltung aus, die dennoch Schlüsse für die therapeutische Praxis zulässt und die zeigt, wie aufschlussreich eine gesprächsanalytische Betrachtung in Bezug auf das subjektive Erleben sein kann.

Anwendungsorientierter arbeitet die interdisziplinäre und internationale Kooperationsgruppe "Kommunikative Darstellung und klinische Repräsentation von Angst"<sup>46</sup> seit Ende des Jahres 2003. Sie fragt u.a. danach, mittels welcher kommunikativer und interaktiver Verfahren Angsterlebnisse dargestellt bzw. inszeniert werden und ob sich daraus störungsspezifische Muster ableiten lassen<sup>47</sup>.

---

<sup>43</sup> Einen guten Überblick über Arbeiten zur gesundheitsbezogenen Kommunikation und Aufklärung in den Medien bietet Jazbinsek (2000). Verfahren der Veranschaulichung in der medialen Gesundheitskommunikation behandeln Brüner/Gülich (2002).

<sup>44</sup> Verwiesen sei auf die klassischen Arbeiten von Weizsäckers, dem Wegbereiter der anthropologischen Medizin, sowie auf neuere Arbeiten zum Thema "Schmerz", z.B. Gülich/Schöndienst et al. (2003). Anfallsbeschreibungen behandeln u.a. Surmann (2005) unter dem Aspekt der Bildlichkeit und Furchner (2002) in Hinblick auf die Darstellung "eingeschränkter Selbstverfügbarkeit".

<sup>45</sup> Vgl. Surmann (2005), der die differentialdiagnostische Relevanz bestimmter Metaphernsysteme von Epilepsiepatienten nachweist.

<sup>46</sup> Für weitere Informationen sei auf die Homepage des Projekts: <http://www.uni-bielefeld.de/ZIF/KG/2004Angst/index2.html> (Zugriff am 27.01.2006) und auf <http://www.uni-bielefeld.de/ZIF/AG/2005/01-06-Bergmann.html> (Zugriff am 27.01.2006) verwiesen.

<sup>47</sup> Auf der Homepage des Projektes heißt es darüber hinaus: "Das Spektrum der Hypothesen reicht [somit] von einer im engeren Sinne gesprächsanalytischen Fragestellung ('Lassen sich

In dem Projekt konnten spezifische Verfahren zur Kommunikation von Panik erarbeitet werden, die sich von den Darstellungen "normaler Angst" oder epileptischer Angstauren unterscheiden. Generell zeigten sich eine "Entsubjektivierung des Berichts", "Steigerungsformen und Extremformulierungen", die "Kumulation von berichteten situativen Details" und der Rückgriff auf "vorgeformte Ausdrücke" (Zwischenbericht 2004; s. Fußnote 45 dieser Arbeit). Außerdem konnte festgestellt werden, dass Angstpatienten (vgl. zum Folgenden Gülich/Schöndienst/Wörmann 2005)

- Angsterzählungen häufig selbstinitiiert anbringen und kaum Schwierigkeiten dabei haben, die eigene Panik zu thematisieren. Sie neigen in der Darstellung zu Relevanzhochstufungen<sup>48</sup>;
- kaum explizit zwischen Panik und Alltagsängsten differenzieren ("they describe episodes in which there is a gradual transition between both")<sup>49</sup>;
- ihre Panik als objektbezogene, gerichtete Angst konzeptualisieren;
- zur Beschreibung ihrer Angst häufig vorgeformte Ausdrücke nutzen;
- zur Listenbildung von Ängsten und angstbesetzten Situationen neigen;
- den Gegensatz von Hilflosigkeit im Panikanfall einerseits und alltäglicher Souveränität/Autonomie betonen.

Außerdem stellte sich in Interaktionsanalysen heraus, wie sich Ängste und Angsterleben in Paradoxien der interaktionalen Handlungsweise manifestieren und verfestigen, und Angstpatienten

durch ihre subjektive Wahrnehmung und ihr Interaktionsverhalten *selbst* einen zentralen Beitrag zur Erhaltung ihrer angsterfüllten Lebenssituation leisten [...] und [...] über

---

angststörungsspezifische Diskursmuster identifizieren und ggf. differentialdiagnostisch nutzen?') über ein hirn- (patho-) funktionelles Interesse ('Lassen sich bestimmte Formen der Vergegenwärtigung von Angstaktivierungen bestimmten Hirnarealen zuordnen?'), bis hin zu einem klinisch-therapeutischen Anliegen ('Lassen sich aus der Art und Weise, wie Patienten ihre Ängste kommunizieren, Ansätze ableiten für differentielle therapeutische Verfahren?')."

<sup>48</sup> Zu Relevanzmarkierungen in Angstdarstellung vgl. auch Sator (2005).

<sup>49</sup> Zu Methoden der Differenzierung von Angstformen im Gespräch vgl. Gülich/Couper-Kuhlen (2005) und Schwabe (2005 und 2004: 257-288), die sich mit subjektiven Differenzierungen anfallskranker Kinder beschäftigt.

ihre Wahrnehmungs- und Interaktionsmuster immer auch selbst an der (Re-) Produktion ihrer Ängste beteiligt (sind). (Egbert/Bergmann 2004: 10; kursiv im Orig.)<sup>50</sup>

Insgesamt sprechen die Ergebnisse, die die konversationsanalytische Arbeit an umfangreichen Gesprächskorpora aus dem klinischen Kontext hervorbrachte, dafür dass die linguistische Analyse, im Zusammenhang mit Angstdarstellungen überaus gewinnbringend und erkenntnisfördernd ist:

Diese ersten Ergebnisse, die noch an größeren Gruppen von Patienten überprüft und weiter differenziert werden müssen, lassen es als erforderlich erscheinen, die kommunikative Darstellung von Angst bei Diagnose und Therapie von Anfalls- und Angsterkrankungen wesentlich stärker als bisher zu gewichten und die linguistische Analyse von Arzt-Patient-Gesprächen als notwendiges Element einer multidimensionalen Diagnostik zu konzipieren. (Angst, Anfall und Dissoziation. Abschlussstagung der ZIF: Kooperationsgruppe 2004; s. Fußnote 45 dieser Arbeit)

Die Arbeit von Günthner (2006) eröffnet eine weitere Perspektive. Sie untersucht die "Kommunikation von Angst in informellen Gesprächskontexten". Günthners Arbeit ist dabei in größerem Ausmaß als die bisher vorgestellten, (traditionell) linguistisch ausgerichtet. Ihr dezidiertes gesprächsanalytisches Vorgehen zur Rekonstruktion der rhetorischen Verfahren in Angstdarstellungen ergänzt daher die bisher vorgestellten Arbeiten um wesentliche Aspekte. Günthner weist u.a. auf deutliche Parallelen zur Darstellung anderer Extremerfahrungen (z.B. Nahtod) und auf die auffällige Vielfalt an Appräsentations- und Vermittlungsstrategien hin.

Der folgende empirisch-analytische Teil dieser Arbeit, schließt an die vorgestellten Untersuchungen an und soll die Erkenntnisse, die bisher gewonnen werden konnten vertiefen und erweitern. Es geht darum, wie Angstpatienten sich in der (informellen) Interaktion mitteilen, wie Panikanfälle dargestellt und konzeptualisiert werden und welche Ich-Konzepte zum Ausdruck gebracht werden.

## **4 Rhetorische Verfahren in Panikdarstellungen**

In der ersten Phase der Forschungsarbeit wurde das vorliegende Material unter Verzicht auf fixe Analysekriterien und Kategorien gesichtet. Dabei fielen rekurrente

---

<sup>50</sup> Vgl. hierzu auch die Fallanalyse von Lindemann (2005), die die Bedeutung der interaktionellen Analyse für eine umfassende Phänomenologie von Angst hervorhebt.

Formen und Muster auf, die in einer zweiten Arbeitsphase genauer in den Blick gerieten, fallübergreifend analysiert, verglichen und geprüft wurden.

Die Analyse rhetorischer Verfahren in Panikdarstellungen nimmt spezifische Darstellungsverfahren und ihre Varianten in den Blick und untersucht anhand exemplarischer Analysen des vorliegenden Korpus, was sie im Zusammenhang der Panikkommunikation leisten<sup>51</sup>.

#### **4.1 Panik und Unbeschreibbarkeit: Die Inszenierung von Formulierungsproblemen**

##### **Bsp. (1) Tina I (CD ab 18:03)**

571 Ti DIEset gefühl HAbE ick;  
572 ick KANNS nich beschreiben,  
573 aber SO kommt mir das VOR,

Das Erleben von Panik bedeutet eine Extremerfahrung (vgl. Günthner 2006): Der Körper zeigt alarmierende Symptome; jeder Panikanfall geht mit äußerst subjektiven teilweise widersprüchlichen Empfindungen, Gefühlen und Gedanken einher und dies alles geschieht gleichzeitig, plötzlich und unerwartet.

Ein solches Erleben zu versprachlichen und davon zu erzählen, bedeutet eine kommunikative Herausforderung, wenn nicht gar ein Kommunikationsproblem bis hin zu einem "Kommunikationshindernis" (Gülich 2005b: 231). Das "hinterlässt Spuren im Äußerungsprozess" (Gülich 2005b: 223<sup>52</sup>).

Im Datenkorpus finden sich vielfach Hinweise auf die Beschreibbarkeitsproblematik von Panikerfahrungen<sup>53</sup>. Teilweise leisten die Sprecher über mehrere Sequenzen hinweg Formulierungsarbeit und zeigen sich bemüht, das offenbar nahezu Unbeschreibliche und Unerklärliche doch in Worte zu fassen. Unbeschreibbarkeit manifestiert sich implizit durch Reformulierungen, Verzögerungen, Korrekturen,

---

<sup>51</sup> Die einzelnen Verfahren und Strategien, die hier vorgestellt werden, weil sie im Kontext der Panikdarstellung relevant sind, werden nicht exklusiv für Panikerzählungen angenommen. Sie zeigen jedoch Tendenzen auf. Außerdem ist diese Studie nicht repräsentativ und erhebt nicht den Anspruch auf die Allgemeingültigkeit ihrer Ergebnisse.

<sup>52</sup> Das Zitat ist die Übersetzung eines Titels der französischen Zeitschrift LINX: "L'indicible et ses marques dans l'énonciation".

Abbrüche, Pausen und Vagheitsindikatoren und auch explizit durch metadiskursive Kommentare<sup>54</sup>.

Dieses Kapitel untersucht Verweise auf Unbeschreibbarkeit und fragt nach Ursachen, Gründen und Funktionen ihrer Manifestation in Panikdarstellungen.

Auf die Aufforderung von seinem ersten Panikanfall zu erzählen beginnt Pascal mit zahlreichen Verzögerungen und Disfluenzen, gefolgt von einem metadiskursiven Kommentar, mit dem er explizit auf den zuvor inszenierten Erklärungsnotstand hinweist:

**Bsp. (2) Pascal (CD ab 19:06)**

```
667 Pa  äh ((räuspern)) (-- ) ↓JA;  
668     pa hhh  
669     (schnalzt) hhh  
670     es is ja UNheimlich schwierig überhAUpt zu erklären  
        wAs so=ne-
```

Pascal bricht ab und setzt zu einer begrifflichen Definition an:

```
671 Pa  also pAnikanfall,  
672     ich DENK mal du sprichst jetzt von na panikattAcke;  
673 Ju  genAU ich-  
674 Pa  ja;  
675 Ju  rIchtig;  
676 Pa  IS (.) es IS äh-  
677     UNheimlich schwierig im endeffekt zu erklären-  
678     WO fängt eigentlich ne pAnikattacke AN;
```

Zunächst wird die Begrifflichkeit der Gesprächspartnerin aufgenommen (671) und dann korrigiert: "ich DENK mal du sprichst jetzt von na panikattAcke;" (672). Nachdem beide Gesprächspartner signalisiert haben, vom gleichen Phänomen zu sprechen, verweist Pascal erneut metadiskursiv auf die schwere Erklärbarkeit von Panikattacken (676f.). Das veranlasst ihn im weiteren Gesprächsverlauf zu einem Definitionsversuch, der ebenfalls mit zahlreichen Verzögerungen, Disfluenzen und Abbrüchen durchsetzt ist. Die eigentliche Definition, die die obige Gesprächssequenz

---

<sup>53</sup> Vgl. Günthner (2006: 2-5), die ebenfalls Unbeschreibbarkeit im Kontext der Panikdarstellung untersucht.

<sup>54</sup> Vgl. zu Verfahren der Inszenierung von Unbeschreibbarkeit und deren Überwindung Gülich/Furchner (2002).

einleitet und vorbereitet, folgt erst in Z. 830 f.: "auf der skAla, von ACHT bis ZEHN (.) wÜrd ich mal wIrklich so als panikattacke bezEichnen"<sup>55</sup>.

Dieses Beispiel lässt eine enge Verbindung zwischen Unbeschreibbarkeit/Beschreibbarkeit und Unerklärbarkeit/Erklärbarkeit vermuten. Beschrieben werden kann offenbar nur, was auch eingeordnet, definiert werden kann. Erst im Anschluss an seine Definition geht Pascal in Z. 832 zu einer selbstinitiierten Beispielerzählung über. Damit deutet sich gleichzeitig an, dass Panikbeschreibungen deutlich auf den (fehlenden) Wissens- und Erfahrungshintergrund des jeweiligen Interaktionspartners ausgerichtet sind. Pascal schafft zunächst eine gemeinsame Wissensbasis, vor deren Hintergrund die Beschreibung seiner Panikattacke stattfinden kann.

Verweise auf Unbeschreibbarkeit oder schwere Beschreibbarkeit finden sich auch, wenn Tina versucht ".h äh KLEInere panikanfälle" (251) zu beschreiben:

**Bsp. (3) Tina I (CD ab 07:21)**

```
254    Ti    und ähm (-)dann HAB ick nen jeFÜHL, (-)
255          h äh ja ick KANN dit nich (.)h
256          <<all> jetzt muß ick überlegen wie ick dit am besten
          beSCHREIBE,>
257          <<all> dat DU dich OOOCH in diese situation versetzen
          kannst->
258    Ju    <<hi> ja>
259    Ti    .h ähm .h <<len> als WENN ick nisch ISCH bin.>
```

Bereits die erste Äußerungseinheit, die einen Vergleich vorzubereiten scheint, ist durch kurze Pausen durchsetzt. Tina bricht ab und weist nach weiteren Verzögerungen explizit auf ihre Formulierungsschwierigkeiten hin (155). Auch der metadiskursive Kommentar wird abgebrochen, und ein weiterer schließt sich an: "<<all> jetzt muß ick überlegen wie ick dit am besten beSCHREIBE,> <<all> dat DU dich OOOCH in diese situation versetzen kannst->" (257ff.). Schließlich folgt die Beschreibung ihres Gefühls in Form eines mit "als wenn" eingeleiteten Vergleichs: ".h ähm .h <<len> als WENN ick nisch ISCH bin.>".

---

<sup>55</sup> Gemeint ist eine "Angstskala" von eins bis zehn, wie sie in der therapeutischen Praxis genutzt wird, damit Patienten die Intensität ihres Angsterlebens und der damit zusammenhängenden Symptomatik ausdrücken können.

An diesem Beispiel wird deutlich, dass die Subjektivität der Panikerfahrung deren Beschreibung erschwert. Diese orientiert sich "an den Wissens- und Erfahrungsasymmetrien zwischen den Interagierenden" (Günthner 2006: 3) und an dem Bestreben der Sprecherin, diese Diskrepanzen und damit die Unvermittelbarkeit zu überwinden, wie ihre Bemühungen um die "beste" Beschreibungsmöglichkeit zeigen (256). Außerdem wird deutlich, dass metadiskursive Kommentare zur Unbeschreibbarkeit bzw. schweren Beschreibbarkeit kommunikative Funktionen einnehmen und als "Formulierungsressource" dienen (Gülich 2005b). Tina formuliert sie in diesem Beispiel, bevor sie langsam und überlegt ihr Gefühl expliziert. Sie kontextualisiert die Beschreibung im Vorfeld als intersubjektiv schwer vermittelt- und nachvollziehbar und gewinnt durch den Kommentar die nötige Distanz zur eigenen Wahrnehmung (vgl. Gülich 2005b: 239f.), im Anfall nicht sie selbst zu sein ("als WENN ick nisch ISCH bin"). Diese im Vorfeld markierte Distanzierung ermöglicht ihr auch so Paradoxes, Fremdes, eigentlich Unbeschreibbares und, möglicherweise aus Angst vor Diskriminierung, auch Unsagbares doch zur Sprache zu bringen. Tina ist sich in einem Panikanfall selbst fremd. Ihr Ich scheint somit in unterschiedlichen Wirklichkeiten verankert: in der Alltagswirklichkeit einerseits und der Wirklichkeit der Panik andererseits. Gülich formuliert zutreffend, dass

die Unbeschreibbarkeit daraus resultiert, dass Sprecher über widersprüchliche Eindrücke und Empfindungen zu berichten haben, die verschiedenen Sinnprovinzen zuzuordnen sind [...]. (Gülich 2005b: 222<sup>56</sup>)

Auch folgendes Beispiel stützt diese Annahme. Tina beschreibt ihr Gefühl beim Abklingen einer Panik folgendermaßen:

**Bsp. (4) Tina I (CD ab 03:50)**

125      Ti    JA dit muß man sich SO vorstellen,  
126              als WENN da einer oben en ZAHNputzbecher, (-)

---

<sup>56</sup> Vgl. in Bezug auf Panikdarstellungen auch Günthner (2006: 2-5). Gülich (2005b) diskutiert die Möglichkeit, Unbeschreiblichkeit als "Merkmal einer 'Gattungsfamilie'" aufzufassen, die "Aura-Beschreibungen, Traumerzählungen, Konversionsgeschichten, Berichte[n] von Zukunftsvisionen, Nahtod-Erlebnissen und [...] (die) ganze[n] Spannweite paranormaler Erfahrungen" (2005: 230) umfasst. In diese Gattungsfamilie gehörten dann auch Panikdarstellungen.

<sup>56</sup> Vgl. zu Verfahren der Inszenierung von Unbeschreibbarkeit und deren Überwindung Gülich/Furchner (2002).

127 mit WASSer,  
 128 aufn KOPF stellt,  
 129 und den UMkippt.  
 130 und DIEses wasser RUNterläuft.  
 131 ÜBERN körper.  
 132 Ju <<erstaunt> ahha?>  
 133 Ti .h son jeFÜHL hab ick DANN.  
 134 Ju <<erstaunt> ahha?>  
 135 Ti ick KANNS nich anders beSCHREIben;  
 136 [dit] IS so ähm- h  
 137 Ju [ne]  
 138 Ti joa ich würd sagen (.) IRgendwie ne beFREIung? (-)  
 139 aber IMMer noch EINjesperrt;

Die Sprecherin führt einen mit "(SO) [...] als WENN" (125f.) eingeleiteten Vergleich an, um ihr "jeFÜHL" zu veranschaulichen. Als ihre Gesprächspartnerin mit einem erstaunten "ahha?" reagiert, folgt Tinas Bewertung der eigenen Rede in Form des metadiskursiven Kommentars "ick KANNS nich anders beSCHREIben". Der Vergleich wird daraufhin nicht weiter ausgebaut, sondern in der Reformulierung aufgegeben und durch die adversative Struktur "IRgendwie ne beFREIung? (-) aber IMMer noch EINjesperrt" ersetzt.

Adversative Strukturen dienen dem Ausdruck der "Gleichzeitigkeit widersprüchlicher Empfindungen" (Gülich/Schöndienst 1999: 211; vgl. auch Gülich 2005b: 234ff.). Aus dieser Widersprüchlichkeit der sinnlichen Wahrnehmung resultiert möglicherweise die Unbeschreibbarkeit von Panikattacken an sich. Tina markiert ihren zweiten Beschreibungsversuch daher sowohl durch den Vagheitsindikator "IRgendwie", als auch durch den vorangestellten Kommentar "joa ich würd sagen (.)", als vorläufig bzw. unzulänglich. Die eigentliche Thematisierung der Unbeschreibbarkeit bzw. schweren Beschreibbarkeit ergibt sich in dieser Sequenz jedoch aus dem Interaktionsverlauf und nicht aus einem tatsächlichen Formulierungsnotstand<sup>57</sup>. Der Vergleich (125-131) wird ohne Verzögerungen, Korrekturen oder Reformulierung angebracht. Auf das erste erstaunte "ahha?" ihrer Gesprächspartnerin reagiert Tina mit ".h son jeFÜHL hab ick DANN.". Der eigene Vergleich wird von ihr also als treffend und passend befunden. Erst als Tinas Gesprächspartnerin in Z. 134 wiederholt ihr Erstaunen zum Ausdruck bringt, sieht sich Tina dazu veranlasst, zuerst den metadiskursiven Kommentar zur schweren Beschreiblichkeit und dann

die Reformulierung anzubringen, die sie (im Gegensatz zu ihrem ersten Vergleich) selbst als nur bedingt zutreffend markiert.

In unserem zweiten Gespräch fast zwei Jahre später begründet Tina ihre Formulierungsschwierigkeiten damit, dass eine Panikattacke mit einer ungemainen Vielzahl von Symptomen und Gefühlen einhergeht: ".hh ich KANN es gar nicht so richtig vor so beschrEiben, weil das is alles noch SO VIEL in=na panikattacke drinne;" (Tina II: 1027f.). Jana hingegen thematisiert Unbeschreibbarkeit eher im Zusammenhang mit ihrer Zwangserkrankung: "ähm h ↑ja das is schwer zu beSCHREIben, das IS (.) so=n UNgutes geFÜHL," (Jana: 74f.). Auch hier ist es ein "geFÜHL" und seine Beschaffenheit, das die Formulierungsschwierigkeiten mit sich bringt.

Die Beispiele zeigen, dass in Panikdarstellungen die "Formulierungsarbeit im Interaktionsprozess inszeniert wird" (Gülich 2005b: 229). Solche Inszenierungen sind konstitutiv für die Darstellung von Panikattacken. Angstanfälle sind Erlebnisse "jenseits der sonstigen Alltagserfahrungen" (Günthner 2006: 5), und der metadiskursive Kommentar "konstituiert interaktiv die Gleichzeitigkeit von zwei Wirklichkeiten – und damit, wenngleich es paradox klingt, auch deren Beschreibbarkeit" (Gülich 2005b: 240).

Deswegen finden sich metadiskursive Kommentare zur Unbeschreibbarkeit auch bei Tina oder Pascal, die bereits jahrelang an Agoraphobie leiden und deren Erzählungen ansonsten vielfach von Formulierungsroutine zeugen. Es geht darum, Panikanfälle als intersubjektiv schwer vermittelbar zu kontextualisieren und ihre "Unbeschreibbarkeit als zentrales Merkmal konversationell zu etablieren" (Gülich 2005b: 227). Interessant ist in diesem Zusammenhang abschließend der Vergleich zwischen zwei Erzählpassagen aus den unterschiedlichen Gesprächen mit Tina:

**Bsp. (5) Tina I (CD ab 17:51)**

563	Ti	.h und HABE (.) KANN ick nich beschreiben WIE it is-
564		HABE dit jefühl gehabt, (-)
565		<<p, ↓> .h ich bin ja brillenträgerin,>
566	Ju	mhm

---

<sup>57</sup> Wenige Transkriptzeilen weiter, bringt Tina explizit ihre Wortgewandtheit im Zusammenhang mit ihrer Panik zum Ausdruck: "daher weiß ick wie ick mich AUSdrücken kann," (153).

567 Ti dass AUF der brille OBEN,  
 568 .h äh ein SCHILD is,  
 569 dit RUNterklappt und it DUNkel macht.  
 570 Ju achso  
 571 Ti DIEset gefühl HABE ick;  
 572 ick KANNS nich beschreiben,  
 573 aber SO kommt mir das VOR,

Tina, die hier in einem Gespräch im Februar 2004, ihren ersten Panikanfall schildert, unterbricht die Beschreibung ihres Gefühls zunächst durch den eingeschobenen metadiskursiven Kommentar zur Unbeschreibbarkeit (563). An den folgenden Vergleich schließt sich erneut ein metadiskursiver Kommentar ("ich KANNS nich beschreiben") an, der dann aber durch die Äußerung "aber SO kommt mir das VOR" ergänzt wird. Der vorangestellte Vergleich wird also in Z. 573 dennoch als treffend gewertet.

**Bsp. (6) Tina II (CD ab 35:50)**

1034 Ti ich KANNS nich beschreiben;  
 1035 also ich ich MACH das mal SO;  
 1036 stEll dir das mal SO vor;  
 1037 ich hab ne brIlle auf,  
 1038 und auf der brIlle Oben-  
 1039 is ein DACH;  
 1040 Ju hmhm  
 1041 Ti und dAnn wird es IMmer DUNkler-  
 1042 und dann hAt man das gefühl als wenn dieses DACH  
 RUNterfällt,  
 1043 und fÄllt auf deine AUgen;  
 1044 und dAnn wird=s dunkel.  
 1045 dIEses gefühl is da;

In dieser Sequenz nutzt Tina fast zwei Jahre später zur Beschreibung ihrer Anfallswahrnehmung exakt die gleiche Bildlichkeit: die Brille, das Dach bzw. Schild und die Dunkelheit. Dieses Bild ist offenbar Bestandteil ihrer "Formulierungsroutine" (geworden) (vgl. Gülich/Furchner 2002: 170 und Brünner/Gülich 2002: 62) und wird in Z. 1045 auch erneut für angemessen befunden. Dennoch leitet wieder ein metadiskursiver Kommentar zur Unbeschreibbarkeit die Äußerung ein.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass metadiskursive Kommentare zur Unbeschreibbarkeit, je nachdem ob sie im Kontext von Formulierungsroutine oder Formulierungsanstrengung stehen, unterschiedlich kontextualisiert werden (Gülich 2005b: 228). Sie etablieren Unbeschreibbarkeit zum einen interaktiv als eine dem Panikanfall inhärente und immanente Eigenschaft und können zum anderen als

Spuren eines interaktiven Verarbeitungsprozesses<sup>58</sup> aufgefasst werden. Metadiskursive Kommentare zur Unbeschreibbarkeit markieren Darstellungsprobleme und Formulierungsschwierigkeiten und können sie auch lösen. Gründe für diese Schwierigkeiten sind:

- die Subjektivität der Erfahrung, die dem Kommunikationspartner nicht zugänglich und daher nur schwer vermittelbar ist;
- die Angst vor Stigmatisierung und Gesichtsverlust durch das Thematisieren einer psychischen Störung (obwohl anerkannt) einerseits und durch die Schilderung teilweise paradox erscheinender Wahrnehmungen andererseits<sup>59</sup>;
- die Schwierigkeiten oder das Unvermögen, die eigenen Empfindungen und Erfahrungen einzuordnen, zu klassifizieren und zu kategorisieren, so dass die eigene Verunsicherung und Irritation durch die Panikerfahrung deren Kommunikation behindert oder erschwert.
- die Verankerung der Sprecher in zwei unterschiedlichen Wirklichkeits- bzw. Sinnbereichen: dem der Realität und dem der Panikerfahrung.

## 4.2 Vermittlungs- und Veranschaulichungsstrategien

### Bsp. (7) Tina I (CD ab 07:27)

```
256   Ti  <<all> jetzt muß ick überlegen wie ick dit am besten  
        beSCHREIBE,>  
257   <<all> dat DU dich OUCH in diese situation versetzen  
        kannst->
```

Ebenso wie alle Sprecher Formulierungen und Beschreibungsschwierigkeiten zeigen und/oder thematisieren, suchen und finden sie auch alle Möglichkeiten, diese zu überwinden. Es handelt sich dabei um sprachliche Ressourcen, die dazu dienen, die

---

<sup>58</sup> Daher schließe ich mich Surmann an, der festhält: "Unbeschreibbarkeit überwinden heißt auch, Nicht-Verstehen abzubauen" (2005: 110).

<sup>59</sup> Die Ursache der Unbeschreiblichkeit liegt dann auch darin, "dass das Erleben nur in einer Weise beschrieben werden kann, die gemäß geteiltem Wissen paradox und nicht möglich ist. Der Kern der Unbeschreibbarkeit läge dann vor allem in der Paradoxie der Wahrnehmung" (Gülich 2005b: 239).

der Panikerfahrung inhärente Unbeschreibbarkeit zu überwinden, damit das Gegenüber sich "OOCH in diese situation versetzen" kann.

Die Analyse der Gespräche ergab, dass alle Sprecher auf Verfahren der Veranschaulichung zurückgreifen, um ihrer Vermittlungsaufgabe nachzukommen. Veranschaulichung ist eine "member's category"<sup>60</sup> und wird von der Sprecherin in Bsp. 7 offensichtlich als kommunikative Aufgabe aufgefasst.

Die Sprecher orientieren sich in der Interaktion an den Reaktionen und "display"-Aktivitäten ihres Rezipienten, so dass Veranschaulichung sich interaktiv konstituiert und der Grad der Veranschaulichung Schritt für Schritt realisiert und optimiert wird. Es werden jeweils unterschiedliche Strategien bevorzugt: Vergleiche, Metaphern, Beispiele, Szenarios und/oder Kontrastierungen dienen der Veranschaulichung von subjektiven sensorischen und körperlichen Erfahrungen, von Situationstypen, charakteristischen Abläufen oder der Veranschaulichung der Spezifik von Panik als einem Phänomen jenseits der Alltagserfahrung.

#### 4.2.1 *Vergleiche*

Vergleiche bauen auf Ähnlichkeiten und Analogien auf. Sie beruhen "auf der Gemeinsamkeit einer Eigenschaft, d.h. eines Tertium comparationis zwischen den beiden Analogiebereichen" (Best: 581). Vergleiche dienen vor allem Tina dazu, bestimmte Aspekte ihrer Panikerfahrung zu veranschaulichen, zu präzisieren oder zu bewerten. Ihren ersten Panikanfall beschreibt sie folgendermaßen:

##### **Bsp. (8) Tina II (CD ab 20:50)**

535 Ti <<rall> und auf EINmal MERK ich>,  
536 <<rall> wie mir im geSICHT>, (-)  
537 <<rall> äh (.) ja; (-) mir wurde ganz HEIß im  
gesicht>;  
538 <<all> das IS so>,  
539 .h als jUnges mÄdel,  
540 wenn man ähm ROT wird;  
541 Ju hmhm ja  
542 Ti die hITze stieg mir ins geSICHT,

---

<sup>60</sup> Das Konzept der "member's categories" geht auf Sacks zurück und wird z.B. in Bd. I, 1.6 der "Lectures on Conversation" (1992) erläutert.

Tina beginnt die Schilderung ihrer Wahrnehmung mit Verzögerungen. Langsameres Sprechen, Zögerungspartikel, Pausen und ein Abbruch in Z. 537 kündigen eine Formulierungs- und Vermittlungsschwierigkeit an, zu dessen Lösung ein Vergleich herangezogen wird. Das Gefühl aufsteigender Hitze im Gesicht wird mit dem Gefühl des "Rot-Werdens" junger Mädchen in Beziehung gesetzt. Damit wird eine Analogie zwischen der spezifischen körperlichen Wahrnehmung im Panikanfall und einer alltäglichen und damit dem Gegenüber zugänglichen Körpererfahrung hergestellt<sup>61</sup>. Tina stellt auf diese Weise einen deutlichen Adressatenbezug her, da ihre Gesprächspartnerin der Kategorie junger Mädchen tatsächlich angehört. Der Vergleich beleuchtet dabei zwei Aspekte desselben Symptoms: Das Tertium comparationis liegt sowohl im Hitzegefühl an sich, als auch in der Prozesshaftigkeit und der Dynamik seiner Entwicklung.

Tina fährt in ihrer Erzählung fort und benennt weitere Symptome wie Herzrasen und Atemnot, bevor sie erneut einen Vergleich anbringt:

**Bsp. (9) Tina II (CD ab 21:28)**

559 Ti und (--) wir waren dann ESSen,  
 560 und ich hab gesAgt,  
 561 <<all> ich KRIEG (.) ich KANN nich schlUcken>,  
 562 <<all> ich KANN nich ich KANN nich LUFT holen>,  
 563 .hh (-) und ich hat auch angst weil meine KINder  
 kuckten mich dann an,  
 564 WAT mit mir LO:S is,  
 565 und hab gesagt <<all> is ALLes in ORDnung>;  
 566 <<all> es is ALLes in ORDnung>;  
 567 und das war so:(-),  
 568 WIE wenn kartOffeltopf überkocht;

Tina leitet in Z. 567 den Vergleich ein, bei dem zunächst nicht klar ist, worauf er sich bezieht oder worin der Ähnlichkeitsbezug liegt: "das war so: (-), WIE wenn

---

<sup>61</sup> Vgl. dazu Günthner (2006), die in diesem Zusammenhang mit dem "mental spaces-Modell" argumentiert: "Der Bezug zwischen den "mental spaces" wird durch den Transfer der Beschreibung von einer Domäne (der Alltagswirklichkeit [...]) zu einer anderen Domäne (der innerpsychischen Erfahrungswelt: das Erleben einer Panikattacke) konstruiert und hat hier wichtige interaktive Funktionen: Die Übertragung ermöglicht es den RezipientInnen, Aspekte der Panikerfahrung auf der Basis alltäglicher Körpererfahrung zu begreifen" (2006: 6). Auch Brünnner/Gülich stellen fest, dass "Vergleiche von den PatientInnen insbesondere dazu eingesetzt werden, ihre Empfindungen, Wahrnehmungen und Wahrnehmungsstörungen bei Anfällen in ihrer charakteristischen Qualität zu veranschaulichen und dem ärztlichen Gesprächspartner so zugänglich zu machen [...]" (2002: 67).

kartOffeltopf überkocht". Tina präzisiert daher die Eigenschaften des Bild- oder Analogiebereichs:

```
569      also es war <<all> es ↑STEIGT>,  
570      <<all> es geht wieder ↓RUNter>,  
571      <<all> es ↑STEIGT>,  
572      <<all> geht wieder runter>;
```

Damit wird das Vergleichsmoment als die Dynamik kochenden Wassers definiert. Erst jetzt setzt Tina zur Vervollständigung des Vergleichs an und ergänzt:

```
573      Ti   und SO war es bei mir AUCH,  
574      .hh dieses HERZrasen war ↑DA,  
575      das herzrasen war wieder ↓WEG,  
576      das KAM wieder,  
577      äh((hüstelt kurz))  
578      es GING von sekUnden aus;  
579      Ju   mhm
```

Der Vergleich bezieht sich auf die Präzisierung des Herzrasens und zielt damit erneut auf die Veranschaulichung eines körperlichen Symptoms. Die alltagsweltliche Vorstellung kochenden Wassers und seiner Bewegungen wird in Ähnlichkeitsrelation zur Panikwahrnehmung "Herzrasen" gesetzt<sup>62</sup>. Dieses erscheint im Kontext als Synonym für den Panikanfall und die damit verbundenen Symptome. Die Schritt für Schritt erreichte, auf Übertragungen basierende Veranschaulichung zielt auf folgende Aspekte der Anfallssymptomatik: die Intensität der Symptome/des Herzrasens ( $\approx$  überkochendes Wasser), die Dynamik von Auftreten und Abklingen ( $\approx$  Steigen und Fallen kochenden Wassers) und die Schlagartigkeit dieser Entwicklung. Die Schlagartigkeit wird in Bezug auf den Analogiebereich "kochendes Wasser" prosodisch realisiert, indem die Zeilen 569-579 deutlich schneller gesprochen werden. Die Analogie zur Paniksymptomatik hingegen expliziert Tina in Z. 578 durch den Kommentar "es GING von sekUnden aus".

Die Beispiele zeigen, dass Tina Vergleiche immer wieder nutzt, um die Spezifik oder bestimmte Aspekte ihrer körperlichen Wahrnehmung im Panikanfall zu verdeutlichen, indem sie Bezüge zu alltagsweltlichen Erfahrungsbereichen herstellt.

---

<sup>62</sup> An dieser Stelle soll nur ein kurzer Verweis auf das Emotions-Konzept "THE EMOTIONS ARE FLUIDS IN A CONTAINER" und "THE EMOTIONS ARE THE HEAT OF A FLUID IN A CONTAINER" (Kövecses 1990: 146ff.) erfolgen. Auf metaphorische Konzepte in Panikdarstellungen wird in Kap. 6 ausführlich eingegangen.

Sie schafft eine Kommunikationsbasis, indem sie einen gemeinsamen Vorstellungsraum, eine Art geteiltes Wissen etabliert, um ihrer schwierigen Vermittlungsaufgabe nachzukommen. Knapp 100 Zeilen weiter im Transkript, immer noch im Kontext der ersten Panikerfahrungen, steht folgende Sequenz:

**Bsp. (10) Tina II (CD ab 24:00)**

661 Ti und am MONTag früh ging das WIEder los;  
662 .hh WIEder die HITZE im gesicht,  
663 dieses HERZrasen,  
664 dann HAB ich=n geFÜHL,  
665 kam daZU,  
666 äh als WENN ich eine (.) schwEre STAHLplatte auf=m  
KOPF hab,  
667 auf der schÄdeldecke,  
668 Ju hm  
669 Ti und (-) es RUNterdrückt;  
670 Ju hmhm

Erneut kommt Tina auf die charakteristischen Symptome "HITZE im gesicht" und "dieses HERZrasen" zurück. Allerdings benennt sie diesmal lediglich die Symptome und führt keine weiteren Vergleiche zur Veranschaulichung an. Sowohl "WIEder" in Z. 662, als auch durch das Pronomen "dieses" verweisen anaphorisch auf bereits Bekanntes und markieren, dass den benannten Symptomen die gleichen Eigenschaften, wie den zuvor beschriebenen zukommen. Tina setzt nun ein geteiltes Wissen um die Beschaffenheiten der "HITZE im gesicht" (538 ff.:  $\approx$  Rot-Werden) und des "HERZrasen(s)" (568-578  $\approx$  kochendes Wasser und seine Dynamik) voraus und führt das neue, hinzukommende "geFÜHL"<sup>63</sup> wiederum durch einen Vergleich ein: "als WENN ich eine (.) schwEre STAHLplatte auf=m KOPF hab" (Z. 666). Sie präzisiert ihr Gefühl durch den Vergleich mit einer alltagsweltlichen Körpererfahrung (Gefühl  $\approx$  Gewicht auf dem Kopf). Dass es sich bei diesem Gewicht um eine "schwEre STAHLplatte [...] auf der schÄdeldecke", die "RUNterdrückt", handelt, veranschaulicht die Intensität und die grundsätzlich negative Beschaffenheit des Gefühls (Gefühl  $\approx$  Druck/Last auf dem Kopf/der Schädeldecke). Damit geht es in

---

<sup>63</sup> In meinem Datenkorpus werden Symptome und sinnliche Wahrnehmungen immer wieder mit dem Ausdruck "Gefühl" belegt, der dann stellenweise nahezu als Terminus verwandt wird. Schwabe weist auch in Bezug auf Epilepsien darauf hin, dass Anfallssymptome "von Seiten der Patienten häufig als 'Gefühl' konzeptualisiert bzw. mit einem Gefühl gleichgesetzt" (2004: 236) werden.

diesem Vergleich nicht nur um die Vermittlung körperlicher Erfahrung, sondern auch um die Vermittlung der Bewertung.

Der sich direkt an den vorherigen anschließende Vergleich steht in keiner ersichtlichen Beziehung zum ersten:

671 Ti also also is (.) ich hab das geFÜHL als wenn ich  
irgendwie in die ERde reinfalle;  
672 Ju ja  
673 Ti wenn die erde auseinANder geht und ich werd da REIN  
gestoßen; (---)  
674 Ju hmhm  
675 Ti diese diese <<t,len> dieses geFÜHL in den BEInen war  
weg>;

Es wird ein völlig neuer Analogiebereich (in-die-Erde-reinfallen/gestoßen werden) aufgerufen, der keines der bereits angeführten Vergleichselemente (Gewicht/Druck/Last auf dem Kopf) aufgreift. Möglicherweise bezieht sich der neue Vergleich auf das in Z. 675 geäußerte "fehlende Gefühl in den Beinen" im Sinne von "den Boden unter den Füßen verlieren". Das wird aber gerade nicht so formuliert. Dieser Vergleich zielt daher nicht, zumindest nicht ausschließlich auf die Vermittlung und Veranschaulichung der körperlichen Wahrnehmung im Anfall, sondern soll darüber hinaus vor allem die Außerordentlichkeit und das Extreme der Panikerfahrung vorführen. Dieser Vergleich ist nicht durch Alltagsbezug motiviert, sondern soll die Außerordentlichkeit der Extremerfahrung und ihre negative Klassifizierung, in der Interaktion zu etablieren. Die Veranschaulichung richtet sich hier nicht auf die Vermittlung eines körperlichen Gefühls, sondern auf die Vermittlung seiner Außerordentlichkeit: "In-die-Erde-reinfallen" liegt jenseits der alltagsweltlichen Erfahrung, nicht aber jenseits des Vorstellungs- und damit des Urteilsvermögens.

Auch die übrigen Sprecher ziehen Vergleiche heran.

Auffallend oft wird von einem fehlenden Gefühl in den Beinen berichtet, dass mit Vergleichen veranschaulicht wird. Dazu werden häufig etablierte Formulierungen wie "Pudding in den Beinen", "Beine wie Gummi" oder "Blei an den Füßen haben" (Tina I: 7; Pascal: 95 und 1498; Tina II: 355, 401 und 886, vgl. auch 675) verwendet, die in ihrer veranschaulichenden Funktion den Bezug zu alltäglichen und damit zugänglichen, körperlichen Erfahrungen herstellen.

Auch im Zusammenhang der Darstellung anderer körperlicher oder sinnlicher Einschränkungen greifen die Sprecher auf die rhetorische Strategie des Vergleichs zurück. So gehen Panikanfälle offenbar manchmal mit der Einschränkung oder Andersartigkeit des Seh-Sinns einher. Tina sieht ihre Umwelt im Anfall "als wenn die FARBE weg is" (Tina I: 665) oder "HELL als wenn wenn ich vonna (.) BLITZlicht geBLENdet werde" (Tina II: 742) oder als wenn ihr etwas auf die Augen fällt "und it DUNKel macht" (Tina I: 67; vgl. auch Tina II: 1045). Das Abklingen von Panik beschreibt sie mit den Worten "als wenn mir einer=n EISkalten (-) EISkaltes wasser übergießt;" (Tina II: 1017) und in unserem ersten Gespräch ähnlich: "JA dit muss man sich SO vorstellen, als WENN da einer oben en ZAHNputzbecher, (-) mit WASSer, aufn KOPF stellt, und den UMkippt. und DIEses wasser RUNterläuft." (Tina I: 125-130). Wiederum werden Symptome oder Wahrnehmungen durch den im Vergleich hergestellten Rückbezug zu alltäglichen Körpererfahrungen veranschaulicht. Dabei wird in diesem Beispiel die veranschaulichende und vermittelnde Funktion des Vergleichs explizit thematisiert: "JA dit muss man sich SO vorstellen" (vgl. auch Tina I: 84f. und Jana: 101ff.). Jana beschreibt ihre Atemnot im Anfall mit den Worten "als WÜRDE mich einer WÜRgen," (392) und stellt damit zum einen Alltagsbezug her, vermittelt im Vergleich aber gleichzeitig die negative Wertung des Symptoms.

Zusammenfassend lassen sich folgende Funktionen von Vergleichen benennen:

- Die rhetorische Strategie des Vergleichs dient in Panikdarstellungen der Überwindung der Beschreibbarkeitsproblematik und der Lösung des damit zusammenhängenden Vermittlungsproblems; die Vermittlungs- bzw. Veranschaulichungsfunktion der Vergleiche wird dabei teilweise explizit betont.
- Vergleiche betreffen die Veranschaulichung/Vermittlung körperlicher Symptome und Wahrnehmungen; dazu werden Analogien zu alltäglichen Körpererfahrungen oder auch anderen alltäglichen und daher geteilten Erfahrungs- oder Vorstellungsbereichen hergestellt. Diese Analogien können die Wahrnehmung selbst, aber auch bestimmte Aspekte wie Intensität, Dynamik, Schlagartigkeit, Qualität/Wertung fokussieren oder verdeutlichen.

- Andererseits werden äußerst kreative, ausgebaute Vergleiche herangezogen, deren Analogiebereich sich jenseits alltagsweltlicher Erfahrungswerte konstituiert. Diese dienen der Veranschaulichung und Vermittlung der Außerordentlichkeit der Extremerfahrung Panikanfall.

Damit ist in Panikdarstellungen folgendem Paradoxon zu begegnen: Um das kommunikative Problem der generellen Unbeschreibbarkeit in der Interaktion zu lösen, werden Vergleiche zur Veranschaulichung herangezogen. Diese können aber auch gerade der Inszenierung von Unbeschreibbarkeit dienen, wenn sie nicht veranschaulichen, sondern eher verschleiern.

#### 4.2.2 *Beispiel, Szenario und Konkretisierung*

Die Sprecher favorisieren jeweils unterschiedliche Verfahren, um Veranschaulichung zu erreichen und ihrer schwierigen Formulierungs- und Vermittlungsaufgabe nachzukommen. Während Tina bevorzugt auf bildhaftes Sprechen zurückgreift, um so bestimmte Gefühle bzw. Körpererfahrungen zu veranschaulichen, ist das Beispiel eine rhetorische Strategie "der Erhellung, Illustration oder Begründung eines allgemeinen Sachverhalts durch einen konkreten, meist bekannteren, leicht faßl. Einzelfall [...] zur anschaul. Darstellung [...]" (Schweikle 1990: 45).

Da die Art und Weise der Gesprächsführung bereits darauf angelegt war, konkrete Anfallsnarrationen zu initiieren und sich Konkretisierung, Beispiel und Szenario im Kontext nicht immer sinnvoll voneinander trennen lassen, werden sie in diesem Kapitel gemeinsam untersucht.

Vor allem Thomas orientiert sich rhetorisch an Beispielen und Szenarios, um bestimmte Aspekte seiner Krankheit zu illustrieren oder zu konkretisieren. Im folgenden Beispiel beschreibt Thomas, wie er mit seiner Angsterkrankung umgeht, wegen der er sich zum Zeitpunkt des Gesprächs seit zwei Monaten in einer Therapie befindet:

#### **Bsp. (11) Thomas (CD ab 04:51)**

132 Tho ↓ja sicherLICH der EINFachere weg wäre es ähm;  
 133 bestimmten situationen aus dem WEG zu gehen weißte,  
 134 zum bespiel was ich aufn TOT nich abKANN,

135 oder abKONNte,  
 136 wenn ich zum beispiel ähm: (-) dass ich NAMentlich  
 erWÄHNT wurde irgendwo;

Die in Z. 133 noch undefinierte Kategorie der "bestimmten situationen" wird in Z. 136 durch den Verweis auf die konkretere (Beispiel-)Kategorie "NAMentlich erWÄHNT"-Werden spezifiziert. Der exemplarische Charakter des "Namentlich-erwähnt-Werdens" als einer typisch unangenehmen Situation für Thomas wird zum einen durch die Einleitungsformel "zum beispiel" und zum anderen durch den Verallgemeinerungsindikator "wenn", aber auch durch das generalisierende "irgendwo" (136) gekennzeichnet. Das Beispiel wird hier nicht zu einer Episode, die zu einem bestimmten Zeitpunkt an einem bestimmten Ort stattfand, ausgebaut. Es dient vielmehr der typisierenden Exemplifikation unangenehmer Situationen, die es in der Vergangenheit jedoch tatsächlich gab, wie die Präteritumsform in Z. 136 anzeigt.

Im Anschluss setzt Thomas zu einer exemplifizierenden Konkretisierung an:

137 Tho oder zum beispiel wenn (.) wenn ICH in URLaub fahrn  
 will mit meiner freundin;  
 138 kann ichs †NICH ab;  
 139 ich mein (.)wir FAhrn ja NIE irgendwie so lastMINit  
 mäßig ne,  
 140 sondern wenn dann so mit RUCKsack oder ähm halt so auf  
 EIgene faust,  
 141 .hh aber wenn WENN ich dann †mal äh ähm,  
 142 oder WENN wir dann mal ähm;  
 143 so lastMINit urlaub machen ne,  
 144 so SCHÖN hotel in spa(ha)nien sach ich mal,  
 145 da is Abends proGRAMM da wär für mich=n GREUEL,  
 146 mich unten HINzusetzen,  
 147 Ju oh ja  
 148 Tho BIER zu trinken und OBEN auf der BÜHne STEHN,se machen  
 FAXn;

Der Sprecher leitet die Äußerungssequenz mit "oder zum beispiel wenn" (137) ein und markiert durch die Einleitungsformel und den Verallgemeinerungsindikator "wenn", dass ein weiterer exemplarischer Situationstyp angeführt werden soll, der für ihn unangenehm ist. Der Situationstyp "in URLaub fahrn" wird zunächst konkretisiert ("lastMINit urlaub") und schließlich zu einer kompletten Szene ausgebaut. Die Zeile 144 leitet den Entwurf einer mit unterschiedlichen Details ("spa(ha)nien", "Abends proGRAMM" etc.) ausgestatteten "Last-Minute-Urlaub-Szene" ein. Dass es sich dabei um eine exemplarische und erdachte, jedoch

mögliche Situation handelt, wird durch den metadiskursiven Kommentar "sach ich mal" in Z. 144 und die Verwendung des Konjunktivs II in Z. 145 angezeigt. Thomas präsentiert die Szene zusätzlich im Präsens und markiert damit ebenfalls, dass es sich um einen imaginierten Entwurf handelt. Damit kann hier von einem Szenario, dem "verbale(n) Entwurf einer vorgestellten, kontrafaktischen Situation" (Brünner/Gülich 2002: 23) gesprochen werden<sup>64</sup>. Durch das als Beispiel angekündigte Szenario wird nicht wie zuvor ein weiterer problematischer Situationstyp einfach benannt, sondern "durch die Angabe von konkretisierenden Details" ausgemalt (Brünner/Gülich 2002: 36). Thomas wählt eine Szene, die der Alltagserfahrung zugänglich ist, und die Rezipientin signalisiert ihr Verstehen und ihre eigenen Vorstellungsaktivitäten auch in Z. 147 durch das zustimmende "oh ja". Thomas baut das Szenario daraufhin zunächst weiter aus:

149 Tho ne, und dann kommse RUN↑ter ins PUBlikum-  
 150 und holn sich die leute auf die BÜHne;  
 151 Ju Oh ja FURCHTba(ha)r hehe-  
 152 Tho <<lauter, bestimmt> da DAvor habe ich DAvor hab ich  
 (.)RICHTig ↑ANGST> vor SOLchen situationen;  
 153 Ju ja  
 154 Tho deswegen .h deswegen MEID ich so was.

Thomas präsentiert die Szene weiterhin konsequent im Präsens. Weitere Details werden angeführt, die die Situation im Hotel beim Abendprogramm veranschaulichen. Der Rückversicherungspartikel in Z. 149 markiert deutlichen Adressatenbezug. Thomas orientiert sich offenbar direkt an seiner Rezipientin, die in Z. 151 das Gelingen seiner Veranschaulichungsaktivitäten durch "oh ja FURCHTba(ha)r hehe" signalisiert. In der sich anschließenden Äußerung von Thomas "<<lauter, bestimmt> da DAvor habe ich DAvor hab ich (.)RICHTig ANGST> vor SOLchen situationen;" (152) ist ein deutliches Bemühen um Ernsthaftigkeit erkennbar. Prosodisch wird dies durch lauterer Sprechen und die "bestimmte" Stimmmodulation markiert. Die auffällige Akzentuierung markiert Emphase<sup>65</sup> und dient in Kombination mit der lexikalischen Intensivierung ("RICHTig")

---

<sup>64</sup> Das klassische Szenario involviert den Adressaten als Handlungsträger oder gar als Protagonisten in das imaginierte Geschehen. Auch in Panikdarstellungen wird auf diese Darstellungsform rekurriert, wie Günthner (2006) feststellt. In den von mir analysierten Gesprächen ist dies jedoch nicht immer der Fall.

<sup>65</sup> Zur prosodischen Emphasemarkierung s. Selting (1994).

der Relevanzhochstufung. Mit dem Begriff "↑ANGST" benennt Thomas sein persönliches Empfinden explizit und reformuliert damit, was er in Z. 138 relativierend als "↑NICH ab"-Können und in Z. 145 als "GREUEL" bezeichnete. Während das Szenario sich bis hierhin als Strategie präsentierte, die "bestimmten situationen" (133) unterhaltsam zu veranschaulichen, ist an dieser Stelle ein Bruch erkennbar. Thomas kontextualisiert die dargestellte Szene rückwirkend als ein im Bereich der Möglichkeit liegendes ernsthaftes Problem mit persönlicher Relevanz. Daher korrigiert er, durch die Formulierung "RICHTIG □ANGST" was seine Rezipientin als allgemein nachvollziehbare Abneigung deuten oder mißverstehen könnte. Der Interaktionsverlauf zeigt, dass es Thomas zwar gelingt einen bestimmten Situationstyp zu veranschaulichen, dass er jedoch gleichzeitig an der Vermittlung seiner Relevanzen und Gefühle scheitert, wie das Lachen der Rezipientin anzeigt. Gerade die Anbindung an eine Alltagserfahrung scheint im obigen Beispiel dazu beigetragen zu haben, dass Thomas zur Verständnissicherung sein persönliches Gefühl konkretisieren und in einer Art Fazit explizit benennen muss. Die Spezifik liegt darin, dass er eine irrationale und untypische Reaktion auf eine Situation zeigt, die die Hörerin zwar auch als "FURCHTba(ha)r" empfindet, bei dem Phobiker Thomas hingegen "RICHTIG ↑ANGST" auslöst. Thomas unterstreicht durch den Verallgemeinerungsindikator (152) in seinem Fazit nochmals den exemplarischen Charakter des Situationsentwurfs. Die sich anschließende Äußerungssequenz beginnt er erneut mit der typischen Einleitungsform "zum Beispiel":

155 Tho .h oder zum beispiel (.) als ICH früher geLERNt hatte,  
156 ähm (.) und da WAR nen beTRIEBSfest,  
157 einmal im jahr weißte,  
158 meine (Benennung der Arbeitsstelle) hatte TAUSend  
MITarbeiter ne,  
159 wir (.) äh EINmal im jahr war beTRIEBSfest;  
160 und ähm da warn ↑TAUSend leute,  
161 und ICH bin GANZ UNgern HINGe↓gangen,  
162 aus ANGST dass meinetwegen,  
163 also da is auch son kleines RAHMENpro↓gramm ne,  
164 also dass ICH auf EINmal auf die BÜhne geholt WERde;  
165 Ju hmm (-) ja  
166 Tho weißte obwohl das NICHTS aber auch ↑GAR nichts mit mir  
zu TUN hatte;  
167 Ju ja (.) nee doch das kann .h ich natürlich in MEInem  
rahmen so wohl NACHvollziehen,  
168 Tho ja so DAS ist halt einfach das STEIgert sich;  
169 oder das nimmt man MIT und,  
170 ähm (.) ja überträgt das dann auf ANdere beREIche;

Während Thomas sein erstes Beispiel (132-136) zur Konkretisierung "bestimmter unangenehmer Situationen" in Form einer knappen typisierenden Benennung präsentierte und das zweite (137-154) durch die Entwicklung eines ausgebauten imaginierten Szenarios veranschaulichte, handelt es sich in dieser Sequenz um eine selbstinitiierte Beispielerzählung in reduzierter Form. Es liegt eine Hybridbildung aus episodischem und typisierendem Beispiel vor: Thomas erzählt in der 1. Person von einem "konkreten" Situationstyp ("beTRIEBSfest, einmal im Jahr", Z. 156f.) aus seiner Vergangenheit ("als ICH früher geLERNT hatte", 155). Im Gegensatz zu der knappen Situationsbenennung in Z. 132-136 besitzt diese Sequenz bereits größtenteils die charakteristische Binnenstruktur von Erzählungen<sup>66</sup>. Die exemplarische Funktion der Beispielerzählung wird erneut durch Vagheitsindikatoren wie "meinetwegen", aber auch durch den vagen Konkretheitsgrad insgesamt betont. In einer Art Erzählcoda wird die dargestellte Situation generalisierend ausgewertet und der Bezug zur aktuellen Krankheitssituation hergestellt.

Auch im weiteren Gesprächsverlauf wird deutlich, dass (meist generalisierbare) Beispiele und Szenarios eine bevorzugte Darstellungsform für Thomas sind. Er verwendet die Einleitungsform "zum Beispiel" alleine in der Anfangssequenz des Gesprächs 13 Mal, bevor er in Z. 226 explizit aufgefordert wird, eine "↑GANZ bestIMMTE situation", nämlich seine "SCHLIMMste angst" (226) zu beschreiben. Doch Thomas unterbricht auch narrative Rekonstruktionen konkreter Erlebnisse durch Verallgemeinerungsindikatoren und generalisierende Einschübe (vgl. z.B. 236). Es zeigt sich, dass die Konkretisierung selbst, um die Thomas sich durch das Anführen von Beispielen offensichtlich bemüht, in letzter Konsequenz auch sein darstellerisches Problem ausmacht. Während sowohl Tina als auch Jana bereitwillig und meist selbstinitiiert episodische Anfallsrekonstruktionen liefern und so von sich aus auf dieses konkretisierende Veranschaulichungsverfahren rekurren, zeigen Thomas und Pascal dabei teilweise Schwierigkeiten<sup>67</sup>. Pascal äußert diese Problematik explizit. Als er gegen Ende unseres Gesprächs noch einmal dazu aufgefordert wird, eine "konkrete situatION" (Pascal: 1546) zu schildern, antwortet

---

<sup>66</sup> Zur Binnenstruktur der Erzählung vgl. die klassischen Arbeiten von Labov und Waletzky (1967/1973).

<sup>67</sup> Auf der Grundlage des in dieser Arbeit analysierten Datenmaterials kann daher von einer "genderspezifischen" Problematik ausgegangen werden, was jedoch noch zu prüfen wäre.

er in allgemeiner Form mit der Schilderung eines typischen Ablaufs und schließt dann mit der Äußerung

**Bsp. (12) Pascal (CD ab 36:46)**

1590 Pa ich KANN das,  
1591 s ich würd=s dir ja gerne (.) gerne mÄchen,  
1592 <<p, bebende Stimme> aber ich kann=s UNheimlich sch  
schl↑Echt an bestimmten situat↑IONen machen>;  
1593 <<p> wäre frOh wenn ich=s k↑Önnte>;

Die Unbeschreibbarkeit scheint im Falle von Thomas und Pascal auch eine Frage des Konkretisierungsgrades zu sein<sup>68</sup>. Der Konkretisierungsgrad ist im Gespräch grundsätzlich interaktiv verhandelbar und wird insbesondere von Thomas durch das Anführen von typisierten Einzelbeispielen oder Szenarios Schritt für Schritt optimiert.

- Beispiele und Szenarios treten also meist in typisierender Funktion auf und werden zur "Konkretisierung" von Paniksituationen bzw. zur Veranschaulichung generalisierbarer oder wiederkehrender Abläufe (z.B. Panikverlauf etc.) verwandt.
- Diese Verfahren können im Gespräch über konkrete Anfallssituationen zur Lösung der z.T. als schwierig empfundenen Konkretisierungsaufgabe eingesetzt werden: Durch das Anführen generalisierbarer und typisierter Einzelbeispiele, wird der Konkretisierungsgrad der jeweiligen Kategorie schrittweise erhöht, ohne jedoch zwangsläufig die Konkretisierung in Form einer narrativen Anfallsrekonstruktion zu leisten. Vielmehr werden einzelne "SCHLÜSSelerlebnisse" (Thomas: 336) exemplarisch benannt, so dass das Gesamtbild der Angsterkrankung durch das Zusammenführen aller Einzelfaktoren zu erschließen ist. Typisierende Beispiele dieser Art treten daher häufig in großer Dichte<sup>69</sup> auf. Ihr exemplarischer und generalisierbarer Charakter wird durch metadiskursive Kommentare, Einleitungsformeln wie "zum Beispiel" oder entsprechende Vagheitsindikatoren explizit betont.

---

<sup>68</sup> Vgl. dazu Deppermann/Lucius-Hoene (2005), die bei der Analyse von Traumaerzählungen ebenfalls auf grundlegende Unterschiede "zwischen erzählerischen und nicht-erzählerischen Darstellungen" stoßen.

- Szenarios beziehen den Rezipienten direkt mit ein und knüpfen an dessen alltäglichen Erfahrungshintergrund an. Es konnte gezeigt werden, dass das Verfahren der Konstruktion von Szenarios zwar einer veranschaulichenden Funktion nachkommt, jedoch im Kontext der Panikdarstellung mit der Sprecherintention kollidieren kann, wenn die emotionale und emotionsreaktive Asymmetrie zwischen Sprecher und Hörer nicht bedacht wird.

#### 4.3 Die Beispielerzählung – Narrative Verfahren zur Rekonstruktion von Panikanfällen

Die Beispielerzählung ist ein weiteres Veranschaulichungsverfahren und wird im hier behandelten Gesprächstyp explizit eingefordert.

Der Erzähler kann eine Erzählung aus der "kategorisierend-retrospektiven" Perspektive der Jetzt-Zeit präsentieren (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 117) und iterativ erzählen, oder er kann die Erlebnis- und Erkenntnisperspektive des erzählten Ich einnehmen und das Geschehen in einer episodischen Rekonstruktion gegebenenfalls "re-inszenieren".

In den vorliegenden Gesprächen mischen sich diese Darstellungsmodi. Iterative Erzählpassagen, dienen u.a. der Raffung größerer Zeitspannen und begegnen in den vorliegenden Erzählungen vor allem im Kontext der Darstellung sich wiederholender Anfallsabläufe oder generell gültiger Krankheitsaspekte:

##### **Bsp. (13) Pascal (CD ab 36:14)**

1571 Pa es is eigentlich IMmer,  
 1572 es is mEhr oder wENiger eigentlich IMmer der gleiche  
 Ablauf,  
 1573 DASS man halt die- (-)  
 1574 DASS dannhalt äh äh äh-  
 1575 <<p> n bisschen die ANGST>,  
 1576 <<p> die angst KOMMT>,  
 1577 <<p> die angst sich IMmer weiter .h (-) weiter  
 HOCHpielt>,  
 1578 BIS dann hinterher SOviel symptome zusammenkommen,  
 1579 <<pp> und dann wie ges†Agt bei MIR noch extrem mit der  
 HERZphobie>,  
 1580 <<pp> wenn spÄtestens DAS>,

---

<sup>69</sup> Thomas führt im transkribierten Teil unseres Gesprächs ca. 20 mit "zum Beispiel" eingeleitete Situationsbenennungen an.

1581 <<p> spÄtestens wenn ich dann den äh .h äh PULS auf  
 hundertachtzig habe,  
 1582 Ju mhm  
 1583 Pa äh den wIrklich dann,  
 1584 wIrklich schon (--) schon (.) fast höre,  
 1585 Ju mhm  
 1586 Pa <<pp, leicht bebende Stimme> ja DANN (-) dann IS es  
 halt soweit>;

In Pascals Beschreibung unterstreichen Präsensverwendung, generalisierende Zeitadverbien ("immer"), "wenn-dann"-Strukturen und das Indefinitpronomen "man" die Verallgemeinerbarkeit des dargestellten Ablaufs eines Angstanfalls (vgl. Gülich 2005a: 77).

Die Gesprächsführung sah jedoch vor, dass die Sprecher konkrete Anfälle episodisch rekonstruieren, wie sie "im *erinnernden Nacherleben* verfügbar" sind (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 25; kursiv im Orig.). Die Analyse ergab, dass die Sprecher zur episodischen Rekonstruktion die re-inszenierende Darstellung präferieren. Panik präsentiert sich auf diese Weise *im* Erzählen, *als* Erzählen und *evoziert* gleichzeitig Emotionen (vgl. Boothe 2004).

In szenischen Darstellungen oder "Re-Inszenierungen" wird "das vergangene Geschehen so dargestellt [...], als ob es unmittelbar in der Gegenwart, vor den Augen der Gesprächspartnerin ablief" (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 228). Die Sprecher beziehen ihre Gesprächspartnerin in die eigene Erlebnisperspektive im Anfall ein und bieten ihr die Möglichkeit "zum symbolisch vermittelten Miterleben" (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 228). Dazu werden verschiedene Re-Inszenierungsstrategien genutzt: szenisches Präsens<sup>70</sup>, "Reaktualisierung der deiktischen Erlebnisperspektive und der früheren Wahrnehmungs- und Wissensbasis", "hoher erzählerischer Auflösungsgrad" und Dialogwiedergabe<sup>71</sup> (vgl. Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 228-237). Günthner stellt in narrativen Rekonstruktionen von Panikanfällen zusätzlich "dichte Konstruktionen"<sup>72</sup> fest, also

---

<sup>70</sup> Vgl. zum Einsatz des szenischen Präsens in Erzählungen auch Quasthoff (1980: 224ff.).

<sup>71</sup> Zu Verfahren der Redewiedergabe s. z.B. Günthner (1997 und 2002).

<sup>72</sup> Zu "dichten Konstruktionen" in Alltagserzählungen s. Günther (2005a). "Dichte Konstruktionen" im Kontext von Panikdarstellungen behandelt ebenfalls Günthner (2006: 15-23).

syntaktische Kondensierungsformen, die [...] als Ressource zur Rekontextualisierung und Porträtierung rasch aufeinanderfolgender Ereignisse eingesetzt werden. (Günthner 2006: 16):

Re-Inszenierungen zeugen von hoher emotionaler Beteiligung des Erzählers, von dessen "involvement"<sup>73</sup>, und vermitteln die subjektive Bedeutsamkeit des Erzählten. Die szenische Re-Inszenierung dient den Sprechern als narratives Verfahren zur Vermittlung und Appräsentation des "unbeschreibbaren" Extrems der Panikerfahrung (vgl. Günthner 2006). Dabei werden sämtliche Re-Inszenierungsstrategien auf einmal eingesetzt und in der Anfallsrekonstruktion miteinander kombiniert.

Narrative Verfahren müssen im Kontext einer Gesamterzählung betrachtet werden. Daher werden sie in der exemplarische Abschlussanalyse in Kap. 7, die ausführlich auf Strategien der Re-Inszenierung und weitere narrative Techniken eingeht, analysiert.

#### 4.4 Der Rekurs auf semi-professionelle Kenntnisse als Formulierungsressource und Verfahren der Vermittlung

Grundsätzlich verfügen die Patienten über subjektive, die eigene Krankheit, das Erleben und das persönliche Empfinden betreffende Erfahrungen, die zu vermitteln Ziel und Aufgabe in den analysierten Gesprächen ist. Darüber hinaus verfügen die Sprecher, die teilweise schon jahrelang an ihrer Angsterkrankung leiden, auch über ein medizinisches und psychologisches Expertenwissen ("semi-professionelles Wissen"<sup>74</sup>) (vgl. Brünner/Gülich 2002: 43), das sie in der Interaktion an mich als Laien weitergeben. Auch der Rekurs auf Fachvokabular (im Sinne "semi-professioneller Kategorisierungen") kann einen Weg aus der Unbeschreibbarkeit bedeuten. Die Adoption und Präsentation von Fachausdrücken verweist auf die Präferenz für vorgeformte Ausdrücke, auf die Gülich/Schöndienst/Wörmann (2005)

---

<sup>73</sup> Tannen (1989) prägt den Begriff "involvement" für die emotionale und affektive Beteiligung, die im Gespräch zum Ausdruck gebracht werden kann.

<sup>74</sup> Rehbein (1994), Löning (1994) und Rehbein/Löning (1995) bezeichnen den laiengerechten Krankheits- oder Symptomwortschatz, den Mediziner gegenüber Patienten anwenden als "semi-professionell" (vs. professionell). Ich verwende den Begriff "semi-professionelles Wissen" in Anlehnung daran wertfrei (vs. "pseudo-professionell"), als Bezeichnung für das medizinische Wissen, das sich Angstpatienten durch Arzt- und Therapeutenkontakte sowie durch die Lektüre entsprechender (Ratgeber-)literatur etc. aneignen und weitergeben.

hinweisen. Termini können durch metadiskursive Kommentare wie "so genanntes" oder "das nennt man" explizit als solche gekennzeichnet und auf diese Weise in die Interaktion integriert werden (z.B. Tina I: 220, 362). Der Rekurs auf "semi-professionelle" Wissensbestände kann sich aber auch über längere Gesprächssequenzen erstrecken (z.B. Thomas: 42-70), in denen die Sprecher explizit die Rolle des Experten einnehmen (z.B. Pascal: 676-810).

Wie das Kapitel zur Beschreibbarkeitsproblematik zeigte, hängt Unbeschreibbarkeit auch mit einer Unerklärbarkeit der Panikreaktion zusammen. Durch den Rückgriff auf medizinische oder biologische Wissensbestände versuchen einige Sprecher dieses Defizit auszugleichen:

**Bsp. (14) Pascal (CD ab 19:19)**

```

676   Pa   IS (.) es IS äh-
677       UNheimlich schwierig im endeffekt zu erklären-
678       WO fängt eigentlich ne pAnikattacke AN;
679   Ju   mhm
680   Pa   ähm (---)
681       also ich hOle EINfach mal ein bisschen AUS;

```

Pascal äußert hier zunächst den metadiskursiven Kommentar zur schweren Erklärbarkeit und kündigt daraufhin an: "also ich hOle EINfach mal ein bisschen AUS;" (681). Es folgt eine längere Auseinandersetzung mit dem Phänomen Angst aus biologisch-medizinischer Perspektive. Der Rekurs auf Fachwissen stellt also für Pascal einen Weg zur Lösung der Kommunikationsaufgabe dar. Um medizinische Informationen und Sachverhalte zu vermitteln, greift er wiederum auf spezifische Veranschaulichungsverfahren zurück:

**Bsp. (15) Pascal (CD ab 20:41)**

```

715   Pa   <<f> ANGST an SICH>,
716       ich (.) sprEch nur von der normAlen angst-
717       <<f> angst an SICH is ja wIrklich ne>- .hh
718       <<f> ne äh äh GANZ wichtige sAche>.
719       <<f> is ja EINfach ne (.) ne lebens:NOTwendige>-
720       <<f> ne biolOgisch LEbensnotwendige reaktiOn>,
721       .hh von uns mEnschen,
722       äh praktisch so ne automAtische (.) alArmreaktion.

```

Pascal setzt hier zu einer semi-professionellen Erklärung von "<<f> ANGST an SICH>" an. Die Aussage "<<f> is ja EINfach ne (.) ne lebens:NOTwendige>- <<f>

ne biologisch Lebensnotwendige reaktion>, .hh von uns Menschen," (719-721) wird als allgemeingültiges Faktum kontextualisiert. Pascal nimmt offensichtlich eine medizinische Expertenrolle ein und verwendet auch eine entsprechende Terminologie (z.B. Angst als "biologisch notwendige Reaktion" statt Gefühl oder Befinden etc.). Das laute Sprechen signalisiert Sicherheit, so dass auch stimmlich Sachverstand und Kompetenz vermittelt werden. Der metaphorischen Formulierung "automatische Alarmreaktion" (722) wird durch Vagheitsindikatoren ("praktisch so ne") eine gewisse Inadäquatheit und Vorläufigkeit zugeschrieben. Pascal nutzt in der Rolle des Experten also auch eine "expertentypische" Rhetorik<sup>75</sup>. Verfahren der Veranschaulichung werden durch "verschiedenartige lokale *Anschlusselemente und -verfahren* [...] an den Kontext gebunden" (Brünner/Gülich 2002: 40; kursiv im Orig.), die ihrerseits diese veranschaulichende Funktion indizieren. So zeigen Vagheitsindikatoren an, dass keine "strenge medizinische Terminologie gebraucht, sondern eine sprachliche Anpassung an den Laien in der Vermittlungssituation vorgenommen wird" (Brünner/Gülich 2002: 41).

Ebenso "expertentypisch" rekurriert Pascal zur Veranschaulichung von Fachwissen auch auf Situations- und Handlungsbeispiele bzw. imaginierte Situationsentwürfe (vgl. z.B. auch Pascal: 714-786):

**Bsp. (16) Pascal (CD ab 21:19)**

734	Pa	wEnn ich zum beispiel über die strAße gehe,
735		und dann=äh kommt=n AUto auf mich zu,
736		ich mein (.) dann bleib ich AUCh nicht stehen um nich plAtz zu machen,
737	Ju	mhm
738	Pa	sondern sprIng ich an: rAnd zur sEite;
739		ne,
740	Ju	hm=hm
741	Pa	und WArummAch ich das?
742		.hh EINfach weil=äh (-) äh äh diese diese ANGSTreaktion,
743		diese äh äh automAtische ANGSTreaktion, .hh
744		halt .hh äh (.) physioloGische verÄnderung bei mir im körper (.) dann dann AUSlöst.
745	Ju	mhm ja
746		du kannst automatisIert-

---

<sup>75</sup> Vgl. zu Veranschaulichungsverfahren in der Experten-Laienkommunikation Brünner/Gülich (2002). Insbesondere zu Veranschaulichungsverfahren von Experten Brünner/Gülich (2002: 25-42 und 67-70).

747 SCHNELL reagIERen ne,  
748 Pa dein HERZschlag,  
749 die mUskeln werden mAximal durchblUtet,  
750 Ju ja genau hmm  
751 Pa EINFach daMIT der körper VORbereitet wird, .h  
752 äh in DEM fall zum beispiel SCHNELL an die ↑sEite zu  
springen ne,  
753 Ju ja ja  
754 Pa also der organIsmus der der der (.) WARNT dich jetzt  
quasi da vor möglichen gefAhren ne,

Zur Konkretisierung der allgemeinen Information "Angst ist biologisch lebensnotwendig" (720) zieht Pascal ein Beispiel aus dem Alltag heran. Der imaginierte Situationstyp "ein Auto kommt auf mich zu – ich springe zur Seite" wird durch die Einleitungsform "zum beispiel" (734) explizit als Veranschaulichung gekennzeichnet. Die rhetorische Frage in Z. 741 unterstreicht in diesem Kontext die Kompetenz des Sprechers und die damit verbundene belehrende (Experten-)Rolle in der Interaktion. Weil im Moment der Äußerung nicht klar ist, ob es sich tatsächlich um eine rhetorische Frage handelt, steigert diese Art der Rhetorik grundsätzlich die Aufmerksamkeit der Zuhörerschaft. Pascal wird nun auch von seiner Hörerin explizit die Expertenrolle eingeräumt: Sie präsentiert ihre eigentlich Verstehen signalisierende Äußerung in Z. 746-747 als Frage, wie der Rückversicherungspartikel mit steigender Intonation "ne," (747) anzeigt. Pascal reagiert mit einer fachkundigen Konkretisierung der "physiologischen Veränderung", auf die er in Z. 744 hingewiesen hatte: "dein HERZschlag, die mUskeln werden mAximal durchblUtet," (748f.). Schließlich resümiert Pascal in Z. 745: "also der organIsmus der der der (.) WARNT dich jetzt quasi da vor möglichen gefAhren ne,". Die Metapher des personifizierten Organismus, der jemanden warnt, ist typisch. Anthropomorphisierungen sind häufig in der Experten-Laien-Kommunikation. Sie veranschaulichen den Körper oder Körperteile "als handelnde Personen [...], biologische Prozesse als Handlungsprozesse" (Brünner/Gülich 2002: 30), weil "das Handlungsmodell für Laien viel vertrauter und verständlicher ist als eine naturwissenschaftlich-kausale Darstellung komplexer Regulationsprozesse" (Brünner/Gülich 2002: 32). Der Vagheitsindikator "quasi" verweist erneut auf die Inadäquatheit der gewählten Formulierung und markiert deren veranschaulichende Funktion. Während die imaginierte Situation bisher in der ersten Person Präsens erzählt wurde, wird nun die Hörerdeixis ("dich") verwendet. Die Rezipientin wird als

Empfängerin der metaphorischen Warnung präsentiert und durch das phorisch-deiktische Adverb "da" rückwirkend auch zur Protagonistin der zuvor konstruierten Situation. Es folgt ein abschließendes Fazit, das den Rückbezug des Szenarios zu der Ursprungsfrage "Was ist Panik" herstellt und damit typisch für verständnissichernde Szenarios von Experten ist (vgl. Brünner/Gülich 2002: 36):

755 Pa .hh und das problEm dann bei dieser KRANKhaften angst  
is ja dann halt,  
756 äh dass SOLche energIEn .hh AUCh vom körper bereit  
gestellt werden,  
757 .h aber sie können nich-  
758 sie wErden nicht ↑ABgerufen;  
759 weil ja EIgentlich überhAUpt keine eigentliche gefahr  
VORliegt ne,

Pascal stellt in seinem Fazit die krankhafte Angst (755) der veranschaulichten "normAlen Angst" (716) kontrastiv gegenüber und benennt die Spezifik dahingehend, dass in einer Paniksituation "überhAUpt keine eigentliche gefahr VORliegt" (759).

Pascal unternimmt den Exkurs in die Medizin, bevor er selbstinitiiert eine ausgebaute Beispielerzählung von seiner schlimmsten Panikattacke anschließt (Pascal: 834-898). Damit zeigt sich, dass die medizinisch-analytische Perspektive auf die eigene Krankheit, die subjektive Darstellung lediglich vorbereitet, jedoch nicht ersetzt. Auf der Grundlage einer gemeinsamen und interaktiv etablierten Wissensbasis kann jedoch offenbar leichter eine konkrete Anfallsrekonstruktion erfolgen. Diese veranschaulicht ihrerseits die in der Expertenrolle vermittelten faktischen Informationen, indem sie ihre Spezifik und Relevanz aus der subjektiven Perspektive beleuchtet (Normativität/Objektivität vs. Subjektivität).

Es zeigt sich, dass der Rekurs auf medizinisches Expertenwissen für Angstpatienten eine zusätzliche Formulierungsressource im Kontext informeller Interaktion darstellt. Die Beschreibbarkeitsproblematik ergibt sich auch aus einer Schwierigkeit, Auftreten und Entstehung der per se irrationalen Panikreaktion und Symptomatik zu erklären. Die Aufklärung des Gesprächspartners durch die Vermittlung biologischer und medizinischer Sachverhalte kann dieses Defizit aufheben und zur "Herstellung einer gemeinsamen Wissensbasis" (Brünner/Gülich 2002: 82) dienen.

Zur interaktiven Konstitution der Expertenrolle verwenden die Sprecher z.B. eine andere Terminologie und eine expertentypische Rhetorik. Sie greifen zwar auf die selben Veranschaulichungsverfahren zurück, wie zur Vermittlung ihrer subjektiven Erfahrungen (bildhafte Sprache, Beispiele, Szenarios, Kontrastierungen etc.), kontextualisieren diese Veranschaulichungen jedoch expertentypisch. Charakteristisch sind Anthropomorphisierungen des Körpers oder verständnissichernde Beispiele und Szenarios, deren exemplarische Funktion und begrenzte Adäquatheit explizit markiert wird.

#### 4.5 Kontrastierungen

In Kapitel 4.1 wurde die Verankerung der Sprecher in den unterschiedlichen Wirklichkeits- und Sinnbereichen "Realität und Panikerfahrung" als einer der Gründe für ihr Darstellungsproblem angeführt (vgl. Günthner: 2006 und Gülich: 2005b). Die Sprecher betonen diese prinzipielle Koexistenz unterschiedlicher Erfahrungs- und Bezugsräume explizit und etablieren ihre Divergenz als zentrale Bezugsgröße in der Interaktion. Sie operieren dabei mit unterschiedlichen Kategorisierungen, die sie kontrastiv gegeneinanderstellen. Durch Verfahren der Kontrastierung<sup>76</sup> werden die Kategorien Alltag und Panik, Normalität und Extrem etc. einander gegenübergestellt und damit eine "wechselseitige Spezifikation und Erläuterung der beiden Elemente" (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 216) erreicht:

Auch Pascal nimmt in seinem medizinischen Exkurs (Pascal: 714-759; s.o.) bestimmte Kategorisierungen vor und stellt die folgenden Oppositionen auf:

normale Angst (716)	vs.	krankhafte Angst (755)
biologisch lebensnotwendig (720f.)	vs.	Problem (755)
Reaktion auf Gefahr (732, 754)	vs.	keine vorliegende Gefahr (759)
Körperenergien werden abgerufen (744-754)	vs.	Körperenergien werden nicht abgerufen (758)

Das Darstellungsverfahren der Kontrastierung dient hier der näheren Bestimmung und Beschreibung "normaler" gegenüber "krankhafter" Angst und betont die entsprechenden Divergenzen sowie deren Relevanz.

Wie Pascal differenziert auch Thomas zwischen den Kategorien "normale Angst" und "Panikangst". Normale Angst wird als "reAle angst" (Thomas: 623), die "WIRKlich be↑GRÜNdet" ist (Thomas: 476) eingestuft, der die eigene Panikangst entgegengestellt wird:

**Bsp. (17) Thomas (CD ab 18:53)**

486 Tho sprich zum beispiel in einem MEETing,  
487 wenn ich da in ANführungsstrichen UNnormal mich  
ver↑HALTE,  
488 weil ich da: .h ähm unheimlich ner↑VÖS bin,  
489 weil ich STOTTer,  
490 dass ich DAvor ANGST ↓habe-  
491 (.)↑DIESE angst is ne ANdere;  
492 weil das halt diese IRRationale angst is ne,  
493 .h oder ähm (.) zum beispiel die ANGST auf die BÜHNE  
zu müssen (.) irgendwO;  
494 das is ja beim norMALen menschen LAMpenfieber,  
495 und vielleicht STOTtert der auch oben,  
496 und wird ROT,  
497 und kricht kein WORT raus,  
498 während bei ↑MIR sich das natürlich das ↑MEISste schon  
VORher-  
499 in meinem KOPF abspielt;  
500 weil ich mir dann schon mal ausMALE,  
501 .h wie das letztendlich sein ↑WIRD,  
502 obwohl es überHAUPT nich so ↑IS nachher;

Die pathologische Angst hebt sich von normaler Angst ab: "□DIESE angst ist ne ANdere" (491). Thomas stellt die eigene "ANGST auf die BÜHNE zu müssen" dem "LAMpenfieber" anderer (493f.) entgegen, wobei die Akzentuierung des Wortes "ANGST" gegenüber der euphemistischen Bezeichnung 'Lampenfieber' den Kontrast zusätzlich verstärkt. Thomas ordnet der Panikangst die Eigenschaft der Irrationalität (492) zu, und Pascal nennt sie eine "ABSolut (.) UNrealistische (.) äh ↑ANGST" (Pascal: 706). Wie Pascal (s.o.) betont auch Thomas durch Kontrastierung den wesensmäßigen Unterschied zwischen nicht pathologischer Angst und Panik, welche so "als aus der Norm herausragende Erfahrung" (Günthner 2006: 12) konstituiert wird.

Thomas wendet das Verfahren der Kontrastierung auch in Bezug auf die eigene Person und seine Verhaltensweisen an. Auch dazu orientiert er sich an den zentralen Bezugsgrößen "Normalität" vs. "Irrationalität" bzw. "Anomalie". Das

---

<sup>76</sup> Vgl. zu Kontrastierungen in Panikdarstellungen auch Günthner (2006: 11-13).

eigene Verhalten wird als "UNnormal" (487) eingestuft und dem von "norMALen menschen" (494) entgegengestellt.

Weitere Kontrastbereiche stellen im obigen Beispiel auch Vorstellung und Realität dar: Das, was sich bei Thomas "VORher" im "KOPF abspielt" (499), steht in Opposition zur Realität, in der "es überHAUPT nich so ↑IS nachher" (502). Kontrastierungen zur Realität finden sich auch in Bezug auf die eigenen Sinneseindrücke und Sinneswahrnehmungen: Dann wird häufig mit Hilfe adversativer Strukturen das eigene Empfinden "normalen" oder "realistischen" Wahrnehmungen entgegengestellt. Thomas sagt z.B., ihm sei während einer Panikattacke im Zug, "↑SO WARM geworden; obwohls NICH warm ↑WAR in dem zug" (Thomas: 270 f.; vgl. auch Tina II: 393-397).

Durch die Kontraste und Oppositionen, die Thomas im Gespräch aufstellt, wird das eigene Ich, sein Denken, Empfinden und Verhalten jenseits von "Normalität" und Rationalität<sup>77</sup>, sogar jenseits von "Realität" verortet:

begründete Angst (476)	vs.	irrationale Angst (492)
normale Angst (Lampenfieber) (494)	vs.	eigene Panikangst (493)
normales Verhalten (anderer)	vs.	eigenes unnormales Verhalten (487)
normale Menschen (494)	vs.	Ich
Realität	vs.	Vorstellung/subjektive Wahrnehmung

Durch Kontrastierungen verweisen die Sprecher auf die Spezifik ihres Erlebens, ihres Empfindens, Verhaltens oder ihres Seins, indem es in Relation zu der alltagsweltlichen Vorstellung von Normalität präsentiert wird: Dem Extrem wird die relationale Größe Normalität (oppositär) entgegengestellt. Kontrastierungen, die in den vorliegenden Gesprächen immer wieder auftreten, betonen diese Andersartigkeit und thematisieren sie explizit. Irrationalität und Andersartigkeit werden so zu zentralen Merkmalen der Extremerfahrung "Panik" erklärt. Gleichzeitig wird aber auch das eigene Wissen um eben diese Irrationalität betont und damit paradoxerweise auch das Gegenteil: Rationalität. Wenn die eigene Person als anormal und/oder irrational eingestuft wird, nehmen die Sprecher eine objektive Perspektive ein. Aus dieser Perspektive lässt sich zwischen prinzipiell koexistenten

---

<sup>77</sup> Vgl. auch Günthner (2006: 12).

Erfahrungsbereichen und Seins-Weisen differenzieren und ihre Divergenz als zentrale Bezugsgröße in der Interaktion etablieren. Daher fallen in den Gesprächen auch immer wieder Passagen auf, in denen die Wertungen und Kontraste abgeschwächt oder sogar aufgehoben werden. Auch Thomas nimmt eine derartige Rücknahme vor und zwar im direkten Anschluss an die obige Gesprächssequenz:

**Bsp. (18) Thomas (CD ab 20:52)**

517 Tho ähm (--) .h WEIL ich (-) n (-)-  
518 eigentlich ein <<lauter> VÖLLig normaler mensch BIN>;  
519 also ich bin weißt=e,  
520 ich geh=ich hab normAl mein normAles privAtleben,  
521 mein normAles berUfsleben;  
522 ich BIN nich irgendwie äh psYchisch gestÖrt oder so,  
523 .hh und es is EINfach diese-  
524 ne ne ne gestEigerte ANGST;

Ausdrückliche Verweise auf ein normales Alltagsleben, auf den Beruf und andere Aktivitäten, die im obigen Beispiel die Aussage, ein "VÖLLig normaler mensch" (518) zu sein, exemplifizieren, finden sich in allen vorliegenden Gesprächen<sup>78</sup>. Thomas intensiviert durch den Gradpartikel "VÖLLig" (518) und seine Akzentuierung diese insgesamt lauter gesprochene Wertung zusätzlich. Der Modalpartikel "eigentlich" markiert hingegen Vagheit und eingeschränkte Gültigkeit. Seine "gestEigerte ANGST" lässt Thomas in bestimmten Situationen "anormal" oder "irrational" handeln bzw. wirken und impliziert, dass das Adjektiv "normal" in Bezug auf die eigene Person nur eingeschränkte Gültigkeit besitzt.

Durch den Kontrast solch ambivalenter Bewertungen und Kategorisierungen der eigenen Person wird die Koexistenz zweier Wirklichkeitsbereiche explizit im Gespräch etabliert. Es sind Wertungen, die aus der Perspektive des erzählenden Ich vorgenommen werden. Diese "Erzählevaluationen" (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 23)<sup>79</sup> halten den Rezipienten zu entsprechenden Differenzierungen an, die der Tabelle zu entnehmen sind. Diese Unterscheidungen sollen zum Maßstab seiner Interpretation werden.

---

<sup>78</sup> Güllich/Schöndienst/Wörmann (2005) stellen fest, dass Panikpatienten "stress the contrast between their helplessness in a panic attack and their usual autonomy". Diese Beobachtung geht weiter als die obigen und lässt sich in den hier behandelten Gesprächen kaum nachweisen.

<sup>79</sup> Labov/Waletzky sprechen von "external avaluation" (1967/1973).

Sprecher-Ich	vs.	Panik-Ich
Alltag	vs.	Panik
Normalität	vs.	Anomalie
Alltagswirklichkeit/Realität	vs.	Panik-Wirklichkeit

Als Ergebnis lässt sich Folgendes festhalten:

- Kontrastierungen dienen in Panikdarstellungen der näheren Bestimmung, Charakterisierung und Bewertung der eigenen Person, des eigenen Verhaltens oder des (Angst)Empfindens. Panik oder Paniksituationen betreffend werden diese Aspekte prinzipiell in Opposition zur "Normalität" bzw. der alltagsweltlichen Vorstellung davon präsentiert und die Panikerfahrung zur Extremerfahrung erklärt.
- Die explizite Thematisierung der eigenen "Anomalie", die eine Bewertung aus der Perspektive des objektiven Beobachters darstellt, impliziert zugleich das Gegenteil: Normalität und Rationalität außerhalb des Panikempfindens. Das wird wiederum zusätzlich durch Kontrastierungen zwischen Alltag und Panik betont, die ebenfalls als oppositäre Bereiche präsentiert werden.
- Die explizite Differenzierung zwischen Panik(-Ich) und Alltags(-Ich) verweist auf eine Doppelverankerung der Sprecher in unterschiedlichen Wirklichkeitsbereichen. Durch die Betonung der entsprechenden Unterschiede und Divergenzen wird diese Doppelverankerung als Verstehensgrundlage relevant gesetzt. Der Rezipient ist aufgefordert sein Verstehen, seine Wertungen, Maßstäbe und Interpretationen an einer grundsätzlichen Unterscheidung zwischen Panik(-Ich) und Alltags(-Ich) zu orientieren.

## **5 Identitäts-Konstruktion in Gesprächen mit Panikpatienten**

Es zeigt sich, dass die Informanten im Gespräch explizit auf Fragen der eigenen Identität Bezug nehmen und sie im Zusammenhang mit der Erkrankung deutlich relevant setzen. In allen Gesprächen fällt eine sehr ausgeprägte Ich- oder Selbstdarstellung auf.

Identität wird in modernen Theorien als Produkt und Resultat einer lebenslangen Identitätsarbeit aufgefasst, durch die das Individuum auf sich wandelnde Lebensumstände oder auf unterschiedliche soziale und situative Kontexte reagiert und sich ihnen anpasst<sup>80</sup>. Das Konzept der "identity in interaction" (Antaki/Widdicombe 1998), welches die Sprache als wesentliches Medium des Entwurfs, der Darstellung, Herstellung und Aushandlung von Identität auffasst, ermöglicht die empirische Untersuchung von Identität.

Im Gespräch über die Angsterkrankung sind die Sprecher dazu angehalten sich selbstreflexiv mit der eigenen Person auseinander zu setzen. Sie leisten in der Erzählung "situiertere und interaktive Arbeit an der Identität" (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 56), nehmen Selbstkategorisierungen und -charakterisierungen vor und setzen sich konstruktiv mit der eigenen Person auseinander. Erzählend wird eine "narrative Identität" konstruiert (Lucius-Hoene/Deppermann 2004), die sich aus soziolinguistischer und diskursiv-psychologischer Sichtweise "unmittelbar in den sprachlichen Praktiken" konstituiert als

die Art und Weise, wie ein Mensch in konkreten Interaktionen Identitätsarbeit als narrative Darstellung und Herstellung von jeweils situativ relevanten Aspekten seiner Identität leistet. (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 55; im Orig. kursiv)

## **5.1 Identität und Angsterkrankung**

In einem Gespräch, das die narrative Auseinandersetzung mit der eigenen Angsterkrankung vorsieht, ist dieser Aspekt situativ per se relevant. Die Sprecher stellen einen direkten Zusammenhang zwischen der Angsterkrankung und ihrer Identität her. Sie rekonstruieren Einflüsse der Angststörung auf die Identität, Phasen der Identitätsarbeit und Veränderungs- oder Entwicklungsprozesse der eigenen Person. Es gibt verschiedene Stationen in einer "Panikerkarriere"<sup>81</sup>, die die Identität und das Ich-Konzept der Betroffenen direkt tangieren und Identitätsarbeit explizit einfordern.

---

<sup>80</sup> Der sozialkonstruktivistische und interaktionistische Ansatz wird z.B. von Keupp et al. (1999) vertreten, auf die ich für weitere Informationen verweise.

<sup>81</sup> "Panikerkarriere" ist eine Formulierung von Pascal in einem nicht-transkribierten Teil des Gesprächs (CD Pascal 2: 14:50).

Zu diesen Stationen gehören der erste akute Panikanfall, die Diagnosestellung, die in vielen Fällen erst Jahre später stattfindet, und die Therapie(n).

Diese Elemente werden in allen vorliegenden Gesprächen thematisiert und durch verschiedene Strategien der kommunikativen Gewichtung in ihrer Relevanz deutlich hochgestuft. Die Sprecher skizzieren bei der narrativen Rekonstruktion ihrer Krankengeschichte einen Entwicklungsprozess der eigenen Person. Sie nehmen durch Kategorisierungen und Positionierungsaktivitäten Bezug auf ihr vergangenes und ihr gegenwärtiges Ich und setzen sich selbstreflexiv mit der eigenen Person auseinander.

Auf die Frage nach dem Erlebnis, welches "noch GANZ besonders (-) TIEF drin hängt", antwortet beispielsweise Tina ohne zu zögern: "das is mein ERster panikanfall, [...] DER sitzt mir noch SEHR inne knochen; DA fing das ALLES an" (Tina II: 461-467). Das Ereignis "erster Panikanfall" markiert einen Wendepunkt, einen "Planbruch"<sup>82</sup> im Leben der Betroffenen. Mit ihm fängt "das ALLES an" – eine Odyssee der Ungewissheit, der Orientierungslosigkeit, der Hilflosigkeit, der Unsicherheit und des Selbstzweifels.

Die Betroffenen sind "VOLLkommen überfordert mit der situation" (Pascal: 123). Sie fürchten eine schwere Erkrankung und gehen teilweise "JEDEN abend eigentlich in die↑NOTaufnahme" (Jana: 427). Sie werden von "doktor A bis doktor ZETT" (Tina I: 628) geschickt. Doch ein Arzt "SAGT dir ja nich zuerst-/ja sie könntnen auch anna PHOBIE leiden; sondern denken ja AUCH erst mal du hast sonst was fürn leiden" (Jana: 435-438). Die Betroffenen müssen sich also zahlreichen Untersuchungen unterziehen: "<<all> hAare- zÄhne- AUgen>- Allet wurde unterSUCHT" (Tina I: 630-633). Sie werden "DURCHgecheckt bis zum gehtnichtmehr" (Pascal: 162) und hören immer dasselbe: "ABso:lu:t (.) ALLES in ordnung" (Pascal: 164).

**Bsp. (19) Jana (CD ab 32:07)**

440     Ja     und das war eigentlich das SCHLIMMste-  
441             dieses UNgewisse,  
442             das ich halt nich WUSSTE was mit mir LOS is;

---

<sup>82</sup> Quasthoff (1980) entwickelt das Konzept des "Planbruchs", um das Kriterium "Erzählwürdigkeit" konversationeller Narrationen zu spezifizieren.

443            das ich halt WIRKlich dachte ich hab irgend ne  
 KRANKheit und STERBE;  
 444            <<p>oder irgendwie so was;>

Das "SCHLIMMste" ist "dieses UNGewisse" (441), nicht zu wissen, was "LOS is" (442), sagt Jana. Die Sprecher verlieren das Vertrauen in die Ärzte und in sich selbst.

Der erste akute Angstanfall hat weitreichende Konsequenzen: Die Folgezeit ist zumeist durch eine Vielzahl weiterer Anfälle und die Entwicklung des typischen Vermeidungsverhaltens geprägt. Diese Zeitspanne fassen die Sprecher häufig durch Raffung summarisch zusammen:

**Bsp. (20) Tina II (CD ab 26:58)**

766    Ti    und SO GINGS dann,  
 767            ich hab denn WEIter an DEM teilgenommen,  
 768            und ÜBERall wo ich nen panikanfall hatte,  
 769            da bin ich nich mehr REINgegangen;  
 [...]  
 790    Ti    und so ging dit SCHRITT für SCHRITT;  
 791            das heißt NICH mehr EINKaufen gehen,  
 792            <<dim> nich mehr zum ARZT gehen>,  
 793            <<rall,dim> NICHT mehr auf die STRAße gehen>,  
 794            <<rall,dim> NICH mehr zum BRIEFkasten>,  
 795            <<rall,dim> nicht mehr mit=m FAHRstuhl fahren>,  
 796            <<p> nich mehr zum MÜLLschlucker>,  
 797            <<t> REIN in die wohnung>.  
 798            SO und DA blieb ich.  
           HALbes jahr lang.  
 800            (1.25)

Tina präsentiert sich selbst in der passiven Rolle als Teilnehmerin (767) an einem Leben, das mehr und mehr durch die Panik eingeschränkt wird. Die Zeit nach dem ersten Panikanfall fasst sie durch die Auflistung seiner Folgen raffend zusammen (791-797). Durch das rhetorische Verfahren der anaphorischen Listung verdeutlicht Tina die weitreichenden Folgen des ersten Anfalls, der ihr ganzes Alltagsleben durcheinander bringt. Die Wirkung wird im vorliegenden Beispiel durch die rhythmische Intonation verstärkt. Relevanz und Ernst werden prosodisch durch leiseres und langsames Sprechen markiert. Die untypische sechsgliedrige Struktur der Liste betont das Ausmaß und die persönliche Relevanz des Dargestellten. Tina reiht negierte Infinitivkonstruktionen aneinander (791-795). Es sind syntaktische, wie auch prosodische Parallelismen, bei denen es sich um

"Konstruktionsübernahmen" handelt (Rath 1979: 142), die an das Schema "das heißt" anschließen. Die Äußerungen setzen jeweils mit der (akzentuierten) Negation ein. Durch diese Konstruktion wird die Einschränkung des Handlungsspielraums, das "nicht mehr" in Folge erster Anfälle, in den Vordergrund gerückt. Das eigene Ich wird durch die subjektlose Konstruktion völlig aus der Darstellung ausgespart.

Der erste Anfall und seine Folgen führen zu einer Ich-Instabilität, die durch die Präsentation eingeschränkter Agency<sup>83</sup> zum Ausdruck kommt. Das Ich erlebt, wie sich der eigene Handlungsspielraum verringert, bis hin zum völligen Verlust. Die Minimierung der Handlungsressourcen des Ich wird in der Äußerungsstruktur ikonisch abgebildet. Die Einheiten werden ab Z. 795 immer kürzer. In den Zeilen 796 und 797 wird schließlich auch das infinite Verb eingespart und der völlige Verlust von Agency zum Ausdruck gebracht.

Das fallend intonierte "REIN in die wohnung" (797) kann als generalisierendes letztes Glied der Liste gelten. "SO und DA blieb ich. n HALbes jahr lang." schließt Tina. Sowohl die fallende Intonation am Ende der Einheit als auch die lange Pause in Z. 800 markieren Abgeschlossenheit und Auswegslosigkeit. Das Ich der erzählten Zeit ist gebrochen, sieht sich in die Passivität gedrängt, und zieht sich zurück. Die Isolation ist eine Folge des agoraphobischen Meideverhaltens. In der Isolation sind dem Ich jedoch wichtige Ressourcen der Identitätsarbeit entzogen:

Ihre Identität kann eine Person nicht nur für sich selbst konstruieren; als Grundlage ihrer Handlungs- und Kommunikationsfähigkeit wie auch ihres Selbstwertgefühls bedarf sie der Anerkennung durch die Anderen. (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 49)

Außerdem hat das isolierte Ich keinen Zugang mehr "zu den kulturellen Sinnstiftungsangeboten unserer Lebenswelt, die für unsere Identitätsarbeit als Ressourcen dienen", was ebenfalls zwangsläufig zu weiteren Instabilitäten und

---

<sup>83</sup> Vgl. dazu Deppermann (2004), der die Agency in Angstdarstellungen analysiert und zu der Auffassung kommt, dass sie sich generell dadurch auszeichnen, "dass die Agency des erzählten 'Ich' reduziert ist. Die Einschränkung, ja oftmals völlige Ausschaltung der Agency des erzählten Ich ist ein Kernbestandteil von Angstschilderungen und scheint konstitutiv für Angst zu sein." Deppermann weist darauf hin, dass reduzierte Agency sowohl Folge als auch Quelle von Angst sein kann (2004). Capps/Ochs (1995) sprechen in diesem Zusammenhang von einer "Grammatik der Hilflosigkeit", die durch die Präsentation der eigenen Person in "Nonagentive Roles" oder "Diminished Agentive Roles" verdeutlicht wird (1995: 66-75).

Schwierigkeiten der Identitätskonstitution führt (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 49).

Die raffende Darstellung der Zeit nach dem ersten Panikanfall ist typisch in den vorliegenden Gesprächen und impliziert, dass es einen Wendepunkt gibt, dessen Darstellung auf diese Weise vorbereitet wird. Diesen Wendepunkt stellt die Diagnosestellung durch einen Arzt dar.

Dem "Ereignis" Diagnose, kommt sowohl aus der Sicht der Sprecher, als auch aus der analytischen Perspektive eine besondere Bedeutung zu.

Die Betroffenen erinnern sich häufig an das genaue Datum (z.B. Tina I: 691f.) oder betonen die persönliche Relevanz durch metadiskursive Kommentare zur Erinnerbarkeit (z.B. Pascal: 177). Für alle ist das Ereignis positiv konnotiert. Pascal betont das "rIEsen" (165) bzw. das "UNheimliche glück" (174), in einer Zeit, in der es "SELBST professOren" gab, "die noch NIE .h von äh panikstörung gehört hatten" (166-168), auf einen jungen Assistenzarzt getroffen zu sein, der ihm "klipp und klar" (184) die Diagnose Agoraphobie gestellt habe. Auf seiner Homepage schreibt er unter der aussagekräftigen Überschrift "Über mich":

Ich zweifelte so langsam an meinem Verstand, bis endlich ein junger, engagierter Assistenzarzt auftauchte und nach einem zehnminütigen Gespräch die Diagnose stellte: Agoraphobie mit Panikstörungen. Hatte ich im Leben noch nichts von gehört, aber endlich hatte die Krankheit einen Namen. (www.paniker.de)

Die eindeutige Diagnose bedeutet, endlich die Ursache der Symptome zu kennen, endlich zu wissen, nicht herzkrank oder unheilbar krank zu sein und endlich behandelt werden zu können. Den Patienten wird rückwirkend Realität und Tatsächlichkeit ihres Erlebens attestiert, für das es zunächst keine medizinische Erklärung zu geben schien<sup>84</sup>.

Die Diagnose einer Angststörung hat aber auch psycho-soziale Dimensionen für die Betroffenen. Pascal der das Ereignis aus der Gegenwartsperspektive als "rIEsen glück" bewertet, reagierte zum damaligen Zeitpunkt zunächst mit Ablehnung:

**Bsp. (21) Pascal (CD ab 05:20)**

---

<sup>84</sup> Lalouschek spricht in diesem Zusammenhang von der "Institutionalisierung von Beschwerden" (1995), indem "das Leiden im Rahmen des medizinischen Systems lokalisiert wird [...] (und) Beschwerden als Symptome und die Kranken als PatientInnen professionell wahrgenommen werden" (2002: 213).

187 Pa .hh hab ich direkt natürlich ABgewimmelt;  
 188 und gesagt-  
 189 <<entrüstet> ICH und psychisch krAnk ne>,

Die Diagnose tastet Pascals Identität, sein Ich an. In der Äußerung "ICH und psychisch krAnk", fungiert "und" nicht als additive Konjunktion, sondern wird adversativ verwandt. Es handelt sich um eine "Incredulity Response Construction" (Akmajian 1984; Fillmore et al. 1988: 511), bzw. einen "Mad Magazine Sentence" (Lambrecht 1990); eine emphatische Konstruktion zur Negation oder Infragestellung einer Proposition. Auch prosodisch wird markiert, dass das Leiden an einer psychischen Erkrankung nicht mit Pascals Ich-Verständnis vereinbar ist. Dieser Vorstellung verleiht Pascal an anderer Stelle mit Hilfe einer adversativen Struktur Ausdruck:

**Bsp. (22) Pascal (CD ab 05:58)**

210 Pa also jEder kann doch psychisch krAnk sein-  
 211 aber doch nIcht der (eigener Name),  
 212 <<leiser> der stEht doch mit beiden beinen im lEben  
 ne>,

In diesen beiden Beispielen wird deutlich, dass die Diagnose soziale und psychologische Dimensionen für die Betroffenen hat. Sie bringt das Selbstbild der Bestroffenen ins Wanken und "psychisch krAnk" (Pascal: 189 und 210) wird offenbar mit Stigmatisierung und Diskriminierung verbunden.

**5.2 Die Angsterkrankung als identitätsstiftende Kategorie**

Die Diagnose "Angsterkrankung" muss von den Patienten in das eigene Selbstverständnis, die eigene Identitätsstruktur integriert werden – die Identität muss der Diagnose angepasst werden. Pascal meint "DIE erkenntnis" müsse man "rEinkriegen" und erkennen: "so BIN ich, es IS=n tEIL von mir" (Pascal: 1527-1533)<sup>85</sup>. Im Zuge diesen Erkenntnis-Prozesses wird die Diagnose bzw. die

---

<sup>85</sup> Goffmann (1963/1967) weist in seiner Arbeit zu "Techniken der Bewältigung beschädigter Identität" analog dazu darauf hin, dass "das stigmatisierte Individuum zu der Einstellung gelangen kann, dass es über Täuschen hinaus sein sollte, dass es wenn es sich akzeptiert und respektiert, kein Bedürfnis spüren wird, seinen Fehler zu verheimlichen. [...] An dieser Stelle gehört freiwillige Enthüllung in den moralischen Werdegang, als ein Zeichen einer seiner Phasen. Es sollte hinzugefügt werden, dass diese Phase [...] typischerweise als die

diagnostizierte Angststörung aus analytischer Perspektive zum identitätsstiftenden bzw. identitätskonstitutiven Moment:

Die Zuordnung der eigenen Person zu bestimmten Kategorien und die deutliche Abgrenzung von anderen ist ein zentraler Aspekt der Identitätsfindung und der Persönlichkeitsentwicklung und ein konstitutives Verfahren der kommunikativen "Selbstpositionierung" (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 196)<sup>86</sup>. In den vorliegenden Gesprächen wird die Welt in zwei (oppositäre) Personenkategorien eingeteilt: Ich und die Anderen. Die Sprecher operieren zur Selbstcharakterisierung und Selbstpositionierung häufig mit expliziten Kategorienbezeichnungen (Selbstkategorisierungen), durch die sie die eigene Person der Personengruppe "Phobiker" (z.B. Tina I: 96) oder "Paniker" (z.B. Pascal: 1452 und 1528) zuordnen.

**Bsp. (23) Pascal (CD ab 36:49)**

1240 Pa weil JEder mensch hat vielleicht mal=n HERZstolperer  
oder was,  
1241 Ju mhm  
1242 Pa und sa(ha)gt is okEE was SOLL=s,  
1243 und und geht wEIter;  
1244 äh wenn UNser einer mit ne HERZphobie hat,  
1245 du hAst so=n kleinen HERZstolper dadrIn,  
1246 dann DREHst=e dUrch.

Pascal stellt der Kategorie "JEder mensch" (1240) die Kategorie "einer mit ne HERZphobie" (1244) gegenüber (vgl. Kap. 4.5). Sich selbst ordnet er durch das Indefinitpronomen "unsereiner", das er hier eher in der Funktion eines ausschließenden "Wir" verwendet explizit der zweiten Kategorie zu, die sich dadurch auszeichnet nach einem "HERZstolper" (1245) "durchzudrehen". Die Sprecher betonen Zugehörigkeit und "Wir-Gefühl" in Bezug auf die Gruppe oder Kategorie der "Angsterkrankten", der die Gruppe "normaler Menschen" gegenübersteht (vgl. Kap. 4.5). Die selbstkonstruierte Opposition, zur Gegenkategorie der "Normalen", die ebenfalls erst von den Sprechern selbst als solche definiert wird, schließt die Patienten implizit aus dieser zweiten Gruppe aus. Auf diese Weise kann die Paniker-

---

letzte, reife, wohl angepasste Phase beschrieben wird – ein Zustand der Würde [...]." (1967: 128)

<sup>86</sup> "Positionierung" heißt derjenige "Aspekt der Sprechhandlungen, mit denen Interaktanten sich soziale Positionen und Identitäten zuweisen". Selbstpositionierung (vs.

Kategorie – in Gesprächen über die eigene Angsterkrankung – zur Mono-Kategorie der Identitätskonstitution werden.

Der Begriff "normal" wird von den Sprechern entweder als Kontrastfolie präsentiert oder in Kombination mit Vagheitsmarkierungen nur mit eingeschränkter Gültigkeit auf die eigene Person angewendet. Thomas beispielsweise sagt es koste ihn "halt KRAFT dieses äh dieses AUFRECHTzuerhalten weißt=e, so dieses .hh so wie ich ja EIGentlich normal BIN, BIN ich ja auch, aber es kostet halt KRAFT" (Thomas: 447-451).

Identität konstituiert sich in den vorliegenden Gesprächen wesentlich oder hauptsächlich über die Angsterkrankung und es kann zu einer vollkommenen Identifikation mit ihr kommen:

**Bsp. (24) Tina I (CD ab 27:01)**

712 Ti dat war EINFach (.) mir hat man nen NAMen gegeben;(-)  
713 Ju ja  
714 Ti weil ick (.) hier äh ich leide unter ANGST und PANik  
war für misch nischt;  
715 ich wollt nen NAMEN haben wie ANdere sagen,  
716 die haben KREBS,  
717 AIDS,  
718 MAgenjeschwür,  
719 BRUSTkrebs,  
720 Ju mhm  
721 Ti ja,  
722 ick wollte OUCH nen namen habn.  
723 und den HAB ick dann im krankenhaus bekommen;

Tina betont in dieser Gesprächssequenz zum einen das Ausmaß und die persönliche Relevanz ihrer Angsterkrankung: Sie rückt sie in den Zusammenhang anderer, listenförmig präsentierter schwerer Erkrankungen, von denen mindestens drei tödlich verlaufen können (716-719) und betont so den Leidensdruck, den sie mit der Krankheit verbindet. Die Diagnose durch den Arzt, die professionelle Kategorisierung der Symptome, wird ausdrücklich als identitätsstiftendes Ereignis präsentiert. Während Pascal auf seiner Homepage schreibt, die Krankheit habe endlich einen Namen (s.o., Kap. 5.1), präsentiert Tina das Personalpronomen der ersten Person als Dativobjekt dieser Namensgebung (712).

---

"Fremdpositionierung") ist "die direkte oder indirekte Zuschreibung von Bestimmungsstücken zur eigenen Person" (Deppermann/Lucius-Hoene 2004: 196).

Eine Identifikation der eigenen Person mit der Angsterkrankung führt dazu, dass sich narrative Identität in den vorliegenden Gesprächen hauptsächlich über die Erkrankung konstituiert und definiert.

Die Diagnose bietet, nach einer Zeit des Ich-Verlustes durch den Entzug von Handlungsspielräumen und sozialen Kontakten in der Isolation, offenbar für eine bestimmte Patientengruppe identitätsstiftende Attribute. Die Betroffenen präsentieren die Angsterkrankung als entscheidendes und konstitutives Bestimmungsstück ihrer Person:

**Bsp. (25) Pascal (CD ab 24:39)**

1532 Pa so BIN ich,  
1534 es IS=n tEIl von mir,

*5.2.1 Selbstpositionierung durch Kategorie-Splitting*

In den vorliegenden Gesprächen ordnen sich die Patienten also einer Personengruppe zu, die sie in Opposition zur Gruppe der Normalen präsentieren, aus der sie sich damit implizit ausschließen. Auf diese Weise wird die Paniker-Kategorie zur Mono-Kategorie der Identitätsdarstellung.

Innerhalb der Paniker-Kategorie werden jedoch durch Kategorie-Splitting individuelle Positionierungen vorgenommen. Unter Kategorie-Splitting wird hier eine "Hierarchisierung" der Gesamtstruktur, durch die Etablierung von Subtypen(bezeichnungen) im Gespräch verstanden.

Thomas differenziert beispielsweise zwischen "MEHR oder WENiger geSTÖRT" (Thomas: 92) und zwischen sich selbst und Patienten "mit GRÖßeren einschränkungen" (423). Er etabliert Subtypen, die "wahrscheinlich noch ANdere komplExe oder so" haben (93) und spricht von Menschen "in der gLEIchen situation" wie er selbst, die jedoch "NICH so die: (-) die ähm- ähm äh (.)ja die Lösungsmöglichkeiten" haben, "weil sie vielleicht zu verschlOssen sind", was "DANN vielleicht noch vIel vIel SCHLIMMer und viel extrEmer is (.) für die leute" (550-558). Tina spricht in einem nicht-transkribierten Teil des ersten Gesprächs von "Anfängern" (CD: 35:06) und bezieht sich damit auf Patienten, die erst seit kurzer Zeit mit der Angststörung konfrontiert sind und auch Pascals Formulierung

"Panikerkarriere" (CD Pascal 2: 14:50), korrespondiert mit diesem hierarchischen Konzept.

Auffällig ist also die Zuordnung des Ich in eine (Haupt)kategorie (die der Angst-erkrankten), was nach Goffmann als Ausdruck von Reife und Anpassung verstanden werden kann (1967: 128), und die hierarchische Strukturierung dieser Hauptkategorie andererseits.

Durch Kontrastierungen grenzen sich die Sprecher von anderen Mitgliedern oder Subtypen ihrer Gruppe ab, und positionieren sich auf diese Weise innerhalb der Gruppe individuell. Häufig fungieren die Schwere der Erkrankung, der Kampfgeist der betreffenden Person, ihr Umgang mit der Angststörung im Alltag oder der Verarbeitungsgrad als Kriterien des Kategorie-Splittings<sup>87</sup> und der Selbstpositionierung:

**Bsp. (26) Thomas (CD ab 16:42)**

431 Tho IRgendwann (.)es gibt LEUte die traun sich NICH auf  
die STRAßE;  
432 weil sie ANGST hamn auf die †STRAße zu gehn;  
433 Ju hmm  
434 Tho die traun sich überHAUPT nich außer TELEfon oder  
computer oder so-  
435 mit mit MENschen zu kommuniZIERN .h,  
436 und ähm SO was so was HAB ich nich,  
437 und da WERD ich auchn TEUfel tu(hu)n dass ich nich  
daHIN komme,

In diesem Beispiel werden bestimmte Subtypen der Paniker-Kategorie beschrieben (Leute, die sich nicht trauen auf die Straße zu gehen und die Kommunikation mit anderen Menschen scheuen), von denen sich der Sprecher deutlich distanziert. Die Schwere seiner Erkrankung einerseits ("SO was HAB ich nich"), aber auch der eigene Kampfgeist ("da WERD ich auchn TEUfel tu(hu)n dass ich nich daHIN komme"), werden als legitime Kriterien angeführt. Thomas ordnet sich selbst der Gruppe "beSTIMMTE(r) menschen (.) mit IRRationalen ÄNGsten" (47) zu, differenziert aber:

---

<sup>87</sup> Vgl. Goffman: "Das stigmatisierte Individuum zeigt eine Tendenz, seines-'gleichen' gemäß dem Grad, in dem ihr Stigma offenbar und aufdringlich ist, in Schichten zu gliedern" (1967: 133).

**Bsp.(27) Thomas (CD ab 03:11)**

93 Tho MANCHE sind halt (.) ham wahrscheinlich noch ANDere  
komplEXe oder so,  
94 manche ham WIRklich NUR das,  
95 beziehungsweise ICH hab zum beispiel meine äh die  
soZIALphobie noch dazu,  
96 allerdings ↓GANZn(.) ich schWIMM noch irgendwo an der  
OBERfläche .h;

Der Sprecher positioniert sich innerhalb "seiner" Kategorie "an der OBERfläche" (96) und distanziert sich deutlich, das zeigt sich im gesamten Gespräch, von schwerer Betroffenen oder stärker eingeschränkten Mitgliedern dieser Gruppe (vgl. z.B. Thomas: 91-106; 114-117; 423-437; 550-558).

Alle Sprecher zeigen die Tendenz, sich selbst durch die Dokumentation von Kampfgeist, Anpassung, Gelehrigkeit oder Verarbeitung im oberen Teil der Paniker-Hierarchie zu positionieren. Sie betonen die eigene Normalität in Bezug auf andere Angsterkrankte und Anomalie in Bezug auf die Gegenkategorie der Gesunden.

*5.2.2 Die Dokumentation von Verarbeitung*

Die Dokumentation von Verarbeitungsleistung bei der Darstellung und Herstellung von Identität, ist ein Verfahren der Selbstpositionierung innerhalb der Paniker-Kategorie:

**Bsp. (28) Pascal (CD ab 14:57)**

552 Pa und dann hab ich IRgendwann,  
553 IRgendwann einfach begrIffen,  
554 gesagt <<h> okEE das is=n TEIL von mir>,  
555 <<h> das IS=n teil von mir>;  
556 <<h> irgendwas (.) IN dir auch>-  
557 Ju mhm  
558 Pa <<h> und (.) so HAB ich mich EINFach>,  
559 ich HAB mich nIch mit ANgefrenndet,  
560 aber ich HAB=s akzep↑TIert,

"IRgendwann" habe er "einfach begrIffen", dass die Angst "n TEIL" von ihm", "irgendwas (.) IN" ihm ist und es "akzep↑TIert", sagt Pascal. Er beschreibt einen Verarbeitungs- oder Bewältigungsprozess der eigenen Person, den er an vielen Stellen des Gesprächs relevant setzt.

Ein Vorher und ein Nachher werden einander gegenübergestellt: In der Zeit "daVOR" habe er immer "gegen die angst (.) ANgekämpft", sie "IMmer als FEIND betrachtet" (s. 536-541) und sich gefragt "<<verzweifelt>, f> WArum is irgendwie der fluch auf MIR>?" (550). Aber "nachDEM" er "das dann irgendwo dann KOMplett einfach SO [...] ANgenommen" habe, sei "es wIrklich (.) NUR noch bergAUF gegangen" (s. 618-626).

Pascal spricht davon in der ersten Therapie wIrklich "ABSolut kONtraproduktiv auch gegen die therapEUten auch gearbeitet" zu haben und versucht zu haben "was die erzählt haben, [...] nIEder zu diskutieren" (214-217). Er problematisiert das vergangene Ich deutlich und sieht in dessen Verhalten die unmittelbare Ursache für den fehlenden Therapieerfolg: "weil ich mich EINFach wahrscheinlich von vOrne herein dagegen gewEHrt habe" (209). Pascal setzt sich in der Erzählsituation direkt mit seinem vergangenen Ich auseinander, bewertet es und distanziert sich deutlich von dessen Sicht- und Handlungsweisen. Dadurch wird eine "selbstbezügliche Positionierung seines gegenwärtigen Selbst" vorgenommen (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 206), also Aussagen über die gegenwärtige Identität getroffen. Pascal vermittelt im Gespräch einen Verarbeitungsprozess, der mit der Korrektur der eigenen Haltung und Einstellung in der Vergangenheit einhergeht und präsentiert Verarbeitung als zentrales Kriterium seiner Identität.

Diese Darstellung und Herstellung von Verarbeitungs-Identität wird in vielen Erzählpassagen reproduziert. Der Vergleich unterschiedlicher Sequenzen zeigt, dass Pascal auf ein bestimmtes Repertoire an Motiven und Themen zurückgreift, um seinen Verarbeitungsprozess zu dokumentieren. Die Tabelle im Anhang "Motive und Themen zur Dokumentation von Bewältigung" (A8) nimmt eine Gegenüberstellung exemplarischer Gesprächspassagen vor.

Es zeigt sich, dass die vier Themen (1) "Begreifen", (2) "Verinnerlichen" von (therapeutischer) Theorie, (3) "nicht gegen die Angst kämpfen", sondern (4) "als Teil des Selbst annehmen", als zentrale Motive zur Herstellung von Verarbeitungs-Identität fungieren. Pascal rephrasiert, reformuliert und repetiert diese Themen an unterschiedlichen Stellen des Gesprächs. Varianten von Begreifen sind "EINSicht", "vernUnftsmäßig; kOpfmäßig; gefÜhlsmäßig" dahinterstehen oder "erkenntnis". Der Prozess des In-sich-Aufnehmens wird in zweierlei Hinsicht relevant gesetzt. Er

betrifft einerseits das theoretische Wissen, also das was zwar "in der theorie bewusst" ist (615), jedoch "in DEM moment wenn=s dann kommt [...] WEG" ist (612) und deswegen "EINFACH INNERLICH ANGENOMMEN" und "verINNERLICHT" werden muss, andererseits die "ANGSTstörung", die als "EIGENSCHAFT" (1517), "STÜCK" (1518) oder "TEIL" (583) des Selbst "ANGENOMMEN" und "akzeptiert" werden muss. Häufig werden diese Verarbeitungstopoi in Form direkter Rede an das eigene Ich formuliert. Das lässt darauf schließen, dass sie auf diese Weise vergegenwärtigt und in Erinnerung gerufen werden und der Verarbeitungsprozess noch nicht abgeschlossen ist. Pascal formuliert dies auch in eigentheoretischer Form:

**Bsp. (29) Pascal (CD ab 45:09)**

1427            obwohl mir das ALles bewusst is,  
 1428            aber vielleicht (.) Innerlich is glaub ich Immernoch  
                  IRgendwo so=n stück drin,  
 1429            wo du=s .hh DOCH noch nich GANZ verInnerlicht hast;

Pascal, der das Verinnerlichen der therapeutischen Theorie generell als Kriterium für Verarbeitung anführt, äußert hier aus der theoretischen Distanz dieses Kriterium "vielleicht [...] DOCH noch nich GANZ" zu erfüllen. Dabei richtet er diese Überlegung in Form der direkten Rede an sich selbst (1429).

Pascal nimmt durch verschiedene Strategien zur kommunikativen Gewichtung eine Relevanzhochstufung der Verarbeitungstopoi vor: "wichtig is vor allen dingen, ich muss dazu sagen DASS ich=s das is GANZ wichtig- das ich das verInnerlicht hab" (593-569). Dennoch bleibt auch Pascal in der Paniker-Kategorie verhaftet, innerhalb derer ihn jedoch "DIE erkenntnis" auszeichnet, die ihn im oberen Teil der Hierarchie positioniert:

**Bsp. (30) Pascal (CD ab 24:32)**

1527    Pa    ich denk mal DIE erkenntnis MUSS man IRgendwann  
                  einfach,  
 1528            muss JEder paniker IRgendwann mal reInkriegen,  
 1529            und sagen okEE;  
 1530            IS schwEr damit zu lEben;  
 1531            aber (.) das lEben IS-  
 1532            so BIN ich,  
 1533            es IS=n tEIl von mir,

Pascal scheint eine Expertenschaft geltend zu machen, die sich auch in einem insgesamt verallgemeinernden Darstellungsduktus widerspiegelt. Er nutzt häufig das Indefinitpronomen "man" oder ein generalisierendes "du", und kennzeichnet damit die generelle Gültigkeit seiner Aussagen.

Es zeigt sich, dass "die Aufnahme neuer Interpretationsschemata, etwa aus der Psychotherapie, [...] zu grundlegenden Uminterpretationen und Neuschreibungen [...] (der) Erfahrungsgeschichte" führt (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 31) und sich in der Dar- und Herstellung von Verarbeitungs-Identität im Diskurs manifestiert. Gleichzeitig erscheint die Paniker-Kategorie auch im Kontext der Präsentation von Bewältigung als identitätsstiftendes Monopol. Die Verarbeitungsleistung wird jedoch in ihrer Relevanz deutlich hochgestuft, als bedeutsames Charakteristikum der eigenen Person präsentiert und als zentrale Eigenleistung des Paniker-Ichs.

### 5.3 Die Präsentation von Ich-Dualität

Kontrastierungen dienen den Sprechern nicht nur dazu, die Panikerfahrung als Extrem jenseits der Norm zu präsentieren, sondern auch dazu, eine prinzipielle Doppelverankerung der eigenen Person in unterschiedlichen Wirklichkeiten im Gespräch zu etablieren (Kap. 4.5).

In Panik zu sein ist, "als WENN ick nisch ISCH bin"<sup>88</sup> (Tina I: 259), sagt Tina und verweist explizit auf eine Doppel-Identität, die aus ihrer Doppelverankerung in unterschiedlichen Wirklichkeiten resultiert. Ähnliches thematisieren die Sprecher auch in ausgebauten "Eigentheorien", (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 69; im Orig. kursiv):

#### Bsp. (31) Pascal (CD ab 28:31)

952	Pa	ich GLAUB ich hab (.) ich ↑WEIß es in DEM moment auch ga schEInbar gar nich;
953	Ju	mhm
954	Pa	DASS (.) DASS es äh UNgefährlich is. also wenn es ↑SO: stark dann IS, 955 dann IS dieses wissen, 956 das das scheint ↑WEG zu sein; 957
958	Ju	mhm
959	Pa	weil die symptOme die sind ↑!SO!was von ↑STARK,

---

<sup>88</sup> Vgl. dazu Lakoff (1996) zur "Real-Me"-Metapher.

960 DASS du dir wirklich sagst,  
 961 es (.) es is is (.) es is †AUS-  
 962 is vor†BEI-  
 963 †ENde;

Die Eigentheorie entsteht offenbar erst im Zuge ihrer sprachlichen Strukturierung. Abbrüche, Vagheitsformulierungen und -markierungen, Pausen und Reformulierungen weisen "als Ausdruck sprachlicher Suchbewegungen und Formulierungsarbeit auf [...] Erkenntnisprozesse oder die Erarbeitung von Standpunkten gegenüber dem Erinnerten hin" (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 72).

Pascal thematisiert hier aus theoretischer Distanz eine Zweiheit seines Bewusstseins und damit "Ich-Dualität"<sup>89</sup>. Die realistische Einordnung und Einschätzung von Empfindungen, Symptomen oder (Gefahren)situationen ist dem erlebenden Panik-Ich nicht möglich, weil es "in DEM moment" (952) nicht über das benötigte "wissen" (956) verfügt (vgl. auch Pascal: 608-616).

Die Bewusstseinsbeschränkung des erlebenden Ichs kompensiert im folgenden Beispiel ein rationales Simultan-Ich, das sich in direkter Rede an es wendet:

**Bsp. (32) Pascal (CD ab 34:33)**

1173 Pa ähm da KAM da kÖnnt ich den gedanken dann SCHON  
 Absolut noch FASSen,  
 1174 dass ich mir gesAgt hab,  
 1175 so okEE jetzt hast du UNheimlich herzrasen,  
 1176 SCHEIß gefÜhl,  
 1177 .hh und HAST deine SCHWEIßausbrüche,  
 1178 und aber es (.) WIRD vorbei gehen,  
 1179 und äh=n körper HÄLT das so lange nich AUS;  
 1180 das SIND vielleicht ZEHN minuten wenn=s hoch kommt,  
 1181 dann WIRD=s (.) wIEder RUNter (.) fahren;

Pascal rekonstruiert hier einen "inneren Dialog zwischen einem zweigeteilten Ich" (Günthner 2006: 15)<sup>90</sup>. Ein rationales Ich, das sich verständnisvoll zeigt, indem es

<sup>89</sup> Günthner (2006) spricht von der "Präsentation eines 'gespaltenen Ich'" (2006: 13). Ich verwende den Begriff "Ich-Dualität": Es kommt mir hier auf die 'Spaltung' des Bewusstseins *innerhalb* des "Ich" an. Der Begriff des 'gespaltenen Ich' in Anlehnung an Lakoffs "Divided Self" (Subjekt-Selbst/Körper) wäre hier irreführend.

<sup>90</sup> Vgl. auch Capps/Ochs (1995), die in ihrer Fallstudie der Agoraphobie-Patientin Meg ebenfalls darauf hinweisen: "[Meg] steps outside of immediate external situations into a dialogue with herself. [...] Meg uses mental verbs to frame her thoughts as messages, in this case unspoken messages formulated as reflections addressed to herself" (1995: 58).

die körperlichen Symptome "herzrasen" und "SCHWEIßausbrüche" anerkennt und als "SCHEIß gefühl" bewertet (1175-1177), beruhigt das erlebende Panik-Ich (1178-1181). Im Unterschied zu Beispiel 31 und den in Kapitel 4.5 analysierten Gesprächsausschnitten kommt es hier zu einer Doppelung des Ich innerhalb des erzählten Selbst. Rationales und panisches Ich existieren simultan, sind Teile eines Subjekts und treten in eine Dialogbeziehung<sup>91</sup> ein, indem das rationale Ich das panische in der 2. Person direkt anspricht (Vgl. u.a. auch Tina I: 49-59; Pascal: 1386-1389; Jana: 228; Tina II: 328-332).

Diese "INNERliche stImme" (Tina II: 332), die sich in direkter Rede an das Panik-Ich wendet, kann beruhigen oder imperativisch zu konkreten Handlungen auffordern (z.B. Pascal: 1019-1033). Es kann mahnen und auch drohen:

**Bsp. (33) Tina II (CD ab 12:35)**

348 Ti .hh und IMMer der gedAnke, (-)  
 349 <<im lauten Flüsterton,all> REIß dich zusammen>;  
 350 <<im lauten Flüsterton,all> krieg jetzt BLOß keinen  
 panikanfall>;  
 351 <<f> die spErren dich EIN>;  
 352 die dEnken du hast ne MEIse; ja,

Die Beispiele zeigen, dass die Sprecher bei der Rekonstruktion innerer Dialoge des dualen Ich die üblichen Strategien der Redegestaltung einsetzen. Tina vermittelt nicht nur inhaltlich ein drohendes Simultan-Ich, sondern kontextualisiert dessen Rede auch prosodisch dementsprechend: Tempo, Lautstärke und Stimmfarbe wirken bedrohlich und unheimlich. Nicht immer spricht die rationale Stimme des Selbst:

**Bsp. (34) Tina II (CD ab 07:20)**

214 Ti .hh ((schluchzt)) und ich hab dann immer mir gedacht,  
 215 <<sehr schnell,f> du stIrbs du stIrbs>;

---

<sup>91</sup> In Anlehnung an Freuds Modell des Subjekts, können solche "inneren Dialoge" als Zeugnis der Vermittlung zwischen "Es" und "Über-Ich" aufgefasst werden. Die Rekonstruktion eines Dialogs innerhalb des Subjekts ist aber auch aus philosophischer Perspektive vielsagend. Für Martin Buber etwa ist die Dialogbeziehung zwischen einem 'Ich' und einem 'Du' notwendige Bedingung, damit etwas überhaupt 'Ich' oder 'Selbst' werden kann: "Ich werde am Du; Ich werdend spreche ich Du. Alles wirkliche Leben ist Begegnung." (Martin Buber 1938; zitiert nach der Reclam Ausgabe 2004: 12). Übertragend könnte man sagen, dass das Ich viele "Stimmen" vereint und sich erst durch deren Dialog konzipiert und wirkliches Selbst wird.

Hier spricht das panische Ich, dem das rationale Wissen und Beurteilungsvermögen fehlt (vgl. Bsp. 28) das "du" an (215). Tina animiert die Rede des panischen Ich durch sehr schnelles, lautes Sprechen. Durch die erhöhte Sprechgeschwindigkeit wird Hektik und Panik prosodisch inszeniert. Laute Stimme und fallende Intonationskontur kontextualisieren in Z. 215 die subjektive Gewissheit des panischen Ich zu sterben.

Während in den vorherigen Beispielen "die Spaltung in zwei simultan vorhandene 'Ichs' und den damit verwobenen Wirklichkeitsbereichen mittels eines inneren Dialogs überbrückt wird" (Günthner 2006: 15), hat das Ich in Beispiel 34 die Beziehung zum "Wirklichkeitsbereich des Alltags" (Günthner 2006: 15) über sein rationales Ich, verloren. Es ist der Panik schutzlos ausgeliefert, weil die Bewusstseins- und Wissenszweiheit nicht mehr kompensiert wird.

In den vorliegenden Gesprächen fällt in Bezug auf die Ich-Konstruktion auf, dass alle Sprecher einen mit ihrer Panik zusammenhängenden Kontrollverlust thematisieren bzw. problematisieren und deutlich relevant setzen (vgl. Kap.6.1). Kontrollverlust und Unkontrollierbarkeit betreffen "sowohl die (äußere) angstausslösende Situation als auch die eigene Reaktion auf sie und die Angstgefühle selbst" (Deppermann 2004b).

## **6 Das Panikkonzept**

Die bildhafte Sprache bietet Möglichkeiten und Wege, Formulierungs- und Vermittlungsprobleme im Darstellungsprozess zu überwinden. Darüber hinaus transportieren diese Bilder subjektive Theorien und Konzepte, die Aufschluss über das subjektive Erleben von Panik geben. Während es in Kap. 4.2.1 darum geht, die interaktive Funktion und die veranschaulichende Wirkung von Vergleichen zu untersuchen, interessieren nun Metaphernsysteme in der bildhaften Sprache insgesamt. Daher werden nun formale Unterscheidungen zwischen Metapher, Allegorie und Vergleich zu Gunsten einer kognitiv orientierten Betrachtungsweise<sup>92</sup> aufgegeben und der Blick nicht nur auf einzelne, kreative sondern auch auf

konventionellere (verblasste) Metaphern sowie auf zunächst unscheinbare Verbalphrasen gelenkt.

Der kognitiven Theorie folgend, wird nach Metaphernsystemen und ihnen zugrunde liegenden konzeptuellen Strukturen gefragt, d.h. nach (metaphorischen) Konzepten, die Aufschluss über das subjektive Erleben und die Strukturierung der Erfahrung geben<sup>93</sup>.

## 6.1 Die Konzeptualisierung von Panik und Angsterkrankung

Das Aufkommen von Panik wird von allen Sprechern auffallend häufig mit der nahezu formelhaften Wendung "etw. geht los" beschrieben (Vgl. Thomas: 273, 324; Tina I: 592, 600; Jana: 527; Tina II: 370, 420, 600, 661, 894, 930, 937 und Pascal: 370, 855):

### Bsp. (35) Jana (CD ab 32:47)

461 Ja es ging auf EINmal,  
462 aus HEIterem himmel LOS.

Dieser Formulierung liegt ein Konzept zu Grunde, das den *Panikanfall als selbstständige, ("handelnde") Entität unbestimmter Art (und Herkunft)* auffasst: Ein "Es" oder ein "Das", welches selbstständig "losgeht". Was die Formulierung außerdem indiziert, ist die Schlagartigkeit und Unvorhersehbarkeit, mit der sich Panik einstellt<sup>94</sup>. Durch die Wettermetapher in Beispiel 35, die den Anfall als "Blitzeinschlag aus heiterem Himmel" konzeptualisiert, wird dies besonders deutlich. Der zeitlich-dynamische Aspekt des Anfallserlebens wird in allen Darstellungen

---

<sup>92</sup> Die kognitive Metaphertheorie geht auf Lakoff/Johnson (1980) zurück. Sie hier ausführlich zu erläutern, würde den Rahmen der Arbeit sprengen. Es sei daher auf das Kap. 3.2.1. verwiesen, das die wesentlichen Aspekte der Theorie einführend vorstellt.

<sup>93</sup> Diese Herangehensweise erwies sich bei der Arbeit am Datenkorpus als äußerst weitreichendes und umfassendes Unterfangen. Die folgende Darstellung kann den Analyseprozess nur bedingt nachzeichnen und ist daher ergebnisorientiert. Durch die Angabe entsprechender Transkriptzeilen wird der Nachvollzug der Analyse dennoch ermöglicht und gleichzeitig belegt, dass es sich nicht um singuläre oder individuelle Konzeptionen handelt.

<sup>94</sup> Vgl. Capps/Ochs (1995): "[...] Meg routinely marks the onset of panic with adverbs and adverbial phrases that denote the unexpected und unaccountable". Als Beispiele nennen die Autorinnen "unaccountably", "all of a sudden" und "out of the blue" (1995: 57).

betont<sup>95</sup>: Der Panikanfall ist "in dem Moment" (Tina I: 551), "plötzlich" (Pascal: 64) oder "auf einmal" (Jana: 389, 455; Tina II: 535, 547), eben "einfach so" (Pascal: 71, 150, 848, 860) da. Die explizite Formulierung von Schlagartigkeit kann aber auch durch die genaue Beschreibung der äußeren Umstände, in denen ein Panikanfall nicht zu erwarten ist und einfache "und dann"-Anschlüsse ersetzt werden. Auch die Formulierung "Anfälle passieren" fokussiert das Konzept *der Beginn/das Eintreten von Panik ist abrupt/unvorhersehbar*. Hier liegt allerdings ein anderes Konzept als das der selbstständig agierenden Entität zu Grunde, nämlich *Panikanfall als Ereignis* (Pascal: 63, 913, 1363, 1566ff.). Dem Ich kommt jedoch auch hier eine gleichermaßen passive Rolle zu (vgl. auch "Panikattacke bekommen"; Pascal: 1160; Tina II: 180). Dass Panikanfälle auch "kommen" (Tina I: 595; Tina II: 195, 775; Pascal: 612) oder "auftauchen" (Pascal: 764, 1157), verweist bereits deutlich auf eine *extern lokalisierte Herkunft* oder "Außenverortung" (Surmann 2002: 114; 2005: 202), die sich auch bei der Konzeptualisierung des Panikanfalls selbst herauskristallisiert.

Panikanfälle werden grundsätzlich negativ konzeptualisiert. Pascal bringt dies z.B. durch die ironische Äußerung "das is mit sIcherheit kein geschEnk gOttes" (Pascal: Z.1215) zum Ausdruck. Die Sprecher konzeptualisieren Panik relativ einheitlich als *Bedrohung oder Gefahr*. Das äußert sich an Stellen, wo von echten Todesängsten berichtet wird (vgl. z.B. Jana: 443, Pascal: 863, Tina I: 607 und Tina II: 239), aber auch dort, wo ausdrücklich von "Panik- oder Angstattacken" (eine extrem vorherrschende Formulierung bei Pascal, vgl. auch Jana: 07, 421; Tina I: 349 und Tina II: 1029) die Rede ist. Obgleich dies ein anerkannter Terminus aus der medizinischen Fachsprache ist, ist seine Verwendung doch aussagekräftig. Durch "Panik-Attacke" (frz. Angriff) wird die Panik(erkrankung) eindeutig als Angreifer bzw. Gegner konzeptualisiert. Innerhalb dieses Konzepts *Panik als Gegner* etablieren die Sprecher durch Anthropomorphisierungen und unterschiedliche Kampfmetaphern sogar häufig einen personalisierten Gegner bzw. Angreifer. Jana hat das Gefühl, "als WÜRDE mich einer WÜRgen" (392), und das Ich "kämpft"

---

<sup>95</sup> Auffällig ist, dass diese Hervorhebung der Schlagartigkeit des Anfalls oftmals der Darstellung des Ereignisablaufs widerspricht. Häufig werden bereits vor der "plötzlich" eintretenden Panik spezifische Anfallssymptome bzw. deren Wahrnehmung geäußert, der Anfall aber dennoch als unvorhersehbar und überraschend markiert.

(Pascal: 539) gegen seinen "Feind" (Pascal: 541), die Panik an. Die Sprecher wollen sie "abwenden" (Jana: 536) oder "in den Griff kriegen" (Pascal: 472; Tina II: 257) und Thomas versucht, "sich dagegen zu stemmen" (Thomas: 441). Die Sprecher präsentieren einen ungleichen Kampf:

**Bsp. (36) Pascal (CD ab 24:19)**

```

1520 Pa ich dEnke das is GANZ=GANZ wichtig.
1521      das is äh ANKämpfen dagegen,
1522      <<p> da kÄmpfst=e gegen WINDmühlen>;
1523      <<pp> das das IS=es nich>;
1524      die wird IMmer die wird IMmer siegen;
1525      DEN kampf KANNST du nich gewinnen.

```

Panik erscheint als *übermächtiger Gegner*. Es ist ein Kampf "gegen WINDmühlen" (1522), den das Ich nie gewinnen kann (1542 und 1525); das Ich ist chancenlos (Pascal: 949). Diesen ungleichen Kampf zu führen, bedeutet daher große Anstrengungen und kostet viel "Kraft" (Tina I: 214; Thomas: 447). Das Ich versucht in logischer Konsequenz, die Austragungsstätte, bestimmte Situationen also, zu "(ver-)meiden" (Tina I: 362; Pascal: 141; Thomas: 155, 221). Es versucht zu "fliehen" (Tina II: 1096) oder "wegzukommen" (Tina I: 349). Ebenso folgerichtig entwickeln aber auch alle Sprecher bestimmte Strategien oder Taktiken, um sich der Panik zu widersetzen, sie "wegzukriegen"<sup>96</sup> (Tina I: 315) oder zu "überlisten" (Pascal: 483). Tina sagt: "ich wAckel die angst WEG" (Tina II: 1069). Sie und die anderen Sprecher "lenken sich ab" (Tina I: 334, 409; Jana: 566), "konzentrieren sich auf etwas anderes" (Thomas: 661; Tina I: 480), nutzen bestimmte Hilfsmittel wie den metaphorischen "Krückstock" (Tina II: 364; Pascal: 551, 522), oder sprechen ihren Gegner (gedanklich) direkt an:

**Bsp. (37) Tina I (CD ab 09:07)**

```

323 Ti indem ich auf=n TISCH haue und sage <<ff> ↑STOP>,
324 Ju ach so
325 Ti <<f> jetzt NICH>;
326 Ju [ach so]
327 Ti [was ANderes];
328      und in DEM moment schnell an wat ANderes denken;

```

---

<sup>96</sup> Vgl. dazu das gängige Konzept zur Konzeptualisierung von Emotionen: "EXISTANCE OF EMOTION IS PRESENCE HERE" (Kövecses 2000: 36 und 41)

Im folgenden Beispiel deutet sich ein weiteres vorherrschendes Konzept an: *Auf ein Ich in Panik wirken äußere Zwänge.*

**Bsp. (38) Thomas (CD ab 12:01)**

310 Tho und dann (.) fühle ich mich (.)in DEM moment (.)SO  
EINge(.)engt,  
311 oder so so ich MUß jetzt RAUS,

Davon bestimmte Dinge tun/haben oder denken zu "müssen" oder auf keinen Fall tun zu dürfen, berichten alle Sprecher (vgl. z.B. Pascal: 1011-1033). Panik ist fordernd, sie "will etwas" (Pascal: 544, 1536), zwingt zu etwas oder hindert an etwas. Der Fluchtgedanke "raus oder weg zu müssen" wird besonders häufig formuliert. Im obigen Beispiel ist auch vom Gefühl die Rede, "EINge(.)engt" zu sein. Alle Sprecher problematisieren Enge (Pascal: 101, 857; Jana: 349) im Zusammenhang mit ihrer Panik. Mit dieser Enge und dem "raus-wollen" hängt das Konzept von *Panik als Container/Gefängnis* zusammen. Das "schwächere" Konzept *Panik ist ein Container* kommt in Formulierungen wie "in Panik sein", "voll drin sein" (Tina II: 948), "sich in Panik versetzen" (Tina I: 105, 388), "in einer Panikattacke hängen" (Pascal: 1355) oder "in eine Panikattacke geraten" (Pascal: 689) zum Ausdruck. Die Sprecher "fallen in" (Tina II: 1083) die Panik oder haben das Gefühl hinein "gestoßen" (Tina II: 673) zu werden. Der Aufenthalt in diesem Container ist also unfreiwillig und ein Zustand an dem das Ich sich nicht aktiv beteiligt fühlt. Tritt dieser Aspekt metaphorisch in den Vordergrund wird *Panik als Gefängnis* konzeptualisiert. Innerhalb dieses Konzepts kann der Panikanfall, die Angsterkrankung an sich oder die konkrete Situation, in der Panik aufkommt fokussiert werden:

**Bsp. (39) Tina II (CD ab 34:08)**

974 Ti aber du willst da RAUS;  
975 du KANNST aber nich raus;  
976 das is .hh ne MAUer geht VOR dir (.) RUNter,  
977 HIER und NICH weiter;

Das Ich ist "EINjesperrt" (Tina I: 139), von Mauern umgeben und will aus diesem Gefängnis "RAUS; RAUS aus DIEser situation; FLIEhen; RAUS; WEG; EINFach WEG;"

(Tina II: 1094-1100). Aber es wird gehindert<sup>97</sup>. Von Einschränkungen oder davon, in/durch Panik be- oder gehindert zu werden, berichten die Sprecher vielfach. Das kommt z.B. dort zum Ausdruck, wo das Modalverb "können" negiert verwendet wird oder auch in Konstruktionen mit dem Verb "versuchen". Dieses wird in Panikdarstellungen meist im Kontext der Bemühungen, sich zu beruhigen oder die Panik zu kontrollieren, verwandt, wobei "versuchen" auch den Misserfolg und das Scheitern solcher Versuche impliziert<sup>98</sup>. Damit lässt sich das Konzept *Panik als einschränkende, hindernde und/oder kontrollierende Kraft* ableiten: Das Ich "kann keinen klaren Gedanken fassen" (Pascal: 939), kann die Situation und den Körper nicht "kontrollieren" (Tina I: 567; Pascal: 878)<sup>99</sup> oder ist "bewegungsunfähig" (Pascal: 1005<sup>100</sup>). Es versucht "sich abzulenken" (Tina I: 106; Tina II: 194), "ruhig zu bleiben/sich zu beruhigen" (Tina I: 81; Tina II: 241), "ruhig/tief zu atmen" (Jana: 547; Thomas: 659) oder "es zu verdrängen" (Pascal: 1268), aber das "geht nicht" heißt es.

In einen ähnlichen Zusammenhang ist auch das Konzept *Panik als Kreislauf/Spirale* zu rücken: Der "Kreislauf" (Thomas: 324), eine "Gedankenspirale" (Pascal: 855, 1231) "geht los", die "Gedanken routieren" (Pascal: 1247), und das Ich "gerät in einen Teufelskreis" (Tina II: 1084), aus dem es nicht herauskommt. Die Konzepte *Panik als Container/Gefängnis*, *Panik als einschränkende/hindernde/kontrollierende Kraft* und *Panik als Kreislauf/Spirale* können als Varianten eines übergeordneten Konzepts *Panik ist Einschränkung/Begrenzung (räumlich, körperlich und/oder mental)* aufgefasst werden, welches das Grundkonzept in allen Panikdarstellungen darstellt.

Folgerichtig konzeptualisiert Tina das *Ende/das Abklingen der Panik als Befreiung*.

**Bsp. (40) Tina I (CD ab 04:30)**

---

<sup>97</sup> Pascal bezeichnet seinen ersten Therapieerfolg, durch den er sechs Jahre lang "beschwerdefrei" blieb, als den "absoluten Durchbruch" (Pascal: Z. 274) und rekurriert damit in beiden Formulierungen ebenfalls auf eine Art Mauer- oder Gefängnismetaphorik.

<sup>98</sup> Vgl. Ochs/Capps, die ebenfalls festhalten, dass die Agoraphobie-Patientin Meg "diminishes herself as a potent agent or actor by frequently using the verb try" (1995: 71).

<sup>99</sup> Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass sich Janas Zwangserkrankung "Kontrollzwang" nach eigener Einschätzung entwickelte, um "diese agOraphobie DAMit zu verarbeiten" (Jana: 45-52).

<sup>100</sup> Vgl. auch die bereits zitierten Vergleiche "Pudding in den Beinen", "Beine wie Gummi" etc.

156 Ti .h dann IS dit nen TEIL von den symptomten WEG.  
 157 aber das herz RAST noch.  
 158 .h denn merk ick so diese beFREIung diese erLÖsung;

Die grundsätzlich positive Konzeptualisierung des Abklingens von Panik ist vor dem Hintergrund des dargestellten Panikkonzepts nicht überraschend. Die Sprecher formulieren "wohlige" Gefühle (Tina II: 748) der "Befreiung" (Tina I: 138), "Erlösung" (Tina I: 158, 301) oder "Rettung" (Tina I: 594). Häufig wird das Abklingen von Panik auch mit "wieder Funktionieren" in Verbindung gebracht. Das Ende eines Panikanfalls wird überaus häufig mit der Formulierung "dann ging es wieder" markiert:

**Bsp. (41) Thomas (CD ab 10:52)**

280 Tho ich glaub bei mir hats beSTIMMT nen bisschen ↑LÄNGer  
 geDAUert,  
 281 vielleicht ne halbe STUNde,  
 282 BIS ich mich dann wieder aklimatISIERT und beRUHIgt  
 hatte,  
 283 und danach GINGS dann auch wieder;

Mit dieser Formulierung wird *das Ich oder sein Körper als (wieder) funktionierendes technisches Gerät* konzeptualisiert (Pascal: 889; Jana: 568; Tina II: 745; Thomas: 334). Im Panikanfall ist dieses technische Gerät hingegen nicht funktionstüchtig (Pascal: 391, 1059; Tina II: 356, 400)<sup>101</sup>:

**Bsp. (42) Pascal (CD ab 25:54)**

873 Pa es LIE es GING NICHTS mehr;  
 874 es ging ABSolut NICHTS mehr.

Beide Konzepte, *das Ende/das Abklingen der Panik ist Befreiung* und ein *wieder Funktionieren*, heben also das Anfallskonzept *Panik ist Einschränkung/Begrenzung* metaphorisch auf und markieren so das Ende des Angstanfalls. Wie bereits den Beginn/das Eintreten von Panik, beschreibt vor allem Tina auch ihr Abklingen als abrupt und "schlagartig" (Tina I: 682). Das Konzept *Das Ende der Panik ist abrupt/unvermittelt* kommt daher auch in ähnlichen Formulierungen wie *Der*

---

<sup>101</sup> Das übliche Konzept "THE EMOTIONAL PERSON IS A FUNCTIONING MACHINE" (Kövecses 2000: 39), wird in Bezug auf Panik also eher durch das Konzept *Auf ein Ich in Panik wirken äußere Zwänge* ersetzt.

*Beginn/Das Eintreten von Panik ist abrupt (s.o.), sowie in schlichten "und dann"-Anschlüssen zum Ausdruck. Die Schlagartigkeit kann aber auch technisch, bzw. über den Bildbereich Elektrizität vermittelt werden. Panik endet "WIE aufn KNOPP gedrückt" (Tina I: 684) oder ist "mit Einem knips WEG" (Tina I: 447):*

**Bsp. (43) Tina I (CD ab 12:10)**

453 Ti .h der panikanfall war dann von EIner sekunde auf die  
 454 (--)  
 455 Ju mhm  
 456 Ti das is als wenn man=n wasserhahn abdreht;  
 457 oder=n schalter einknipst;

Die Tabelle fasst die metaphorische Merkmale in Panikdarstellungen mit Bezug auf Beginn (I), Erleben (II) und Ende von Panik (III) zusammen:

Phase	Merkmal
I	Panikanfall als selbstständige "handelnde" Entität unbestimmter Art und Herkunft
	Panikanfall als Ereignis
	Der Beginn/das Eintreten von Panik ist abrupt/unvorhersehbar
II	Panik als Bedrohung oder Gefahr extern lokalisierter Herkunft
	Panik als personeller (übermächtiger) Gegner
	Auf ein Ich in Panik wirken äußere Zwänge
	Panik als einschränkende/hindernde/kontrollierende Kraft (räumlich, körperlich und/oder mental)
	Panik als Container/Gefängnis
III	Panik als Kreislauf/Spirale
	Das Ende/ Abklingen der Panik als Befreiung
	das Ich oder sein Körper als (wieder) funktionierendes technisches Gerät
	Das Ende der Panik ist abrupt

**6.2 Panikkonzept und Angstkonzept**

Das erarbeitete Panikkonzept deckt sich in entscheidenden Punkten mit Kövecses Beobachtungen zur Konzeptualisierung von Angst (vgl. Kap. 3.2.1)<sup>102</sup>. Phobien sind "eskalierte" (Strian 2003: 9) oder "übersteigerte" Ängste (Schmidt-Traub: 10) und werden in Relation zu normaler Angst entsprechend hyperbolisch konzeptualisiert. Die Konzeptualisierung von Panik als einer extern verorteten Kraft oder Entität,

---

<sup>102</sup> Wie bereits in Kap. 3.2.1 erwähnt beruhen Kövecses Analysen nicht auf der empirischen Untersuchung natürlicher Gesprächskorpora.

eines physischen Angreifers oder Gegners, der zu bestimmten Handlungen zwingt, lässt sich den Angstkonzepten problemlos zuordnen. Auch die Flüssigkeits-Container-Metapher ist häufig in den Darstellungen (vgl. etwa Bsp. 9 in Kap. 4.2.1). Sie bezieht sich meist auf die Darstellung der Intensität von Panik. Diese "steigt", "kommt hoch" oder "geht wieder runter". Das Konzept THE SUBJECT OF FEAR IS A DEVIDED SELF erwies sich bereits in Kap. 5.3 als konstitutiv für Panikdarstellungen (vgl. auch Kap. 6.3). Ebenso lassen sich Verweise auf die Konzepte FEAR IS AN ILLNESS und FEAR IS INSANITY finden. Das Ich "dreht ab" (Tina II: 962; Tina I: 298) oder es "dreht durch" (Pascal: 1246), befürchtet, "eine Meise zu haben" (Tina II: 352, 433) und ähnliches. Diese Parallele ist jedoch wenig überraschend, handelt es sich doch bei den dargestellten Phänomenen tatsächlich um eine Erkrankung – und zwar um eine psychische.

Was das Panikkonzept jedoch über die genannten Aspekte hinaus ausmacht und in der Konzeptualisierung von Angst keine Rolle zu spielen scheint, ist die Metapher *Panik als Container/Gefängnis* und *Panik als Kreislauf/Spirale*. Das Panikkonzept widerspricht dem von Angst daher auch in einem entscheidenden Punkt:

"FEAR GOES INTO A PERSON FROM OUTSIDE" stellt Kövecses fest (1990: 81). Auch das pathologische Konzept sieht eine Außenverortung der Angst vor. Allerdings wird im Panikkonzept das Ich von der Panik vereinnahmt und umschlossen – die Panik ist der Container, nicht das Ich. Damit widerspricht das Panikkonzept nicht nur dem Angstkonzept sondern auch der Konzeptualisierung von Emotionen insgesamt, in dem der Körper des Subjekts als Container der Emotion präsentiert wird (THE BODY IS A CONTAINER FOR THE EMOTIONS) (Kövecses 1990: 53; 2000: 147).

Wenn dies tatsächlich der ausschlaggebende Punkt ist, in dem sich die Konzeptualisierung der Emotion Angst von der pathologischen Panik unterscheidet, gewinnen Pascals Formulierungen zur Dokumentation von Verarbeitung besondere Bedeutung (vgl. Kap. 5.2.2). Pascal betont in seinem Verarbeitungskonzept die Bedeutung des Verinnerlichens und des Annehmens der Angst als ein Teil des Selbst:

**Bsp. (44) Pascal (CD ab 14:57)**

552 Pa und dann hab ich IRgendwann,  
553 IRgendwann einfach begriffen,

554            gesagt <<h> okEE das is=n TEIL von mir>,  
 555            <<h> das IS=n teil von mir>;  
 556            <<h> irgendwas (.) IN dir auch>-  
 557        Ju    mhm  
 558        Pa    <<h> und (.) so HAB ich mich EINFach>,  
 559            ich HAB mich nIch mit ANgefreundet,  
 560            aber ich HAB=s akzep↑TIert,

Ob dieser Schritt von einer konzeptuellen Außenverortung hin zu einer internen Verortung seiner Angst ("irgendwas (.) IN dir auch", 556) tatsächlich der Entscheidende ist, und sich das pathologische Konzept damit wieder dem "normalen" Angst- und Emotionskonzept annähert, kann hier nicht abschließend geklärt werden<sup>103</sup>. Es ist möglich, dass mit dieser Hypothese ein grundsätzlicher Unterschied zwischen dem englischen und dem deutschen Sprachgebrauch überinterpretiert würde. Gegen diesen Einwand spricht jedoch, dass normale Angstgefühle, die einer Attacke teilweise vorausgehen, dem Angstkonzept entsprechend – also als etwas Innerliches – dargestellt werden:

**Bsp. (45) Tina I (CD ab 00:33)**

15        Ti    dann hab ick also morgens wenn ich AUFsteh schon diese  
                  innere angst.  
 16        Ju    ja  
 17        Ti    .h bin also TAGSüber .h äh (.)UNruhig innerlich so  
                  ↓AUFje↑wühlt,

In vielen Punkten entspricht das Panikkonzept auch dem Anfallskonzept von Patienten mit fokaler Epilepsie. Diese konzeptualisieren

Anfälle in der Regel als eine meist von außen kommende, eigenständig handelnde, personelle oder immaterielle bedrohliche Entität, der sie sich [...] aktiv entgegenstellen. (Surmann 2002: 114; 2005: 230)

Aber auch im Vergleich mit dem fokalen Anfallskonzept zeigt sich, dass die Konzeptualisierung von Panik als äußere Begrenzung – als Gefängnis für das Ich – keine Entsprechung in den Formulierungen der Epilepsie-Patienten hat.

Dieses Konzept scheint exklusiv für Panik zu sein, und das Panikkonzept von dem der Emotion "Angst" und dem des fokalen Anfalls zu unterscheiden.

---

<sup>103</sup> Die Umstrukturierung des Konzepts *Panik ist ein Gegner* zu "ich HAB mich nIch mit ANgefreundet,/aber ich HAB=s akzep↑TIert", mag therapeutisch bedeutsam sein, jedoch

Daraus folgt, dass das Metaphernsystem, das Panik als Einschränkung und Begrenzung des Ich beschreibt, räumlich, körperlich und mental, konstitutiv für Panikdarstellungen ist und sich von anderen ähnlichen Konzepten unterscheidet.

### 6.3 Panik-Erleben und Nahtod-Erfahrung

In Kap. 4.1 waren Panikdarstellungen einer Gattungsfamilie zuzuordnen, die sie in den unmittelbaren Kontext der Nahtoderfahrung (NTE) rückt. Auch Günthner (2006: 13-15) weist auf entsprechende Parallelen hin, so dass diesem Hinweis nachzugehen ist <sup>104</sup>.

#### Bsp. (46) Pascal (CD ab 25:38)

```
863 Pa und in DEM moment hab ich NUR noch gedAcht-
864 <<p> in den nächsten FÜNF minuten>-
865 du überLEBST (.) ES (.) NICH.
```

Die subjektive Gewissheit, während diesen Anfalls zu sterben, wird in Z. 865 durch die dichte Akzentuierung, die dramatisierenden Mikropausen und die fallende Intonationskontur markiert. In Kapitel 5.3 wird darauf hingewiesen, dass das duale Ich seine Beziehung zum "Wirklichkeitsbereich des Alltags" verliert, wenn die (Dialog-) Beziehung zu seinem rationalen Ich abreißt und wie im obigen Beispiel "NUR" noch das panische Ich spricht. Der Sprecher selbst formuliert aus einer eigentheoretischen Perspektive folgenden Deutungsansatz:

#### Bsp. (47) Pascal (CD ab 32:05)

```
1093 Pa da MUSS ich (.) SO:was von in=na anderen wElt schon
gewesen sein,
```

Pascal beschreibt und kommentiert in Beispiel 46 und 47 die "exTRE:MSTE" (839) Panikattacke, die er je hatte. Aus der eigentheoretischen Perspektive wird das

---

nicht in Bezug auf die Konzeptualisierung von Panik vs. Angst. Auch die "normale" Angst wird nach Kövecses als "ENEMY" konzeptualisiert.

<sup>104</sup> In dieser Arbeit kann kein Urteil darüber gefällt werden, ob einige der folgenden Beispiele u.U. auf das Vorliegen einer anderen psychischen Erkrankung (Posttraumatische Belastungsstörung, Psychose, Schizophrenie, HPPD etc.) hinweisen. So werden in diesem Kapitel unterschiedliche Sequenzen, die Parallelen zu NTEs zeigen vorgestellt und

Anfalls-Ich explizit einem anderen Seins-Bereich zugeordnet: Die epistemische Verwendungsweise des Modalverbs "müssen" markiert einerseits Vagheit, andererseits die Alternativlosigkeit dieser Deutungs- oder Wertungsweise, wofür auch seine Akzentuierung spricht. Die explizite Andersverortung<sup>105</sup> des Ich "in=na anderen wElt" (vgl. auch Thomas: 63), in der sich Pascal seiner Auffassung nach "schon" befunden haben muss, geht weiter als die Präsentation von Ich-Dualität. Es ist ein typisches Motiv in Berichten von Nahtoderfahrungen, in denen "sozusagen metaphorisch – ein 'Ortswechsel'" beschrieben wird (Knoblauch/Schmied 1999: 204). Diese "andere Welt" wird von Pascal nicht weiter attribuiert<sup>106</sup>. Dennoch lassen sich in Pascals Darstellung weitere Ähnlichkeiten zu Nahtoderfahrungen finden.

Knoblauch/Schnettler/Soeffner tragen acht Merkmale von NTEs zusammen (zum Folgenden vgl. 1999: 276f.; kursiv im Orig.) und weisen u.a. darauf hin, dass sie stets intensiv (vgl. Pascal: 839), "*herausragend* und *außergewöhnlich*" (vgl. Pascal: 1065) und "mit starken *Emotionen* verbunden" dargestellt werden. Eine "ausgeprägt gute *Erinnerlichkeit*" sei typisch, und auch Pascal weiß "genAU noch wie das ABließ" (845). Pascals eigentheoretische Äußerung in Beispiel 47 lässt sich zudem als Ausdruck seiner "*subjektiven Überzeugung* [...], unmittelbar dem eigenen Tod" gegenübergestanden zu haben, werten.

Darüber hinaus kommt es in einigen der vorliegenden Gespräche zu Schilderungen "außerkörperlicher Erfahrungen" (AKE) bzw. "Out-of-Body-Experiences" (OBE), ähnlich denen bei Nahtoderlebnissen<sup>107</sup>. AKEs bzw. OBEs bezeichnen die Empfindung,

---

gemeinsam analysiert. Auf inhaltliche oder die Art und Weisen der Darstellung betreffende Unterschiede sei hingewiesen.

<sup>105</sup> Vgl. auch das metaphorische Konzept von Bewusstlosigkeit: "[...] völlige Bewusstlosigkeit wird meistens als totale Abwesenheit umschrieben. Die Bewusstseinstrübung hingegen wird nicht selten als Entfernung im Raum gekennzeichnet" (Surmann 2002: 105).

<sup>106</sup> Zu den älteren Motiven der Nahtoderfahrung hingegen gehört "das (positive Motiv) vom Erfahrenen als einem wunderschönen natürlichen Ort mit Wiesen, Bächen und Blumen" (Knoblauch 2001: 258).

<sup>107</sup> Parallelen zu der Beschreibung von Nahtoderlebnissen mögen zunächst nicht überraschen, da Panikattacken häufig mit tatsächlicher Todesangst einhergehen, die meist durch die Fehlinterpretationen der körperlichen Symptome entsteht. Die folgenden Beispiele 48 und 49, stehen jedoch nicht im Kontext thematisierter Todesangst. Tina weist explizit darauf hin, über "KLEInere panikanfälle" (Tina I: 251) zu sprechen.

"sich plötzlich außerhalb seines Körpers, jedoch in derselben Umgebung wie zuvor" wahrzunehmen (Moody 1977: 27):

**Bsp. (48) Tina I (CD ab 07:40)**

263 Ti .h ich habe MANCHmal dit jeFÜHL  
264 ick sitz hier auf der COUCH,  
265 und kuck nen FILM;  
266 dann auf E:Nmal krieg ick dann IRgendwie son komischen  
jedANKenblitz,  
267 und dann steh ich AUF <<acc> vonna COUCH,  
268 und setz mich auf de andere seite vonna COUCH,>  
269 Ju mhm  
270 Ti und SEH mich da SITZEN;

Wollte man auch hier den Begriff der Ich-Dualität anwenden, bestünde sie in der Simultanexistenz zweier Ichs in der erzählten Zeit, von denen eines das andere beobachtet (270). Ich-Dualität wird also nicht durch die explizite Thematisierung von Bewusstseins-Zweiheit (vgl. Bsp. 31), oder ihrer Inszenierung durch die rhetorische Strategie des inneren Dialogs präsentiert (vgl. Bsp. 32-34), sondern durch die Konstruktion einer "Außenschau" manifest.

Grammatisch findet die Doppelung des Ich in Z. 270 statt. Hier wird das transitive Verb "sehen" reflexiv gebraucht und verbindet sich in der 1. Person Singular mit dem reflexiv gebrauchten Personalpronomen "mich". Ob Tinas erzähltes körperliches Ich Agens der Handlung "von der Couch aufstehen" ist oder ob hier bereits das außerphysische Ich agiert, wird grammatisch nicht klar.

Auch Thomas beschreibt diese Art der Außenschau:

**Bsp (49) Thomas (CD ab 12:28)**

324 Tho und DANN geht wieder der KREISlauf los;  
325 ne man man man SIEHT sich <<f>SELBST->  
326 <<f> man beTRAChtet sich SELBST->  
327 <<f> von AUßen stehnd praktisch,>  
328 <<f> und denkt MENSCH ähm EIgentlich der is doch jetzt  
VÖLLich UNnormal;>

Die Manifestation von Ich-Dualität durch die Präsentation einer Außenschau markiert in Beispiel 49 nicht allein der reflexive Gebrauch des transitiven Verbs "sehen" (325) bzw. "betrachten" (326), sondern sie wird in Z. 327 "durch die Selbstreferenz in der 3. Person (im Sinne einer 'lateralen Referenz') verstärkt" (Günthner 2006: 13f.). Durch die Formulierung "von AUßen stehnd praktisch" (327)

wird explizit ein außerphysisches Ich in der Erzählung etabliert, dem die gedachte Rede, "der is doch jetzt VÖLLich UNnormal" (328) zugeschrieben wird<sup>108</sup>.

Tina schildert während des zweiten Gesprächs ein Panikerlebnis, ihren letzten Anfall, in einer Zahnklinik. Im Gespräch erläutert Tina, dass sie ein traumatisches Erlebnis mit dieser Klinik verbindet (Tina II: 278-296) und im Anfall einzelne Fragmente eines Kindheitserlebnisses durch eine Art "FLÄSCHbäck" (Tina II: 313) halluzinierte<sup>109</sup>. Tina präsentiert diesen Flashback, den sie auch als "döschaWÖ" (314) bezeichnet, als Auslöser einer darauf folgenden Panik: "und (.) es war aber ↑!SO! reAL,(-) dass ich davor ANGST bekommen habe" (315f.). Die Schilderung dieser Panik weist deutliche Parallelen zu NTEs auf:

**Bsp. (50) Tina II (CD ab 13:28)**

```
382   Ti   kam mir vor als wenn ich durch einen tUnnel laufe,  
383       der GANZ hell erleuchtet is-  
384       und dieser tUnnel is (.) klIrrend kalt.
```

Tina verwendet das typische Tunnelmotiv<sup>110</sup>, das sie als metaphorischen Vergleich ("als wenn") einführt. Auch die optische Wahrnehmung einer extremen Helligkeit ("GANZ hell") ist typisch für NTEs und wird von Tina auch im Kontext einer anderen Attacke sowie in unserem ersten Gespräch thematisiert (Tina II: 706f.; Tina I: 651-655). Zur gesteigerten und andersartigen sinnlichen Wahrnehmung von NTEs, korrespondiert das extreme Kälteempfinden der Sprecherin. Die Beschreibung der körperlichen Wahrnehmung während diesen Anfalls lässt sogar die Assoziation des Nahtod-Phänomens 'Schwereelosigkeit' zu:

**Bsp. (51) Tina II (CD ab 12:47)**

---

<sup>108</sup> Zu diesem Gesprächsbeispiel vgl. auch Günthner (2006: 13). Desweiteren Lakoff (1996) zur "Objective-Subject"-Metapher.

<sup>109</sup> "Flashback" ist ein Begriff aus der Psychopathologie und bezeichnet ein "Wiederaufleben früherer Gefühlszustände und kann durch Schlüsselreize hervorgerufen werden" ([http://de.wikipedia.org/wiki/Flashback\\_%28Psychopathologie%29](http://de.wikipedia.org/wiki/Flashback_%28Psychopathologie%29). Zugriff am 02.04.2006.). Halluzinationen sind eine "Trugwahrnehmung eines Sinnesgebietes, ohne dass eine Reizgrundlage vorliegt. [...] Halluzinationen können alle Sinnesgebiete betreffen" und haben "per Definitionem für den Halluzinierenden Realitätscharakter [...]" (<http://de.wikipedia.org/wiki/Halluzination>. Zugriff am 02.04.2006.).

<sup>110</sup> Knoblauch (2001) spricht von dem "Generalmotiv der Tunnel-Erfahrung" (2001: 258).

357 Ti KEIN geFÜHL in den beinen gehabt;  
 358 .hh DANN hab ich immer wieder versucht mir ne ne  
 brücke zu bauen,  
 359 und wenn ich gelAUfen bin,  
 360 IMMer wieder (-) verSUCHT diesen FUßboden zu spüren;  
 361 mit den fÜßen;

Die in diesem Kapitel vorgestellten Ähnlichkeiten zu Berichten von Nahtoderfahrungen liegen in dieser Form nicht in allen Gesprächen vor. Vor allem die Beispiele aus den Gesprächen mit Tina sind singulärer Art. Somit kann nicht verallgemeinernd geschlossen werden, dass Panikattacken und Nahtoderfahrungen zu parallelisieren sind. Ebenso wenig soll jedoch "subjektive Evidenz für eine Todesnäheerfahrung" (Knoblauch/Schnettler/Soeffner 1999: 276) im Einzelfall aberkannt werden. Tatsächlich aber werden Panikerfahrungen teilweise ähnlich wie NTEs beschrieben und zwar auch – und das ist entscheidend – wenn weder "subjektive Evidenz" der Todesnähe noch Todesangst das Anfalls-Erleben begleiten. Aus konversationsanalytischer Perspektive führen der Exkurs in das Konzept "Nahtoderfahrung" und die aufgeführten Parallelen zu Panikdarstellungen vor allem bezüglich der Außenschau zu folgender Auffassung:

- Indem die Sprecher ihr Panik-Erleben in Anlehnung an Nahtoderfahrungen beschreiben, wird es als Extremerfahrung kategorisiert. Dasselbe geschieht durch metadiskursive Kommentare zur Unbeschreibbarkeit (Kap. 4.1), Vergleiche (Kap. 4.2.1), Kontrastierungen (Kap. 4.5), Metaphern und die Häufung intensivierender Ausdrücke überhaupt.
- Die Präsentation von AKEs steht im Kontext der in Kapitel 5.3 behandelten Ich-Dualität: Indem die Sprecher eine Außenschau beschreiben, wird Ich-Dualität inszeniert bzw. manifest. "Von außen" heißt auch objektiv! Objektiv heißt rational! Die Präsentation einer "Außenschau" ist der Verweis auf die Möglichkeit, eine objektive Perspektive einnehmen zu können<sup>111</sup>. Aus dieser

---

<sup>111</sup> Vgl. Lakoff (1996) zum metaphorischen Konzept des Selbst: "[...] one must be able to conceptualize a person as having two parts" (1996: 93). Die "Divided Person"-Metapher trennt zwischen dem "Subject", dem Erfahrungen, Bewusstsein, Wahrnehmungen, Urteile, Wille und Gefühl zugeordnet werden und seinem Körper, dem "Self". Das "Objective-Subject" verlässt seinen 'Body-Container', kann sich von außen betrachten und nach der WISSEN IST SEHEN-Metapher "objective" werden.

Perspektive wird das beobachtete "Ich" als "unnormal" (Thomas: 328) bewertet, und Tina fragt sich, "wat MACH ick hier eigentlich" (Tina I: 277).

## **7 Exemplarische Analyse: "DIT war mein ALLERerster panikanfall" – Kookkurrenz und Zusammenwirken der Darstellungspraktiken**

Die folgende Beispielanalyse führt die Ergebnisse der Studie abschließend zusammen und untersucht Zusammenwirken und Kookkurrenz der vorgestellten Darstellungspraktiken im Kontext der Gesamterzählung. Auch die Analyseergebnisse bezüglich des Panikkonzepts und der Ich-Konstruktion werden berücksichtigt und abschließend geprüft<sup>112</sup>.

Dem gewählten Ausschnitt (Bsp. 52, Tina I: 485-609; CD ab 15:53), der aus dem ersten Gespräch mit Tina stammt, gehen ca. 15 Minuten Gespräch voraus: Es beginnt mit der detaillierten Darstellung eines Anfallsablaufs in Form "illustrierenden Erzählens"<sup>113</sup> (01-239). Tina projiziert den typischen Handlungs- und Ereignisablauf einer Attacke in einen konkreten Situationszusammenhang. Sie bettet ihn zur "Veranschaulichung eines allgemeingültigen Sachverhalts" in einen episodischen Kontext ein (vgl. Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 153).

In Z. 251-300 führt Tina eine Unterscheidung der Intensität ihrer Anfälle ein. Sie differenziert zwischen "KLEInere panikanfälle" (251), "GROsser anfall" (296) und "JANZ hart" (297)<sup>114</sup>.

In Z. 300-363 kommt Tina auf verschiedene Abwehrstrategien wie den "gedAnkenstop" (317) und ablenkende Gedankenspiele (334-362) zu sprechen, bevor sie zu der selbstinitiierten Anfallsrekonstruktion einer 14 Tage zurückliegenden Panikattacke übergeht (364-457).

---

<sup>112</sup> In diesem Kapitel muss aus Platzgründen zum Teil auf die Präsentation der Transkriptausschnitte im Fließtext verzichtet werden. Alle zitierten Äußerungen sind mit Zeilenangaben angegeben und im Transkript nachzuvollziehen (s. Anhang).

<sup>113</sup> Zur narrativen Textsorte des Illustrierens s. Schwitalla (1991).

<sup>114</sup> Differenzierungen dieser Art nehmen alle Sprecher vor. Pascal beispielsweise orientiert sich während unseres gesamten Gesprächs an einer "Angstskala" von eins bis zehn, nach der er die dargestellten Anfälle einordnet.

Im direkten Anschluss thematisiert Tina einen weiteren Anfall vor einer Woche (458-483), der "aber=n KLEIner anfall" (467) war und von ihr nur kurz ausgeführt wird. In einer kurzen, nicht transkribierten Sequenz spricht Tina über die Häufigkeit ihrer Anfälle. Sie betont die Unregelmäßigkeit, mit der sie auftreten sowie grundsätzliche Unterschiede hinsichtlich der Intensität.

An diese Sequenz schließt sich der gewählte Ausschnitt an.

Tina wird in Z. 485-491 nach der Erinnerbarkeit ihrer ersten Panikattacke gefragt. Sie bejaht mit ernster Stimme (492) und kontextualisiert bereits hier prosodisch die hohe persönliche Relevanz dieses Erlebnisses. Nach einer Pause ergänzt Tina in Z. 493 sich "noch GANZ genau" erinnern zu können, benennt daraufhin Anlass (elfter Hochzeitstag mit ihrem geschiedenen Mann) und Datum des Anfalls, bevor sie, immer noch in ernster Tonlage, reformuliert, dass sie sich "GANZ genau erinnern" (496) kann.

Es wird deutlich, dass der erste Anfall für Tina ein Ereignis mit besonderer Relevanz darstellt, den "Planbruch" in ihrem Leben (vgl. Kap. 5.1). Durch die fallende Intonationskontur des Kommentars zur Erinnerbarkeit markiert Tina, dass ihre Antwort auf die Frage der Gesprächspartnerin abgeschlossen ist. Im Anschluss an das kurze Hörsignal "ja," beginnt Tina selbstinitiiert mit der Rekonstruktion der "VORgeschichte" (499), die sie damit explizit im Kontext ihrer ersten Panikattacke relevant setzt. Sie führt im Erzähltempus der Vergangenheit aus, es sei ein Samstag gewesen, und ihr damaliger Mann habe also "FREIgehabt" (503). Vor dem Hintergrund dieser Information re-inszeniert Tina die Stimme ihres Exmannes in direkter Rede: "<t> ich MUß noch mal zur FIRma>" (505).

Es folgt eine kurze Einschubsequenz im Präsens (507f.), in der Tina ihren Ex-Mann aus der Gegenwartsperspektive als Wichtigtuer, der dich "FÜHLT [...] als wenn er der (-) CHEF da ebend is" charakterisiert. Seine Person wird problematisiert, und seine Rolle im Zusammenhang des ersten Anfalls relevant gesetzt. In Z. 510 äußert Tina, damals "SAUER" gewesen zu sein, "dass er NICHT mal gratuliert hat" und präsentiert eine schnell gesprochene dreigliedrige Liste: "keine BLUmen- keine GRATulatIon- GAR nichts;" (513-515).

Im Anschluss re-inszeniert die Sprecherin durch eigene und fremde Redewiedergabe ein Telefongespräch mit der "leiblichen" Mutter (522-536), mit der sie "MAL .h nach JAHREN wieder kontakt hatte". Mit dieser Zusatzinformation erscheint auch die Person der Mutter von einer bestimmten Relevanz. In der eigenen Rede wird durch die Stimmfarbe Entrüstung kontextualisiert, und Tina wiederholt die bereits in Z. 513-515 präsentierte Vorwurfsliste, die sie rhythmisch intoniert (525-527). Die fremde Rede ihrer leiblichen Mutter gibt Tina mit einer gelangweilten Stimmfärbung wieder (529-531) und fasst zusammen: "also sie HAT ihn so zu sagen SCHLECHT gemacht" (532). Darauf beginnt Tina ebenfalls bestimmte Verhaltensweisen ihres Mannes durch hyperbolische Verallgemeinerungen ("überall", "ALLET") zu kritisieren. Die Re-Inszenierungssequenz endet abrupt mit "so und DANN war dit jespräch beEndet,", wobei die Intonationskontur anzeigt, dass Tina fortfahren will und keine Reaktion ihrer Gesprächspartnerin erwartet.

In der folgenden Turnkonstruktionseinheit (TCU) "BIN ins BAdezimmer" (538) verzichtet Tina auf das deiktische Pronomen "ich" und lässt das Vorfeld unbesetzt. Die Verbspitzenstellung betont Handlungscharakter und ist in Erzählungen "eine konventionalisierte Form der Versprachlichung von 'Dramatik', 'Tempo' o.ä." (Sandig 2000: 302). Diese interaktive Wirkung wird durch die Aussparung des infiniten Verbalkomplexes, die maximale Verdichtung und Komprimierung bedeutet, zusätzlich verstärkt. In den beiden folgenden TCUs wird das Verfahren der "Verberstpositionierung" mit der Re-Inszenierungsstrategie des narrativen Präsens verknüpft: "<<all> komm ausm BAdezimmer raus>, <<all> kommt mein EXmann>," (539 f.). Tina kontextualisiert das Tempo und die Dynamik der Handlungsabfolgen zum einen prosodisch durch schnelles Sprechen und rhythmische Akzentuierung, und nutzt zusätzlich auch die "uneigentliche Verspitzstellung im narrativen Präsens" zur "Inszenierung [...] und Kontextualisierung von Dynamik, Dramatik, Spannung und Emphase" (Günthner 2005: 12).

In Z. 541 wechselt Tina wieder in das Erzähltempus der Vergangenheit: ".h und ein WUNderschöner (.) großer ROsenstrauss lag inna küche;". Hier kontextualisiert Tina die Auflösung des Konflikts und fügt hinzu: "und dann war dit verGESSen. wat ICK jesagt hab, was meine MUTter jesagt hatte (-);" (542-544). Die fallenden Intonationskonturen markieren, dass Tina hier eine Erzähleinheit abschließt.

Dass bereits diese "VORgeschichte" des Anfalls auf verschiedene Weise inszeniert und szenisch-episodisch mit Orientierung, Höhepunkt, evaluativen Einschüben und Resultat rekonstruiert wird, weist darauf hin, dass ihr im Zusammenhang der ersten Panikattacke besondere Bedeutung zukommt. Tina setzt sie explizit relevant und bettet auf diese Weise ihre subjektive Theorie über Ursachen und Auslöser des ersten Anfalls in die Darstellung ein. Durch die Vermittlung emotionaler Befindlichkeiten und Konflikte im Vorfeld des Anfallsgeschehens wird die Anfallsrekonstruktion vorbereitet und das Folgeschehen "prä-problematisiert"<sup>115</sup>.

Es folgen Erzählgerüstsätze im Perfekt, die den Fortlauf der Handlungs- und Ereigniskette konstruieren und den 'narrativen Ortswechsel' "ins restaurant" (545) vornehmen.

In eingeleiteter direkter Rede gibt Tina ihre damalige Äußerung wieder: ".h und <<len, t> HEUTE machen wir uns nen SCHÖnen tag>. <<len,t> das is UNser tag> (-)." (548f.). Tina schafft durch die langsam und tiefer gesprochene Redewiederabe inhaltlich und prosodisch einen deutlichen Kontrast zu der in der Vorgeschichte konstruierten Stimmung: Hektik, Vorwurfsaktivitäten und persönliche Enttäuschung werden durch die Kontextualisierung einer ruhigen, friedlichen und versöhnlichen Stimmung abgelöst. Gleichzeitig wird so, entgegen der anfänglichen Prä-Problematisierungsaktivitäten, implizit die Unerwartbarkeit einer Panikattacke kommunikativ etabliert:

550 Ti <<all> gut das SAG ick>,  
551 und in DEM moment krieg ich <<irritiert> HERZrasen>;  
552 .h und KUCK meinen mAnn an und dEnke,  
553 <<all, verängstigt> oweiija was isn JETZT los>;  
554 ich sag zu meinem exmann du ESS schnell auf ick hab  
nen HERZinfakt;(-)  
555 <<cresc>.h mach HINNE ick>-  
556 <<cresc> ick MUß hier RAUS>,  
557 <<cresc> ick STERbe gleich>;

Tina präsentiert die gesamte Sequenz im narrativen Präsens. Das Eintreten der Panik leitet sie mit "und in DEM moment krieg ich <<irritiert> HERZrasen>;" (551)

---

<sup>115</sup> Vgl. Capps/Ochs (1995), die zwischen bei der Darstellung von Panik zwischen "Recasting Events as Problems" (1995: 40-43) und "Precasting Events as Problems" (1995: 43-46) unterscheiden.

ein und verleiht auf diese Weise der Schlagartigkeit und Unerwartbarkeit ihrer Reaktion lexikalisch Ausdruck (vgl. Kap. 6.1 zum Konzept: Der Beginn/das Eintreten von Panik ist abrupt/unvorhersehbar). Der rhetorisch inszenierte Stimmungsbruch (vgl. 548f.) wird auch prosodisch realisiert, indem Tina Irritation markiert. Durch die Wiedergabe des eigenen Gedankens in Form von eingeleiteter direkter Rede "oweija was isn JETZT los" (553) lässt Tina die Hörerin direkt an ihrem Erleben teilhaben und reaktualisiert ihre damalige Wissens- und Wahrnehmungsbasis. Das zeigt sich auch durch die eingeleitete Wiedergabe der direkten Rede in Z.554, in der Tina ihrem Mann gegenüber die Symptome als "HERZinfakt" deutet und ihn auffordert, schnell aufzuessen. Die folgende Rede wird nicht mehr durch ein *verbum dicendi* eingeleitet. Die Aufeinanderfolge der drei kurzen und lauter gesprochenen Ausrufe (555-557) vermittelt Hektik und Panik, wenngleich die Panik, die damalige Wahrnehmungs- und Wissensperspektive einnehmend, nicht als solche benannt wird.

Das Modalverb "MUß" in Z. 556 unterstreicht die typische Zwanghaftigkeit des kommunizierten Fluchtstrebens (vgl. Kap. 6.1 zum Konzept: Auf ein Ich in Panik wirken äußere Zwänge), und der Ausruf, gleich zu sterben, stuft die Relevanz hoch.

In Z. 558 beginnt Tina mit der genaueren Beschreibung ihrer körperlichen Wahrnehmungen. Der Tempuswechsel weist darauf hin, dass Tina dazu eine distanziertere Perspektive einnimmt. Die Symptome werden in Form einer Liste präsentiert<sup>116</sup>, die "minimale Setzungen"<sup>117</sup> (559: "SCHWEIßausbrüche") und "Subjektlose Infinitkonstruktionen" (560: "GLEICHzeitig och geFRORN") kombiniert. So wird die

---

<sup>116</sup> Listenbildungen im Kontext der Symptombeschreibung finden sich in allen vorliegenden Gesprächen überaus häufig. Dadurch wird dem Erleben Ausdruck verliehen, dass sich eine ungemaine Vielzahl von beunruhigenden (teilweise widersprüchlichen) Wahrnehmungen gleichzeitig einstellt und das Ich völlig einnimmt und "überrollt". Diese "Symptomlisten", meist in Form "minimaler Setzungen" können sich nach der Intensität der Attacke verlängern. Pascal sieht gerade im "↑ALles auf ↑EINmal" (150) das entscheidende Kriterium für eine "RICHTige panikattacke" (692-702) und Tina den Grund für ihr Beschreibungsproblem (Tina II: 102f.).

<sup>117</sup> "Minimale Setzungen" sind eine "Kondensierungsstrategie, die innerhalb szenischer Darstellung zur Porträtierung einer verstärkten Dynamik eingesetzt wird" (Günthner 2005). Sie bilden selbstständige TCUs mit eigenen Intonationsverläufen in denen jedoch nur die Mittelfedposition besetzt ist (Günthner 2005: 23-25). "Subjektlose Infinitkonstruktionen" sparen die Nennung des Ereignisträgers aus und ermöglichen wie andere Kondensierungsstrategien "eine ikonische Abbildung von 'Schlag-auf-Schlag' eintretenden Handlungsfolgen" (Günthner 2005: 21).

Gleichzeitigkeit widersprüchlicher Symptome vermittelt und ihr plötzliches Auftreten durch die syntaktische Kondensierung und die auffällige Akzentmarkierung ikonisch abgebildet. In Z. 563 liefert Tina einen metadiskursiven Kommentar zur Unbeschreibbarkeit (vgl. Kap. 4.1) ("KANN ick nich beschreiben WIE it is") und rekurriert zur Lösung des Vermittlungsproblems auf die rhetorische Strategie des Vergleichs (Kap. 4.2.1). Der Vergleich (564-571) stellt eine Analogie zwischen Tinas subjektiver Empfindung und einer alltagsweltlichen Erfahrung her (vgl. Kap. 4.2.1) und wird ohne weitere Formulierungsschwierigkeiten angebracht aber dennoch durch einen weiteren metadiskursiven Kommentar zur Unbeschreibbarkeit gerahmt (572). Die Unbeschreibbarkeit wird auf diese Weise als zentrales Merkmal der Panikerfahrung kommunikativ etabliert, obgleich Formulierungsschwierigkeiten tatsächlich nicht vorzuliegen scheinen (vgl. Kap. 4.1). Tina fährt mit der Symptombeschreibung im Perfekt fort (575f.) und weist explizit auf ihre mangelnde Handlungs- und Kontrollfähigkeit hin: "ich konnte dieset nich kontroLLIERN?". Reduzierte Agency wird zum einen durch die typisch negierte Verwendung des Modalverbs "können" und zum anderen durch die explizite Thematisierung von Kontrollverlust zum Ausdruck gebracht (vgl. Kap. 6.1 zu Varianten der Konzeptualisierung reduzierter Agency).

Tina rekonstruiert nun einen inneren Monolog in Form eingeleiteter direkter Rede und lässt die Hörerin damit wieder direkt an ihrem Innenleben teilhaben:

```

578   Ti   und hab gedacht jetzt MUSST du ne FEUERwehr holen;
579       .h <<acc> aber wenn die FEUERwehr kommt>;
580       <<all> der NOTarzt>,
581       <<all> die LEUTE gucken>;
582       NEE LIEber RAUS hier;
583       mein mann hat dann janz schnell ESSen eingepackt,
584       .h WIR (.) RAUS an die frische LUFT,
585       dann war it WEG. (-)

```

Erneut konzeptualisiert Tina die Panik als einen äußeren Zwang (578). In den folgenden TCUs erwägt Tina die Folgen eines Notrufs (579-581) und inszeniert damit Ich-Dualität. Während jedoch in Kap. 5.3 darauf hingewiesen wird, dass Ich-Dualität in der Bewusstseinswelt des erlebenden Panik-Ich besteht, die durch einen inneren Dialog überbrückt werden kann, besteht diese Kompensierungsmöglichkeit beim ersten Anfall noch nicht. Tina weiß hier noch nicht, dass sie einen Panikanfall erleidet und kann dem zu Folge auch noch keine wirklich rationale und beruhigende

Stimme aktivieren. Aber der innere Monolog, in dem Tina die peinlichen Folgen eines Notrufs erwägt, zeigt, dass Tina der Wirklichkeitsbereich des Alltags noch zugänglich ist, so dass sie entscheidet: "NEE LIEBER RAUS hier" (582). Tinas Gedanken und die Folgehandlung "WIR (.) RAUS" werden von einer Handlungsdynamik und –dramatik begleitet, die sowohl prosodisch als auch durch die syntaktische Kondensierungsform der "Infiniktonstruktion" inszeniert werden. Ebenso schlagartig wird das Ende der Panik eingeführt: "dann war it WEG" (585). In Kapitel 6.1 wurde gezeigt, dass das abrupte Ende von Panik ein gängiges Konzept ist. Dass Tina aber dieses schlagartige Ende in den direkten Zusammenhang von "WIR (.) RAUS an die frische LUFT" rückt, ist aus psychologischer Perspektive bedeutsam. Tina verbindet das Ende der Panik erzählerisch mit dem Verlassen der Paniksituation und stellt auf diese Weise auch einen kausalen Zusammenhang her. Das Konzept dieser Kausalität begründet und fördert das typisch agoraphobische Meide- und Fluchtverhalten – auch zwölf Jahre nach dem erzählten Anfall.

Die Panik-Episode endet nicht, sondern wird fortgeführt. Auf dem Weg nach Hause

```

591   Ti   da KONNTE man dann .h GERADEzu unser WOHNhaus sehn .h;
592       ↓ging das WIEder los.
593       h ick habe nur die WOHNung gesehn-
594       habe gedacht .h ACH du BIST gleich geRETTET;
595       kam WIEDER der ANGSTanfall;
596       .h bin nach HAUSE,
597       hab mich auf die COUCH gelegt,
598       Und habe überlegt <<verängstigt> was WAR das>;
599   Ju   hm=hm

```

Wieder wird das Eintreten der Panik als unverständliches und unerwartbares Geschehen präsentiert. Tina ist bereits fast zu Hause, als es "WIEder los" (592) geht. Diese Wendung ist überaus häufig in den Gesprächen (vgl. Kap. 6.1) und konzeptualisiert den Panikanfall als selbstständig ("handelnde") Entität unbestimmter Art und Herkunft (vgl. Kap. 6.1). Die Gedankenwiedergabe in direkter Rede, die "gleich geRETTET" zu sein verspricht, weist auf die Konzeptualisierung von Panik als Bedrohung oder Gefahr (Kap.6.1) hin. In Z. 595 findet jedoch offenbar ein Perspektivenwechsel statt: Tina gibt ihre damalige eingeschränkte Wissensperspektive auf und benennt ihr Erleben aus der interpretativen Gegenwarts Perspektive mit dem Ausdruck "ANGSTanfall". Ihre eingeschränkte

Wissensperspektive in der erzählten Zeit kommt hingegen in Z. 598 zum Ausdruck, in der sie in direkter Rede den Gedanken "<<verängstigt> was WAR das>" äußert. Tina schließt ihre Erzählung immer noch nicht ab, sondern setzt "am Nächsten tag früh", wo "das WIEder los" (600) ging, erneut an<sup>118</sup>:

```
601 Ti      .h und bin dann zum ARZT geRANNT;  
602        ick brauchte NUR über de STRAße;  
603        ich hab meinen arzt praktisch über de straße gehabt;  
604        .h <<all> zum ARZT gerannt>,  
605        <<all>inde PRAxis rein>,  
606        .h <<all> und durchs SPRECHzimmer durch>,  
607        und hab dann gesagt <<all, f> DOKtor sie müssen mir  
        HELfen ich STERbe>.  
608        DIT war mein ALLERerster panikanfall;  
609        IM restaurant.
```

Der hohe erzählerische Auflösungsgrad in dieser Sequenz liefert redundante (601-604) und scheinbar unwichtige Detailinformationen (605f.), die jedoch der Authentisierung, Intensivierung und Relevanzhochstufung dienen. Gleichzeitig wird der dynamischen Abfolge der einzelnen Handlungsschritte durch prosodische und syntaktische Verfahren Ausdruck verliehen. In den Zeilen 604-606

dynamisiert die Auflösung in einzelne Handlungsschritte [...] eine Weg-Ikonizität der Beschreibung, die die Dringlichkeit des zielbezogenen (Zwangs)Handelns (unbedingt und ganz schnell zum Arzt zu kommen) kontextualisiert. (Günthner 2006: 20)

Die Dringlichkeit, Relevanz und Ernsthaftigkeit der Gesamtsituation wird auch in Tinas Rede markiert. Das schnelle und laute Sprechen, sowie die emphatische Akzentuierung vermitteln die subjektive Evidenz zu sterben und auf ärztliche Hilfe angewiesen zu sein.

In Z. 608f. schließt Tina den Rahmen der Erzählung und macht damit explizit deutlich, dass für sie sowohl die Vorgeschichte, als auch die Ereignisse nach dem Panikanfall "IM restaurant" in den Gesamtkontext der ersten Panikattacke gehören.

---

<sup>118</sup> Vgl. zu dieser Sequenz auch Günthners Analyse (2006: 19).

Die exemplarische Analyse zeigt, dass Tina durch die Kombination unterschiedlicher Vermittlungs- und Appräsentationsstrategien das Geschehen der ersten Panikattacke re-inszeniert und der Hörerin so direkt vor Augen führt.

In der Vorgeschichte und kurz vor Eintritt der Panik dient ihr vor allem die animierte Redewiedergabe zur Vermittlung bestimmter Stimmungen und Bewertungen.

Im Kontext der Angstepisoden setzt die Sprecherin ebenfalls die üblichen Re-Inszenierungsstrategien ein (narratives Präsens, Dialogwiedergabe etc; s. Kap. 4.3), nutzt sie jedoch in strategisch massiver Dichte und kombiniert sie gleichzeitig mit prosodischen und syntaktischen Verfahren: In der ersten Paniksequenz (550-557) beispielsweise werden narratives Präsens, animierte Redewiedergabe, Reaktualisierung der früheren Wissens- und Wahrnehmungsbasis und Gedankenwiedergabe in direkter Rede gleichzeitig eingesetzt und die Dramatik zusätzlich durch prosodische und lexikalische Intensivierung verstärkt.

Stimmfarbe, Sprechgeschwindigkeit und Lautstärke bilden in den Angstepisoden, häufig in Kombination mit syntaktischer Kondensierung, Panik und Hektik ikonisch ab. Die Schlagartigkeit und Unerwartbarkeit des Anfallsgeschehens ist stark ausgearbeitet und wird durch die Kombination von lexikalischen Mitteln (explizit), rhetorisch-inszenierten Stimmungsbrüchen und prosodisch markierter Irritation oder Überraschung (implizit) zum Ausdruck gebracht.

Das Beispiel wurde ausgewählt, weil es besonders eindringlich veranschaulicht, dass die Kommunikation von Panik sich auf unterschiedlichen Ebenen gleichzeitig vollzieht und multidimensional bzw. holistisch angelegt ist. Obwohl Tinas Darstellung ohne Zweifel für besondere rhetorische und narrative Kompetenz spricht, lässt sich diese Tendenz auch in den übrigen Darstellungen nachweisen. Die vielschichtige Kombination und strategische Verknüpfung unterschiedlicher sprachlicher, kommunikativer und prosodischer Verfahren ist charakteristisch für die analysierten Panikdarstellungen.

Re-Inszenierungsstrategien werden von den meisten Sprechern zur Ausgestaltung der Panik-Kernerzählung ("Core Panic Episode"; vgl. Capps/Ochs 1995: 46) genutzt. Vor allem beim direkten Eintreten der Panik wird häufig auf das narrative Präsens zurückgegriffen. Zur Inszenierung von Höhepunkten, Handlungsdynamik und -dramatik werden Detaillierungsstrategien, syntaktische Kondensierungen und/oder

szenisches Präsens verwandt. Die Reaktualisierung der früheren Wissensbasis, in Bezug auf die Deutung der Symptome ist ein markantes Merkmal in der narrativen Rekonstruktion von Anfällen, die zeitlich vor der Diagnose liegen. In anderen Erzählungen greifen die Sprecher häufig auf Kategorisierungen wie "Panikattacke", "Angst" oder "Anfall" zurück (vgl. z.B. Pascal). Die ausgearbeitete Innendarstellung ist ein weiteres Merkmal der Panikdarstellung. Innere Monologe bzw. Dialoge werden in Form eingeleiteter oder freier direkter Rede rekonstruiert. Desweiteren ist bereits in der exemplarischen Analyse gezeigt worden, dass bei der Rekonstruktion bzw. Re-Inszenierung der Panik-Kernerzählung vor allem das Moment der Ikonizität eine Rolle spielt: Prosodie und Syntax bilden Hektik, Enge und Beklemmung ikonisch ab. Der Gleichzeitigkeit und Vielschichtigkeit der Anfallssymptome wird durch Listenbildungen, Parallelismen und/oder Anaphern zum Ausdruck gebracht. Lexikalische und prosodische Intensivierungen dienen der Appräsentation von Affekten sowie der Relevanzhochstufung insgesamt.

### **7.1 Re-Inszenierung und Re-Traumatisierung – Erzählen und Verarbeitung**

Re-Inszenierungen haben adressatenbezogene Funktionen und können strategisch-dramaturgisch eingesetzt werden. Doch im "*erinnernden Nacherleben*" (Lucius-Hoene/Deppermann 2004: 25; kursiv im Orig.) wird das Geschehen in der aktuellen Erzählsituation vergegenwärtigt, so dass die Sprecher im und durch den Erzählprozess auch mit der Gefahr der Reaktualisierung oder Reproduktion von Panikgefühlen konfrontiert sind. Am Ende unseres zweiten Gespräch sagt Tina:

#### **Bsp.(53) Tina II ( CD ab 39:42)**

1114 Ti ich HOL mir das ALles wieder zurück,  
 [...]
 1121 aber ähm (-) ich hab=n kOmisches gefühl jetzt (.)  
 SELber in mir drInne,  
 1122 .h WENN ich das alles erzähle,  
 1123 weil ich erZÄHL=s ja nich nur,  
 1124 sondern ich erLEB=s noch MAL;  
 1125 gedAnklich;

Im Erzählprozess holt Tina sich "ALles wieder zurück" (1114), erzählt es nicht nur, sondern erlebt es noch einmal (1124). Gerade die narrative Re-Inszenierung von

Affekten, aber auch Ikonizität und Detailliertheit der gesamten Darstellung bergen diese Gefahr der Re-Aktualisierung und auch der Re-Traumatisierung. Tina selbst kennt die Gefahr (vgl. Tina I: 759-764) und zeigt dennoch eine hohe Erzählbereitschaft, mehr noch ein Erzählbedürfnis, das sie auch explizit äußert:

**Bsp.(54) Tina I (CD ab 39:49)**

773 Ti ↑JA das IS für mich AUCH ne hilfe;  
 774 .hh weil ick hAbe jemanden dem ich dat erzÄhlen kann;  
 775 Ju auch=n training oder,  
 776 Ti ↑JA es is SO ähm -  
 777 äh ↑ja wie=n ↑KUMMerKasten;  
 778 mein MANN WEISS alles;  
 779 meine mÄdels wissen alles;  
 780 aber dat IS dann irgendwie WATT mir gerade EINFällt,  
 781 .hh WATT ich denen vielleicht GAR nich erzÄhlt hab,  
 782 und datt bei ↑DIR einfällt;  
 783 und ICK dir dit erzÄhlen kann;  
 784 du BIST einer der hört ZU,  
 785 .h FRAGST dann zwischendurch mal was-  
 786 und ich bin NUR der der erzÄhlt,  
 787 Ju hmm  
 788 Ti als wenn ick dir=n BUCH vorlese so IS dit;  
 789 dit is für mich AUCH ne ne h↑Ilfe;  
 790 Ju ja  
 791 Ti WEIL ick mErke sElber (.) DASS ick ähm -  
 792 WENN ick jetzt watt erzÄhle, (-)  
 793 irgend=n FALL-  
 794 dann wEIne ick; (-)  
 795 IRgendwann erzÄhl ick den und bin wütend;  
 796 IRgendwann erzähl ick den FALL,  
 797 und bin traUrig;  
 798 und IRgendwann erzÄhl ick den fall als  
 selbstverstÄndlichkeit;

Tina empfindet das Erzählen, vielleicht mehr noch das Angehört-Werden, als "h↑Ilfe" für sie selbst. Sie schreibt dem Erzählen, vor allem dem Wieder-und-Wieder-Erzählen eine wichtige Funktion bei der Verarbeitung, Bewältigung und Re-Interpretation ihrer Krankheitserfahrungen zu: "und IRgendwann erzÄhl ick den fall als selbstverstÄndlichkeit" (798). Mit dem temporalen Indefinitadverb "irgendwann" verweist Tina darauf, noch am Anfang dieser Bewältigungsaufgaben zu stehen, wofür aus analytischer Perspektive auch die Form ihrer Darstellung spricht. Gülich (2005a), die die Erzählungen einer Schmerzpatientin analysiert, fasst eine hohe Anzahl von "Detaillierungen, vor allem in Verbindung mit szenischen Darstellungen, und die Offenheit der rekonstruierten Ereignisse und Erfahrungen, die als sich

wiederholend dargestellt werden" (Gülich 2005a: 87) als Anzeichen für fehlende Verarbeitung und "Sinnggebung" (Lucius-Hoene 2002) auf<sup>119</sup>.

## **7.2 Re-Inszenierung und Routine – Vorgeformtheit narrativer Muster**

Da Tina fast zwei Jahre später auch im zweiten Gespräch ihren ersten Panikanfall erzählt, bietet sich die Gelegenheit, beide Erzählungen einander gegenüberzustellen und nach Spuren fortgeschrittener Verarbeitungsleistung zu suchen. Die Tabelle "Tina I – Tina II" im Anhang (A7) nimmt diesen Vergleich vor.

Die Tabelle zeigt inhaltliche und strukturelle Parallelen in beiden Darstellungen. Es gibt ein Erzählmuster des ersten Anfalls, bestehend aus (1) der Rekonstruktion der Vorgeschichte (Konflikt mit dem Exmann, Telefonat mit der Mutter, "Auflösung" des (Ehe)konflikts), (2) der Rekonstruktion des Panikanfalls im Restaurant und der Flucht aus der Situation, (3) der Panik auf dem Weg nach Hause und (4) der Panik am nächsten Morgen mit dem Erlebnis in der Arztpraxis.

Darüber hinaus zeigt die Tabelle auch topische Formulierungsparallelen sowie rhetorische Routinen, die durch Pfeile in der dritten Spalte kenntlich gemacht werden. Die Information, es sei ein "Samstag" gewesen, oder die problematisierende Charakterisierung des Exmannes und seines Verhältnisses zu der Firma sind solche Parallelen. Auch die Liste "keine Gratulation, keine Blumen, nichts" sowie die Formulierungen "leibliche" Mutter, zu der zufällig gerade "Kontakt" besteht, der "wunderschöne Rosenstrauß", die "Brücke" in der Nähe des "Wohnhauses" kommen in beiden Erzählungen vor.

Bestimmte rhetorische Strategien werden in denselben Kontexten parallel eingesetzt. Etwa die direkte Rede zur Rekonstruktion des Telefongesprächs mit der Mutter und die direkte Rede an den damaligen Ehemann während der Situation im Restaurant. In beiden Versionen erzählt Tina aus unterschiedlichen Perspektiven.

---

<sup>119</sup> Pascal hingegen neigt zu kategorisierenden und erklärenden Darstellungen und außerdem zu Krankheits- und Eigentheorien in denen unterschiedliche Varianten bestimmter Verarbeitungstopoi für die Dokumentation eines fortgeschrittenen Verarbeitungsprozesses sprechen (vgl. Kap. 5.2.2). Die Verarbeitungsformulierungen, die Pascal verwendet heben das pathologische Konzept in wesentlichen Punkten auf und sprechen daher auch aus der Sichtweise der kognitiven Linguistik für Verarbeitungsleistungen.

Sie spricht von ihrem "Ex-Mann", der er zum damaligen Zeitpunkt noch nicht war, und davon "damals" sauer gewesen zu sein. Sie nutzt jedoch gleichzeitig das rhetorische Präsens und reaktualisiert ihre Erlebensperspektive z.B. in Gedankenwiedergaben.

Es gibt also deutliche Routinen – ein festes Konzept der Erzählung vom ersten Anfall, das auch nicht durch Störungen in der Erzählsituation (Tuten in der Leitung und Stimmen im Hintergrund) beeinflusst wird. Fortgeschrittene Verarbeitungsleistung lässt sich jedoch aus der gesprächsanalytischen Perspektive nicht rekonstruieren.

Tatsächlich nehmen Relevanzhochstufungen und Dramatisierungsaktivitäten in der zweiten Version noch erheblich zu. Die zweite Darstellung ist ab dem Zeitpunkt der Attacke im Restaurant noch detaillierter und zieht zusätzlich kraftvolle Vergleiche heran. Die Symptome während der Angstzustände werden ausführlicher dargestellt, stärker veranschaulicht, und die Re-Inszenierung ist noch elaborierter. Die Dramatisierung selbst erscheint als Routine.

Auch die Kausalität zwischen der Flucht und dem Abklingen der Symptome wird erneut hergestellt, was ebenfalls gegen einen fortgeschrittenen Erkenntnis- oder Bewältigungsprozess spricht.

Vor dem Hintergrund dieser Beobachtungen ist ein zweiter Blick auf Tinas Äußerungen in Bsp. 54 zu werfen. Der Vergleich der beiden Darstellungen scheint der Hoffnung, die die Sprecherin an das wiederholte Erzählen bindet und ihrer Auffassung der Erkenntnis- und Verarbeitungsleistung des Erzählaktes zunächst zu widersprechen.

Tatsächlich aber enthält das Beispiel 54 ein "accounting"<sup>120</sup>, das die dargestellten Beobachtungen erklärt: Die Form der Darstellung zwei Jahre nach dem ersten Gespräch korrespondiert mit Tinas Bedürfnis, die Geschichte jemandem zu erzählen, der sie noch nicht kennt. Tina schätzt ihre Zuhörerin in genau dieser Eigenschaft. Der Ehemann hingegen "WEISS alles; meine mÄdels wissen alles;" (Tina I: 778f.).

---

<sup>120</sup> Das "account"-Konzept geht davon aus, "dass die Verfahren, derer sich die Gesellschaftsmitglieder bei der Durchführung ihrer Aktivitäten bedienen, ihnen zugleich auch dazu dienen, diese Aktivitäten erklärbar bzw. 'darstellbar' zu machen" (Brünner/Gülich 2002: 85).

Obwohl es keine Verweise darauf gibt, dass Tina sich darüber bewusst ist, genau diese Geschichte schon im ersten Gespräch erzählt zu haben, scheint dies eine Rolle zu spielen. Möglicherweise hat sich Tinas ZuhörerIn während des zweiten Telefonats anders verhalten, vielleicht weniger Erstaunen gezeigt, so dass Tina die Erzählungen entsprechend elaborierter gestaltet. Der InterviewerIn wird in Bsp. 54 die Rolle des Kummerkastens (777) zugeschrieben. Die Patientin scheint das Bedürfnis zu haben, ihren eigenen Kummer durch elaborierte Erzählweisen nicht nur nachvollziehbar zu machen, sondern auf das Gegenüber zu projizieren, um selbst davon entlastet zu werden. Im vorliegenden Beispiel lassen sich die Re-Inszenierungen und elaborierten Vergleiche dann als sprachliche Strategien zur Evokation und Projektion von Affekt auffassen. Das Maß der Re-Inszenierung orientiert sich an den (affektiven) Reaktionen der ZuhörerIn. Die Evokation von Affekt, die über die Vermittlung von Affekt hinausgeht, erscheint als zentrales Handlungsziel der SprecherIn.

## **8 Resümee und Ausblick**

### **8.1 Ergebnisse der Arbeit im Überblick**

Veranschaulichung und Appräsentation der Panikerfahrung erweisen sich allgemein als zentrale kommunikative Ziele der Sprecher: Vergleiche, Beispiele und/oder Szenarios werden rhetorisch-strategisch eingesetzt, um subjektives Empfinden nachvollziehbar zu machen, Situationstypen zu konkretisieren und einen gemeinsamen Vorstellungsraum zu konstruieren, in dem das Gegenüber Panikanfälle gemäß seiner Vorstellungskraft "miterleben" kann. Die narrative Inszenierung von Panikattacken dient der Appräsentation. Die Sprecher bedienen sich unterschiedlicher Re-Inszenierungsstrategien gleichzeitig und nutzen zusätzlich syntaktische und prosodische Verfahren, die Aspekte wie Hektik, Wucht von Eindrücken und Ereignisabfolgen sowie Gefühle der Enge, der Panik und der Ausweglosigkeit ikonisch abbilden.

All diese Verfahren sind gleichzeitig Wege aus der Unbeschreibbarkeit. Die Welt der Panik ist ein geschlossener, für Nicht-Betroffene unzugänglicher Sinnbereich mit

spezifischem Wirklichkeitsakzent (vgl. Gülich 2005b: 231). Die genannten sprachlichen Verfahren sind Formulierungsressourcen, durch die Verbalisierungs-, Darstellungs-, Erklärungs- und Vermittlungsschwierigkeiten in der Interaktion überwunden werden. Insofern werden auch semi-professionelle Wissensbestände aktiviert, medizinische Erklärungen und Kategorisierungen herangezogen oder auf vorgeformte Formulierungen aus der medizinischen Fachsprache rekurriert, um solche Defizite auszugleichen.

Gleichzeitig wird Unbeschreibbarkeit aber auch inszeniert und topisch-systematisch eingesetzt, um auf die Außerordentlichkeit der Extremerfahrung Panik zu insistieren. Es besteht eine

Spannung zwischen der Appräsentation einer dem Gegenüber nicht zugänglichen innerpsychischen Erfahrungswelt und der gleichzeitigen Ausgrenzung dieser Erfahrung aus den 'Normalitäten des Alltags'. (Günthner 2006: 23)

Vor diesem Hintergrund fällt eine Fülle von Widersprüchlichkeiten und "Paradoxien" in Panikdarstellungen auf: ausdrückliche Differenzierung von Anfallstypen vs. Generalisierung des Anfallsablaufs; Präsentation von Introspektion vs. Außenschau; Veranschaulichung vs. Verhüllung; Unbeschreibbarkeit vs. rhetorisch-narrative Kompetenz und Routine; Expertise vs. Hilflosigkeit; Vorgeformtheit vs. Kreativität; Präsentation von Irrationalität vs. nicht-hinterfragbare Legitimation irrationaler Handlungsweisen durch das Konzept des Handlungszwanges; Präsentation von Ich-Dualität vs. einseitige Selbstkategorisierung.

Diese Paradoxien erscheinen selbst als konstitutives Merkmal der Panikdarstellung. Die zahlreichen inhaltlichen und rhetorischen Widersprüche bilden Konflikte ikonisch ab: Das Spannungsverhältnis zwischen unterschiedlichen Wirklichkeiten, die Paradoxie der Panikreaktion selbst, die in völlig unbelasteten Alltagssituationen auftritt und möglicherweise auch weitere (innerpsychische) Konflikte werden durch Verschleierungsaktivitäten und eine paradoxe oder konfliktäre Darstellungsweise inszeniert. Dieser Schluss korrespondiert auch mit den Beobachtungen von Egbert/Bergmann (2004), die Paradoxien der interaktionalen Handlungsweise von Panikpatienten feststellen.

Die Analyse der Identitäts-Konstruktion ergibt, dass der Angsterkrankung eine grundsätzlich hohe Relevanz bei der Ich-Konstruktion zukommt. Die Sprecher dokumentieren einen Entwicklungsprozess der eigenen Person, indem Phasen der Identitätsarbeit und -entwicklung rekonstruiert werden und in Eigentheorien bearbeitet werden. Die Fremdkategorisierung in Form der Diagnose wird nach einer Zeit des Selbstzweifels und des Ich-Verlustes für einige Patienten zum identitätsstiftenden Moment. Die Diagnose wird in die Identitätsstruktur integriert, durch Selbstpositionierungsaktivitäten verfestigt und die Angsterkrankung kann schließlich als Mono-Kategorie der Identitäts-Konstruktion präsentiert werden, der die 'Norm' oppositär gegenübersteht. Die Hauptkategorie wird durch Categoriesplitting hierarchisch strukturiert und die eigene Person z.B. durch die Dokumentation von Verarbeitungsleistung im oberen Segment positioniert. Außerdem präsentieren die Betroffenen Ich-Dualität im Sinne einer Bewusstseins-Zweiheit. Diese resultiert aus der prinzipiellen Doppelverankerung der Sprecher in unterschiedlichen Wirklichkeiten und wird durch die Rekonstruktion innerer Dialoge inszeniert oder durch die Präsentation einer Außenschau manifest. In inneren Dialogen kann die Bewusstseinsbeschränkung des erlebenden Anfalls-Ichs gegebenenfalls durch eine rationale Stimme im Selbst kompensiert werden.

Das Panikkonzept transportiert den Entwurf herabgesetzter bis hin zu fehlender Agency des Ich. Das Konzept ist in sich kohärent. Der Panikanfall wird als unerwartbares Ereignis bzw. als plötzlicher Angriff oder plötzliches Einwirken einer extern lokalisierten (personellen) Entität konzeptualisiert. Die Darstellungen transportieren in unterschiedlichen Varianten ein Grundkonzept, welches den Anfall und/oder die Angsterkrankung selbst als Einschränkung und Begrenzung des Ich – sowohl physisch-räumlich, als auch körper- und mental-funktionell – konzeptualisieren. Dieses Grundkonzept ist konstitutiv und unterscheidet Panik von nicht pathologischer Angst und von anderen Anfallskonzepten.

## **8.2 Praktische Ausdeutung, Ausblick und offene Fragen**

An die Untersuchung schließen sich unweigerlich eine Reihe von Fragen an:

Besteht ein Zusammenhang zwischen psychiatrisch-psychologischen Aspekten und sprachlichen Phänomenen? Welche Relevanz hat die Studie für die klinische Praxis? Lassen sich ihre Ergebnisse diagnostisch nutzen? Gibt es einen therapeutischen Anwendungsbezug, und lassen sich therapeutische Verfahren ableiten?

Ein besonderer Wert der linguistischen Betrachtung von Angsterkrankung entsteht erst durch eine anwendungsorientierte Perpektivierung. Das Optimum, die interdisziplinäre Auswertung der Ergebnisse, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht geleistet werden. Potenzial und Relevanz der Studie<sup>121</sup> für die diagnostische und therapeutische Praxis werden daher in exemplarischen (laientheoretischen) Überlegungen und konkreten Vorschlägen zur Diskussion gestellt. Diese werden aus den Ergebnissen der linguistisch und empirisch fundierten Analyse abgeleitet.

#### 1. Überlegungen zur diagnostischen Relevanz

Ich plädiere für den *Einbezug einer linguistisch basierten Diagnostik* in der klinischen Praxis. Zunächst ist dies ein generelles Plädoyer für das ausführliche Patientengespräch: Die meisten Betroffenen suchen in Folge erster Anfallssymptome, spätestens aber nach der ersten akuten Attacke, zunächst ihren Hausarzt auf. Weil körperliche Symptome und Beschwerden im Zentrum ihrer Darstellung stehen, ist die Diagnosestellung schwierig (vgl. Lalouschek 2002: 217). Die Symptomschilderung scheint zunächst häufig für eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zu sprechen.

Diese Fehldiagnose wäre zu vermeiden, wenn mehr Zeit für das ausführliche Gespräch bliebe. Der Arzt erführe, dass Atemnot, Herzrasen, Schweißausbrüche, Schwindel und Ohnmachtsgefühle wiederholt und anfallsartig auftreten und sich dann wieder verflüchtigen und schlösse eventuell schneller auf seelische Ursachen und akute Angst.

Fehldiagnosen können auch vermieden werden, wenn im Anamnese- und Diagnoseprozess differentialdiagnostisch relevante sprachliche Verfahren und Metaphernsysteme erkannt und einbezogen würden. So operieren beispielsweise

---

<sup>121</sup> Die Ergebnisse müssen als vorläufig und nicht repräsentativ gelten, bis weitere Untersuchungen vorliegen.

sowohl Herz-Kreislaufpatienten<sup>122</sup> als auch Angstpatienten mit Unerwartbarkeit, insbesondere mit der Wettermetapher "aus heiterem Himmel" und dem metaphorischen Ausdruck "schlagartig". Während jedoch Anthropomorphisierungen (auch in Bezug auf das Herz, welches rast, stolpert, rennt etc.), ausgebaute Vergleiche und Verfahren der Veranschaulichung und Appräsentation insgesamt einen großen Raum in den analysierten Angstdarstellungen einnehmen, sind sie bei Herzpatienten eher selten<sup>123</sup>.

Auch die generelle Relevanzhochstufung körperlicher Symptome durch prosodische, lexikalische, grammatikalische und rhetorische Intensivierungen scheint gerade in Kombination mit allerlei Vagheitsindikatoren ("irgendwie so'n Gefühl" etc.) charakteristisch für Angstpatienten und kann von diagnostischer Relevanz sein, was noch zu prüfen ist.

## 2. Überlegungen zur therapeutischen Relevanz und Anwendung

Erstens plädiere ich für die *Integration eines narrativen Therapiekonzepts* in bestehende Ansätze: Die analysierten Erzählungen enthalten subjektive Krankheitstheorien, die die Beeinflussbarkeit der Angsterkrankung, ihre Auslöser und Ursachen verhandeln. Sie enthalten Hinweise auf individuelle Unterbrechungsstrategien, die therapeutisch ausgebaut werden können. Die Erzählplattform wird für den Entwurf und die Vermittlung von Eigentheorien genutzt, die mitunter erst im Zuge des Erzählprozesses entstehen (können). Außerdem können und müssen im frei entfalteten Erzählprozess Relevanzen gesetzt werden, die aufschlussreich für das Verständnis der subjektiven Gewichtung und Bedeutsamkeit bestimmter Aspekte sind. Daher kommt Erzählungen in der medizinischen Versorgung ein besonderer Stellenwert zu<sup>124</sup>.

---

<sup>122</sup> Zu Metaphernsystemen und Verfahren der Veranschaulichung bei Herz-Kreislaufpatienten vgl. Brünner/Gülich (2002: 43-53).

<sup>123</sup> Es muss bedacht werden, dass Brünner/Gülichs Arbeit (2002), auf die ich mich beziehe, die Arzt-Patienten-Interaktion untersucht und nicht die informelle Interaktion zwischen Patient und Laie. Möglicherweise ergäbe eine entsprechende Analyse andere Ergebnisse. Außerdem ist Brünner/Gülichs Analyse in Bezug auf die Veranschaulichungsverfahren seitens der Herz-Kreislauf-Patienten nicht ausführlich genug.

<sup>124</sup> Vgl. Koerfer et. al (2000), die ebenfalls für die Bedeutung der Erzählung im medizinisch-therapeutischen Kontext plädieren.

Auch die Bedeutung und Funktion, die die Sprecher selbst dem narrativen Rekonstruktionsprozess beimessen, sprechen für die Integration einer narrativen Therapieform in bestehende Ansätze. Sie reichen von befreiender und kathartischer Wirkung bis zur Zuschreibung spezifischer Verarbeitungs- und Bewältigungsleistungen. Der Wert 'erzählender Verarbeitung' liegt in der Möglichkeit, durch die reflexive und konstruktive Erzähltätigkeit zu Sinngebung und Neu-Interpretation der eigenen Erkrankung zu gelangen. Auch die Coping-Forschung erkennt diesen Verdienst an.

Andererseits konnte die Analyse verfestigte Strukturen und Routinen in Erzählungen nachweisen, die der Chance einer selbstständigen Re-Interpretation entgegenwirken (können). Hier ergibt sich die Notwendigkeit, verfestigte Muster in der Therapie aufzubrechen und die Angst- und Lebensgeschichte insgesamt (ein letztes Mal) neu zu interpretieren, damit sie auch ein Erzähl-Ende bekommt<sup>125</sup>.

Außerdem muss reflektiert werden, wie in einer Therapie mit der massiven und routinierten Nutzung von "Affekt-Projektions-Strategien" durch einen Erzähler umzugehen ist und was es bedeutet, wenn er sie auch außerhalb der therapeutischen Kommunikation einsetzt.

Zweitens möchte ich erneut die praktische Relevanz der Metaphorik hervorheben. Wenn das hier erarbeitete Panikkonzept auch in weiteren Untersuchungen Bestand hat und Panikanfälle tatsächlich so deutlich und kohärent konzeptualisiert werden, legt dies eine *methodische Nutzung von Methaphorik in der Therapie* nahe: Das klare Panikkonzept bietet "die exquisite Chance eines therapeutischen Eingriffs" (vgl. Buchholz 1998: 560). Dazu wäre in der psychotherapeutischen Praxis eine patientenzentrierte Metaphorik zu entwickeln, welche die Modifikation, die Neu- oder Umdeutungen des bestehenden Konzepts – vor allem auch in Bezug auf eigene Handlungsmöglichkeiten – ermöglicht.

Ob dieses Metaphernsystem vor allem eine Innenverortung der Angst intendieren muss, wie die Diskussion in Kap. 6.2 nahelegt, kann von mir als Linguistin nicht

---

<sup>125</sup> Vgl. Jerome Bruner, der in seinem Vorwort zu der Fallstudie von Capps/Ochs (1995) die Relevanz der Umstrukturierung narrativer Muster für die Bewältigung der Agoraphobie betont: "the road back from 'mental trouble', be it Agoraphobia or any other disorder of alienation from the world, requires a re-narrativizing, reconstruing, another life construction.

beurteilt werden. Besondere Beachtung kann zunächst "geteilten" Konzepten zukommen: psychologische, neurobiologische oder psychobiologische Angsttheorien fassen Panik je nach dem als "Schaltfehler im Gehirn", als "Störung des Denkapparates" oder als "Alarmsignal" auf. Die Rede ist von seelischem und/oder körperlichen "Ungleichgewicht", von "Verdrängungsmechanismen" oder "gehemmten" Bedürfnissen. Die Angst sei ein "Botschafter", würde "gelernt", könne "gelöscht" oder "verlernt" werden heißt es. Eine genaue Analyse "geteilter" Konzepte oder Formulierungen, wie z.B. das Lern- und Alarmkonzept, kann möglicherweise den Weg zur Entwicklung einer den Patienten zugänglichen Metaphorik weisen.

Außerdem ergibt sich aus der Untersuchung das Plädoyer für eine *therapiebegleitende und angeleitete Identitätsarbeit*: Der Befund, dass die Angsterkrankung als Definiens des Ich wirken kann, ist von klinischer Relevanz und fordert nachdrücklich therapeutische Maßnahmen. Verfestigt sich dieses Identitätskonzept mit der Zeit (vor allem bei Patienten mit einer langen Krankheits- und Angstgeschichte), kann das eine wirksame Therapie möglicherweise erschweren oder fehlende Therapieerfolge begründen. Es besteht die Möglichkeit, dass dem Therapieerfolg unbewusst entgegengewirkt und Compliance<sup>126</sup> nicht gewährleistet wird, weil mit der Heilung ein Identitätsverlust durch den Entzug der identitätsstiftenden Paniker-Kategorie einherginge. Demnach ist Identitätsarbeit zielgerichtet in den therapeutischen Prozess zu integrieren. Die therapeutische Aufgabe kann darin bestehen, diesen Prozess anzuleiten und den Patienten identitätsstiftende Kategorien aufzuzeigen, die die "monolithische" Identitätsstruktur aufbrechen und das Ich-Konzept auch in Bezug auf Handlungsressourcen und Handlungsspielräume (vgl. Deppermann 2004b) erweitern, ergänzen und festigen. Eine weitere Schlussfolgerung, die die Analyse an unterschiedlichen Stellen nahelegt (s. Kap. 4.1 und Kap. 4.4), ist der *Ausbau von aufklärenden und erklärenden Methoden* in der therapeutischen Praxis: Die Patienten sind wissbegierig; sie

---

[...] The way back must obviously involve using language to reconstrue and, thereby, to construct a new narrative about our lives and our world" (Capps/Ochs 1995: x-xi).

<sup>126</sup> Compliance bezeichnet die "Bereitschaft des Patienten, bei diagnostischen u. therapeut. Maßnahmen mitzuwirken (z.B. Zuverlässigkeit bezüglich Heilmittelleinnahme = 'Therapietreue')" (Roche: Med. Lexikon; zitiert nach Birkner 2005: 6).

verschlingen Ratgeber und medizinische Lexika, um sich über ihre Erkrankung zu informieren. Die Kenntnis neurophysiologischer und neurobiologischer Zusammenhänge hilft ihnen z.B. bei der Zuordnung und Kategorisierung ihrer Erfahrungen und wirkt durch die Logik beruhigend.

Durch eine Behandlung, die gezielt eine Verstehensleistung der Patienten intendiert, können die im Selbst angelegten Kapazitäten genutzt werden. Angstpatienten wollen ihre Krankheit, die Symptome und Hintergründe (er)kennen und verstehen. Das rationale Ich und seine Stimme (Kap. 5.3) ließen sich auf diese Weise stärken. Es ist sinnvoll, den Aufklärungs- und Verstehensprozess in die therapeutische Behandlung einzubeziehen und die Betroffenen mit ihrem Informationsdurst nicht allein zu lassen. Das Internet und verschiedene Ratgeber bieten ein großes Informationsangebot, das jedoch nicht immer seriös ist.

Schließlich führen die Überlegungen zu einem allgemeinen Plädoyer für das Gespräch und das Potenzial der Gesprächsanalyse im klinischen Kontext.

In der Praxis ergibt sich damit die Erfordernis einer entsprechenden Schulung des medizinischen Personals. Ärzte müssen linguistisch geschulte Zuhörer werden, die besondere Strategien der Gesprächsführung beherrschen, sie im Gespräch gezielt einsetzen und dieses auszuwerten in der Lage sind<sup>127</sup>. Eventuell kommt aber in bestimmten Bereichen auch gerade dem Gespräch mit medizinischen Laien besondere Bedeutung zu. Es regt in besonderem Maße zu Veranschaulichungen und Kohärenzbildung an und fördert auf diesem Wege die genaue Selbstbeobachtung und die Erklärungs- oder Konzeptfindung des Erkrankten.

Alle Aspekte sprechen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Gesprächsforschern und Ärzten. Gemeinsam ist zu erarbeiten, in welchen Bereichen der Medizin die Gesprächsanalyse sinnvoll und erkenntnisfördernd angewandt werden kann und inwieweit sich linguistische Differentialtypologien erstellen lassen, die für den diagnostischen und therapeutischen Prozess relevant sind und dort integriert werden können.

---

<sup>127</sup> Alternativen und Möglichkeiten der praktischen Umsetzung zeigt Spranz-Fogasy (1992) auf.

Es ist zu hoffen, dass die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit vom Wert dieser Zusammenarbeit überzeugen, dass sie Gehör und Aufmerksamkeit auf beiden Seiten finden, den interdisziplinären Forschungsprozess weiter anregen und Anwendung in der medizinischen Praxis finden – zum Wohle der Patienten.

## 9 Literaturverzeichnis

- Akmajian, Adrian (1984): Sentence types and the form-function fit. *Natural Language and Linguistic Theory* 2, 1-23.
- Antaki, Charles/Widdicombe, Sue (eds.) (1998): *Identities in talk*. London: Sage.
- Bergmann, Jörg (1994): Ethnomethodologische Konversationsanalyse. In: Fritz, Gerd/Hundsnurscher, Franz (Hg.): *Handbuch der Dialoganalyse*. Tübingen: Max Niemeyer, 3-16.
- Bergmann, Jörg (2000): Reinszenierungen in der Alltagsinteraktion. In: Streeck, Ulrich (Hg.): *Erinnern, Agieren und Inszenieren. Enactments und szenische Darstellung im therapeutischen Prozeß*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 203-221.
- Bergmann, Jörg und Maria Egbert (2004): Angst – Von der Phänomenologie zur Interaktion. Aufsatz aus den ZIF: *Mitteilungen* (4/2004).
- Besnier, Niko (1990): Language and affect. In: *Annual Review of Anthropology* 19, 419-451.
- Best, Otto F. (1998): *Handbuch literarischer Fachbegriffe. Definitionen und Beispiele* [4. Auflage]. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Birkner, Karin (2005): Subjektive Krankheitstheorien im Gespräch. In: *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion*. ([www.gespraechsforschung-ozs.de](http://www.gespraechsforschung-ozs.de)).
- Bloch, Charlotte (1996): Emotions and discourse. In: *Text* 16, 323-341.
- Boothe, Brigitte (1994): *Der Patient als Erzähler in der Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Boothe, Brigitte (2004): Von der Erzählung zur Inszenierung. Diskussionspaper im Rahmen des Workshops "Szenische Darstellungen" des ZIF in Bielefeld am 14.07.2004.
- Brasch, Christine/Richberg, Inga-Maria (2002): *Die Angst aus heiterem Himmel. Panikattacken und wie man sie überwinden kann* [3. Auflage]. München: Wilhelm Goldberg Verlag.
- Brünner, Gisela und Elisabeth Gülich (2002): *Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen*. Bielefeld: Aisthesis.
- Brünner, Gisela/Gülich, Elisabeth (2002): Verfahren der Veranschaulichung in der Experten-Laien-Kommunikation. In: Brünner, Gisela und Elisabeth Gülich (2002) (Hg.): *Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen*. Bielefeld: Aisthesis, 17-93.
- Buchholz, Michael B. (1998): Die Metapher im psychoanalytischen Dialog. In: *Psyche* 52 (6), 545-571.
- Capps, Lisa/Ochs, Elinor (1995): *Constructing Panic. The Discourse of Agoraphobia*. Cambridge/London: Harvard University Press.
- Christmann, Gabriela B./Günthner, Susanne (1996): Sprache und Affekt. Die Inszenierung von Entrüstung im Gespräch. In: *Deutsche Sprache* 1/1996, 1-33.
- Deppermann, Arnulf (2001): *Gespräche analysieren*. Opladen: Leske + Budrich.
- Deppermann, Arnulf (2004a): Rezension zu: Martina Drescher, *Sprachliche Affektivität. Darstellung emotionaler Beteiligung am Beispiel von Gesprächen aus dem Französischen*. Tübingen: Niemeyer 2003.

- Deppermann, Arnulf (2004b): Agency in Angstdarstellungen. Manuskript zum Vortrag auf der Abschlusstagung, Januar 2004 Bielefeld.
- Deppermann, Arnulf/Lucius-Hoene, Gabriele (2005): Trauma erzählen – kommunikative, sprachliche und stimmliche Verfahren der Darstellung traumatischer Erlebnisse. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaften (2005/1), 35-73.
- Drescher, Martina (2003): Sprachliche Affektivität: Darstellung emotionaler Beteiligung am Beispiel von Gesprächen aus dem Französischen. Tübingen: Niemeyer.
- Ehlich, Konrad/Koerfer, Armin/Redder, Angelika u.a. (1990) (Hg.): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Opladen: Westdt. Verlag.
- Fiehler, Reinhard (1990): Kommunikation und Emotion. Theoretische und empirische Untersuchungen zur Rolle von Emotionen in der verbalen Interaktion. Berlin [u.a.]: de Gruyter.
- Fiehler, Reinhard (2001): Emotionalität im Gespräch. In: Brinker, Klaus/Antos, Gerd/Heinemann, Wolfgang/Sager, Sven F. (Hg.): Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung, 2. Halbband. Berlin [u.a.]: de Gruyter, 1425-1438.
- Fillmore, Charles J./Kay, Paul/O'Connor, Marc Catherine (1988): Regularity and Idiomaticity in grammatical Constructions: The Case of LET ALONE. In Language 64 (3), 501-528.
- Flick, Uwe (1998): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim und München: Juventa.
- Furchner, Ingrid (2002): "keine absence gleicht der anderen". Die Darstellung von Bewusstseinslücken in Anfallsbeschreibungen. In: Brünner, Gisela/Gülich, Elisabeth (Hg.): Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen. Bielefeld: Aisthesis, 121-141.
- Goffman, Erving (1967): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität [Aus dem Amerikanischen von Frigga Haug]. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gülich, Elisabeth (2005a): Krankheitserzählungen. In: Neises, Mechthild/Ditz, Susanne/Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbh, 73-89.
- Gülich, Elisabeth (2005b): Unbeschreibbarkeit: Rhetorischer Topos – Gattungsmerkmal – Formulierungsressource. In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion. (6/2005), 222-224 ([www.gesprächsforschung-ozs.de](http://www.gesprächsforschung-ozs.de)).
- Gülich, Elisabeth/Couper-Kuhlen, E. (2005): Zur Entwicklung einer Differenzierung von Angstformen im Interaktionsverlauf: Verfahren der szenischen Darstellung. Bielefeld: Unveröffentlichtes Manuskript.
- Gülich, Elisabeth/Furchner, Ingrid (2002): Die Beschreibung von Unbeschreibbarem. Eine konversationsanalytische Annäherung an Gespräche mit Anfallskranken. In: Keim, Inken/Schütte, Wilfried (Hg.): Soziale Welten und kommunikative Stile. Festschrift für Werner Kallmeyer zum 60. Geburtstag. Tübingen: Narr.
- Gülich, Elisabeth/Hausendorf, Heiko (2000). Vertextungsmuster Narration. In: Brinker, Klaus/Antos, Gerd/Heinemann, Wolfgang/Sager, Sven F. (Hg.): Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung, 1. Halbband. Berlin [u.a.]: de Gruyter, 369-385.
- Gülich, Elisabeth/Schöndienst, Martin (1999): "Das ist unheimlich schwer zu beschreiben". Formulierungsmuster in Krankheitsbeschreibungen anfallskranker Patienten: differential-

- diagnostische und therapeutische Aspekte. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Zeitschrift für qualitative Forschung 1, 199-227.
- Gülich, Elisabeth/Schöndienst, Martin et al. (2003): Schmerzen erzählen Geschichten – Geschichten erzählen Schmerzen. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Zeitschrift für qualitative Forschung und klinische Praxis 5 (3), 220-249.
- Gülich, Elisabeth/Schöndienst, Martin/Wörmann, Friedrich (2005): Ictal fear vs. panic attacks: first results from conversation analysis of clinical interviews. Manuskript zum Vortrag beim 26. Internationalen Epilepsie-Kongress, 28. August bis 1. September 2005 in Paris.
- Günthner, Susanne (1997): The contextualization of affect in reported dialogues. In: Niemeier, Susanne/Dirven, René (eds.): The language of emotions. Conceptualization, expression, and theoretical foundation. Amsterdam [u.a.]: Benjamins, 247-275.
- Günthner, Susanne (2002): Stimmenvielfalt im Diskurs: Formen der Stilisierung und Ästhetisierung in der Redewiedergabe. In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion. (3/2002), 59-80 ([www.gespraechsforschung-ozs.de](http://www.gespraechsforschung-ozs.de)).
- Günthner, Susanne (2005): Dichte Konstruktionen. In: InLiSt 43 ([www.uni-potsdam.de/u/inlistissues/43/index.htm](http://www.uni-potsdam.de/u/inlistissues/43/index.htm)).
- Günthner, Susanne (2006): Rhetorische Verfahren bei der Vermittlung von Panikattacken. Zur Kommunikation von Angst in informellen Gesprächskontexten. Münster: Unveröffentlichtes Manuskript. Erscheint in: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion.
- Hausendorf, Heiko/Quasthoff, Uta (1996): Sprachentwicklung und Interaktion. Eine linguistische Studie zum Erwerb von Diskursfähigkeiten. Opladen: Westdt. Verlag.
- Heritage, J. (1995): Conversation Analysis. In: Quasthoff, Uta (ed.): Aspects of Oral Communication. Berlin: de Gruyter, 391-418.
- Hippius, Hanns/Klein, Hermfried E./Strian, Friedrich (1999): Angstsyndrome. Diagnostik und Therapie. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Hielscher, Martina (2003): Emotion und Sprachproduktion. In: Rickheit, Gert/Herrman, Theo/Deutsch, Werner (Hg.): Psycholinguistik. Ein internationales Handbuch. Berlin [u.a.]: de Gruyter, 468-490.
- Hopf, Christel (2004): Qualitative Interviews – ein Überblick. In: Flick, Uwe/von Kardoff, Ernst/Steinke, Ines (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch [3. Auflage]. Reinbek: Rowohlt, 349-360.
- [http://de.wikipedia.org/wiki/Flashback\\_%28Psychopathologie%29](http://de.wikipedia.org/wiki/Flashback_%28Psychopathologie%29). (02.04.2006)
- <http://de.wikipedia.org/wiki/Halluzination>. (02.04.2006)
- Jazbinsek, Dietma (2000) (Hg.): Gesundheitskommunikation. Wiesbaden: Westdt. Verlag.
- Kallmeyer, Werner/Schütze, Fritz (1977): Zur Konstitution von Kommunikationsschemata der Sachverhaltsdarstellung. In: Wegner, Dirk (Hg.): Gesprächsanalysen. Hamburg: Buske-Verlag, 159-274.
- Keupp, Heiner/Ahbe, Thomas/Gmür, Wolfgang/Höfer, Renate/Mitzerscherlich, Beate/Kraus, Wolfgang/Straus, Florian (1999): Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne. Reinbek: Rowohlt.
- Knoblauch, Hubert (2001): Gelebte Allegorien. Symbole, Metaphern und die Nahtoderfahrung. In: von Graevenitz, Gerhart/ Rieger, Stefan/Thürlemann, Felix (Hg.): Die Unvermeidlichkeit der Bilder. Tübingen: Narr, 255-270.

- Knoblauch, Hubert/Schmied, Ina (1999): Berichte aus dem Jenseits. Eine qualitative Studie zu Todesnäheerfahrungen im deutschsprachigen Raum. In: Knoblauch, Hubert/Soeffner, Hans-Georg (Hg.): Todesnähe. Interdisziplinäre Zugänge zu einem außergewöhnlichen Phänomen. Konstanz: Universitätsverlag.
- Knoblauch, Hubert/Schnettler, Bernt/Soeffner, Hans-Georg (1999): Die Sinnprovinz des Jenseits und die Kultivierung des Todes. In: Knoblauch, Hubert/Soeffner, Hans-Georg (Hg.): Todesnähe. Interdisziplinäre Zugänge zu einem außergewöhnlichen Phänomen. Konstanz: Universitätsverlag.
- Kopp, Richard R. (1995): Metaphor Therapy. Using Client-Generated Metaphors in Psychotherapy. Bristol: Brunner/Mazel.
- Kövecses, Zoltán (1990): Emotion Concepts. New York [u.a.]: Springer.
- Kövecses, Zoltán (2000): Metaphor and Emotion. Language, Culture, and Body in Human Feeling: Cambridge [u.a.]: Cambridge University Press [u.a.].
- Kövecses, Zoltán (2002): Emotion Concepts: Social Constructionism and Cognitive Linguistics. In: Fussel, Susan R. (ed.): The Verbal Communication of Emotions. Mahwah, NJ [u.a.]: Erlbaum, 109-123.
- Labov, William/Waletzky, Joshua. (1967): Narrative analysis: oral versions of personal experience. Deutsche Übersetzung: Erzählanalyse: Mündliche Versionen persönlicher Erfahrung. In: Ihwe, Jens (Hg.) (1973): Literaturwissenschaft und Linguistik Bd. 2. Frankfurt am Main: Athenäum, 78-126.
- Lakoff, George (1996): Sorry, I'm not Myself Today: The Metaphor System for Conceptualizing the Self. In: Fauconnier, Gilles/Sweetser, Eve (eds.): Spaces, worlds and grammar. Chicago: The University of Chicago Press, 91-123.
- Lakoff, George/Johnson, Mark (1980): Metaphors we live by. Chicago [u.a.]: University Press; dt. Übersetzung (1998): Leben in Metaphern. Konstruktion und Gebrauch von Sprachbildern. Heidelberg: Auer.
- Lakoff, George/Johnson, Mark (1999): Philosophy In The Flesh: The Embodied Mind And Its Challenge To Western Thought. New York: Basic Books.
- Lalouschek, Johanna (1995): Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs. Opladen: Westdt. Verlag.
- Lalouschek, Johanna (2002): Nimmermüde – immer müde? Zur kulturellen Symbolik und medialen Präsentation des Chronischen Erschöpfungssyndroms. In: Brünner, Gisela/Gülich, Elisabeth (2002) (Hg.): Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen. Bielefeld: Aisthesis, 17-93.
- Lambrecht, Knud (1990): "What me worry?" – 'Mad Magazine Sentences' revisited. Proceedings of the 16<sup>th</sup> Annual Meeting of the Berkeley Linguistics Society (BLS), 215-228.
- Lindemann, Katrin (2005): Kommunikative Darstellung von Angst. Eine Fallanalyse. Oldenburg: Magisterarbeit.
- Löning, Petra (1994): Versprachlichung von Wissensstrukturen bei Patienten. In: Redder, Angelika/Wiese, Ingrid (Hgg.): Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse. Opladen: Westdt. Verlag, 97-114.
- Löning, Petra (2001): Gespräche in der Medizin. In: Brinker, Klaus/Antos, Gerd/Heinemann, Wolfgang/Sager, Sven F. (Hg.): Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung. 2. Halbband. Berlin [u.a.]: de Gruyter, 1576-1588.
- Lörcher, Helgard (1983): Gesprächsanalytische Untersuchungen zur Arzt-Patienten-Kommunikation. Tübingen: Niemeyer.

- Lucius-Hoene (1998): "Alles gleichgültig und nicht gleichgültig". Erzählen von Krankheit und Behinderung. In: Forum Psychosomatik 2, 13-27.
- Lucius-Hoene, Gabriele (2002): Narrative Bewältigung von Krankheit und Coping-Forschung. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft 4 (3), 166-203.
- Lucius-Hoene, Gabriele/Deppermann, Arnulf (2004): Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews [2. Auflage]. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Martens-Schmid, Karin (2002): Sprache, Affekt und Handeln In: Kruse, Gunther/Gunkel, Stefan (Hg.): Sprache und Handeln. Was bewirkt die Wirklichkeit? Hannover: Hannoversche Ärzte-Verlags-Union, 200-228.
- Moody, Raymond A. (1977). Leben nach dem Tod. Reinbek: Rowohlt.
- Morschitzky, H. (1998): Angststörungen. Diagnostik, Erklärungsmodelle, Therapie und Selbsthilfe bei krankhafter Angst. Wien: Springer.
- Moser, Karin S. (2000): Metaphern des Selbst. Wie Sprache, Umwelt und Selbstkognition zusammenhängen. Lengerich: Pabst.
- Ochs, Elinor/Schieffelin, Bambi (1989): Language has a heart. In: Text 9, S. 7-25.
- Ortony, Andrew (Hg.) (1979): Metaphor and Thought. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ortony, Andrew/Fainsilber, Lynn (1989): The Role of Metaphors in Descriptions of Emotions. In: Wilks, Y. (ed.): Theoretical Issues in Natural Language Processing. Hillsdale NY: Erlbaum, 178-182.
- Piechowiak, H. (1983): Das ärztliche Gespräch – zwischen Idealisierung und Skelettierung. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 12, 673-679.
- Pollio, Howard R./Barlow, Jack/Fine, Harold J./Pollio, Marilyn R. (1977): Psychology and the Poetics of Growth. Figurative Language in Psychology, Psychotherapy and Education. Hillsdale NJ: Erlbaum.
- Quasthoff, Uta (1980): Erzählen in Gesprächen. Linguistische Untersuchungen zu Strukturen und Funktionen am Beispiel einer Kommunikationsform des Alltags. Tübingen: Narr.
- Quasthoff, Uta (2001): Erzählen als interaktive Gesprächsstruktur. In: Brinker, Klaus/Antos, Gerd/Heinemann, Wolfgang/Sager, Sven F. (Hg.): Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung. 2. Halbband. Berlin [u.a.]: de Gruyter, 1293-1309.
- Rath, Rainer (1979): Kommunikationspraxis. Analysen zur Textgliederung und Textbildung im gesprochenen Deutsch. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rehbein, Jochen (1994): Widerstreit. Semiprofessionelle Rede in der interkulturellen Arzt-Patienten-Kommunikation. In: Zeitschrift für Linguistik und Literaturwissenschaft 93, 123-151.
- Rehbein, Jochen/Löning, Petra (1995): Sprachliche Verständigungsprozesse in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Linguistische Untersuchung von Gesprächen in der Facharzt-Praxis. Hamburg (=Arbeiten zur Mehrsprachigkeit 54).
- Rosenthal, Gabriele/Fischer-Rosenthal, Wolfram (2004): Analyse narrativ-biographischer Interviews. In: Flick, Uwe/von Kardoff, Ernst/Steinke, Ines (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek: Rowohlt, 456-468.
- Sacks, Harvey (1992): Lectures on Conversation. 2 vol. Ed. by Gail Jefferson. Oxford (1964-1972): Blackwell.

- Sacks, Harvey/Schegloff, Emanuel A./Jefferson, Gail (1974): A simplest systematics for the organisation of turn-taking in conversation. In: *Language* 50, 696-735.
- Sator, Marlene (2005): Methoden der Relevanzmarkierung im Rahmen der kommunikativen Darstellung von Angst. Manuskript zum Vortrag beim 13. Arbeitstreffen für qualitative Forschung in der Psychotherapie, 17. und 18. Juni 2005 im Krankenhaus Tiefenbrunn.
- Schegloff, Emanuel A. (1968): Sequencing in conversational practise: formulating place. In: Sudnow, D. (Hg.): *Studies in Social Interactio*. New York: Free Press, 75-139.
- Schegloff, Emanuel A. (1984): On some questions and ambiguities in conversation. In: Atkinson, John Maxwell/Heritage, John (eds.): *Structures of Social Action. Studies in Conversation*. Cambridge [u.a.]: Cambridge University Press [u.a.], 28-52.
- Schegloff, Emanuel A./Sacks, Harvey (1973): Opening up closings. In: *Semiotica* 8, 289-327.
- Schegloff, Emanuel A./Jefferson, Gail/Sacks, Harvey (1977): The preference for self-correction in the organisation of repair-conversation. In: *Language* 53, 361-382.
- Schmidt-Traub, Sigrun (2005): *Angst bewältigen* [3. Auflage]. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Schmitt, Rudolf (2001): Metaphern in der Psychologie – eine Skizze. In: *Journal für Psychologie*, Heft 4, Jahrgang 9, Dezember 2001, 3-15.
- Schütze, Fritz (1982): Narrative Repräsentation kollektiver Schicksalsbetroffenheit. In: Lämmert, Eberhard (Hg.): *Erzählforschung*. Stuttgart: Metzler, 568-590.
- Schwabe, Meike (2004): *Subjektives Anfallserleben und Krankheitsbewältigung bei Kindern und Jugendlichen mit Epilepsien. Der Beitrag der linguistischen Gesprächs-analyse*. Bielefeld: Dissertation.
- Schwabe, Meike (2005): Zur subjektiven Differenzierung von Angst in Gesprächen mit anfallskranken Kindern und Jugendlichen. Manuskript zum Vortrag beim 13. Arbeitstreffen für qualitative Forschung in der Psychotherapie, 17. und 18. Juni 2005 im Krankenhaus Tiefenbrunn.
- Schweikle, Irmgard/Schweikle, Günther (Hg.) (1990): *Metzler-Literatur-Lexikon. Begriffe und Definitionen* [2. Auflage]. Stuttgart: Metzler.
- Schwitalla, Johannes (1991): Das Illustrieren – eine narrative Textsorte mit zwei Varianten. In: Dittmann, Jürgen/Kästner, Hannes/Schwitalla, Johannes (Hg.): *Erscheinungsformen der deutschen Sprache: Literatursprache, Alltagssprache, Gruppensprache, Fachsprache*. Berlin: Schmidt, 189-204.
- Selting, Margret (1994): Emphatic (speech) style – with special focus o the prosodic signalling of heightened emotive involvement in conversation. In: *Journal of Pragmatics* 22, 375-408.
- Selting, Margret / Auer, Peter / Barden, Birgit / Bergmann, Jörg / Couper-Kuhlen, Elizabeth / Günthner, Susanne / Meier, Christoph / Quasthoff, Uta / Schlobinski, Peter / Uhmann, Susanne (1995): *Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem (GAT)* ([www.fb1s.uni-hannover.de/sdls/schlobi/schrift/gat/index.htm](http://www.fb1s.uni-hannover.de/sdls/schlobi/schrift/gat/index.htm)).
- Spranz-Fogasy, Thomas (1992): *Ärztliche Gesprächsführung – Inhalte und Erfahrungen gesprächsanalytisch fundierter Weiterbildung*. In: Fiehler, Reinhard/Sucharowski, Wolfgang (Hg.): *Kommunikationsberatung und Kommunikationstraining. Anwendungsfelder der Diskurforschung*. Opladen: Westdt. Verlag, 68-78.
- Stählin, Wilhelm (1914): Zur Psychologie und Statistik der Metaphern. Eine methodologische Untersuchung. In: *Archiv für Begriffsgeschichte* 31, 297-425.

- Streeck, Jürgen (2005): Interaction Order and Anxiety Disorder. Excursion into the Micro-Ecology of Character. Bisher unveröffentlichtes Manuskript. Erscheint in: Prevignano, Carlo / Thibault, Paul (eds.): Interaction Analysis and Language: The State of the Art. Amsterdam: Benjamins.
- Strian, Friedrich (2003): Angst und Angstkrankheiten [5. Auflage]. München: Verlag C.H. Beck.
- Surmann, Volker (2002): "Wenn der Anfall kommt". Bildhafte Ausdrücke und metaphorische Konzepte im Sprechen anfallskranker Menschen. In: Brünner, Gisela/Gülich, Elisabeth (Hg.): Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen. Bielefeld: Aisthesis, 95-120.
- Surmann, Volker (2005): Anfallsbilder. Metaphorische Konzepte im Sprechen anfallskranker Menschen. Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann.
- Tannen, Deborah (1989): Talking voices. Repetition, dialogue, and imagery in conversational discourse. Cambridge [u.a.]: Cambridge University Press.
- ten Have, Paul (2000): Doing Conversation Analysis. A practical guide. London: Sage.
- Wüstner, Kerstin (2001): Subjektive Krankheitstheorien als Gegenstand der genetischen Beratung am Beispiel des Wiedemann-Beckwith-Syndroms. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 51, 308-319.
- [www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2005/fr-icd.htm](http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2005/fr-icd.htm).
- [www.paniker.de](http://www.paniker.de) (01.03.2006)
- [www.uni-bielefeld.de/ZIF/AG/2005/01-06-Bergmann.html](http://www.uni-bielefeld.de/ZIF/AG/2005/01-06-Bergmann.html). (27.01.2006)
- [www.uni-bielefeld.de/ZIF/KG/2004Angst/index2.html](http://www.uni-bielefeld.de/ZIF/KG/2004Angst/index2.html). (27.01.2006)
- [www.universitaetbielefeld.de/\(de\)/ZIF/KG/2004Angst/bericht.htm](http://www.universitaetbielefeld.de/(de)/ZIF/KG/2004Angst/bericht.htm). (02.12.2005).