

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"⁸⁸ (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,

⁸⁸ 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"⁸⁹. 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)⁹⁰. Ein rationales Ich, das sich verständnisvoll zeigt, indem es

⁸⁹ 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 "Devided Self" (Subjekt-Selbst/Körper) wäre hier irreführend.

⁹⁰ 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 Dialogbeziehung⁹¹ 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>;

```

⁹¹ 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 Betrachtungsweise⁹² 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 geben⁹³.

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 einstellt⁹⁴. 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

⁹² 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.

⁹³ 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.

⁹⁴ 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).

betont⁹⁵: 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"

⁹⁵ 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"⁹⁶ (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;
```

⁹⁶ 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 gehindert⁹⁷. 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 impliziert⁹⁸. 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)⁹⁹ oder ist "bewegungsunfähig" (Pascal: 1005¹⁰⁰). 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)

⁹⁷ 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.

⁹⁸ 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).

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

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

156 Ti .h dann IS dit nen TEIL von den symptomen 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)¹⁰¹:

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*

¹⁰¹ 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
anderen WEG.
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)¹⁰². 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,

¹⁰² 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 werden¹⁰³. 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.

¹⁰³ 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 ¹⁰⁴.

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.

¹⁰⁴ 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 Andersverortung¹⁰⁵ 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 attribuiert¹⁰⁶. 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 Nahtoderlebnissen¹⁰⁷. AKEs bzw. OBEs bezeichnen die Empfindung,

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

¹⁰⁵ 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).

¹⁰⁶ 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).

¹⁰⁷ 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 wird¹⁰⁸.

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) halluzinierte¹⁰⁹. 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 Tunnelmotiv¹¹⁰, 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)

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

¹⁰⁹ "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. 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.).

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

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 Folgegeschehen "prä-problematisiert"¹¹⁵.

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> oweija 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)

¹¹⁵ 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 präsentiert¹¹⁶, die "minimale Setzungen"¹¹⁷ (559: "SCHWEIßausbrüche") und "Subjektlose Infinitkonstruktionen" (560: "GLEICHzeitig och geFRORN") kombiniert. So wird die

¹¹⁶ 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.).

¹¹⁷ "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 Bewusstseinszweit 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 Gegenwartspektive 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 an¹¹⁸:

```
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.

¹¹⁸ 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) auf¹¹⁹.

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.

¹¹⁹ 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"¹²⁰, 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.).

¹²⁰ 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 Studie¹²¹ 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

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

sowohl Herz-Kreislaufpatienten¹²² 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 selten¹²³.

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 entfaltetem 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 zu¹²⁴.

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

¹²³ 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.

¹²⁴ 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 bekommt¹²⁵.

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

¹²⁵ 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 Compliance¹²⁶ 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).

¹²⁶ 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 sind¹²⁷. 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.

¹²⁷ 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).
- 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).
- 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).
- Günthner, Susanne (2005): Dichte Konstruktionen. In: InLiSt 43 (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. (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 16th 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).
- 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.
- www.paniker.de (01.03.2006)
- www.uni-bielefeld.de/ZIF/AG/2005/01-06-Bergmann.html. (27.01.2006)
- 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).