

Heike Knerich, Joachim Opp

# Medizinische und gesprächslinguistische Perspektiven auf Arzt-Patient-Gespräche mit Kindern und Jugendlichen

**Abstract:** In diesem Beitrag wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Medizin und Linguistik, genauer Kinderneurologie/Epileptologie und klinischer Gesprächslinguistik, anhand des Projekts „Linguistische Differenzialtypologie von epileptischen und nicht epileptischen Anfällen bei jugendlichen Patienten“ exemplifiziert. Damit wird fokussiert und veranschaulicht, wie eine konversationsanalytisch basierte Auswertung von Arzt-Patient-Gesprächen einen direkten diagnostischen Nutzen haben kann.

**Keywords:** Linguistik und Medizin, Linguistische Differenzialdiagnostik, Gesprächsanalyse, Epilepsie, medizinische Kommunikation, Kinder und Jugendliche

## 1 Einleitung

Interdisziplinäres Arbeiten etabliert sich unserer Erfahrung nach langfristig, wenn die beteiligten Disziplinen einen substanzuellen Nutzen aus der gemeinsamen Arbeit ziehen. Die seit 2013 bestehende Forschungskooperation zwischen dem Sozialpädiatrischen Zentrum des Ev. Krankenhauses Oberhausen und dem Lehrstuhl für Sprache und Kommunikation an der Universität Bielefeld baut – mit teilweise personeller Konstanz – auf Vorgängerprojekten auf, in denen Medizin und Konversationsanalyse seit 1999 interdisziplinär zusammenarbeiten (vgl. Gülich 2006: 6). In den derzeit laufenden Projekten werden der Medizin von der Linguistik neue Wege eröffnet, um schwierige Diagnosen zu stellen, wenn die Apparatemedizin an ihre Grenzen kommt. Die Linguistik hingegen profitiert vom Feldzugang: Mit den Daten, die von den Ärzt\*innen aufgezeichnet werden, können interdisziplinäre und gesprächslinguistische Fragestellungen an authentischem Material bearbeitet werden, das aus einem hoch relevanten institutionellen Feld stammt.

---

**Heike Knerich**, Universität Bielefeld, Fakultät für Linguistik und Literaturwissenschaft, AG Sprache und Kommunikation, [heike.knerich@uni-bielefeld.de](mailto:heike.knerich@uni-bielefeld.de)

**Joachim Opp**, Ev. Krankenhaus Oberhausen, Chefarzt Sozialpädiatrisches Zentrum, [joachim.opp@eko.de](mailto:joachim.opp@eko.de)

Die direkte Zusammenarbeit ermöglicht es darüber hinaus, linguistische Ergebnisse direkt an die Ärzt\*innen zurückzugeben, mit ihnen zu besprechen, weiter zu bearbeiten (vgl. auch Gülich 2006: 7) und anschließend auch für didaktische Zwecke im Bereich der medizinischen Kommunikation aufzubereiten.

Im Folgenden stellen wir unsere Zusammenarbeit am Beispiel des Projekts „Linguistische Differenzialtypologie von epileptischen und nicht epileptischen Anfällen bei jugendlichen Patienten“ (EpiLing-J) vor.

Dazu erläutern wir zunächst die medizinische Problemstellung, dass Anfälle ganz unterschiedliche Ursachen haben können und dass dem Gespräch über den Anfall diagnostisch oft die entscheidende Bedeutung zukommt, da dieser bei der ärztlichen Konsultation und den Untersuchungen i. d. R. schon vorbei ist. Weil Gespräche somit zentral sind, können diese diagnostisch und empirisch genutzt werden, indem sie mit einer fundierten Methodologie ausgewertet werden.

Die gesprächsanalytische Auswertung stellen wir im Anschluss dar. Zunächst zeigen wir exemplarisch und auszugsweise die zentrale Arbeit der Einzelfallanalysen und der darauf beruhenden Fallvergleiche. Die hierauf basierende Analyse mit einer Scoring-Tabelle, in der bisherige gesprächslinguistisch erarbeitete Merkmale nach differenzialdiagnostischen Kriterien zusammengefasst sind, stellen wir danach dar. Sowohl Ergebnis dieser Analysen als auch Ausgangspunkt für die weitere interdisziplinäre Forschung sind zum einen Unterschiede der gesprächsweisen Darstellung von Anfällen zwischen Jugendlichen und Erwachsenen als auch über die Vorgängerprojekte hinausgehende neue linguistische Merkmale in diesen Schilderungen.

Abschließend diskutieren wir dann den Gewinn unserer interdisziplinären Arbeit und geben einen Ausblick auf weitere aktuelle und geplante gemeinsame Projekte.

## 2 Die medizinische Problemstellung im EpiLing-J-Projekt

Anfallserkrankungen sind dadurch gekennzeichnet, dass die Patient\*innen in der Zeit, in der sie nicht an Anfällen leiden, gesund und nicht beeinträchtigt sind. Nur für die Dauer des Anfalls führt eine psychiatrische oder neurologische Störung dazu, dass sie nicht mehr über sich selbst verfügen können. Bis auf wenige Ausnahmen lassen sich Anfallserkrankungen entweder den Epilepsien oder den dissoziativen Anfällen zuordnen. Epilepsien sind Erkrankungen, bei denen eine angeborene oder erworbene Hirnfunktionsstörung zu Anfällen führt. Bei dissoziativen Anfällen dagegen führt eine psychiatrische Störung dazu, dass Patien-

t\*innen phasenweise nicht mehr über ihren Körper verfügen können. Es gibt also eine Dissoziation zwischen Körper und Geist. Für die Zeit des Anfalls besteht in aller Regel eine Erinnerungslücke ebenso wie bei den meisten epileptischen Anfällen (vgl. Opp 2015).

Die Unterscheidung dieser beiden Anfallsformen ist so schwierig, dass 20–30 % der Patient\*innen, die wegen therapieschwieriger Epilepsien in ein Epilepsiezentrum eingewiesen werden, gar keine Epilepsie haben, sondern dissoziative Anfälle (vgl. Benbadis 2006). Es vergehen im Schnitt sieben Jahre, bis die richtige Diagnose einer dissoziativen Störung gestellt wird (vgl. Reuber et al. 2002). Je mehr Zeit bis dahin vergeht, umso mehr Schaden bedeutet es für die Betroffenen. Dieser entsteht erstens durch unnötige invasive ärztliche Maßnahmen, die im Versuch unternommen werden, einen vermeintlichen epileptischen Anfall aggressiv zu durchbrechen. Zweitens entsteht er durch jahrelange, frustrane Dauermedikation mit Substanzen gegen Epilepsie, die oft auch mit Nebenwirkungen einhergeht. Drittens verzögert sich der Zugang zu einer bei dissoziativen Anfällen dringend erforderlichen psychotherapeutischen Behandlung (vgl. Schöndienst 2017).

Da Patient\*innen in der Regel im Intervall zwischen den Anfällen symptomlos sind, hat der Arzt/die Ärztin bei der Konsultation das Problem, dass die neurologische Untersuchung meist keinen Schlüssel zur Diagnose liefert. Die Messung der Hirnströme (Elektroenzephalogramm/EEG) zeigt im Intervall zwischen den Anfällen nur bei der Hälfte der Epilepsie-Patient\*innen tatsächlich epilepsietypische Potenziale. Es gibt zudem auch falsch positive EEG-Befunde: Im Kindesalter kann das EEG deutlich häufiger als im Erwachsenenalter epilepsietypische Potenziale zeigen, obwohl gar keine Epilepsie vorliegt (vgl. Borusiak et al. 2010). Ärzt\*innen brauchen also weitere Kriterien, die ihnen die Unterscheidung ermöglichen.

Schon in den neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts konnte in Bielefeld die Arbeitsgruppe um Elisabeth Gülich und Martin Schöndienst zeigen, dass sich die Art, in der Patient\*innen ihre Anfälle schildern, abhängig davon deutlich unterscheidet, ob die Ursache der Anfälle eine Epilepsie oder eine dissoziative Störung ist. Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Diagnosen zeigen sich aber kaum im Inhalt der Schilderung, denn sowohl bei epileptischen als auch bei dissoziativen Anfällen können Patient\*innen inhaltlich zum Anfall wenig sagen, da für beide Anfallsformen für die Zeit der Bewusstlosigkeit eine Erinnerungslücke vorliegt. Wenn Patientinnen und Patienten im ärztlichen Gespräch Raum und Zeit gegeben wird, ihre eigenen Relevanzen zu setzen, fallen jedoch Unterschiede auf: zum einen in den sprachlich-kommunikativen Verfahren, mittels derer Anfälle geschildert werden, und zum anderen in der Art und Weise, wie Patient\*innen in der Interaktion auf ärztliche Fragen und Äußerungen reagieren (vgl. beispielweise

Schwabe et al. 2008; GÜLICH & SCHÖNDIENST 2000; OPP, FRANK-JOB & KNERICHT 2015; SCHÖNDIENST 2017). Dies führen wir im folgenden Abschnitt weiter aus.

### **3 Zur Methode der linguistischen Analyse von Gesprächen über Anfälle**

Die sprachlich-kommunikativen, differenzialdiagnostisch nutzbaren Unterschiede in Schilderungen von epileptischen und dissoziativen Anfällen werden mit der Methode der konversationsanalytisch basierten Gesprächsanalyse ermittelt. Dies ist eine qualitativ-explorative Forschungsmethode, die der Frage nachgeht, wie Interaktant\*innen Sprache in der Kommunikation verwenden und wie sie damit ihre soziale Wirklichkeit konstruieren (vgl. z. B. BERGMANN 1981: 11–16; GÜLICH & MONDADA 2008: 13). Methodisch zentral ist dabei die Berücksichtigung der Sequenzialität und Interaktivität des Gesprächsprozesses. Das Gespräch wird also entlang seines zeitlichen Verlaufs rekonstruiert und die Analyse berücksichtigt die Perspektive der Gesprächsteilnehmer\*innen sowie die gemeinsame Herstellung von Äußerungen und größeren Einheiten wie Erklärungen oder Erzählungen. Grundsätzlich wird zudem davon ausgegangen, dass eine Interaktion auf allen Ebenen geordnet verläuft und dass die Gesprächsbeteiligten Methoden – sogenannte Ethnomethoden – verwenden, um ihre Äußerungen zu gestalten und ihre Interaktion zu organisieren. Diese stehen kompetenten Mitgliedern einer Gesellschaft oder einer gesellschaftlichen Subgruppe zur Verfügung (vgl. auch DEPPERMANN 2008: 7–8).

Diese Ethnomethoden oder konversationellen Verfahren gilt es methodisch fundiert und reflektiert zu rekonstruieren, so dass grundsätzlich auch andere Forscher\*innen mit denselben Daten unter Anwendung der Gesprächsanalyse zu vergleichbaren Ergebnissen kommen sollten. Als Datenbasis für diese Forschung sollten Gespräche dienen, in denen das Vorkommen und die Gestaltung der Gesprächsmerkmale nicht durch die Aufnahme beeinflusst werden (vgl. DEPPERMANN 2008: 25).

Eine genaue Transkription ist notwendige Grundlage der Analyse, um die Phänomene und die zeitliche Struktur der flüchtigen Gesprächsereignisse erfassen und auswerten zu können. Besonders deutlich wird dies an Pausen, Atemgeräuschen, Häsitationsphänomenen und gleichzeitigem Sprechen.

Für die hier beschriebenen interdisziplinären Projekte zeichnen Ärzt\*innen in der Klinik Gespräche auf – aus forschungspragmatischen Gründen vorwiegend mit einem Diktiergerät, in einigen Fällen auch als Videoaufzeichnung. Kinder bzw. Jugendliche und deren Erziehungsberechtigte werden ausführlich und alters-

gruppenspezifisch über das Projekt informiert und ihr Einverständnis wird auf dieser Basis eingeholt; auch die Ethikanträge laufen über die Klinik. Die Gespräche werden von medizinischer Seite einem Sub-Korpus zugeordnet (Anfallskorpus, Bauchschmerzkorpus, Kollapskorpus etc.).

Diese Daten werden dann von Linguist\*innen nach gesprächsanalytischen Konventionen transkribiert (GAT2, Seling et al. 2009). Dabei nutzen wir die Software ExMaraLDA (Schmidt 2012), um zeitlich mit der Audiodatei alignierte Transkripte zu erstellen, die für eine methodisch erweiterte Auswertung händisch und automatisch annotiert werden können. Die GAT2-Transkripte und die Aufnahmen werden dann gesprächsanalytisch ausgewertet: Zum einen führen wir auf der Basis interdisziplinärer Datensitzungen Einzelfallstudien und Fallvergleiche durch, die in weiteren Projekten weiter ausgewertet werden. Im EpiLing-J-Projekt beziehen wir uns zum anderen auf bestehende Forschung zur linguistisch-gesprächsanalytischen Differenzialdiagnostik anfallsartiger Erkrankungen (vgl. z. B. Gülich & Schöndienst 1999, 2000; Surmann 2005; Schöndienst 2017) und deren Zusammenfassung in Form einer Scoring-Tabelle (vgl. Reuber et al. 2009). Beides stellen wir im Folgenden exemplarisch dar, wir beginnen mit einem Fallvergleich.

### 3.1 Exemplarische Darstellung eines Fallvergleichs

Um unsere Arbeitsweise zu veranschaulichen, stellen wir zunächst die Anfangsphase von Anamnesegespräch A01 und A02 einander gegenüber. Diese als Videoaufzeichnung vorliegenden Gespräche sind aus folgenden Gründen gut vergleichbar: Die Patientinnen sind etwa gleich alt und der Arzt beginnt mit einer Erzählaufforderung, mit der er den Patientinnen die Verantwortung für einen anschließenden längeren narrativen Gesprächsschritt übergibt, einem so genannten „globalen Zugzwang“ (Quasthoff 2001: 1303). Die Patientinnen kommen somit zu Gesprächsbeginn beide länger zu Wort, obwohl im Gespräch A02 die Mutter der Patientin anwesend ist, während Patientin 01 alleine mit dem Arzt spricht (triadisches vs. dyadisches Gespräch). Im Folgenden geben wir zunächst die relevanten Sequenzen als Transkriptausschnitt wieder, vergleichen diesen dann tabellarisch und erläutern anschließend einige Aspekte des übersichtsartigen Vergleichs detaillierter.

#### *Ausschnitt 1: Anamnesegespräch 01, P01 ist 16 Jahre alt, dyadisches Gespräch*

- 01 A01: ((geht zum Schreibtisch)) hhh° GUT(1.2)  
 02           ja h°(.) dann erZÄhlen sie mal;  
 03 P01: (1.6) <>p> was DENN,

04            was soll ich erZÄHlen?>  
05    A01: (---) hm::: warum/ wie sie hierHER gekommen sind--=  
06            =was was was das proBLEM ist,  
07    P01: (---) also: ich war ähm: (.) ARbeiten?  
08            um sieben UHR,  
09    A01: (1.7) hm\_HM?  
10    P01: ja dAnn ähm: war meine ERste aufgabe-  
11            (0.2) zu SPÜlen,  
12            (0.7) morgens is es IMmer so-  
13            °hhh (0.4) dann: war eigentlich alles oKAY-  
14            (0.3) ich hatte auch daVOR eine woche krAnkenschein,  
15            (0.2) weil ich UMgekippt bin-  
16    A01: (1.0) hm\_HM,  
17    P01: (0.3) und: ähm: (1.3) ja dann (1.4) ich WEIß nicht--=  
18            =ich bin einfach UMgekippt;  
19            ich (0.3) also mir war auch nicht SCHLECHT oder so?  
20            (0.8) und dann hab ich angefangen zu ZITtern?  
21            (0.3) aber (0.4) ja (.) ich war halt nicht (0.9) nicht DA.  
22    A01: (1.9) hm\_hm;  
23    P01: (0.6) hm\_ja(2.5) also (0.2) ich war so: (1.1)  
              wie HEIßt das,  
24            (2.3) so: K0misch--  
25            =ich wusste nicht waru/ (0.3) ich bin hie/  
              warum bin ich jEtzt aufm B0den?  
26    A01: (0.3) hm\_HM-  
27    P01: ja (1.4) <> keine\_Ahnung->  
28            (1.4) passiert mir aber Öfters;  
29    A01: ((nickt))  
30    P01: aber das mit dem so (.) SO ähm:-  
31            mit dem ZITtern und so (.) (nicht eigentlich.)  
32    A01: (4.0) hm\_HM;  
33    P01: (0.4) ja.  
              ((... Auslassung: möglicher Grund Stress,  
              kurze Erwähnung einer anderen Episode))  
40    A01: (1.6) und das (0.8) kommt von ganz alLEIne;  
41    P01: (2.5) wie-  
42    A01: öhm (1.0) HEUte früh;  
43            das (0.1) WAR/ (1.0)  
44            das KOMMT einfach so-  
45            (0.3) oder?

46 (0.8) was ist ihr geFÜHL-  
 47 P01: ja MANchmal/  
 48 also °hhh äh:: letzte WOCHe?  
 49 (0.2) war mir g\_ganz schnell so sch\_SCHWARZ vorn augen?  
 50 (0.5) aber HEUTE/  
 51 heute eigentlich NICHTS;  
 52 (0.5) also HEUTE bin ich einfach umgekippt;  
 53 <<p> ja (0.8) umgekippt> (0.7) ich weiß AUCH nicht;  
 54 (2.3) aber ich war !NUR! am zittern-  
 55 (1.0) die GANze zeit;  
 56 A01: (1.2) hm\_HM-  
 57 P01: (0.3) ((unverständlich))  
 58 A01: (4.8) <<p> und (1.0) hm\_hm> (0.4) und DANN?  
 59 (1.0) sie waren am ZITtern?  
 60 P01: (0.8) hm\_ja (.) und (0.4)  
 dann is KRANKenwagen (.) [gekommen.]  
 61 A01: [hm ]  
 62 (12.9)

*Ausschnitt 2: Anamnesegespräch 02, P02 ist 17 Jahre alt, triadisches Gespräch*

01 A02: (1.0) °hhh hhh° ((Schritte, 2.21 Sek)) <<gehaucht> S0->  
 02 vielleicht f::angen wir einfach mal\_mit (0.6) GEStern an,  
 03 (1.3) (sie können) mal erZÄHLen-  
 04 P02: (1.62) ja halt <<all> ich stand> an der HALtestelle halt?=  
 05 =UND ähm (.) <<tief> ja: gestern (is eben) so viel  
 SCHNEE gefall\_n> und so==  
 06 =die BUSse die kamen alle zu spÄt==  
 07 =es war s:o (0.8) gegen SIEben uhr?  
 08 A02: (-) hm\_[HM, ]  
 09 P02: [erst] so zwanzig minuten (da/dann) geWARtet,=  
 10 =u:/ ich stAnd auch die GANZze zeit,  
 11 (0.75) auf\_einmal hab ich <<len> zuRÜCKgeguckt>  
 un\_mir wurd <<p> so\_n bisschen> (.) SCHWINdelig,=  
 12 =und\_ich hab dann so\_n ((macht Geste mit den Händen))  
 (0.48) <<all> ich weiß AUCH nicht>  
 13 so\_n richtig (.) !MERK!würdiges gefÜhl bekomm/;=  
 14 =aber\_das KENN ich schon;  
 15 °h ich wusste da dann schon be[SCHEID-]  
 16 A02: [hm\_HM- ]  
 17 P02: (0.78) aber ((räuspern)) <<all> dass ich jetzt davon

18 beWUSStlos wurde,  
19 das\_is jetzt dies\_mal> nur das ZWEIte mal;  
20 (--) °h dann hab ich mich HINgesetzt erstma?  
21 (--) °hh <<kopfschüttelnd> ja h° un\_dann> (--) is  
22 irgendwie <<all> alles WEG;>=  
23 =und DANN (. ) <<all> kann ich mich nur dran erInnern>  
24 dass ich\_im <<hoch> KRANKenwagen war ,=

25 =und\_äh:> (0.68) <<acc> mich dann jemand da\_AUSgefragt  
26 hat->=  
27 =der nots/ NOTarzt wohl,  
28 wie ich HEIße,  
29 und\_äh die ähm ((zieht Nase hoch)) (1.23)  
30 <<dim> KRANKenkassenkarte und sowas [alles;>]  
31 A02: [hm\_HM- ]  
32 P02: (1.4) ja-  
33 A02: ((schreibt 3.2 Sek)) (1.44) HM\_hm.  
34 (-) und das\_n gefÜHL was sie kannten;  
35 VORher schon;=  
36 wie/\_wie oft KOMMT\_das,

**Tab. 1:** Überblick über einige Unterschiede zwischen den Sequenzen.

Anamnesegespräch 01	Anamnesegespräch 02
A01 setzt unspezifischen globalen Zugzwang, der eine narrative Rekonstruktion nahelegt: „erZÄHlen sie mal“	A02 setzt spezifischen globalen Zugzwang, der eine narrative Rekonstruktionen eines bestimmten Vorfalls nahelegt: „ <i>GEStern</i> “, „sie können mal erZÄHLEN-“
P01 fragt zurück, A01 macht zwei Angebote: „warum/wie sie hierHER gekommen sind-was das proBLEM ist“	P02 beginnt eine episodische narrative Rekonstruktion
P01 erzählt Episode mit Fokus auf situativen Elementen, eher minimal narrativ	P02 erzählt Episode mit situativen Elementen und eigener Wahrnehmung, strukturell vollständige episodisch-narrative Rekonstruktion
Keine klare narrative Gestaltschließung: „ja (1.4) <>p > keine_AHnung >“ Abschließende Generalisierung: „passiert mir aber ÖFters;“	Klare narrative Gestaltschließung, P02 bezieht sich gestaltschließend auf eigene Erinnerungen nach der Bewusstlosigkeit

**Tab. 1** (fortgesetzt)

Anamnesegespräch 01	Anamnesegespräch 02
Umkippen als zentrales Element, Zittern als weiteres wichtiges Symptom	Entwicklung einer Symptomatik: schwindelig, Geste, merkwürdiges Gefühl, Gefühl der Bekanntheit/des Bescheidwissens; Bewusstlosigkeit ist ein Aspekt unter diesen
Generalisierende/holistische Formulierungen bzgl. der „Lücke“: „(1.3) ja dann (1.4) ich WEIß nicht- = =ich bin einfach UMgekippt; ich war halt nicht (0.9) nicht DA. keine_AHnung heute eigentlich NICHTS; (0.5) also HEute bin ich einfach umgekippt; <p>ja (0.8) umgekippt> (0.7) ich weiß AUCH nicht;“	Formulierungsarbeit und Konturierung bzgl. der „Lücke“: „= und_ih hab dann so_n ((macht Geste mit den Händen)) (0.48) <all> ich weiß AUCH nicht> so_n richtig () !MERK!würdiges gefÜhl bekomm;/= = [...] (0.9) dann hab ich mich HIngesetzt erstmal (-) °hh <kopfschüttelnd> ja h° un_dann> (-) is irgendwie <all> alles WEG; ≥ =und DANN () <all> kann ich mich nur dran erInnern dass ich_im <hoch> KRANKenwagen war, = “
Viele längere und lange Pausen	Wenige Pausen, Planungspausen
A01: Rückfrage zu Vorgefühlen (Z. 40–46). Erneuter globaler Zugzwang („und DANN?“) (1.0) sie waren am ZITtern?“, den P01 minimal und vor allem abschließend bedient („P01: hm_ja () und (0.4) dann is KRANKenwagen () [gekommen.]“)	A02: Rückfrage zu einem Aspekt (Z. 29–31)

Anhand des tabellarischen Vergleichs (siehe Tab. 1) sollten bereits einige zentrale Unterschiede deutlich geworden sein, die nun näher erläutert werden sollen:

Die „Phase der eingeschränkten Selbstverfügbarkeit“ bzw. der „Lücke“ (Gülich & Schöndienst 2000: 12, 14, 38) oder „Gap“ (Reuber et al. 2009: Appendix A) ist Teil des Anfalls und umfasst nicht nur eine Bewusstlosigkeit, sondern auch beispielsweise eine eingeschränkte motorische Kontrolle oder verzerrte Sinneswahrnehmungen. Der sprachlich-kommunikative Umgang der Patient\*innen mit der Beschreibung der „Lücke“ liefert Hinweise auf die Art der Anfallserkrankung: Eine klare Konturierung der Lücke, bei der die Patientin darstellt, was sie wahrgenommen oder empfunden hat sowie an was sie sich vor der Bewusstlosigkeit noch und danach wieder erinnert, verweist eher auf epileptische Anfälle, besonders wenn noch Formulierungsarbeit (vgl. Gülich 1994) zu beobachten ist. Holistische Aussagen wie „ich bin dann weg“ ohne Formulierungsarbeit verweisen eher auf

dissoziative Anfälle, besonders wenn der Patient auch sonst wenig berichtet oder ausschließlich auf situative Umstände fokussiert, so dass die Bewusstlosigkeit oder die eingeschränkte Selbstverfügbarkeit als zentrales Element der Anfallsbeschreibung hervortritt (vgl. auch Gülich & Schöndienst 2000: 12, 14, 38; Reuber et al. 2009: Appendix A). Diese differenzialdiagnostischen Kriterien verweisen damit für Patientin P01 auf dissoziative und für Patientin P02 auf epileptische Anfälle.

Bei der Betrachtung der Beispiele wird auch deutlich, dass eine starke Vereinfachung der Merkmale oder ein reines Suchen oder Zählen einer Phrase wie „ich bin weg“ nicht zu einer differenzialdiagnostischen Unterscheidung führen kann: Beide Patientinnen verwenden holistische Phrasen, P01 vorwiegend Varianten von „ich weiß (auch) nicht“ und „ich bin (einfach) umgekippt“, bei P02 sind zwei Äußerungen holistisch: „<<all> ich weiß AUch nicht >“ (Z. 12) bzw. „un\_dann (–) is <<all> irgendwie alles weg“ (Z. 20). Aber bei P02 sind diese sequenziell in die Beschreibung der subjektiven Wahrnehmung und in eine genaue Konturierung der Lücke unter Verwendung von Formulierungsarbeit eingebettet.

Über diese bereits für Erwachsene beschriebenen Merkmale hinaus fällt im Fallvergleich zum einen die Pausenstruktur auf. In Anamnesegespräch 01 finden sich deutlich mehr und längere Pausen als in Anamnesegespräch 02 (auch über die hier gezeigten Sequenzen hinaus). Zum anderen erzählen zwar beide Patientinnen eine Anfallsepisode, unterscheiden sich aber darin, wie sie dies tun. Um dies konkretisieren zu können, erläutern wir zunächst knapp einige Aspekte der gesprächslinguistischen Perspektive auf das Erzählen.

Bei der episodisch-narrativen Rekonstruktion (vgl. auch Knerich & Haagen in diesem Band; Gülich 2017) wird ein Vorfall aus der Vergangenheit so rekonstruiert, dass die Chronologie der Abläufe erhalten bleibt (vgl. Labov & Waletzky 1967; Labov 1972) und die Perspektive der Erzähler\*in deutlich wird. Die narrative Rekonstruktion selbst ist inhaltlich strukturiert in eine Situierung, mit der die Situation beschrieben wird und Protagonist\*innen eingeführt werden, einen Handlungsablauf, der zumindest minimal ungewöhnlich ist, d. h. einen Planbruch aufweist, mit dem die Protagonist\*innen umgehen, einen Abschluss und eine Rückführung in die Jetztzeit des Gesprächs. Zur globalen Strukturierung gehören auch die Platzierung von Zuhöreraktivitäten und die konversationelle Einbettung von Erzählungen in den Gesprächsverlauf (vgl. Quasthoff 2001: 1294).

Auf der interaktiven Ebene ist eine Erzählung immer eine gemeinsame Leistung, ein *interactional achievement* (vgl. Schegloff 1982), denn alle Beteiligten tragen sowohl dazu bei, dass eine Person das Rederecht für eine längere narrative Einheit erhält, als auch zu deren Ausführlichkeit und Ausgestaltung (vgl. Selting 2010).

Innerhalb des Erzählens greifen drei narrative Zugzwänge, der Detaillierungs-, der Relevantsetzungs- und Kondensierungs- sowie der Gestaltschließungzwang:

Erzähler\*innen stehen unter den Zugzwängen, sich an die Abfolge der erlebten Ereignisse zu halten, diese detailliert wiederzugeben, allerdings dennoch nur das ausführlich zu erzählen, was – in der aktuellen Erzählsituation – relevant ist und somit zu gewichten und zu bewerten, sowie die Episode in einer für das Gegenüber erkennbaren Weise inhaltlich und strukturell abzuschließen (vgl. Kallmeyer & Schütze 1977: 187–188).

Sprachliche Mittel beim Erzählen sind starke Detaillierung, zumindest phasenweise, „szenisches Präsens“ in diesen Phasen, direkte Redewiedergabe oder Gedankenwiedergabe und evaluative/expressive Mittel (vgl. Quasthoff 1980: 27–29).

Auf dieser Basis kann festgehalten werden, dass beide Patientinnen beginnen, ihr Anfallserlebnis als Episode zu situieren. Patientin 02 behält die episodisch-narrative Form bei und ergänzt die situativen Elemente mit einer detaillierten Darstellung ihrer eigenen Wahrnehmung, verwendet ‚Dichte Konstruktionen‘ (vgl. Günthner 2006) als Mittel der Inszenierung (Z. 09) sowie narratives Präsens am Höhepunkt der Erzählung (Z. 20). Zudem nimmt sie eine klare narrative Gestalt-schließung vor, indem sie sich auf ihre eigenen Erinnerungen nach der Bewusstlosigkeit bezieht (Z. 21–25). Die Darstellung von Patientin 01 wird dagegen nach der Situierung detailärmer und es erfolgt keine klare Gestalt-schließung, sondern die Markierung einer epistemischen Unsicherheit bezüglich der eigenen Erfahrung („ja (1.4) <>p > keine\_AHnung- >“, Z. 27) und eine abschließende Generalisierung („pas-siert mir aber Öfters;“, Z. 26). Auch der Arzt A01 markiert mit einem erneuten narrativen Zugzwang (Z. 58–59), dass ein narrativer Abschluss noch aussteht.

Nach dieser exemplarischen Darstellung einiger Aspekte eines Fallvergleichs soll nun die Arbeit mit der – auf den Ergebnissen derartiger Fallstudien und -vergleiche bei erwachsenen Anfallspatient\*innen beruhenden – Scoring-Tabelle von Reuber et al. (2009) dargestellt werden.

### 3.2 Analyse mit einer Scoring-Tabelle

Bei dieser Scoring-Tabelle handelt es sich um eine systematisierte Anleitung zur differenzialdiagnostisch fokussierten qualitativen Analyse mit vorgegebenen Analysekategorien. Sie fasst die gesamten EpiLing-Ergebnisse (vgl. GÜlich & Schöndienst 1999; Surmann 2005; Schwabe et al. 2008) in knapper, strukturierter Form zusammen. Diese Analysekategorien beziehen sich auf den lockeren Gesprächsleitfaden dieser Projekte, der einen möglichst offenen Gesprächsbeginn vorsieht, d. h. dass der Arzt/die Ärztin den Patient\*innen ermöglicht, eigene Relevanzen zu setzen, und ihnen Zeit für ihre Ausführungen gibt. Wenn die Patientin/der Patient dann nicht oder nicht ausführlich auf folgende Aspekte Bezug genommen hat, soll im

weiteren Verlauf des Gesprächs nach ihnen gefragt werden: der erste, der letzte und der schlimmste Anfall, die Wahrnehmung der „Lücke“ und ob es Strategien gibt, mit denen der Anfall abgewendet oder gestoppt werden kann, sogenannte Anfallsunterbrechungsstrategien (vgl. Schwabe et al. 2008; Jenkins et al. 2015).

Die Analysekategorien werden in der Scoring-Tabelle als 17 Items formuliert und in drei Gruppen eingeteilt (vgl. Reuber et al. 2009): Der Bereich Interaktion (A) bezieht sich darauf, ob die Anfallsbeschreibung selbst- oder fremdinitiiert erfolgt und ob Patient\*in oder Arzt/Ärztin dann im Verlauf den Fokus auf der Anfallsbeschreibung beibehält. Der Bereich der thematischen Merkmale (B) umfasst z. B. die Relevantsetzung von Anfallssymptomen und die Thematisierung der eigenen Wahrnehmung und Erinnerung. Im Bereich der sprachlichen Merkmale im engeren Sinne (C) wird die Formulierungsweise untersucht: Es wird herausgearbeitet, ob die Patient\*innen Formulierungsarbeit – auch im Kontext von Unbeschreibbarkeit (vgl. Gürlich & Schöndienst 1999; Gürlich 2005) – aufwenden oder holistische Aussagen tätigen. Des Weiteren wird der Umgang mit Negationen in Form von kontextualisierten vs. absoluten Negationen analysiert, z. B. „ich weiß nichts mehr“ vs. „ich kann mich noch erinnern, dass ..., dann weiß ich erst wieder, wie ...“. Auch die konzeptionelle Metaphorik in der Anfallsbeschreibung nach Surmann (2005) gehört in diesen Bereich, d. h. ob Patient\*innen den Anfall „als außen verortete, selbsttätig agierende, bedrohliche Entität“ (Surmann 2005: 230) konzeptualisieren, gegen die sie sich aktiv stellen können, ob sie dies nicht tun oder ob ein insgesamt inkonsistentes Metaphernkonzept vorliegt (vgl. Surmann 2005). Da sich diese Merkmale auf das gesamte Gespräch beziehen und weil Unterschiede zu erwachsenen Anfallspatient\*innen bestehen, konnten wir in unserem exemplarischen Fallvergleich nicht alle diese Merkmale zeigen.

Wir weisen an dieser Stelle darauf hin, dass die sprachlich-kommunikativen differenzialdiagnostischen Merkmale mit einer genauen konversationsanalytischen Exploration von authentischer Interaktion rekonstruiert wurden, wie wir es anhand des Fallvergleichs der Gesprächsanfänge illustriert haben (vgl. auch Surmann (2005) zur Vorgehensweise).

Im EpiLing-J-Projekt haben wir zusätzlich zu den Einzelfallstudien und -vergleichen 20 Gespräche mit Hilfe dieser für erwachsene Patient\*innen formulierten Scoring-Tabelle analysiert, um herauszufinden, ob wir diesen Zugang unverändert zur linguistischen Differenzialdiagnostik verwenden können. Dies ist jedoch nicht möglich, da wir in unserem Korpus von Gesprächen mit anfallskranken Kindern und Jugendlichen Unterschiede zu den sprachlich-kommunikativen Merkmalen in Gesprächen mit erwachsenen Anfallspatient\*innen gefunden sowie neue Merkmale rekonstruiert haben. Dies stellen wir im Folgenden dar.

### 3.3 Unterschiede zu Erwachsenen und neue Merkmale

Für unser Korpus können wir nach einer Auswertung mit der Scoring-Tabelle festhalten, dass es sich in einigen Aspekten von den bisher untersuchten Anamnese Gesprächen mit Erwachsenen unterscheidet: Im Bereich der sprachlichen Mittel (C) finden wir zwar auch bei den jungen Anfallspatient\*innen Formulierungsarbeit, diese ist aber weniger komplex: Es gibt nur in Ausnahmefällen Reformulierungsketten oder adversative Strukturen im Kontext von Unbeschreibbarkeit, sondern eher Pausen, Abbrüche und Neuansätze, Präzisierungen und Detaillierungen ohne Reformulierungsindikatoren sowie eine Veranschaulichung mittels Gesten und Imitieren des Anfalls oder bestimmter Anfallsphasen (vgl. Patientin P02, Z. 11–13).

Der deutlichste Unterschied zu den Anamnese Gesprächen mit erwachsenen Anfallspatient\*innen besteht darin, dass die metaphorische Konzeptualisierung des Anfalls als bedrohliche Entität (s. o.) in unserem Korpus sehr selten und dann auch nur in reduzierter Form zu finden ist. Für erwachsene Patient\*innen mit fokalen epileptischen Anfällen kann gezeigt werden, dass verschiedene sprachliche Phänomene zusammenwirken und ein Gesamtbild konstituieren (vgl. Surmann 2005: 168). Da dies in unserem Korpus in keinem Fall beobachtbar ist, konnte es in den exemplarischen Fallanalysen der Gesprächsanfänge auch nicht gezeigt werden. Allerdings findet sich später im Gespräch mit Patientin P02 eine – im Vergleich zu den Ergebnissen von Surmann (2005) reduzierte – Konzeptualisierung des Anfalls als agentiv und von außen kommend: „also es kommt“, „es kam ja immer“, „und dann kam das so gerade“. Die Konzeptualisierung eines Kampfs bzw. einer Auseinandersetzung mit dem Anfall war in unserem Korpus bislang gar nicht zu finden.

Bei unseren Analysen mit der Scoring-Tabelle haben wir auch neue sprachlich-kommunikative Phänomene rekonstruiert: zum einen die Positionierung zum Anfall und zum anderen „Verwischungsverfahren“ (vgl. Frank-Job i. E.). Letztere sind Verfahren, mit denen Patient\*innen zuvor Gesagtes sukzessive zurücknehmen, einschränken, abschwächen und sogar negieren, so dass am Ende der Äußerung für das Gegenüber keine Anknüpfungsmöglichkeiten bleiben. An diesen Stellen im Gespräch entstehen dann oftmals längere Pausen und thematische Brüche (vgl. Frank-Job i. E.). Zudem wollen wir die narrativen Rekonstruktionsaktivitäten noch weiter differenzialdiagnostisch auswerten.

Aufgrund der Unterschiede zu erwachsenen Patient\*innen und auf Basis der noch weiter auszuarbeitenden potentiell differenzialdiagnostisch relevanten Merkmale entwickeln wir derzeit ein neues linguistisch-gesprächsanalytisches Diagnoseinstrument für jugendliche Anfallspatient\*innen, das dann in einer verblindeten Studie überprüft werden soll.

## 4 Nutzen der interdisziplinären Zusammenarbeit

Für die Linguistik ist es ein Gewinn, Daten direkt aus dem Feld zu erhalten, die von den Ärztinnen und Ärzten aufgezeichnet werden. Bislang war es möglich, die Einwilligung so zu gestalten, dass neben interdisziplinären Arbeiten (Opp, Frank-Job & Knerich 2015; Opp & Frank-Job 2017; Frank-Job, Knerich & Opp 2020) auch gesprächslinguistische Fragestellungen an diesem authentischen Material bearbeitet werden können. Weiterführend sind auch computerlinguistische Projekte in Arbeit. Auch dass gegebenenfalls weitere Informationen auf unkomplizierte Weise erhoben werden können, beispielsweise zur Situation aber auch zum Sprachstand der jungen Patient\*innen, ist ein großer Vorteil der engen interdisziplinären Zusammenarbeit, da diese Informationen auch für erweiterte, z. B. soziolinguistische, Fragestellungen genutzt werden können.

Ärztinnen und Ärzte können von der gesprächslinguistischen Forschung in vielerlei Hinsicht profitieren. Durch die linguistische Analyse wird die Irritation verstehtbar, die alle erfahrenen Epileptolog\*innen aus Gesprächen mit Patient\*innen mit dissoziativen Anfällen kennen. Aus dem Erfahrungswissen, wie man sich häufig in diesen Interaktionen fühlt, wird durch die linguistische Aufarbeitung eine fassbare und vermittelbare Beschreibung sprachlich-kommunikativer Merkmale. Ärzt\*innen erhalten so ein Handwerkzeug, das sie im Alltag anwenden können.

Auch haben wir im Rahmen von Vorträgen vor medizinischem Publikum die Botschaft vermitteln können, dass man die Relevantsetzung der Patient\*innen nur dann erfahren kann, wenn man ihnen eine wirklich offene Eingangsfrage stellt und ihnen so zumindest in den ersten Minuten des Gesprächs die Möglichkeit gibt, wirklich frei und ungesteuert zu erzählen. Geschlossene Fragen, wie sie im üblichen medizinischen Kontext oft vorkommen, lassen die oben beschriebenen sprachlichen Muster dagegen nicht sichtbar werden.

Als besonders ertragreich erwiesen sich zudem interdisziplinäre Workshops, bei denen das gleiche Gespräch zunächst aus medizinischer und dann aus linguistischer Sicht beleuchtet und erklärt wurde. Ärzt\*innen erhalten so die Möglichkeit, frühzeitiger als bisher die Diagnose dissoziative Anfälle zu stellen und so den Patientinnen und Patienten langjährige Fehlbehandlungen zu ersparen. Allerdings ist die linguistische Auswertung für die einzelnen Patient\*innen, die ihr Einverständnis für diese Form der Analyse geben, bislang noch ohne größeren Nutzen: Der Zeitaufwand für die Transkription und die Analyse ist so hoch, dass der diagnostische Prozess in den meisten Fällen bereits abgeschlossen ist, bevor eine linguistische Einschätzung vorliegt.

Auf politischer Ebene nutzen wir unsere Forschungsergebnisse, um zu zeigen, dass das ärztliche Gespräch nicht nur eine zwischenmenschliche Qualität hat, sondern dass es auch als diagnostisches Instrument eine belegbare Wichtigkeit

hat, die – je nach Fragestellung – an manchen Stellen auch den apparativen Untersuchungen überlegen ist.

## 5 Ausblick: begonnene und geplante Projekte

Im Ausblick sollen zunächst direkte Nachfolgeprojekte und dann weiterführende Projekte kurz vorgestellt werden: Das neue Diagnosemanual, d. h. unsere Erweiterung der vorgestellten Scoring-Tabelle, soll zeitnah vervollständigt und evaluiert werden, um es bald für Ärzt\*innen nutzbar zu machen. Dazu ist eine intensive qualitative Auseinandersetzung mit den Daten nötig. Daran anschließend soll diese gesprächslinguistische Differenzialdiagnostik so kondensiert werden, dass sie Ärzt\*innen in knapper Form im Rahmen von Fortbildungen vermittelt werden kann (vgl. auch Jenkins et al. 2015).

In weiterführenden Projekten gehen wir der Frage nach, ob auch für andere Krankheiten sprachlich-kommunikative Merkmale ermittelt werden können, die auf organische bzw. psychische Ursachen hinweisen: Neben dissoziativen Anfällen gibt es noch eine Reihe weiterer Erkrankungen, von denen vermutet wird, dass ihnen eine ähnliche Pathophysiologie zugrunde liegt. Daher wollen wir untersuchen, ob sich auch dissoziative Bewegungsstörungen, zum Beispiel dissoziative Lähmungen, durch ähnliche sprachlich-kommunikative Verfahren seitens der Patient\*innen auszeichnen, wie sie für das Sprechen über dissoziative Anfälle beobachtet werden können. Eine weitere wichtige Frage ist, ob die linguistisch-differenzialdiagnostischen Kriterien, die wir als typisch für epileptische Anfälle herausgearbeitet haben, nur für diese spezifisch sind oder ob sie für alle organisch bedingten Bewusstseinsstörungen gelten. Dies soll an einem Korpus von 22 Gesprächen untersucht werden, die mit Patient\*innen geführt wurden, die im Rahmen eines Kreislaufkollapses das Bewusstsein verloren haben. Denn auch bei Kollapszuständen ist die ärztliche diagnostische Zuordnung oft schwierig, weil sich bei der körperlichen und der neurologischen Untersuchung sowie bei EKG- und Blutdruckmessungen nach dem Ereignis oft kein auffälliger Befund mehr erheben lässt. Deshalb wären auch hier zusätzliche linguistische Kriterien, mit denen die Diagnose anhand des Gesprächs gestellt werden kann, außerordentlich hilfreich für den medizinischen Bereich.

Für Bauchschmerzen werten wir Gespräche mit Kindern und Jugendlichen aus, die stationär im Krankenhaus aufgenommen werden (LASS-Studie: Linguistische Analyse von Schmerzschilderungen bei Kindern und Jugendlichen). Allerdings besteht ein deutlicher Unterschied zu Anfallserkrankungen: Es gibt zwar Patient\*innen, die sowohl dissoziative Anfälle als auch epileptische Anfälle haben

(vgl. Schöndienst 2017), aber das einzelne Anfallsereignis selbst ist letztlich immer entweder dissoziativ oder epileptisch. Dies lässt sich durch die Fälle beweisen, in denen während des Anfalls die Ableitung eines EEG erfolgt. Dagegen spielen der ärztlichen Erfahrung nach bei einem Kind mit Bauchschmerzen selbst dann psychische Faktoren eine relevante Rolle, wenn die Ursache eine Blinddarmentzündung oder eine chronisch entzündliche Darmerkrankung ist. Die Frage ist nun, ob sich >hier dennoch sprachlich-kommunikative Kriterien rekonstruieren lassen, mit denen man anhand der Schilderungen unterscheiden kann zwischen Bauchschmerzen, deren Ursache vornehmlich im psychischen Bereich zu suchen ist, und Bauchschmerzen, die eine medizinisch klar fassbare organische Ursache haben.

## Literatur

- Benbadis, Selim R. (2006): The EEG in nonepileptic seizures. *Journal of Clinical Neurophysiology* 24 (4), 340–52.
- Bergmann, Jörg R. (1981): Ethnomethodologische Konversationsanalyse. In Peter Schröder & Hugo Steger (Hrsg.), *Dialogforschung. Jahrbuch 1980 des Instituts für Deutsche Sprache*, 9–51. Düsseldorf: Schwann.
- Borusiak, Peter, Matthias Zilbauer & Andreas C.W. Jenke (2010): Prevalence of epileptiform discharges in healthy children – New data from a prospective study using digital EEG. *Epilepsia* 51 (7), 1528–1167.
- Deppermann, Arnulf (2008): *Gespräche analysieren*. Wiesbaden: VS.
- Frank-Job, Barbara (i. E.): Aushandlungen von Wissenszuständen in Gesprächen mit jugendlichen Anfallspatienten. In Julia Genz & Paul Gévaudan (Hrsg.), *Sprechen, Schreiben, Erzählen. Polyphonie in literarischen, medizinischen und pflegewissenschaftlichen Diskursen [Tagungstitel]*, tba. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Frank-Job, Barbara, Heike Knerich & Joachim Opp (2020): Interaktive Verfahren beim Sprechen über Angst in Anamnesegesprächen mit jugendlichen Patienten. In Barbara Frank-Job & Joachim Michael (Hrsg.), *Angstsprachen. Interdisziplinäre Zugänge zur kommunikativen Auseinandersetzung mit Angst*, 169–187. Wiesbaden: Springer VS.
- Gülich, Elisabeth (1994): Formulierungsarbeit im Gespräch. In Světla Čmejková, František Daneš & Eva Havlová (Hrsg.), *Writing vs Speaking. Language, Text, Discourse, Communication*, 77–95. Tübingen: Narr.
- Gülich, Elisabeth (2005): Unbeschreibbarkeit: Rhetorischer Topos – Gattungsmerkmal – Formulierungsressource. *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 6, 222–244.
- Gülich, Elisabeth (2006): Das Alltagsgeschäft der Interdisziplinarität. *Deutsche Sprache – Zeitschrift für Theorie, Praxis, Dokumentation* 34 (1–2), 6–17.
- Gülich, Elisabeth (2017): Medizin. In Matías Martínez (Hrsg.), *Erzählen: Ein interdisziplinäres Handbuch*, 140–148. Stuttgart: Metzler.

- Gülich, Elisabeth & Lorenza Mondada (2008): *Konversationsanalyse. Eine Einführung am Beispiel des Französischen*. Tübingen: Niemeyer.
- Gülich, Elisabeth & Martin Schöndienst (1999): Das ist unheimlich schwer zu beschreiben. Formulierungsmuster in Krankheitsbeschreibungen anfallskranker Patienten: differentialdiagnostische und therapeutische Aspekte. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Zeitschrift für Qualitative Forschung* 1, 199–227.
- Gülich, Elisabeth & Martin Schöndienst (2000): Ansätze zu einer linguistischen Differentialtypologie epileptischer und anderer anfallsartiger Störungen. Methodologie und Anwendungsperspektiven. Vortragsmanuskript. <https://www.uni-bielefeld.de/lili/forschung/projekte/epiling/Publikationen/Differentialtypologie.pdf> (letzter Zugriff: 25.02.2020).
- Günthner, Susanne (2006): Grammatische Analysen der kommunikativen Praxis – „Dichte Konstruktionen“ in der Interaktion. In Arnulf Deppermann, Reinhard Fiehler & Thomas Spranz-Fogasy (Hrsg.), *Grammatik und Interaktion – Untersuchungen zum Zusammenhang von grammatischen Strukturen und Gesprächsprozessen*, 95–122. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- Jenkins, Laura, Jeremy Cosgrove, Katie Ekberg, Ammar Kheder, Dilraj Sokhi & Markus Reuber (2015): A brief conversation analytic communication intervention can change history-taking in the seizure clinic. *Epilepsy & Behavior* 52 (Pt A), 62–67.
- Kallmeyer, Werner & Fritz Schütze (1977): Zur Konstitution von Kommunikationsschemata der Sachverhaltsdarstellung. In Dirk Wegner (Hrsg.), *Gesprächsanalysen. Vorträge, gehalten anlässlich des 5. Kolloquiums des Instituts für Kommunikationsforschung und Phonetik 1976, Bonn, 14.–16. Oktober 1976*, 159–274. Hamburg: Helmut Buske.
- Labov, William (1972): The transformation of experience in narrative syntax. In William Labov, *Language in the inner city. Studies in the Black English vernacular*, 354–396. Philadelphia: University of Philadelphia Press.
- Labov, William & Josua Waletzky (1967): Narrative analysis: Oral versions of personal experience. In June Helm (Hrsg.), *Essays on the Verbal and Visual Arts*, 12–44. Seattle: University of Washington Press.
- Opp, Joachim (2015): Diagnostisches Vorgehen bei Verdacht auf dissoziative Anfälle. *Pädiatrische Praxis* 84, 197–203.
- Opp, Joachim & Barbara Frank-Job (2017): Hypothesen zur Genese dissoziativer Anfälle anhand der Anfallsschilderungen. *Zeitschrift für Epileptologie* 30 (1), 34–38.
- Opp, Joachim, Barbara Frank-Job & Heike Knerich (2015): Linguistische Analyse von Anfallsschilderungen zur Unterscheidung epileptischer und dissoziativer Anfälle. *Neuropädiatrie in Klinik und Praxis* 14 (1), 2–10.
- Quasthoff, Uta (2001): „Erzählen“ als interaktive Gesprächsstruktur. In Gerd Antos, Klaus Brinker, Wolfgang Heinemann & Sven F. Sager (Hrsg.), *Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung*, 1293–1309. Berlin, New York: De Gruyter.
- Quasthoff, Uta M. (1980): *Erzählen in Gesprächen. Linguistische Untersuchungen zu Strukturen und Funktionen am Beispiel einer Kommunikation des Alltags*. Tübingen: Narr.
- Reuber, Markus, Guillén Fernández, Jürgen Bauer, Christoph Helmstaedter & Christian E. Elger (2002): Diagnostic delay in psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology* 58 (3): 493–495.
- Reuber, Markus, Chiara Monzoni, Basil Sharrack & Leendert Plug (2009): Using interactional and linguistic analysis to distinguish between epileptic and psychogenic nonepileptic seizures: A prospective, blinded multirater study. *Epilepsy & Behavior* 16 (1), 139–144.

- Schegloff, Emanuel A. (1982): Discourse as an Interactional Achievement: Some Uses of ‚uh huh‘ and Other Things that Come Between Sentences. In Deborah Tannen (Hrsg.), *Analyzing Discourse: Text and Talk*, 71–93. Washington, DC: Georgetown University Press.
- Schmidt, Thomas (2012): EXMARaLDA and the FOLK tools. *Proceedings of LREC. ELRA*, 236–240.
- Schöndienst, Martin (2017): Zur differenzialdiagnostischen und -therapeutischen Bedeutung diskursiver Stile bei dissoziativen versus epileptischen Patienten. In Annegret Eckart-Henn & Carsten Spitzer (Hrsg.), *Dissoziative Bewusstseinsstörungen – Grundlagen, Klinik, Therapie*, 293–309. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- Schwabe, Meike, Markus Reuber, Martin Schöndienst & Elisabeth Gülich (2008): Listening to people with seizures: How can Conversation Analysis help in the differential diagnosis of seizure disorders? *Communication & Medicine* 5 (1), 59–72.
- Selting, Margret (2010): Affectivity in Conversational Storytelling: An Analysis of Displays of Anger or Indignation in Complaint Stories. *Pragmatics* 20 (2), 229–277.
- Selting, Margret, Peter Auer, Dagmar Barth-Weingarten, ... & Susanne Uhmann (2009): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 10, 353–402.
- Surmann, Volker (2005): *Anfallsbilder. Metaphorische Konzepte im Sprechen anfallskranker Menschen*. Würzburg: Königshausen & Neumann.