

Aus der Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie
der Medizinischen Hochschule Hannover

Empirische Sprachhandlungsuntersuchung von psychiatrischen Gefährdungssituationen

Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
in der Medizinischen Hochschule Hannover

vorgelegt von
Marco Radovic
aus Langenhagen

Zürich 2021

Angenommen vom Senat am 21.03.2022

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Hochschule Hannover

Präsident:	Prof. Dr. med. Michael P. Manns
Betreuer der Arbeit:	PD Dr. med. Stephan Debus
1. Referent:	PD Dr. med. Alexander Diehl
2. Referent:	Prof. Dr. phil. Thomas von Lengerke

Tag der mündlichen Prüfung: 21.03.2022

Prüfungsausschuss

Vorsitz:	Prof. Dr. med. Stefan Bleich
1. Prüferin:	Prof. 'in Dr. med. Karin Weißenborn
2. Prüfer:	PD Dr. rer. nat. Burkard Jäger

Danksagung

Die vorliegende Arbeit entstand an der Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover und dem Institut für Kultursemiotik in Wennigsen im Rahmen des Projekts „Simulation und Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie“ (SRZP). Herrn PD Dr. Stephan Debus, Hochschullehrer an der Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover, Leiter des Instituts für Kultursemiotik und des SRZP-Projekts, gebührt mein ganzer Dank.

Stellvertretend für seinen unermüdlichen Einsatz stehen Hilfestellung bei der Ideenfindung, Durchführung und Fertigstellung. Zu danken habe ich für die Bereitstellung des SRZP-Videomaterials und der technischen Infrastruktur sowie den Zugang zur Bibliothek des Instituts für Kultursemiotik in Wennigsen, ebenso für die maßgebliche Unterstützung bei der Datenauswertung, insbesondere in Bezug auf die Cluster- und Diskriminanzanalyse. Die Betreuung ging über praktische Hilfestellungen sowie die stete Bereitschaft, Fragen zu beantworten und Besprechungen anzuberaumen, weit hinaus. In seinem Interesse und Engagement für die empirische Sprachhandlungsforschung von psychiatrischen Gefährdungssituationen ist die maßgebliche Motivation für das Zustandekommen dieser Arbeit zu suchen.

Neben der inhaltlichen Unterstützung ist in ebensolchem Maße für die Geduld und Ergebnisorientierung während des Betreuungsprozesses gedankt. Für diese letztlich humanistisch geprägte Begleitung während der Gesamtdauer des Projekts bin ich zu tiefem Dank verpflichtet.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung.....	4
1. Einleitung	7
1.1. Relevanz	9
1.2. Stand der Forschung zu psychiatrischen Zwangsanwendungen.....	11
1.2.1. Häufigkeit psychiatrischer Zwangsanwendungen	11
1.2.2. Gründe für psychiatrische Zwangsanwendungen.....	13
1.2.3. Aggression und Gewalt durch Patienten in psychiatrischen Institutionen	16
1.2.4. Prävention und Reduktion psychiatrischer Zwangsanwendungen	18
1.3. Stand der Prozessforschung.....	21
1.4. Allgemeine Fragestellungen.....	21
1.5. Definition der Grundbegriffe.....	22
1.5.1. Definition von Zwangsanwendungen.....	22
1.5.2. Definition von Notfall, Gefährdungssituation, Unfall.....	23
1.5.3. Definition der Konfliktniveaus.....	25
1.5.4. Grundsätzliche Funktion des Psychodramas für die Kommunikationsanalyse	27
1.6. Theorie.....	29
1.6.1. Sprechakttheorie.....	29
1.6.2. Semiotic Observation Language – formale Anatomie der Kommunikation	39
1.7. Aufbau der Arbeit.....	44
2. Methodik	46
2.1. Fragestellungen	46
2.2. Materialsammlung.....	47
2.3. Operationalisierung	51
2.3.1. Transkription	51
2.3.2. Chunking	53
2.3.3. Rating	57
2.4. Datenanalyse	76
2.5. Güte	82

3.	Ergebnisse	89
3.1.	Übersicht	89
3.2.	Materialsammlung.....	89
3.2.1.	Inhaltsangaben zu den Einzelszenen	89
3.2.2.	Szenenangaben	97
3.3.	Datensammlung/Interaktionsprofile	102
3.4.	Ergebnisse der Datenanalyse	130
3.4.1.	Histogramme der Äußerungsakte	130
3.4.2.	Duale Short-Term-Interaktionen	169
	Hypothesen	175
3.4.3.		175
3.4.4.	Clusteranalysen	179
3.5.	Güte/M-Schema.....	180
4.	Diskussion	189
4.1.	Übersicht	189
4.2.	Würdigung und Kritik der Materialgewinnung	189
4.3.	Würdigung und Kritik der Datengewinnung.....	191
4.4.	Würdigung und Kritik der Ergebnisse	198
4.5.	Würdigung und Kritik der Güte	200
4.6.	Ausblick.....	202
5.	Zusammenfassung	203
	Schriftenverzeichnis	205
	Lebenslauf	215
	Erklärung	216

1. Einleitung

Zwangsmaßnahmen (Zwangsmedikation, -fixierung oder -isolation) sind in psychiatrischen Kliniken fester Bestandteil der medizinisch-krankenpflegerischen Versorgung und werden unter bestimmten rechtlichen Vorgaben bei Patienten angewendet. Die Verläufe vieler Situationen auf psychiatrischen Stationen, in denen die therapeutischen Mitarbeiter die Anwendung von Zwang für notwendig erachten, nehmen ihren Ausgangspunkt häufig an speziellen Orten und zu bestimmten Zeiten: etwa der Stationstür oder vor und im Dienstzimmer (Nijman 1997, 1999). An Stationstüren wird typischerweise das Patienteninteresse artikuliert, die Station zu verlassen. Ein Anliegen, das unter den Bedingungen von geschlossenen Türen bei Beschlusspatienten nicht erfüllt werden kann. Vor und im Stationszimmer wird die Medikamentenausgabe organisiert, wobei die Interessen zwischen Patienten und Personal wegen der Einnahmeverweigerung kollidieren können.

Zunächst entspannt wirkende Alltagssituationen auf Station können bis hin zu gewalttätigem Verhalten eskalieren. Solche Situationen sind Gegenstand des Forschungsprojektes „Simulation und Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie“ (SRZP), das an der Medizinischen Hochschule Hannover, in der Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie unter Leitung von PD Dr. Stephan Debus angesiedelt ist (Debus und Radovic 2019; Radovic und Debus 2019). In der Terminologie des SRZP-Projektes ist eine „psychiatrische Gefährdungssituation“ (PGS) eine aktuelle soziale Situation, in der mindestens zwei anwesende Akteure (mindestens in der Rolle von Patienten und Therapeuten) miteinander interagieren. Während der Interaktion steigt das Konfliktpotential bis zu einem Kipp-Punkt, an dem sich die Akteure selbst oder gegenseitig körperlich verletzen können. Zwangsmaßnahmen (ZM) kommen zum Einsatz, wenn dieses Risiko aus Sicht des therapeutischen Teams mit kommunikativen Mitteln nicht mehr zu kontrollieren ist. Die ZM selbst ist ein, auch nachträglich zu dokumentierender, Beleg für einen „psychiatrischen Unfall“, d.h. für ein Ereignis in der PGS kurz nach dem Kipp-Punkt, an dem die Akteure anzeigen, dass der Kommunikationsversuch gescheitert ist, den Konflikt ohne physischen Zwang zu deeskalieren (vgl. Konfliktniveaumodell in Abschnitt 1.5.3). Die Anzeige besteht z.B. aus dem Drücken des „Alarmknopfs“, aus sprachlichen Anweisungen, aus dem Kopfnicken der therapeutischen Kontaktperson als Zugriffsgeste oder anderen verabredeten Zeichenhandlungen. Da im Sinne der Situationssemantik ganz allgemein Situationen durch Ereignisse, Prozesse der Akteure und durch Regeln, die diese Prozesse steuern, beschrieben werden können, gehören zum Begriff der „psychiatrischen Gefährdungssituation“: das Ereignis des *psychiatrischen Unfalls*, die Entscheidung für oder gegen die *Zwangsmaßnahme* und der reale oder mutmaßliche *Kipp-Punkt*, an dem der Kontrollverlust befürchtet wird, sowie die jeweiligen Zeiträume zwischen diesen Ereignissen (Debus 2019b, S. 12). Innerhalb der PGS fordern sich Patienten und Personal gegenseitig heraus, in einigen Fällen auch bis an die oder über ihre Erschöpfungsgrenzen hinaus.

Dass sogar die Rechtslage unmittelbar Einfluss auf die Dynamik von PGS hat, ist evident: ZM bei einwilligungsunfähigen Patienten unterliegen dem anhaltenden Ringen um die rechtlichen Rahmenbedingungen (Müller et al. 2012a, 2012b), wobei psychiatrisch behandelte Patienten in den vergangenen Jahren eine Stärkung des Selbstbestimmungsrechts und der Autonomie erfahren haben. Diese juristische Entwicklung geht mit einer zunehmenden Rechtsunsicherheit für die

psychiatrische Praxis einher. So hängt zum Beispiel die Durchführ- und Legitimierbarkeit von Zwangsmedikationen vom Zweck der Behandlung, dem Bundesland und der Rechtsgrundlage für den stationären Aufenthalt ab. Die Applikation von Pharmaka bei Selbstgefährdung ohne vorliegende Einwilligung des Patienten ist durch das Strafrecht (rechtfertigender Notstand, zum Beispiel bei der Behandlung im Notfall) und das Maßregelvollzugsrecht prinzipiell gedeckt, beim Betreuungsrecht hingegen verboten. Ähnlich verhält es sich für Zwangsmedikationen zwecks Erreichens des Unterbringungs-/Therapieziels sowie bei Fremdgefährdung. Hier bedarf es der Harmonisierung zwischen den verschiedenen Rechtsprechungen, da die Rechtsunsicherheit dazu beitragen kann, dass sich Krankenpflegekräfte ihres Handlungsspielraums in den PGS nicht mehr sicher sind. In dieser uneindeutigen Rechtslage wundert es nicht, dass auch in der psychiatrischen Versorgung grundsätzlich verschiedene medizinische Arbeitskonzepte aufeinanderstoßen, die jeweils die Patientenautonomie oder Fürsorgepflicht in den therapeutischen Interventionen unterschiedlich gewichten.

Diese allgemein gehaltene Beschreibung soll zunächst genügen, um das Gefährdungspotential zu benennen, in dem sich die Akteure befinden und das durch eine Vielzahl von Faktoren gesteuert wird. Dazu gehören patientenseitig: die Psychopathologie und Persönlichkeit und die jeweiligen situationsübergreifenden Umweltfaktoren (z.B. Bildung, Lebensstandard etc.); personalseitig: Eigenschaften der therapeutischen Mitarbeiter (Qualifikation, Persönlichkeit, Alter, Berufserfahrung); therapieseitig: die Stationsmerkmale (Therapiepläne, Ausstattung, Stationsmilieu); institutionsseitig: Strukturmerkmale (Zeitmanagement, Personalschlüssel) und systemseitig: die institutionelle Kooperation im Verbund der Einrichtungen oder die oben genannte Rechtslage.

Der Fokus der hier vorgelegten explorativen Studie liegt auf der Untersuchung der Dynamik und Struktur von PGS. Die Fokussierung auf PGS und nicht auf Akteure als „Gefährder“ hat Auswirkungen auf das gesamte Studiendesign und lässt sich zumindest aus drei Gründen rechtfertigen: 1. Wie aus dem nächsten Abschnitt zum „Stand der Forschung“ deutlich wird, können kontextbezogene oder individuelle etwa auf die Psychopathologie oder Persönlichkeit der Patienten bezogene Fallzahluntersuchungen nicht die Varianz der interklinischen Verteilungen von ZM aufklären (Flammer und Steinert 2018). Es müssen weitere Faktoren gesucht und gefunden werden, die die Verteilungen von ZM erklären können. 2. In den vorherrschenden Erklärungen zur Entstehung und zum Verlauf von Gewalt auf psychiatrischen Stationen dominieren individualistische Modelle, die die Verantwortung für die Eskalation allein an Patienten adressieren (Walter et al. 2012). Forschungsansätze auf dieser Modellbasis können jedoch bei der Suche überindividueller Faktoren nicht mehr ergebnisoffen durchgeführt werden. Es werden folglich erweiterte und anschlussfähige Modelle benötigt, die die individualistische Engführung hinter sich lassen. 3. Würde die Gewalteskalation in PGS allein durch kontextbezogene und situationsübergreifende (soziodemografische Merkmale) oder individuelle (z.B. psychopathologische Merkmale) Faktoren erklärbar sein, wären alle Deeskalationsbemühungen sinnlos. Ein steuernder Einfluss etwa therapeutischer Interventionen könnte dann weder nachgewiesen noch als Erklärung herangezogen werden. Da aber die Anwendung von Deeskalationsstrategien durchaus erfolgreich ist (DGPPN 2018, S. 116–117), wird deutlich, wie wichtig die Untersuchung der Interaktionen in PGS ist. Und es erscheint sinnvoll, weitere Steuerungsmechanismen zu suchen, die in der Gewaltforschung bisher nicht berücksichtigt wurden. In diesem Sinne werden für die empirische

Gewaltforschung neue Methoden eingesetzt, die in Kapitel 3.4.3 in empirisch begründete Hypothesen zu PGS münden und die als Beitrag zu erweiterten Erklärungsmodellen gelesen werden können. Damit ist die Hoffnung verknüpft, dass die vergleichende Epidemiologie und Prozessforschung von den hier vorgelegten Ergebnissen profitieren kann.

1.1. Relevanz

Aus der Literatur des Cochrane-Reviews zum Thema Gewaltreduktion (Sailas und Fenton 2000) geht hervor, dass im Hinblick auf das Outcome von ZM (z.B. weniger Aggressionen, kürzere Aufenthaltsdauer im Krankenhaus oder andere Endpunkte) bei Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen völlige Unklarheit herrscht. In der Praxis bestehen demgegenüber langjährige pflegerische und ärztliche Erfahrungen über Erfolgs- und Misserfolgsbedingungen von ZM. Das aktualisierte Review aus dem Jahr 2012 enthält wegen der nahezu unveränderten Studienlage in Bezug hierauf keine neuen Informationen. ZM bedürfen aus diesem Grunde weiterer Forschungen, die aus der Praxis heraus motiviert sein sollten. Das SRZP-Projekt und die vorgelegte Arbeit versuchen Beiträge zu liefern, die in der Lage sind, Praxis und Praxisforschung zu verknüpfen.

Die 2018 von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) herausgegebenen S3-Leitlinien zur „Verhinderung von Zwang“ tragen in beeindruckender Weise das gegenwärtig verfügbare Wissen zum Thema „Reduzierung von Zwang und Gewalt“ zusammen (DGPPN 2018; Steinert und Hirsch 2018). Die Leitlinie enthält 84 Empfehlungen, die in 45 „pharmakologische“ und 39 „soziale“ Empfehlungen unterteilt werden. Mit der Beachtung der jeweiligen Evidenzlevel der einzelnen Empfehlungen wird jedoch deutlich, dass nur ein Drittel der sozialen Empfehlungen durch Publikationen mit höhergradigem Evidenzlevel abgesichert sind. Rund zwei Drittel basieren auf dem niedrigsten Evidenzlevel, zum Beispiel einem reinen Expertenkonsens von Fachgesellschaften. Die Herausgeber der S3-Leitlinien haben mit ihrer Synopsis ebenfalls den Stand der wissenschaftlichen Desiderate deutlich gemacht. Danach ist es etwa unbekannt (Debus 2018)¹,

1. wie und ob das psychiatrische Hilfesystem für reine Ordnungsmaßnahmen missbraucht wird und durch welche Faktoren aggressives Verhalten getriggert wird.
2. ob die Zuweisung in eine psychiatrische Klinik nur erfolgt, wenn das Patientenverhalten in einem ursächlichen Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen erfolgt;
3. wie sich eine ausreichende/unzureichende Personalausstattung auf die Vermeidung von Zwang und Gewalt auswirkt;
4. ob sich Vorteile aus unterschiedlichen Belegungsstrategien (Spezialstationen vs. gleichmäßige Verteilung) ergeben (hier wird sogar erhöhter Forschungsbedarf angemahnt);

¹ S. Debus war 2017/2018 Mitglied der Konsensusgruppe in der DGPPN-S3-Leitlinien Entwicklung „Verhinderung von Zwang: zur Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“.

5. ob sich generalpräventive Wirkungen durch teambezogene Schulungsmaßnahmen, Behandlungsverträge, regelhafte Einbeziehung von Angehörigen, kooperative Entscheidungsfindung, Beschwerdeinstanzen, Entstigmatisierungsarbeit, Krisendienst, Trialog, vertrauensvolle Kooperation oder gemeindepsychiatrische Hilfesysteme ergeben;
6. ob intensivere Betreuungsmaßnahmen so gestaltet werden können, dass sie einen Beziehungsaufbau ermöglichen;
7. ob sich generalpräventive Wirkungen durch die Beteiligung von psychisch erkrankten Menschen an der Planung von Baumaßnahmen, Mitbehandlung, Forschung und den Behandlungskonzepten ergeben;
8. ob sich positive Einflüsse interkultureller und sprachlicher Kompetenzen ergeben, z.B. in Regionen mit hohem Anteil von Migrantinnen und Migranten;
9. ob die Einstellung von Mitarbeitenden zu geschlechtsspezifischen Besonderheiten wahrgenommen und kritisch reflektiert werden sollte;
10. ob psychiatrische Einrichtungen eine systematische Nachsorge von Patientenübergriffen sicherstellen sollten;
11. ob positive Auswirkungen bestehen, wenn sich psychiatrische Kliniken um größtmögliche Transparenz bemühen; und inwieweit strukturierte Trainingsprogramme wirksam sind;
12. ZM tatsächlich nur als Interventionen der letzten Wahl eingesetzt werden;
13. inwieweit Überprüfungsintervalle geeignet sind, die Dauer von ZM zu reduzieren; freiheitsbeschränkende Maßnahmen und Patientenübergriffe vollständig dokumentiert werden sollten und inwieweit eine sinnvolle Interpretation berücksichtigt werden sollte;
14. und ob eine Nachbesprechung der Maßnahmen erfolgen sollte; die Gesprächsinhalte in der Patientenakte dokumentiert und in der Behandlungsplanung berücksichtigt werden sollte.

Im Rahmen der sogenannten Implementierungsphase des Leitlinienprozesses werden bereits wichtige Fragestellungen aus den Leitlinienempfehlungen aufgegriffen. So ist z.B. das Weddinger Modell, unter Leitung von Dr. Liselotte Mahler, hervorzuheben (vgl. zu Punkt 14 die Evaluation von Nachbesprechungen in (Wullschleger et al. 2019)). Mit der hier vorgelegten Studie ist die Absicht verknüpft, Grundlagenbeiträge zu den oben genannten Punkten 1, 3, 6, 8 und 10 zu liefern. Im Hinblick auf Punkt 10 etwa soll in dieser Studie gezeigt werden, wie Praxis und Praxisforschung ineinandergreifen können. Die Methode des Psychodramas wird eingesetzt, einerseits als reflektierende Methode der Fallnachbesprechung von ZM und andererseits als Methode der Datenerhebung und Rekonstruktion der Dynamik und Struktur von PGS. Auch die Hinwendung etwa auf kommunikative (Punkt 6) und sprachliche Aspekte (Punkt 8) von PGS wird durch Einsatz sprachtheoretisch fundierter Methoden realisiert. Und zur Erforschung der Organisation von PGS werden Methoden benötigt (etwa wie hier über Fokusgruppen), die das Regelwissen der Akteure in den PGS nutzen, um die Dynamik und die Struktur von PGS besser zu verstehen. Mit dem sprachtheoretisch fundierten Ansatz ist ferner die Absicht verknüpft, die Dokumentation (siehe Punkt 13 und 14) von PGS situationsangemessener zu differenzieren und das Deeskalati-

onstraining für Mitarbeitende der Psychiatrie an den Möglichkeiten des Psychodramas zu orientieren. Mit den erwähnten und im Methodenteil näher beschriebenen Verfahren will die vorgelegte Studie die psychiatrischen ZM von einem situationsbezogenen Blickwinkel aus analysieren, um mit den hinzu gewonnenen Einsichten zur weiteren Reduzierung von ZM beizutragen.

1.2. Stand der Forschung zu psychiatrischen Zwangsanwendungen

1.2.1. Häufigkeit psychiatrischer Zwangsanwendungen

Zu ZM werden Häufigkeitsangaben gemacht, die sich auf unterschiedliche Grundgesamtheiten beziehen, was die Vergleichbarkeit erschwert. Ein Datenvergleich psychiatrischer ZM in vier europäischen Nationen gab folgende Maßzahlen an (Lepping et al. 2016):

- ZM pro 100 Einweisungen pro Monat (Periodenprävalenz)
- Patienten, die eine ZM erfahren pro 100 Einweisungen pro Monat (Periodenprävalenz)
- ZM pro 100 kumulierte Bettentage pro Monat (Periodenprävalenz)
- Patienten, die eine ZM erfahren pro 100 kumulierte Bettentage pro Monat (Periodenprävalenz)
- ZM pro 100.000 Einwohner pro Jahr (Periodenprävalenz)
- Arithmetisches Mittel von ZM pro Patient

In der aktuellen S3-Leitlinie (DGPPN 2018) werden unterschiedliche Maßzahlen angegeben, jeweils je nach zitierter Publikation.

Die Auftrittswahrscheinlichkeit von ZM in psychiatrischen Kliniken variiert erheblich. In Deutschland sind schätzungsweise 6% aller stationär-psychiatrischen Patienten von ZM betroffen (Lepping et al. 2016). Dies wird durch die erste flächendeckende Vollerhebung psychiatrischer ZM bestätigt (Flammer und Steinert 2018), wobei es sich um eine Fallregisterstudie aller 32 psychiatrischen Kliniken aus Baden-Württemberg handelt. Es konnte gezeigt werden, dass in 7% aller Behandlungsfälle eines Jahres ZM zum Einsatz kommen ($n=108.863=100\%$). Die klinikabhängige Spanne reicht hierbei von 0,3% bis 18%. Als mögliche Ursachen für diese Unterschiede werden Patienten-, Klinik- und Strukturmerkmale der jeweiligen Versorgungsgebiete sowie Wertvorstellungen, Einstellungen und Traditionen des Personals genannt. Zwangsmedikationen kommen in 0,6% aller stationären Aufnahmen vor (Flammer und Steinert 2018).

Zu ZM wurden zahlreiche Längs- und Querschnittbeobachtungen aus verschiedenen Ländern publiziert. Aus dem deutschsprachigen Raum liegt eine Längsschnittstudie vor (Steinert et al. 2015). Es handelt sich um einen Vergleich von fünf Kliniken, in denen über einen Zeitraum von neun Jahren eine Vollerhebung psychiatrischer ZM durchgeführt wurde. Parallel hierzu sollten psychiatrische ZM reduziert werden. Im Erhebungszeitraum 2004 bis 2012 sank der Anteil zwangsweise behandelter Patienten von 8% auf 6% (Gesamtzahl der Behandlungsepisoden $n=138.580$).

Außerdem liegt eine retrospektive, multizentrische Längsschnittstudie unter Berücksichtigung 438 psychiatrischer Stationen aus den USA für den Zeitraum 2007 bis 2013 vor (Staggs 2015). Die Studie konnte keine Veränderung des Anteils zwangsweise behandelter Patienten feststellen, die Dauer der ZM hatte sich aber im Untersuchungszeitraum von vier auf zwei Stunden pro Maßnahme verringert. In Bezug auf die Maßnahmenart konnten ein sinkender Anteil von Fixierungen sowie ein steigender Anteil von Isolierungen und Zwangsmedikationen gezeigt werden.

Ein Querschnittvergleich von sechs deutschen Kliniken zeigte, dass es in 2-7% der Fälle zu ZM kommt (Ketelsen et al. 2011). Dies deckt sich mit den Daten eines Klinikvergleichs zwischen jeweils sieben schweizerischen und deutschen Kliniken, hier konnten in 8% der Fälle Fixierungen oder ZM festgestellt werden (Martin et al. 2007).

Eine mono-institutionelle retrospektive Studie der Medizinischen Hochschule Hannover geht ebenfalls von einem Anteil von 7% Fixierungen aus (Bastiaan et al. 1998). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie konnte in einer prospektiven, mono-institutionellen, 2000 Patienten umfassenden Publikation gezeigt werden, dass 9% aller Patienten ZM erfahren (Fetzer et al. 2006).

Der Anteil an Patienten, der psychiatrische ZM erfährt, wird im internationalen Vergleich gemäß eines systematischen, 74 Studien umfassenden Reviews mit 4-20% angegeben (Beghi et al. 2013). Ein vier Nationen berücksichtigender Vergleich nationaler und regionaler Vollerhebungsdaten (Wales, Irland, Deutschland und Niederlande) zeigte einen Anteil von 5% bis 8% zwangsbehandelter Patienten (Lepping et al. 2016). In Island kommen gemäß Literatur mechanische ZM wie Fixierungen oder Isolierungen nicht vor, nur das Festhalten eines Patienten durch das Personal ist erlaubt (Gudmundsson 2012).

Zu den Niederlanden liegen aus dem Jahre 2011 querschnittsmäßig erhobene Vollerhebungsdaten mit einem landesweiten Erfassungsgrad von 75% vor (Noorthoorn et al. 2015). Die Studie zeigt, dass 12% aller Patienten mindestens einmal während des Erfassungszeitraums ZM erfuhren (n=42.960 Patienten). Dies deckt sich mit Erhebungen einer prospektiven, mono-institutionellen Studie zur Evaluierung prädiktiver Variablen zur Früherkennung von ZM, ebenfalls aus den Niederlanden (Georgieva et al. 2012). Die Publikation gibt einen Anteil von 14% aller Patienten an, denen während des Erhebungszeitraums ZM widerfuhr. Die Publikation von Noorthoorn stellt die niederländischen Ergebnisse auch im internationalen Kontext dar, für eine Klinik in Japan wird der Anteil zwangsbehandelter Patienten mit 55% angegeben. Gemäß der aktuellen S3-Leitlinie allerdings steigt die Variabilität der Ergebnisse mit abnehmender Anzahl der erfassten Patienten an: Register-Analysen ganzer Länder oder Regionen zeigen eine geringere Variabilität als Übersichtsarbeiten, die sich auf zufällig ausgewählte Studienpopulationen beziehen (DGPPN 2018, S. 207).

Zur Frage, ob Zwangsmedikationen als initiale ZM Isolierungen während des stationären Aufenthalts eines Patienten reduzieren können, liegt eine randomisierte Studie vor (Georgieva et al. 2013). Hierbei konnte gezeigt werden, dass sich der Anteil isolierter Patienten von 15% auf 8% reduziert, wenn initial Zwangsmedikationen durchgeführt werden. Der Anteil an Patienten aber, der einer beliebigen Zwangshandlung ausgesetzt war, blieb mit 15% unverändert. Statt Isolierungen wurden vor allem Zwangsmedikationen durchgeführt. Diese Befunde decken sich mit der

oben zitierten US-amerikanischen Längsschnitterhebung, bei der sich lediglich veränderte Anteile einzelner ZM zeigten, ohne Rückgang der ZM insgesamt (Staggs 2015).

Alle bislang angegebenen Anteile zwangsweise behandelter Patienten beziehen sich auf freiwillig und unfreiwillig eingewiesene Patienten. Beim derzeit Studienteilnehmer rekrutierenden internationalen EUNOMIA-Projekt werden prospektiv und multizentrisch einheitlich definierte ZM bei ausschließlich unfreiwillig hospitalisierten Patienten dokumentiert (Kallert et al. 2005). Erhebungszeitpunkte für die Dokumentation von ZM belaufen sich auf die erste Woche nach der stationären Aufnahme eines Patienten, sowie Woche 4 und 12. Erste Ergebnisse (n=2027 unfreiwillig eingewiesene Patienten) zeigen länderübergreifend einen Anteil von 40% ZM, länderspezifisch können unter anderem folgende Differenzen gezeigt werden: Spanien 21%, Polen 59%, Deutschland 43% (Kalisova et al. 2014). Zu ähnlichen Ergebnissen (38%) kommt eine Studie, deren Patientenkollektiv aber nur 74 zwangsweise eingelieferte Patienten umfasst (n=520, 14%) (Georgieva et al. 2012). Eine prospektive nationale Beobachtungsstudie aus Norwegen zeigt, dass institutionsabhängig 0-88% aller unfreiwillig eingewiesener Patienten ZM widerfahren. (Husum et al. 2010).

1.2.2. Gründe für psychiatrische Zwangsanwendungen

Hinweise für die Gründe variierender Auftrittswahrscheinlichkeiten von ZM lassen sich bei patientenimmanenten und institutionellen Umgebungsfaktoren finden. Wie im Folgenden gezeigt wird, konzentrieren sich viele Autoren auf die Beschreibung von patientenimmanenten Risikofaktoren. Das Safewards-Modell, ein erstes Modell zur Erklärung unterschiedlich häufig auftretender ZM unter Berücksichtigung institutioneller Umgebungsfaktoren ist erst vor wenigen Jahren publiziert worden (DGPPN 2018; Bowers 2014). Es benennt sechs Kategorien, denen ein Einfluss auf die Auftrittswahrscheinlichkeit von psychiatrischen ZM zugeschrieben wird. Die Auswahl der Kategorien beruht auf Expertenkonsens:

- Verhalten der Therapeuten
- Architektonische Gegebenheiten, Einrichtung der Station
- Patientenumfeld wie Familienangehörige, sozioökonomischer Hintergrund oder Wohnsituation
- Patienten-Patienten-Kommunikation
- Psychopathologische Merkmale eines Patienten
- Legislative/administrative Rahmenbedingungen, z.B. Gesetze

Das Safewards-Modell stellt einen ersten theoretisch fundierten Erklärungsansatz für die unterschiedliche Auftrittswahrscheinlichkeit von ZM dar, es liegt bereits die erste randomisierte kontrollierte Studie vor, die eine Aggressions-reduzierende Wirkung des angewandten Modells im Vergleich zur Standardversorgung nachweisen konnte (Bowers et al. 2015).

Publiziert zum Thema Risikofaktoren für ZM sind ferner systematische Reviews (Beghi et al. 2013), prospektive, mono-institutionelle Interventions- sowie Beobachtungsstudien (Georgieva et al. 2012; O'Malley et al. 2007) und retrospektive Fallserien (Nitschke-Janssen und Branik 2006). Hierbei korrelieren folgende institutionelle Faktoren mit dem Auftreten von ZM:

- Zwangseinweisungen stellen einen Risikofaktor für ZM im Vergleich zu freiwilligen Aufnahmen dar. Zwar liegen unseres Wissens keine prospektiven Fall-Kontrollstudien vor, Publikationen mit Beschränkung des Studienkollektivs auf unfreiwillig eingelieferte Patienten zeigen jedoch wie oben beschrieben einen deutlich höheren Anteil an ZM im Vergleich zu Patientenkollektiven, die freiwillig aufgenommene Patienten einschließen (Husum et al. 2010; Georgieva et al. 2012; Beghi et al. 2013; Kalisova et al. 2014; Odawara et al. 2005).
- Zum Einfluss der Tageszeit auf die Auftrittswahrscheinlichkeit von ZM liegen inkonsistente Daten vor. In einem systematischen Review konnten Korrelationen zwischen ZM und Abend- sowie Morgenstunden gezeigt werden (Beghi et al. 2013), in einer prospektiven mono-institutionellen Publikation wurde die Nachtschicht als Risikofaktor postuliert (O'Malley et al. 2007).
- In einer retrospektiven, mono-institutionellen Fallserie aus Japan waren Patienten einem erhöhten Risiko für ZM ausgesetzt, die außerhalb der Büroarbeitszeiten hospitalisiert worden waren (Odawara et al. 2005).
- Ob die Geschlechterverteilung des Personals einen Einfluss auf die Häufigkeit von ZM hat, ist unklar. Zum Teil wird das männliche (Beghi et al. 2013), zum Teil das weibliche Geschlecht als Risikofaktor genannt (O'Malley et al. 2007).
- Der Einfluss der Erfahrung des Pflegepersonals auf die Häufigkeit von ZM ist ungeklärt. Gemäß einer prospektiven, monozentrischen Beobachtungsstudie spielt sie keine Rolle (O'Malley et al. 2007). Auch bei einem Online-Survey mit 348 Teilnehmern konnten keine Korrelationen zwischen Berufserfahrung und Patientenübergriffen gezeigt werden. Die durchschnittliche Berufserfahrung betrug vierzehn Jahre (Kelly et al. 2015). In einer britischen Beobachtungsstudie zeigte sich der Einsatz temporär eingesetzten Pflegepersonals jedoch als Risikofaktor für die Auftrittswahrscheinlichkeit aggressiver Verhaltensweisen seitens der Patienten (James et al. 1990).
- Gemäß einer monozentrischen Beobachtungsstudie sind folgende Faktoren mit einem verringerten Vorkommen von ZM assoziiert: geringe Bettenzahl, ausreichend Personal und Präsenz von Personal, das sich zwar auf der Station befindet, aber nicht in die Patientenversorgung eingebunden ist (zum Beispiel administrative Tätigkeiten) (O'Malley et al. 2007). Es liegen allerdings auch Arbeiten vor, bei denen sich keine inverse Korrelation zwischen ZM und Personaldichte zeigte (Steinert et al. 2010; Boumans et al. 2015).
- Eine retrospektive Beobachtungsstudie mit 200.000 Behandlungsfällen zeigte, dass eine stärkere Einbindung des sozialpsychiatrischen Dienstes zu einer Reduktion von zwangsweise stationär untergebrachten Patienten führt (Juckel und Haußleiter 2015).

Ein erhöhtes Risiko für ZM wird für folgende patientenabhängigen Faktoren beschrieben (Beghi et al. 2013; Norredam et al. 2010; Odawara et al. 2005; Georgieva et al. 2012; Raboch et al. 2010; Kallert et al. 2005):

- junges Patientenalter
- männliches Geschlecht
- Zwangseinweisung (Gründe hierfür häufig Gewaltverhalten)
- fehlende Vorbehandlung
- wiederholte Hospitalisationen in der Vergangenheit
- Suizidversuche in der Anamnese
- mangelnde Kooperationsbereitschaft
- psychologische Einschränkung
- Migrationshintergrund
- Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis
- besondere Schwere der Symptome
- Suchterkrankungen
- hirnorganische Schäden

An einer depressiven Episode erkrankte Patienten weisen ein verringertes Risiko für ZM auf (Beghi et al. 2013).

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie scheinen Gewalterfahrungen in der Familie, ein höheres Alter, weibliches Geschlecht sowie Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen Risikofaktoren für ZM darzustellen (Nitschke-Janssen und Branik 2006).

Zusammengefasst lassen sich mit Ausnahme von Zwangseinweisungen keine robusten Prädiktoren für ZM unter den demographischen Variablen betroffener Patienten finden.

Komplikationen psychiatrischer Zwangsanwendungen

In einer prospektiven, mono-institutionellen Beobachtungsstudie aus den USA ist es in 7% aller ZM zu Komplikationen gekommen (Zun 2003). Diese bestanden zum Beispiel im Entkommen der Patienten aus der Fixierung, Erbrechen, Selbst-/Fremdgefährdung oder Agitiertheit. ZM mit Todesfolge durch Ersticken wurden in einer retrospektiven, gerichtsmedizinischen Publikation beschrieben (Mohsenian et al. 2003). In der Arbeit sind sechs Fälle beschrieben, es wird aber von einer höheren Dunkelziffer ausgegangen. Zur Prävention von Todesfällen bei der Durchführung von ZM wird der Einsatz von Pulsoxymetern diskutiert (Masters und Wandless 2005).

1.2.3. Aggression und Gewalt durch Patienten in psychiatrischen Institutionen

Psychiatrische Kliniken sind durch ein erhöhtes Aggressions- und Gewaltrisiko gekennzeichnet. Die S3-Leitlinie hält aber fest, dass psychiatrisch erkrankte und nicht erkrankte Menschen als gleich gefährlich respektive ungefährlich anzusehen sind, da es keine wissenschaftlich bewiesene Kausalität zwischen psychiatrischen Erkrankungen und Gewalthandlungen gibt. Vielmehr müsse in Betracht gezogen werden, dass psychiatrischen Erkrankungen und delinquenten Handlungen ähnliche Risikofaktoren zugrunde liegen (DGPPN 2018, S. 46–47).

Epidemiologie

Der Anteil tätlich aggressiver Patienten im deutschsprachigen Raum wird in der aktuellen S3-Leitlinie mit 2% angegeben (DGPPN 2018, S. 53). Werden verbale Aggressionen wie Drohungen ebenfalls berücksichtigt, erhöht sich der Anteil. Prospektive mono- und multizentrische Beobachtungsstudien aus dem deutschsprachigen Raum zeigen, dass der Anteil aggressiver Patienten dann 7% beträgt (Rüesch et al. 2003; Ketelsen et al. 2007a). Ein systematisches Review unter Berücksichtigung internationaler psychiatrischer Kliniken gibt sogar eine Prävalenz von 17% an (Iozzino et al. 2015). Lehrbücher zum Thema nennen eine Prävalenz von 10% (Nijman 1999). Die Schwankungen sind in unterschiedlichen Erhebungsmethoden und Anteilen zwangseingewiesener Patienten zu suchen. Deren Anteil fällt im deutschsprachigen Raum niedriger als im internationalen Vergleich aus.

Prädiktoren

Publikationen zu Prädiktoren für aggressives Verhalten in psychiatrischen Kliniken zeigen inkonsistente Ergebnisse, zwei hierzu publizierte systematische Reviews fassen Studien mit sehr heterogenen Studienkollektiven zusammen (Cornaggia et al. 2011; Dack et al. 2013). Hierbei werden folgende patientenbezogene Risikofaktoren diskutiert: vorausgegangene Episoden aggressiven Verhaltens, Impulskontrollstörungen, lange Klinikaufenthalte, unfreiwillige Einweisung, junges Lebensalter, männliches Geschlecht, Familienstand ledig, Schizophrenie, zahlreiche vorangegangene Aufnahmen auf psychiatrische Stationen, Suizidversuch, Drogenabusus und Delinquenz in der Vorgeschichte.

Bei der Gewaltentstehung spielt das bio-psycho-soziale Modell eine Rolle, dessen Komponenten (biologische Faktoren wie Hirnschädigungen, psychische Einflüsse/Erkrankungen und soziale Aspekte wie Viktimisierung) wechselwirkend die individuelle Disposition zu gewalttätigem Verhalten determinieren können (Steinert und Whittington 2013).

Beim Entstehen von Aggressionen spielen nicht nur patientenimmanente Faktoren eine Rolle, sondern auch interaktionale Aspekte zwischen Krankenpflegepersonal und Patienten (Whittington und Richter 2005). Derlei externe Faktoren, die bei den Patienten Wut und/oder Angst auslösen können, werden unter dem Begriff „aversive Stimulation“ zusammengefasst (Whittington

und Wykes 1996). Aversive Stimulationen können vielgestaltig vorkommen, so können sie Verhaltensweisen des therapeutischen Personals umfassen, die von den Patienten als provozierend aufgefasst werden. Auch architektonische Gegebenheiten können eine aggressionsfördernde Wirkung aufweisen, zum Beispiel räumliche Enge von Patienten. Aversive Stimulationen erfolgen unwillentlich (DGPPN 2018, S. 65).

Patienten und therapeutisches Personal schreiben Aggressionen unterschiedlichen Ursachen zu. Während Therapeuten die Ursache von Aggressionen vor allem bei patientenimmanenten Faktoren verorten, wird sie von Patienten eher der Stationsatmosphäre oder dem Verhalten des Personals zugeschrieben (Duxbury 2002). Auch das Gefühl, sich nicht verstanden oder akzeptiert zu fühlen wird von Patienten als Ursache von Aggressionen angegeben (Ilkiw-Lavalle und Grenyer 2003). Aggressionen treten vor allem in Situationen auf, in denen es um die Applikation von Pharmaka, das Durchsetzen von Regeln oder die Sanktionierung von Regelverstößen geht (Renwick et al. 2016). Folgende Sanktionen sind möglich: Verweigerung von Wünschen, Durchsetzung rigider Stationsregeln, Durchführung von ZM oder Aufforderungen zu Aktivitäten, die von den Patienten nicht gewünscht werden. PGS entstehen vor allem in Situationen, in denen es zu einer Auseinandersetzung um gegensätzliche Interessen kommt. Hierbei kann es sich um nicht genehmigten Ausgang, verweigertem Zugang zu Nahrungsmitteln und Zigaretten oder andere Belange handeln, bei denen ein Interessensgegensatz vorzufinden ist (Radovic und Debus 2019). „Aggressives Verhalten in psychiatrischen Einrichtungen resultiert, zusammengefasst, aus dem Zusammenspiel individuellen Erlebens und Verhaltens auf Mitarbeiter- und Patientenseite, situativer Merkmale und einer Eskalationskomponente.“ (DGPPN 2018, S. 67)

Belastung des Personals durch Patientenübergriffe

Patientenübergriffe stellen eine erhebliche psychische Belastung für das Krankenpflegepersonal dar und kommen häufig vor. So gaben in einer Online-Umfrage (n= 348) 99% der befragten Krankenpfleger einer forensisch-psychiatrischen Station an, im Laufe der vorvergangenen zwölf Monate verbal angegriffen worden zu sein. Tätliche Übergriffe fanden in 70% der Fälle statt. Außerdem kam es in 92% der Fälle zu verbalen Konflikten innerhalb der Kollegenschaft (Kelly et al. 2015).

Gewalt gegen psychisch erkrankte Menschen

Gemäß eines 34 Studien umfassenden systematischen Reviews haben psychisch erkrankte Menschen unabhängig von ZM ein doppelt so hohes Risiko, Opfer von Gewalttaten zu werden (Latalova et al. 2014).

1.2.4. Prävention und Reduktion psychiatrischer Zwangsanwendungen

Angesichts des invasiven Charakters von ZM, der psychischen Belastung des Personals, vielschichtiger ethischer Fragestellungen, der steigenden Inzidenz psychiatrischer Erkrankungen sowie dem Beitrag zu einem negativen Bild der psychiatrischen Versorgung in der öffentlichen Wahrnehmung wird angestrebt, die Anzahl von ZM zu reduzieren. Es liegen zahlreiche Studien zum Einsatz ZM-reduzierender Maßnahmen vor. Vorweg muss festgehalten werden, dass die meisten Publikationen aufgrund des retrospektiven Designs, fehlender Kontrollgruppen und kleiner Patientenzahlen einem niedrigen Evidenzgrad entsprechen. Randomisierte kontrollierte Studien (RCT) sind die Ausnahme.

Zur Reduktion von ZM liegt ein systematisches Review vor, das anlässlich der S3-Leitlinie angefertigt wurde (Hirsch 2017). Von den 78 eingeschlossenen Publikationen fielen 64 positiv aus, d.h., in der Mehrzahl der publizierten Studien konnte eine Reduktion von ZM gezeigt werden. Allerdings wiesen nur zwölf Studien eine Kontrollgruppe und nur vier Studien ein randomisiertes Design auf.

Das systematische Review ordnet eingeschlossene Publikationen folgenden Interventionsbereichen zu: Organisation der Klinik, Fortbildungen/Trainingsprogramme für Mitarbeiter, architektonische Gestaltung, strukturierte Risikoeinschätzung, 6-score-Strategie, Engagement-Modell, psychotherapeutische Angebote für Patienten und verhaltenstherapeutische Nachbesprechungen für das Personal. Analog zu dieser Klassifizierung werden einzelne Publikationen vorgestellt.

Organisationshandeln

Eine multizentrische Benchmarkstudie (Längsschnitt) zeigt, dass der Anteil an ZM durch die leitliniengerechte Durchführung von ZM und eine adäquate Dokumentation reduziert werden kann (Steinert et al. 2015). Hierauf deutet auch eine retrospektive, monozentrische Studie aus Spanien hin (Gonzalez-Torres et al. 2014). Verglichen wurden Ein-Jahres-Zeiträume vor und nach Inkrafttreten einer klinikinternen Leitlinie zur Reduktion von ZM, die Rate an ZM konnte von 44% auf 3% gesenkt werden.

Es liegt eine Interventionsstudie ohne Kontrollgruppe vor, bei der durch Erhöhung der Personaldichte eine Reduktion von ZM bewirkt werden konnte (Donat 2002).

Nijman et al. zeigten in einer kontrollierten, mono-institutionellen Interventionsstudie, dass niedrigschwellig durchführbare Interventionen wie dem Erklären von Stationsabläufen für die Patienten (Wann ist mit Abwesenheiten des Pflegepersonals wegen pflegerischer Übergaben zu rechnen? Wie erhalte ich einen Termin beim behandelnden Arzt? Warum bin ich eingewiesen worden? Warum ist die Tür verschlossen? Wie erhalte ich Ausgang?) zu einem niedrigerem Aggressionsgrad beitragen können (Nijman et al. 1997). Die Anzahl der Aggressionsereignisse verringerte sich aber nicht.

Zur Wirksamkeit des Safewards-Modells in Bezug auf die Reduktion von Aggressionen liegt wie oben beschrieben eine randomisierte Studie vor (Bowers et al. 2015). 31 psychiatrische Stationen

wurden entweder in den Safewards- (n=16) oder Standardarm (n=15) randomisiert, der primäre Endpunkt bestand in der Reduktion aggressiver Situationen und ZM. Im Safewards-Arm wurden zehn Interventionen angewandt, zum Beispiel das Nennen von mindestens einem positiven Sachverhalt zu jedem Patienten bei der pflegerischen Übergabe. Für Konfliktsituationen (verbale Aggression, Suizidversuche, unerlaubter Alkoholkonsum, Fluchtversuche etc.) konnte eine Risikoreduktion von 15% (95% CI 5.6–23.7%, $p=0.001$), für ZM (Zwangsmedikation, Isolierung, Fixierung) eine Risikoreduktion von 26% (95% CI 9.9–34.3%) gezeigt werden. Die Studie ist im systematischen Review aber ausgeschlossen worden, da keine Häufigkeiten einzelner ZM (z.B. Fixierung, Isolierung), sondern nur Summenscores angegeben wurden.

Fortbildungen/Trainingsprogramme

Beraterteams, die aus hierfür geschultem Krankenpflegepersonal bestehen und bei PGS hinzugezogen werden, können gemäß einer mono-institutionellen, nicht kontrollierten Interventionsstudie zur Reduktion von Fixierungen führen, bewirken aber zugleich einen Anstieg von Isolierungen (Ketelsen et al. 2007b).

Fortbildungen in Bezug auf die Anwendung von Zwang in der Psychiatrie führten in einer mono-institutionellen Interventionsstudie mit Vorher-/Nachher-Vergleich zu einer Reduktion von ZM, einer niedrigeren Dauer von ZM sowie zu weniger verletzten Krankenpflegepersonen (Forster et al. 1999). Es liegt eine randomisierte, kontrollierte Studie vor, bei der didaktisches Training vs. didaktisches und gewaltfreies Selbstverteidigungstraining vs. kein Training getestet wurde (Phillips und Rudestam 1995). Das kombinierte Training führte zu einer Reduktion der Patientenübergriffe und zu einem verringertem Angst-Empfinden seitens des Krankenpflegepersonals.

Architektonische Gestaltung

In einer mono-institutionellen Beobachtungsstudie konnte durch den Umbau einer psychiatrischen Station eine Risikoreduktion von 50% in Bezug auf die Auftrittswahrscheinlichkeit von ZM gezeigt werden (Rohe et al. 2017).

Strukturierte Risikoeinschätzung

Zur strukturierten Risikoeinschätzung liegen zwei RCT mit positiven Ergebnissen vor. Für die schweizerische Version der Brøset Violence Checklist konnten Risikoreduktionen von 27% für ZM sowie von 41% für schwere Aggressionsereignisse gezeigt werden. Die Schwere der Aggressionsereignisse wurde mittels des SOAS-R-Score ermittelt, wobei ein Aggressionsereignis von mehr als acht Punkten als schwerwiegend gewertet wurde (Spannweite des Scores 0-22 Punkte) (Abderhalden et al. 2008). Beteiligt haben sich 14 psychiatrische Stationen der Deutschschweiz. Eine weitere RCT verglich die Kombination verschiedener Risiko-Scores mit der Standardversorgung, hierbei zeigten sich positive Ergebnisse zugunsten des experimentellen Studienarms (van

de Sande et al. 2011). Reduziert werden konnten die Anzahl der Aggressionsereignisse, die Anzahl aggressiver Patienten sowie die Isolationsdauer. Die Anzahl der Isolierungen und isolierter Patienten unterschied sich jedoch nicht signifikant von der Vergleichsgruppe.

6-score-Strategie

6-score-Strategien gehören zu den komplexen Behandlungsprogrammen, das heißt, es werden mehrere Einzelmaßnahmen zu einer komplexen Intervention zusammengeführt. Kann in einer Studie dann die Überlegenheit dieser Interventionen gegenüber der Kontrollgruppe gezeigt werden, sind Rückschlüsse auf die Wirksamkeit der verschiedenen Einzelmaßnahmen nur bedingt möglich. Bei der 6-score-Strategie bestehen die Einzelmaßnahmen zum Beispiel in Nachbesprechungen von ZM unter den Therapeuten oder der strukturierten Risikoeinschätzung von Patienten und Gefahrensituationen. Zur 6-score-Strategie liegen zwei randomisierte, kontrollierte Studien vor, die zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Eine finnische Studie, bei der die 6-score-Strategie auf 13 psychiatrischen Stationen getestet wurde, zeigte eine Reduktion von Fixierungen und Isolierungen zugunsten des experimentellen Arms, Aggressionen traten aber gleich häufig auf (Putkonen et al. 2013). Eine dänische Studie wiederum kam zu gänzlich anderen Ergebnissen, eine Überlegenheit der 6-score-Strategie gegenüber dem Standardarm konnte nicht gezeigt werden (Ohlenschlaeger et al. 2008).

Engagement-Model

Das Engagement-Modell stellt eine komplexe Intervention dar, bei der Therapeuten zum Beispiel angehalten werden, sich mehr bei den Patienten auf Station und weniger im Dienstzimmer aufzuhalten oder das Mittagessen vom Arbeitgeber kostenfrei erhalten, wenn sie dies zusammen mit den Patienten einnehmen (DGPPN 2018). Es wurden sehr vielversprechende Ergebnisse publiziert, die ZM konnten anscheinend auf ein Minimum reduziert werden (Murphy 2005, S. 102). Auf Grund fehlender Studien mit Kontrollgruppen oder randomisierten Arbeiten können zur Effektivität des Engagement-Modells aber keine robusten Aussagen getroffen werden.

Obige Ausführungen belegen, dass zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten zur Häufigkeit und Reduktion sowie zu den Risikofaktoren von ZM in psychiatrischen Kliniken vorliegen. Die Ergebnisse fallen aber sehr unterschiedlich aus und die diskutierten patientenimmanenten Faktoren können die variablen Häufigkeiten von ZM nicht hinreichend erklären. Höchstwahrscheinlich spielen auch institutionelle Umgebungsfaktoren, interaktionale Aspekte und kommunikative Prozesse zwischen Patienten und Therapeuten eine entscheidende Rolle.

1.3. Stand der Prozessforschung

Für das Safewards-Modell, das unter anderem in institutionell bedingten Umgebungsfaktoren eine Ursache für Zwang und Gewalt in psychiatrischen Kliniken sieht, konnte wie oben beschrieben in einer RCT eine statistisch signifikante Reduktion von ZM gezeigt werden (Bowers et al. 2015). Diese Ergebnisse werden durch eine multizentrische, prospektive Beobachtungsstudie gestützt, bei der sich die Häufigkeit von ZM abhängig von der jeweiligen Institution zeigte (Renwick et al. 2016). Gemäß einer Meta-Analyse sind Interaktionen zwischen Mitarbeitern und Patienten sogar als häufigster Auslöser aggressiver Handlungen anzusehen (Papadopoulos et al. 2012). Patientenbefragungen nach Entlassungen aus psychiatrischen Kliniken zeigen, dass die Beziehung zum therapeutischen Personal einen wichtigen Faktor für die Behandlungszufriedenheit darstellt (Roche et al. 2014). Eine Meta-Analyse qualitativer Studien zur Interaktion zwischen Patienten und Krankenpflegepersonal zeigte, dass sich ein intuitiv-abwägender Zugang eher zum Erreichen therapeutischer Ziele eignet als ein unflexibler und unverbindlicher Zugang (Fingeld-Connett 2009). In der S3-Leitlinie resultieren die obigen Ausführungen in der Stellungnahme, dass Interaktionen mit Patienten empathischer Natur sein sollen (Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 4), obwohl „das gesicherte Wissen über den Einfluss von Umgebungsfaktoren und Interaktionen (...) vergleichsweise gering“ ist (DGPPN 2018, S. 54).

Es lässt sich also festhalten, dass kommunikative Vorgänge zwischen Patienten und Therapeuten höchstwahrscheinlich einen Einfluss auf die Beziehungsarbeit und die Häufigkeit von ZM haben, die zugrundeliegenden Prozesse aber unbekannt sind, da keine wissenschaftlichen Prozessanalysen hierzu vorliegen (Debus 2019b).

Die vorliegende Arbeit soll einen Beitrag dazu leisten, diese Lücke zu füllen. Sie stellt einen der ersten publizierten Beiträge zur Prozessforschung psychiatrischer ZM dar. Sie stellt sich der Frage, welche elementaren Prozesse bei der Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten eine Rolle spielen.

1.4. Allgemeine Fragestellungen

Die vorliegende Untersuchung geht von der folgenden allgemeinen Fragestellung aus: Was geschieht während PGS, in denen Zwang angewendet oder erfolgreich vermieden wird? Es soll untersucht werden, wie PGS im Hinblick auf das Kommunikationsverhalten genau ablaufen. Wodurch ist die Kommunikation z.B. in Abhängigkeit von verschiedenen Eskalationsphasen gekennzeichnet? Warum eskalieren Interaktionen zwischen Krankenpflegepersonal und Patienten? Gibt es interaktionelle Strukturen und Risikofaktoren für PGS? Und wie wird ein bestimmtes, vom Krankenpflegepersonal angestrebtes Patientenverhalten herbeigeführt? Nach der Darstellung der Sprechakttheorie (Abschnitt 1.6.1) können diese Fragestellungen im Hinblick auf das verbale und nonverbale Kommunikationsverhalten der Akteure in PGS angegangen werden. Zunächst werden einige häufig verwendete Arbeits- und Grundbegriffe eingeführt.

1.5. Definition der Grundbegriffe

1.5.1. Definition von Zwangsmaßnahmen

Es gibt unterschiedliche ZM in psychiatrischen Kliniken. Angewendet werden Fixierungen, Isolierungen, Netzbetten, Bettgitter, Ausgangsbeschränkungen und Zwangsmedikationen (DGPPN 2018, S. 206–207; Lang 2013, S. 35; Flammer und Steinert 2018; Ketelsen et al. 2011).

Fixierungen sind durch das Festbinden eines Patienten mit breiten Stoffgurten definiert. Zu differenzieren sind Bett- und Stuhlfixierungen, bei denen Patienten im Bett liegend oder im Stuhl sitzend mittels Bauchgurt festgebunden werden. Stuhlfixierungen finden vorwiegend Einsatz in der Gerontopsychiatrie, Bettfixierungen vor allem in allgemein psychiatrischen Kliniken. Bettfixierungen können an unterschiedlich vielen Körperteilen erfolgen: Ein-Punkt-Fixierung (nur Bauch), Drei-Punkt-Fixierung (Bauch, Arm rechts und Bein links oder Bauch, Bein rechts und Arm links), Fünf-Punkt-Fixierung (Bauch, beide Arme und Beine) bis hin zur 11-Punkt-Fixierung inklusive Kopf.

Ausgangsbeschränkungen sind Maßnahmen, bei denen Patienten eine psychiatrische Station nicht oder nur bedingt verlassen dürfen. Stationen mit verschlossenen Ein- und Ausgangstüren werden als geschlossene Stationen bezeichnet.

In der aktuellen S3-Leitlinie (DGPPN 2018) werden weiter Netzbetten erwähnt, die den Aktionsradius des Patienten auf sein Bett beschränken, Patienten können sich allenfalls aufsetzen, Stehen ist nicht möglich. Am Bett festgebunden sind die Patienten aber nicht.

Weiter zählt das Festhalten zu psychiatrischen ZM, bei dem Patienten durch das Krankenpflegepersonal zu Boden oder auf ein Bett gedrückt werden, ohne Zuhilfenahme von Gurten. Das Festhalten kann zur Vorbereitung weiterer ZM wie Fixierungen oder Zwangsmedikationen dienen.

Bettgitter finden vor allem in der Gerontopsychiatrie Anwendung, für allgemein psychiatrische Stationen werden sie nur benutzt, wenn Patienten sich nicht aus eigener Kraft aufrichten und das Bettgitter überwinden können.

Isolierungen sind durch das Einsperren eines Patienten in einem von außen abgeschlossenen Raum definiert, die Kommunikation mit dem Personal ist nur beim Öffnen der Tür, über Glas-scheiben, Mikrophone oder ähnliches möglich. Abzugrenzen hiervon ist das Time-out, bei dem Patienten sich nach Absprache mit dem Personal in einen Raum zurückziehen können, um sich zu beruhigen. Das Ziel dieser Maßnahme besteht darin, Zwangshandlungen zu verhindern (Bowers et al. 2012).

Zwangsmedikationen sind durch die zwangsweise erfolgte Applikation von Pharmaka definiert.

Ausführlichere Definitionen von ZM sind in der aktuellen S3-Leitlinie zu finden (DGPPN 2018, S. 206–207).

Die Begriffe Zwangsanwendung und -maßnahme (ZM) stehen stellvertretend für alle oben genannten Arten freiheitsbeschränkender oder -entziehender Maßnahmen in psychiatrischen Kliniken. Bei den ZM, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit untersucht wurden, handelt es sich überwiegend um Fixierungen und Zwangsmedikationen.

Bei der wissenschaftlichen Untersuchung kommunikativer Prozesse während PGS bedarf es ferner der Definition grundlegender Begriffe wie Notfall, psychiatrischer Notfall, PGS und psychiatrischer Unfall.

1.5.2. Definition von Notfall, Gefährdungssituation, Unfall

Die 2019 neu herausgegebene S2k-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“ (DGPPN 2019) hält fest, dass unter einem medizinischen Notfall überwiegend ein akuter, lebensbedrohlicher Zustand durch Störung der Vitalfunktionen oder eine Gefahr plötzlich eintretender irreversibler Organschädigung verstanden wird. Ein psychiatrischer Notfall hingegen wird als medizinische Situation definiert, „in der das akute Auftreten oder die Exazerbation einer bestehenden psychiatrischen Störung zu einer unmittelbaren Gefährdung von Leben und Gesundheit des Betroffenen und/oder seiner Umgebung führt“ (DGPPN 2019, S. 13). Aufgrund des abstrakten Charakters, der Vieldeutigkeit und Inkohärenz des Begriff einer psychiatrischen Notfallsituation ist sie für die vorliegende Arbeit als aktuelle soziale Situation mit mindestens zwei anwesenden und miteinander interagierenden Akteuren definiert (Debus 2019b).

PGS stellen spezielle psychiatrische Notfallsituationen dar, bei denen zwischen Patienten und Personal ein Interessenskonflikt besteht. Die Gefährdung stellt keine konkrete Gefahr dar (bei vorliegender Gefährdung sind Konfliktlösungen ohne die Anwendung von Zwang möglich), sind aber durch eine „dispositionelle Gefährlichkeit“ (Debus 2019b) gekennzeichnet. Das heißt, dass PGS stets eskalieren können, möglicherweise mit anschließender ZM. Das Krankenpflegepersonal bedient sich hierbei eines milieutypischen Vokabulars, wobei der Augenblick, in dem es zur Eskalation und Entscheidung zur ZM kommt, als „Umkippen“ beschrieben wird (Radovic und Debus 2019).

Ein psychiatrischer Unfall wiederum stellt einen Spezialfall einer PGS dar, bei dem die Konfliktbeilegung mittels kommunikativer Methoden gescheitert ist und eine psychiatrische ZM zur Anwendung kommt.

PGS, in denen Zwang angewendet wird, sind gemäß Krankenpflegepersonal häufig durch Zeitdruck (Debus und Radovic 2019) und personell durch eine 1:n-Konstellation gekennzeichnet, bei der sich der Patient einer Überzahl an Krankenpflegekräften gegenüber sieht (Debus 2017b). Diese Konstellation wird als „einer gegen alle“ bezeichnet (Debus und Ahrens 2016). Was aber treibt die Eskalation voran?

Aus wissenschaftlichen Untersuchungen zur Kommunikation in Hoch-Risiko-Umgebungen (Flugverkehr, Atomkraftwerke) ist bekannt, dass unterschiedliche Definitionen von Gefahrensituationen (mangelnde Teamkohäsion) das Auftreten von Unfällen begünstigen können (Dietrich und Childress 2008). Aber gilt dies auch für PGS? Stellt eine mangelnde Teamkohäsion im Behandlungsteam einen Risikofaktor für ZM dar? Zunächst einmal scheint es plausibel, verschiedene Eskalationsstufen zu unterscheiden.

Gegenstände der Unfallrekonstruktion		
Soziale Situation - mindestens zwei Beteiligte - Aktuelle Situation - Interessensgegensätze möglich	Gefährdungssituation - Konfliktpotenzial - erhöhtes Gefährdungsrisiko	Unfall - Kommunikationsversuch gescheitert - Kompensation nur mit ZM möglich

Diagramm 1: Beziehung von psychiatrischen Notfällen, Gefährdungssituationen und Unfällen

Diagramm 1 veranschaulicht die Unterscheidung der Begriffe „psychiatrischer Notfall“, „Gefährdungssituation“ und „psychiatrischer Unfall“. Gefährdungssituationen sind zuallererst soziale Situationen, in denen mindestens zwei Akteure anwesend sind. Kommt es zu einem angespannten Konflikt auf einer psychiatrischen Situation, ist die „soziale Situation“ im Hinblick auf eine mögliche Eskalation potenziell gefährlich. Erst wenn alle Versuche scheitern, die mit der Eskalation verbundene Gefährlichkeit ohne Zwang zu entspannen und sich das Pflorgeteam für eine ZM entscheidet, soll von einem „psychiatrischen Unfall“ gesprochen werden. In diesem Fall misslingen alle Kommunikationsversuche der beteiligten Akteure, aus welchen Gründen auch immer, einen zwangsfreien Verlauf der Situation zu gewährleisten. Es wird in dieser Begrifflichkeit davon abgesehen, die Verantwortung für den Unfall vorab an bestimmte Akteure zu adressieren. Weder sind die Patienten noch die Pflegenden automatisch Verursacher dieses psychiatrischen Unfalls. Erst die Rekonstruktion könnte allenfalls Aussagen über den Verursachungstyp machen. Daher ist es für die Unfallrekonstruktion wichtig, Typen von Gefährdungssituationen zu unterscheiden. Profitieren kann davon z.B. auch die psychiatrische Dokumentation von ZM.

1.5.3. Definition der Konfliktniveaus

Für die Unterscheidung verschiedener Konfliktniveaus von PGS wird ein Modell verwendet (Ahrens et al. 2019), das einzelne Ablaufphasen unter Berücksichtigung von Umschlagpunkten (POP, POS) und des Intensitätsniveaus skaliert.

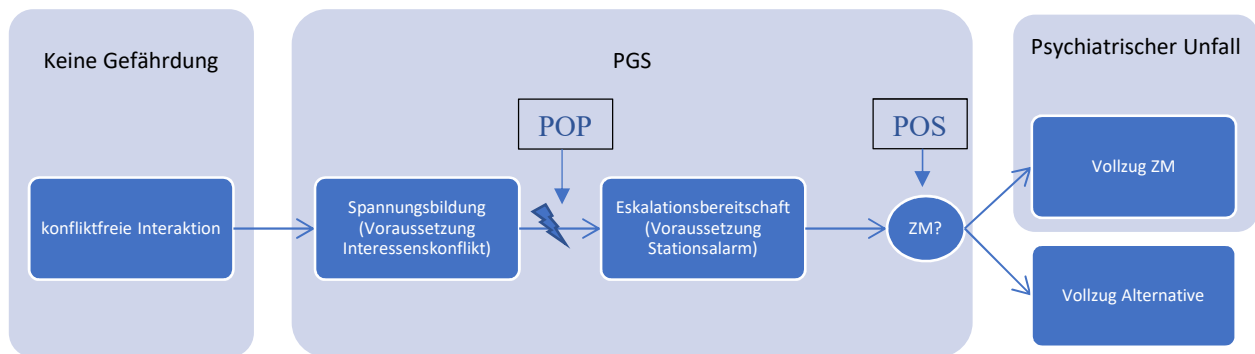


Diagramm 2: Übersicht der psychiatrischen Konfliktniveaus, adaptiert nach (Ahrens et al. 2019)

Diagramm 2 zeigt die unterschiedlichen Konfliktniveaus und deren Zuordnung zur gefährdungsfreien Kommunikation, zu PGS und zum psychiatrischen Unfall an. Der Moment der Teamentcheidung „Auslösen des Alarms“ wird als POP (point of pitch), der Entscheidungspunkt zur ZM als POS (point of scission) bezeichnet (Debus 2019b). Zwischen POP und POS können wenige Sekunden bis mehrere Minuten vergehen. Während sich die Umschlagpunkte POP und POS punktuell vollziehen, erstrecken sich die einzelnen Phasen über bestimmbare Zeiträume, in denen die Akteure unterschiedlich häufig miteinander interagieren und kommunizieren. Die Kommunikationsdichte kann durch die Anzahl an Kommunikationsakten pro Zeiteinheit ermittelt werden. Die Kommunikationsprofile in den unterschiedlichen Konfliktphasen unterscheiden sich (Debus 2019c).

Zu Beginn einer sozialen Situation zwischen Patienten und Therapeuten stehen meist konfliktfreie Interaktionen. Beispiele hierfür sind ärztliche Aufnahmegespräche von Patienten, die sich freiwillig in eine psychiatrische Klinik einweisen lassen. Kommt es zu einem Interessenskonflikt, steigt die emotionale Spannung.

Während dieser Gesprächsphase tragen Patienten und Personal einen Konflikt aus, ZM werden nicht durchgeführt, es wird bei zunehmender Anspannung allenfalls mit deren Vollzug gedroht. Es wird zu diesem Zeitpunkt noch der Versuch unternommen, die Situation ohne Zwang und Gewalt zu deeskalieren. Diese Strategie wird in der pflegerischen Alltagssprache der psychiatrischen Kliniken auch „Runterreden“ oder „Runterquatschen“ genannt (siehe Anhang, Transkript Szene 5, Seite 2, Zeile 5 oder Transkript Szene 7, Seite 9, Zeile 53). Gemeint ist hiermit der Versuch, Patienten mittels eines Gesprächs und ggf. mithilfe einer freiwilligen Einnahme von Pharmaka zu beruhigen. Gekennzeichnet ist dieses Konfliktniveau durch eine 1-zu-1-Situation, das heißt, dass sich der Patient der regulären pflegerischen Besetzung einer psychiatrischen Station

gegenübersieht. Aus unserer Erfahrung sind auf akutpsychiatrischen Stationen je nach Stationsgröße und Tageszeit mindestens zwei pflegerische Mitarbeiter anwesend.

Gelingt dies nicht und ist die Sicherheit des Krankenpflegepersonals nicht mehr gewährleistet, kommt es erneut zur Intensitätssteigerung, zur Eskalationsbereitschaft. Die Eskalation geht noch einen Schritt weiter, wenn Stationsalarm ausgelöst wird, was Krankenpfleger anderer pflegerischer Stationen veranlasst, zur PGS hinzuzukommen. Während des Konfliktniveaus Eskalationsbereitschaft ist die Situation hoch erregt und es bildet sich zwischen dem betroffenen Patienten sowie dem Personal eine 1-gegen-n-Situation. Der Patient sieht sich einer Vielzahl an Krankenpflegern gegenüber, eine Flucht ist nicht mehr möglich, die Phase kennzeichnet den Übergang von einem ungefährlichen zu einem gefährlichen Interessenskonflikt. In dieser Situation wird entschieden, ob eine ZM durchgeführt werden soll. Wird dies bejaht, kommt es zur ZM und hiermit zu einem psychiatrischen Unfall, die kooperative Deeskalation ist misslungen.

Das Konfliktniveau „Vollzug einer Zwangsanwendung“ ist wie die Eskalationsbereitschaft durch eine 1: n -Situation gekennzeichnet, es befinden sich n Krankenpflegende des Teams und der Pflegebereitschaft in unmittelbarer Nähe rund um den Patienten zwecks Vollzugs der Zwangsanwendung. Zwischen dem Entscheid zur Zwangsanwendung und Vollzug derselben liegen in akuten PGS nur wenige Augenblicke. Bei richterlichen Beschlüssen, die eine ZM legitimieren, kann zwischen der Ankündigung einer Zwangsanwendung und deren Realisierung jedoch ein längerer Zeitraum vorliegen. Für die Kommunikationsanalyse gilt: Ist der Entscheid zur ZM unumstößlich gefallen und der Patient hierüber in Kenntnis gesetzt (POS), liegt das Konfliktniveau Zwangsanwendung vor. Dieses Konfliktniveau ist dadurch gekennzeichnet, dass der Betroffene die beschlossene Maßnahme nicht mehr verhindern kann – unabhängig davon, ob er sich wehrt oder nicht (Popitz 2009; Debus 2019a).

In PGS im Modus der Eskalationsbereitschaft am Entscheidungspunkt POS ist nach Auffassung des Pflorgeteams die manifeste Gefahr nur durch eine Zwangsanwendung oder eine Alternativstrategie zu entschärfen. Eine Kasuistik hierzu (siehe z.B. Szene 14 und deren Teilszenen) beschreibt den Einsatz des Hilfs-Ichs (Debus und Ahrens 2016). Der Begriff „Hilfs-Ich-Strategie“ bezeichnet Maßnahmen, die 1:n -Konstellationen in der PGS durchbrechen. Charakteristisches Element dieser Deeskalationsstrategie besteht im Erschaffen einer 2:n-Situation. Hierbei bedarf es einer Pflegekraft, die sich neben dem Patienten positioniert und aus dessen Perspektive die Verhandlung mit dem restlichen Pflorgeteam führt. Hierbei muss die Sicherheit des Hilfs-Ich jederzeit gewährt sein. Wie die Untersuchung zeigte, kann die Hilfs-Ich-Methode das Instrumentarium des Krankenpflegepersonals zur Deeskalation von PGS erweitern. Ferner sind die Personenkonstellationen in Abhängigkeit vom Konfliktniveau an anderer Stelle übersichtlich beschrieben und graphisch dargestellt (Ahrens et al. 2019). Diese Untersuchung zeigt auf, mit welchen Konfliktniveaus Alternativstrategien die größte Ähnlichkeit hinsichtlich des Kommunikationsverhaltens der Akteure aufweisen.

Tabelle 1: Wesentliche Merkmale der verschiedenen Konfliktniveaus

	Konfliktfreie Interaktion	Spannungsbildung	Eskalationsbereitschaft	ZM	Hilfs-Ich
Personenkonstellation P:T	1:1		1:n		2:n
Gefährlichkeit/ Aggressionspotenzial	Niedrig	Mittel	Hoch		Mittel bis hoch
Kooperation Patient/Personal	Hoch	Mittel	Niedrig		Niedrig bis hoch
Stationsalarm	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja
Anwendung von Zwang	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein
Intensität	Niedrig	Mittel	Hoch	Sehr hoch	Mittel bis hoch

Tabelle 1 zeigt typische Merkmale von PGS mit verschiedenem Konfliktniveau an, adaptiert nach (Ahrens et al. 2019)

1.5.4. Grundsätzliche Funktion des Psychodramas für die Kommunikationsanalyse

In den SRZP-Studien wird die Methode des Psychodramas (Ahrens 2011; Ameln et al. 2009) eingesetzt, um das Kommunikationsverhalten in PGS zu verstehen und sowohl typische Abläufe als auch simulierte Variationen im Ablauf zu untersuchen.

Das Psychodrama dient gemeinhin als Therapiemethode sowie als Instrument der Organisationsforschung und -entwicklung (Ahrens 2011). Protagonisten können hierbei Wünsche respektive Handlungen erproben, die im Alltag nur unzureichend reflektiert werden können. Auf einer improvisierten Bühne wird die sogenannte Sur-plus-Realität untersucht. Dabei handelt es sich um die Wechselwirkung von objektiven Gegebenheiten der Handlungsrealität einer psychiatrischen Station und der subjektiven Verarbeitung in der Innenwelt der Akteure. Es ist bspw. nicht nur handlungsleitend, ob ein Patient objektiv gefährlich ist, sondern auch, ob ein Patient vom Pflege-team für gefährlich gehalten wird. Diese subjektiven Interpretationen steuern das Verhalten der Akteure ebenso wie auch die objektiven Bedingungen aus der Umwelt der Station: Personalschlüssel, Raumbelegung, Stationsregeln etc. In der psychodramatischen Reinszenierung von PGS geht es genau darum, diese Konstellationen für alle Akteure sichtbar und einer sprech-aktanalytischen Untersuchung zugänglich zu machen.

Mehr noch: das Psychodrama will die Reinszenierung mittels eines Szenenspiels realisieren, das über die klassische sprachliche Reflexion hinausgeht, und so auch über die Videoaufzeichnung nonverbaler Gesten Informationen über das Interaktionsverhalten in PGS zur Verfügung stellt. Es entsteht im Psychodrama ein Darstellungsraum, der durch die Empathie der Gruppenmitglieder getragen wird und in dem gleichzeitig die Fähigkeit trainiert wird, mit der z.T. auch sehr belastenden Realität einen spielerischen Umgang und kreative neue Lösungsoptionen zu finden.

Die psychodramatischen Reinszenierungen im Rahmen des SRZP-Projekts stammen aus Alltagssituationen in psychiatrischen Akutstationen. Während der Reinszenierung nehmen einige Protagonisten auch die Rolle von Patienten ein. Die im Berufsalltag erlebten Geschehnisse können so theatral aus verschiedenen Perspektiven wieder erlebt werden. Dabei hat sich der Rollentausch als ein Verfahren entwickelt, mit dem die Krankenpflegenden höhere Empathie und tiefere Einsicht in ihr eigenes Handeln erzielen.

Die psychodramatischen Reinszenierungen folgen dabei stets einem stereotypen Ablaufschema. Die PGS wird durch einen der teilnehmenden Krankenpfleger (Protagonist) erzählerisch vorgestellt; währenddessen stellt der Psychodramatherapeut vertiefende Fragen (Interviewphase), damit auch die anderen Teilnehmer des Psychodramas die Situation besser verstehen und mit ihrer eigenen Erfahrung vergleichen können. Hiernach werden andere Gruppenmitglieder gewählt, die jeweils die Rollen in der zu untersuchenden Szene übernehmen. Die „Spieler“ werden in die Rollen eingeführt, indem der Protagonist vorübergehend die Rolle des darzustellenden Patienten (P) oder anderer Pflegemitarbeiter (T) selbst einnimmt (Rolleneinführung mit Rollentausch) und den Ablauf für die jeweilige Rolle (P oder T) spielerisch vorführt. Das darauffolgende Szenenspiel, d.h. die eigentliche Reinszenierung der PGS (Spielszene), wird dabei durch den Psychodramatherapeuten nur unterbrochen, wenn die Handlungen aus Sicht des Protagonisten nicht plausibel verlaufen oder der Handlungsverlauf im Vergleich zu den Erfahrungen aus dem psychiatrischen Alltag nicht realitätsnah genug ausfällt. Nach der Spielszene verlassen die Teilnehmer wieder die Spielebene („Entrollen“ der Darstellenden) und es erfolgt die verbale Reflexion über das „Bühnen“-Geschehen. Zunächst geben die Darsteller eine subjektive Rückmeldung darüber ab, was sie während der Reinszenierung in ihrer gespielten Rolle empfunden haben (Rollenfeedback). Dieses Feedback enthält wichtige Informationen darüber, unter welchen Bedingungen Missverständnisse aufgetreten sind. Danach äußern sich alle Teilnehmer (auch die Zuschauer) dazu, welche gemeinsamen Erfahrungen sie mit der Spielszene im Berufsalltag gemacht haben (Sharing). Hierbei geht es weniger um die Bewertung einzelner Handlungsstrategien als darum herauszufinden, wie typisch solche Handlungsfolgen für den Berufsalltag der Krankenpflegenden sind. In einem letzten Schritt werden die Teilnehmer aufgefordert, die Spielszenen zu analysieren, d.h. Stationsregeln für die Handlungsabläufe zu benennen oder Widersprüche in der Handlungslogik zu identifizieren (Fokusgruppen). Allerdings werden die Protokolle der Fokusgruppe in dieser Arbeit nicht weiter systematisch analysiert. Sie dienen allenfalls dazu, Missverständnisse in den Kommunikationsanalysen der Spielszenen aufzuklären.

Tabelle 2: Ablauf einer psychiatrischen Reinszenierung

Ablauf einer psychodramatischen Reinszenierung
1. Interview
2. Rolleneinführung mit Rollentausch
3. Spielszene
4. Rollenfeedback
5. Sharing
6. Fokusgruppe

Tabelle 2 zeigt den Ablauf einer psychodramatischen Reinszenierung zusammenfassend an.

1.6. Theorie

1.6.1. Sprechakttheorie

1.6.1.1. Definition Sprechakt

Den theoretischen Hintergrund der Datenanalyse bildet die von John Austin und John R. Searle begründete Sprechakttheorie (Austin und Savigny 2010; Searle 2013; Searle und Kemmerling 2004; Staffeldt 2009; Hindelang 2010)). Wer die Frage zu beantworten sucht, was Sprecher tun, wenn sie sprechen, nimmt auf Sprechakte Bezug. Sie sind definiert als die kleinste sprachliche Einheit mit einer kommunikativen Funktion. Dabei wird die Tätigkeit, etwas zu sagen, als Sprachhandlung bzw. Sprechakt definiert. Für die Tätigkeit z.B. mit Gesten etwas nonverbal zum Ausdruck zu bringen, steht der Begriff „Zeichenhandlung“ zur Verfügung. Jeder Sprechakt ist eine Zeichenhandlung, aber nicht jede Zeichenhandlung ist ein Sprechakt. Solche Begriffe werden innerhalb der Semiotik – als Lehre von den Zeichen (Nöth 2000) – der sogenannten Pragmatik zugeordnet. Andere Zweige der Semiotik gehören zur Semantik (Lehre von den Zeichenbedeutungen) oder Syntaktik (Lehre von den Zeichenverbindungen).

Wer spricht, vollzieht im Sinne der Sprechakttheorie gleich mehrere verschiedene Akte: lokutionäre, illokutionäre und perlokutionäre Akte (Austin und Savigny 2010, S. 110–120).

Die Lokution beschreibt das, was z.B. mit Worten, Sätzen oder Texten gesagt wird. Die Lokution umfasst Informationen in Bezug darauf, was geäußert wird. Durch sie wird deutlich, was ein Sprecher äußert, wenn er sich äußert und was am Zustandekommen von Bedeutung beteiligt ist. Lokutionäre Akte gliedern sich in phonetische, phatische und propositionale Akte. Der phonetische Akt entspricht dem Äußern von Geräuschen und Tönen, den Phonemen. Der phatische Akt entspricht dem Äußern von Informationen, die auf der Ebene des Sprachsystems angesiedelt sind (Vokabular, Grammatik, Intonation), sogenannten Phemen. Phonetische und phatische Akte werden zum Äußerungsakt zusammengefasst.

Der propositionale Akt wird gemäß der Sprechakttheorie von Searle wiederum in zwei verschiedene Akte unterteilt: Mit dem Referenzakt beziehen wir uns auf die Gegenstände der Welt. Die Referenz entspricht dem Redegegenstand oder Subjekt, also dem Gegenstand, über den gesprochen wird. In der Äußerung „Peter hat Hunger“ entspricht Peter der Referenz. Das Prädikat enthält nun diejenige Information, die über das Referenzobjekt ausgesagt wird. Im genannten Beispiel entspricht dies der Eigenschaft: „Hunger haben“. Referenz- und Prädikationsakt zusammen bilden den propositionalen Akt mit dem eine Proposition (Sachverhalt), nämlich, dass „Peter Hunger hat“ ausgedrückt wird.

Phonetische, phatische und propositionale Akte sind hierarchisch geordnet. Phatische Akte bedingen das Vorhandensein eines phonetischen Aktes, aber nicht umgekehrt. Gleichermäßen verhält es sich für propositionale Akte. Sie bedingen das Vorhandensein eines phatischen (und hiermit auch phonetischen) Aktes, umgekehrt aber nicht.

Perlokutionen beschreiben die Wirkung einer sprachlichen Äußerung auf den Hörer. Hörer können zum Beispiel durch eine Äußerung überzeugt werden, dass ein Sachverhalt besteht. In diesem Fall glaubt der Hörer, dass Peter Hunger hat. Perlokutionen können Reaktionen auf Lokutionen oder Illokutionen sein. Perlokutionen werden in dieser Untersuchung nicht berücksichtigt. Um die Wirkung auf Hörer zu beschreiben, stehen andere Begriffe der Sprechakttheorie zur Verfügung (siehe unten).

1.6.1.2. Illokution: der kommunikative Sinn von Sprechakten

Bei Illokutionen handelt es sich um einen Fachbegriff der Sprechakttheorie, der einen konstitutiven Bedeutungsaspekt von Sprachhandlungen beschreibt, den sogenannten kommunikativen Sinn. Illokutionen geben den Handlungszweck eines Sprechaktes an; der Handlungszweck beschreibt, mit welcher Intention Sprecher lokutionäre Akt vollziehen. Illokutionäre Akte transportieren diese Bedeutung. Illokutionen sind das, was Äußerungen zu illokutionären Akten macht. Der Begriff „Illokution“ legt fest, mit welcher Intention ein Sprecher etwas tut, wenn er spricht (Sprachhandlung/Sprecherrolle) respektive worin der kommunikative Sinn einer Äußerung besteht (Debus und Posner 2019). Illokutionäre Akte müssen in ein kommunikatives Geschehen eingebunden sein (Reaktionsforderung), damit die intendierten Ereignisse in der gemeinsam geteilten sozialen Welt eintreten können (Wirksamkeit) und es muss einen Hörer geben, der wahrnimmt, was gesagt wird (Verständnissicherung) (Staffeldt 2009). Illokutionäre Akte setzen einen lokutionären Akt voraus.

Die Sprechakttheorie legt ihren Fokus auf die Untersuchung von Illokutionen, da dieser Bedeutungsaspekt von Sprechakten vor Begründung der Sprechakttheorie in der Sprachtheorie vernachlässigt worden ist (Austin und Savigny 2010).

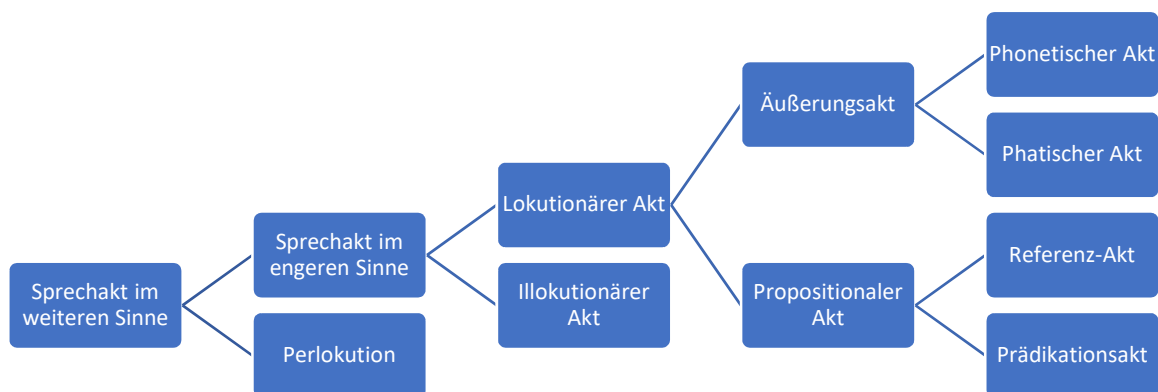


Diagramm 3: Akte der Sprechakttheorie

Diagramm 3 zeigt die Beziehung der unterschiedlichen Akte der Sprechakttheorie an. Der Äußerungsakt umfasst phonetische und phatische Akte, der propositionale Akt den Referenz- und Prädikationsakt. Äußerungs- und propositionaler Akt bilden zusammen den lokutionären Akt, der alle Informationen darüber transportiert, was während eines Sprechaktes an Bedeutung transportiert wird. Der illokutionäre Akt transportiert die Intention des Sprechers. Lokutionärer Akt und illokutionärer Akt zusammen bilden einen Sprechakt im engeren Sinne. Die Perlokution transportiert die Wirkung eines Sprechaktes auf den Hörer. Ein Sprechakt im weiteren Sinne transportiert die Bedeutungsaspekte Lokution, Illokution und Perlokution.

1.6.1.3. Sprechaktinventare

Im Alltag werden Sprechakte mit vielen verschiedenen Illokutionen durchgeführt. In der Sprechakttheorie werden Illokutionen mit identischer Sprecher-Intention in einer theoretisch begründeten Klassifikation zu Stammkraftfamilien zusammengefasst. Die Grundlagen der Sprechakttheorie nach John Searle für fünf Stammkraftfamilien (Kategorien siehe unten) wurden bereits bei John Austin gelegt. (Staffeldt 2009, S. 45–46). Austins Grundannahmen bestehen in dem Prinzip der Ausdrückbarkeit (Alles, was Sprecher meinen können, können sie auch sagen) und der Existenz von Regeln. Für Searle ist Sprechen eine regelgeleitete Form des Handelns. Damit ein Sprechakt gelingen kann, muss der Sprechakt bestimmten Bedingungen genügen. Diese Gelin- gensbedingungen werden formal expliziert und basieren unter anderem auf vorbereitenden Bedingungen und der Aufrichtigkeitsbedingung.

Die Bedingungen sollen an dieser Stelle unter Zuhilfenahme eines Beispielsatzes vorgestellt werden.

Beispielsatz 1: „Ich behaupte, dass Peter zur Feier kommt.“

Beim Beispielsatz 1 handelt es sich um eine Behauptung. (Illokution „behaupten“, Stammkraftfamilie Assertiva). Die Proposition, dass Peter zur Feier kommt, kann aber nicht nur behauptet, sondern auch vermutet, angedroht, versprochen, angewiesen, prophezeit, in Frage gestellt oder mittels anderer Illokutionen in einem Sprechakt realisiert werden.

Die *Bedingung des illokutionären Zwecks* gibt an, worin der Sinn und Zweck einer Illokution besteht und worin sie sich von den anderen Stammkraftfamilien unterscheidet. Die Bedingung des illokutionären Zwecks stellt dabei nur eine unter vielen Bedingungen dar, mittels derer sich Illokutionen unterscheiden lassen, ihr kommt aber eine zentrale Bedeutung zu, da sie den kommunikativen Sinn definiert. D.h., die Bedingung des illokutionären Zwecks legt fest, welcher Zielsetzung ein Sprechakt folgt. Bei Assertiva besteht der kommunikative Sinn darin, einem Empfänger einen Sachverhalt glauben zu machen. Auch innerhalb der Stammfamilie der Assertiva gibt es wiederum Sprechakte, die verschiedene Rollen erfüllen. So kann man etwa zwischen behaupten, informieren, beschreiben, erwähnen, überreden, etc. unterscheiden.

Vorbereitende Bedingungen: In der Sprechakththeorie werden Bedingungen definiert, die zum Gelingen eines Sprechaktes beitragen. In Bezug auf die Anzahl und Definition der Bedingungen liegen in unterschiedlichen Ausprägungen der Sprechakththeorie unterschiedliche Versionen vor. Es gibt Klassifikationen, die pro Stammkraftfamilie nur zwei vorbereitende Bedingungen definieren (Staffeldt 2009) und Klassifikationen, die bis zu vier vorbereitende Bedingungen für einzelne illokutionäre Kräfte postulieren (Rolf 1997). Direktiva setzen zum Beispiel voraus, dass der Sender zu einem Befehl berechtigt ist und dass der Hörer zur Durchführung der von ihm geforderten Handlung fähig ist. Zur Benennung aller in dieser Arbeit genutzten vorbereitenden Bedingungen siehe Methodikteil.

Minimaler propositionaler Gehalt: Der minimale propositionale Gehalt eines Aktes repräsentiert den semantischen Inhalt einer Äußerung. Beim Beispielsatz 1 entspricht dies der Proposition, dass Peter zur Feier kommt.

Bei der *Bedingung des propositionalen Gehalts* wird definiert, welche Kriterien ein Sachinhalt erfüllen muss, um als propositionaler Gehalt einer Illokution gelten zu können. Im Falle eines Assertivs zum Beispiel besteht die Bedingung darin, dass es sich beim propositionalen Gehalt um einen wahrheitsfähigen Inhalt handeln muss. Denn wenn ein Sender beabsichtigt, dass der Hörer eine Proposition für wahr hält, bzw. glaubt, dann muss diese Proposition auch wahr sein können.

Aufrichtigkeitsbedingung: Entsprechend des Begriffs gibt diese Bedingung an, ob der Sprecher aufrichtig handelt. Bei Assertiva zum Beispiel ist diese Bedingung nur dann erfüllt, wenn ein Sprecher vom Wahrheitsgehalt seiner eigenen Äußerung überzeugt ist, also nicht lügt. Vorausgesetzt wird also nicht der Wahrheitsgehalt der Proposition, denn der Sender kann sich irren, sondern, dass er selbst aufrichtig von der Wahrhaftigkeit seiner Äußerung überzeugt ist. Nur dann kann der Sprechakt aufrichtig gelingen.

Gelingen: Ein Sprechakt gilt nur dann als gelungen, wenn er im Sinne der Sprechakththeorie alle Bedingungen erfüllt, d.h. die Bedingungen des illokutionären Zwecks und des propositionalen Gehalts, die vorbereitenden Bedingungen sowie die Aufrichtigkeitsbedingung. Erst bei Erfüllung dieser Bedingungen kann von einem gelungenen, im eigentlichen Sinne fehlerfrei vollzogenen Kommunikationsakt/Kommunikationsversuch gesprochen werden (Staffeldt 2009).

Erfolgsbedingung: Die Erfüllung einer weiteren Bedingung zeigt an, ob ein Kommunikationsversuch erfolgreich ist; nämlich genau dann, wenn der Sender das Kommunikationsziel durch Vollzug eines Sprechaktes erreicht: wenn also der Hörer als Reaktion auf eine Anweisung hin genau das tut, was er tun soll. Sollte der Hörer jedoch handeln, weil er es ohnehin vorhatte, diese Handlung also nicht auf Grund der Anweisung hin vollzieht, wird der Sprechakt als erfolglos angesehen.

Explizit performativer Vollzug: Sprechakte können explizit oder implizit performativ vollzogen werden. Das obige Beispiel entspricht dem explizit performativen Vollzug eines Aktes, da der Sprecher in seiner Äußerung „Ich behaupte, dass...“ die Illokution „behaupten“ expliziert. Stünde der Satz „Peter kommt zur Feier.“ allein, müsste der Illokutionstyp unter Zuhilfenahme des Zusammenhangs identifiziert werden, innerhalb dessen die Äußerung getätigt wurde. D.h., die Situation, während der eine Äußerung erfolgt, muss bekannt sein, damit implizit performativ realisierte Illokutionen identifiziert werden können.

Illokutionäre Indikatoren: Faktoren, die die Illokutionen eines Sprechaktes indizieren oder Hinweise hierzu liefern, sodass der Hörer diese erkennen kann, werden illokutionäre Indikatoren genannt (Staffeldt 2009). Indikatoren können konventionell, indexikal oder ikonisch vorliegen (Debus 2008). Konventionell vorliegende illokutionäre Indikatoren entsprechen dabei Hinweisen, die sich rein sprachlich konventionell ohne Kontextinformationen identifizieren lassen. Hierbei handelt es sich mehrheitlich um explizit performativ geäußerte illokutionäre Kräfte wie im Beispielsatz 1 angegeben. Die Äußerung „Ich behaupte, dass...“ bedarf nicht unmittelbar der Angabe des Sinnzusammenhangs, um zu erkennen, dass es sich um eine Behauptung handelt. Indexikale Indikatoren hingegen indizieren illokutionäre Kräfte „kontext- oder situationsabhängig“ (Debus 2008), können also im Vergleich zu konventionellen illokutionären Faktoren weniger eindeutig ausfallen. Indikatoren dieser Art können der grammatikalischen Struktur einer Äußerung, vorangegangenen Beiträgen oder Erklärungen seitens des Sprechers entsprechen, durch Vor- oder Rückbezugnahme in einem Dialog, oder rein nonverbal gestisch realisiert werden. So kann die Illokution „fragen“ beispielsweise durch die grammatikalische Konstruktion einer Äußerung, eine steigende Tonhöhe oder anhand der Mimik erkannt werden und von anderen Illokutionen differenziert werden. Die Aussage „Das Pferd droht zu fallen“ kann je nach Sinnzusammenhang gänzlich unterschiedliche Bedeutungen haben. Handelt es sich um eine Warnung, dass ein Reittier zu stürzen droht? Oder handelt es sich die Beobachtung eines Spielzuges beim Schach (Staffeldt 2009)? Wir wissen es nicht. Erst indexikale illokutionäre Indikatoren wie Umgebungsinformationen aus vorangegangenen oder folgenden Äußerungen können Aufschluss hierüber geben und die illokutionäre Klassifikation ermöglichen. Aus diesem Grunde werden in der vorliegenden Untersuchung Filmaufnahmen ausgewertet, die viele Kontextfaktoren dokumentieren und die Identifikation von Sprechakten ermöglichen.

Seitens der Sprechakttheorie werden zwölf Unterscheidungskriterien zur Differenzierung von illokutionären Stammkraftfamilien genannt, unter anderem die Ausrichtung. Dieser Parameter beschreibt, ob sich eine Illokution an der Welt orientiert, wie das bei Assertiva der Fall ist (Wort-auf-Welt-Ausrichtung) oder ob durch die Illokution eine Zustands-/Verhaltensänderung der Umgebung intendiert wird (Welt-auf-Wort-Ausrichtung) (Staffeldt 2009). Damit Assertiva erfolgreich sind, muss sich also das Wort an der Welt anpassen, bei Deklarativa verhält es sich umgekehrt.

Direktheit von Sprechakten

Wie aus ironischen oder abwehrenden Bemerkungen bekannt ist, können Sprechakte direkt (das Gesagte entspricht dem Gemeinten) als auch indirekt (das Gesagte entspricht nicht dem Gemeinten) geäußert werden, was an folgendem Beispiel beschrieben werden soll.

Beispiel 2:

Sender: Möchtest Du heute ins Kino kommen?

Empfänger: Ich muss heute eine Projektarbeit fertigstellen.

Der Sender richtet an den Empfänger eine Frage respektive unterbreitet ihm ein Angebot, was durch den grammatikalischen Aufbau der Äußerung konventionell realisiert wird. In einer direkten Dialogregie würde man eine JA/NEIN-Antwort erwarten. Formal antwortet der Empfänger aber mittels einer Feststellung, dass er eine Projektarbeit fertigstellen muss; er lehnt nur indirekt das Angebot durch den Sender ab. Die Ablehnung wird indirekt verbalisiert, da der Empfänger eine Begründung angibt, warum er nicht mitkommen möchte, ohne jedoch die Tatsache direkt zu explizieren, dass er nicht mitkommen möchte. Für derartige Konstellationen hält die Sprachakttheorie das Konzept des primären und sekundären illokutionären Aktes bereit. Primäre Illokutionen geben an, was ein Sprecher meint, während sekundäre Akte angeben, mit welchem Sprechakt ein Sprecher das Gemeinte realisiert. Bei direkten Sprechakten decken sich primäre und sekundäre Illokution, bei indirekten Sprechakten unterscheiden sie sich. Indirekte Sprechakte stellen bei der Identifikation von Illokutionen einer Dialogsequenz eine Herausforderung dar, da sie die Missverständlichkeit respektive die kommunikative Ambiguität von Äußerungen erhöhen können.

Im Folgenden werden die illokutionären Stammkraftfamilien der „orthodoxen“ Sprechakttheorie nach Searle aufgelistet (Staffeldt 2009). Dieses Schema wird für die Beschreibung von Dialogsequenzen in der Psychiatrie um drei Stammfamilien erweitert. Siehe auch Tabelle 11.

- Deklarativa
 - Der kommunikative Sinn besteht darin, die Welt entsprechend des Gesagten zu verändern. Deklarativa legen kommunikative Situationen durch Bezugnahme auf soziale Normen fest.
 - Beispiele: taufen, eine Sitzung eröffnen, eine Ehe schließen
 - Vorbereitende Bedingungen
 - Befindet sich der Sprecher in einer autorisierten Lage?
 - Äußert der Sprecher das im propositionalen Gehalt der Äußerung repräsentierte Ereignis?
- Direktiva
 - Kommunikativer Sinn: Das Ziel von Direktiva besteht darin, den Hörer zu einer Verhaltensreaktion zu bewegen.
 - Beispiele: befehlen, bitten, fragen, vorschlagen
 - Vorbereitende Bedingungen
 - Ist der Adressat zu der von ihm geforderten Handlung fähig?
 - Erscheint es als offensichtlich, dass der Empfänger die im propositionalen Gehalt der Äußerung repräsentierte Handlung nicht spontan vollziehen wird?
- Assertiva
 - Kommunikativer Sinn: Bei Assertiva äußert der Sprecher, wie es sich in einer bestimmten Angelegenheit verhält. Assertiva dienen der Vermittlung von Sachverhalten. Der Sprecher intendiert, dass der Hörer etwas als wahr erachtet, bzw. dass er einem Sachverhalt Glauben schenkt.
 - Beispiele: behaupten, erklären, beweisen, informieren
 - Vorbereitende Bedingungen

- Hat der Sprecher subjektive Gründe bzw. Evidenzen dafür, dass die von ihm ausgedrückte Proposition einen tatsächlich bestehenden Sachverhalt repräsentiert?
 - Der Sender glaubt, dass der Hörer den propositionalen Gehalt der Äußerung nicht kennt.
- Expressiva
 - Kommunikativer Sinn: Bei Expressiva verleiht der Sprecher einem inneren Gemütszustand Ausdruck.
 - Beispiele: entschuldigen, bedanken, sich beklagen, sich sorgen
 - Vorbereitende Bedingungen
 - Ist das Ereignis, auf das sich der propositionale Gehalt bezieht, zu bewerten oder sind Sprecher/Hörer für das Ereignis verantwortlich?
 - Ist der Sprecher zu einer Bewertung berechtigt oder ist diese erwartet?
- Kommissiva
 - Kommunikativer Sinn: Bei Kommissiva legt sich der Sprecher gegenüber dem Empfänger auf eine bestimmte, in der Zukunft liegende Handlung fest.
 - Beispiele: versprechen, anbieten, drohen
 - Vorbereitende Bedingungen
 - Ist der Sprecher zu der im propositionalen Gehalt repräsentierten Handlung fähig?
 - Würde der Empfänger die Ausführung der im propositionalen Gehalt repräsentierten Handlung dem Unterlassen vorziehen oder ablehnen?

1.6.1.4. Schema Semiotic Observation Language (SOL)

Das fünf-fach-kategoriale System der „orthodoxen“ Sprechakttheorie wurde um drei Kategorien erweitert (Posner 1993; Debus und Posner 2019; Debus 2008), um den Besonderheiten typisch psychiatrischer Dialogsequenzen Rechnung tragen zu können. Dieses neue Schema wird als „Semiotic Observation Language“ bezeichnet. Das neue SOL-Schema unterteilt Direktiva (i.w.S.) nach verschiedenen Verhaltensreaktionen: rein körperbezogene Reaktionen (Stimulativa), rein emotionale innere Reaktionen (Emotiva) und Verhaltensreaktionen als Tätigkeiten (Direktiva i.e.S.) in der sozialen Situation. Zu Stimulativa gehören bsw. morgentliche Weckrufe, Vigilanztests mittels Testfragen, Testansprachen oder Suggestiväußerungen (ähnlich des autogenen Trainings), die im Hörer eine Körpererwärmung, ein Körperkribbeln oder eine „Gänsehaut“ provozieren sollen. Auch zählen dazu Äußerungen im Rahmen von Placebo-Gaben, die ihre primäre Körperwirkung dadurch erzielen sollen, dass der Einnehmende an die Medikamentenwirkung glaubt. Zu den Emotiva gehören alle Äußerungen etwa zur Entängstigung, Stressabbau, Trauerbewältigung, Stimmungsaufhellung, Interesse wecken etc. Stimulativa, Emotiva und Direktiva (i.e.S.) haben dieselben Gelingensbedingungen wie die Direktiva (i.w.S.)

Zusätzlich zur Ausdifferenzierung der Direktiva wird im SOL-Schema eine weitere Kategorie aufgenommen, die aus der Konversationsanalyse stammt (Diegritz und Fürst 1999). Hier geht es

um alle verbalen und nonverbalen Äußerungsakte, die das Gespräch oder die Dialoge strukturieren (Posner und Debus 2014). Hierfür verwenden die Sprecher häufig Interjektionen, wie etwa „hmm“ oder „mhm“ oder sie steuern den Gesprächsfluss mittels Gesten, Stopp-Gesten, Durchwink-Gesten. Sehr häufig wird der Gesprächsfluss aber dadurch gewährleistet, dass der Hörer durch eigene Zurückhaltung signalisiert, dass der Sprecher weiterreden kann. Er verzichtet auf eine Intervention durch Gewähren-lassen. Im Rating von Dialogphasen wird dieses Verhalten als „Let-it-Pass“ (LIP) gekennzeichnet.

Insgesamt umfasst die SOL-Klassifikation also acht Stammkraftfamilien, in Abgrenzung zur „orthodoxen“ Sprachakttheorie nach Searle mit fünf Kategorien. Gemäß der obigen Auflistung werden die zusätzlichen drei Kategorien wie folgt charakterisiert (siehe auch Tabelle 11):

- Stimulativa
 - Kommunikativer Sinn: Das Ziel von Stimulativa besteht darin, den Adressaten in einen bestimmten Zustand zu versetzen.
 - Beispiele: Weckruf, suggestive Äußerungen zur Körpermanipulation, Testfragen oder Testansprachen im Rahmen von Vigilanztests zur Bewusstseinsinübung, Gabe von Placebo-Medikamenten
 - Vorbereitende Bedingungen (s.o. unter Direktiva).
- Emotiva
 - Kommunikativer Sinn: Das Ziel von Emotiva besteht darin, den Adressaten in ein bestimmtes Gefühl zu versetzen.
 - Beispiele: entängstigen, trösten, beruhigen, Aggression provozieren
 - Vorbereitende Bedingungen (s.o. unter Direktiva).
- Gesprächsstrukturierende Akte
 - Kommunikativer Sinn: Gesprächsstrukturierung
 - Indikatoren: Schweigendes Zuhören, gestisches Durchwinken, Partikel wie „hm“ oder „mhm“
 - Beispiele: let it pass, Hörer-Rückmeldung geben
 - Vorbereitende Bedingungen für diese Stammkraftfamilie sind nicht eindeutig zu definieren: entweder gehören sie zur Kategorie der Deklarativa – da sie die Hörer-Sprecher-Situation definieren – oder zur Kategorie der Direktiva, insofern sie implizite Anweisungen enthalten. Im Falle von Hörer-Rückmeldungen gehören einige Äußerungen zu den Expressiva, insofern sie expressive Informationen über den eigenen Kognitionszustand enthalten.

Das SOL-Schema zeichnet sich durch eine weitere Kategorienbildung („Reflexionsniveau“) aus, mit der auch alle oben genannten Kommunikationsbedingungen eindeutig definiert werden können. Die Variablen werden im Abschnitt 1.6.2 eingeführt.

Illokutionäre Kräfte

Im Rahmen der Filmanalyse von Dialogsequenzen werden zunächst alle Stammkraftfamilien (Deklarativa, Stimulativa, Direktiva, Emotiva, Assertiva, Expressiva, Kommissiva und Diskurssteuerung) der Äußerungsakte geratet. Um den kommunikativen Sinn einer Äußerung allerdings noch genauer angeben zu können, wird für jede Äußerung neben der Stammkraftfamilie auch die illokutionäre Kraft angegeben. So sind Äußerungen auffordernden Charakters nicht nur in der Gruppe der Direktiva subsummiert, sondern speziell als Bitten, Fragen, Befehle oder Vorschläge mit Hilfe eines Kodierungssystems charakterisiert. Systematische Klassifikationen mit dem Anspruch auf Vollständigkeit ordnen illokutionäre Kräfte den entsprechenden Stammkraftfamilien unter (Rolf 1997). Außerdem liegt eine umfangreiche Arbeit zur empirischen Sprechaktforschung im Schulunterricht vor, bei der illokutionäre Kräfte unter dem Gesichtspunkt der empirischen Anwendbarkeit definiert sind (Diegritz und Fürst 1999). Ankerbeispiele der Sprechakttheorie (Searle 2013) ergänzen systematische Klassifikationen. Mit der Auswertung dieser Literatur ist zunächst ein SRZP-Klassifikationsschema entwickelt worden, mit dessen Hilfe in einem Umfang von 140 Illokutionskategorien die vorkommenden Sprechakte der PGS klassifiziert werden können.

SRZP-Inventar und SRZP-Klassifikationsschema

In der Sprechakttheorie spielen sprachhandlungsbeschreibende Ausdrücke (sog. SB-Ausdrücke) eine zentrale Rolle. Einerseits kommen solche SB-Ausdrücke als alltäglich gebrauchte Verben im performativen Gebrauch vor, wie z.B. in der explizit performativen Äußerung „Ich verspreche Dir zu kommen“. Andererseits kommen SB-Ausdrücke als Namen zur Bezeichnung von Sprachhandlungsmuster z.B. in sprechaktanalytischen Studien, vor (Hindelang 2010). Nach Durchsicht der Transkripte aller Videosequenzen wurden alle als relevant erachteten explizit performativ geäußerte Verben in ein SRZP-Inventar als Ausgangspunkt für das Rating gelistet (siehe Methoden-Teil). Durch Vergleich mit der Literatur (Harras et al. 2004) wurde aus diesem Inventar ein erstes „SRZP-Klassifikationsschema“ entwickelt, das die entsprechenden SB-Ausdrücke als Namen für die jeweilige Illokutionskategorie verwendet. So wurden z.B. synonyme SB-Ausdrücke in einer Illokutionskategorie zusammengefasst. Zu Beginn war aber die Extension (Breite) der Illokutionskategorien, zwischen einer sehr „feinkörnigen“ (geringe Extension) und der „grobkörnigen“ (hohe Extension) Unterteilung mittels Stammkraftfamilien noch unbekannt. Entscheidungshilfe für die Entwicklung und den Ausbau des Ausgangsinventars waren die direkt verwendeten performativen Verben in den Transkripten und die Auswertung der in der Literatur aufgestellten Listen von performativen Verben und zustandsbeschreibenden Adjektiven. Hilfreich waren dabei auch die Definitionen, Ankerbeispiele sowie die in der Literatur angegebenen Hinweise auf Verwechslungsgefahren. So konnten z.B. synonyme Illokutionsverben zusammengefasst werden. Um ein anderes Beispiel zu geben: Expressiv können unterschiedliche Gefühlslagen zum Ausdruck gebracht werden. Im Falle der Ängstlichkeit gibt es eine Vielzahl von verbalen Ausdrucksmöglichkeiten, die von Sorge, über Furcht bis hin zur Panik reichen, z.B. „Ich fürchte mich zu

Dir zu kommen“. Die Vielzahl von Ausdrücken der Ängstlichkeit wurde in einer Illokutions-Kategorie „Ängstlichkeit“ zusammen mit einem Intensitätsfaktor von 1 bis 10 zusammengefasst. Ebenso können Gefühlsbeschreibungen eines Sprechers, die z.B. Freude, Aggression, Interesse, Trauer und eben Angst ausdrücken, hinreichend differenziert geratet werden. Auch soziale Gefühle wie Scham oder Reue können auf diese Weise erfasst werden. Aus der Sammlung der performativen Verben (Verbregister mit N=500 (Harras et al. 2007)) und zustandsbeschreibenden Adjektive aus den Transkripten entstand so ein SRZP-Klassifikationsschema, das in seiner ersten Gestalt 140 Illokutionskategorien enthält, um den sprachlichen Rahmen zur Beschreibung von PGS abzustecken. Dieses SRZP-Klassifikationsschema diente als erster Ausgangspunkt für das Video-Rating der Sprechakte.

M-Schema

Wie sich in der Analyse der Dialogszenen zeigt, sind einige Illokutionskategorien nicht bis sehr selten vorgekommen. Andere Kategorien wurden sehr häufig geratet. Es war daher notwendig, einige Kategorien nach einem quantitativen Relevanz-Kriterium neu zu bewerten. So wurde einige Kategorien zusammengelegt, wenn es sich sprechaktanalytisch (hinsichtlich Definition und vorbereitende Bedingungen) begründen ließ. Bspw. werden Sprechakte, die etwas „erklären“ und die etwas „erläutern“ zusammengefasst. Der Unterschied der beiden Illokutionen besteht darin, dass es sich beim Erklären um eine Illokution handelt, die auf eine Warum-Frage folgt, während das Erläutern eine Bezugsäußerung seitens des Sprechers voraussetzt (Rolf 1997, S. 149). Es wird aber davon ausgegangen, dass dieser Unterschied im Zusammenhang mit PGS nicht relevant ist. Wird dennoch kategorial unterschieden, verschlechtert sich die Reliabilität des Ratings, da dem Rater zu viele, aber nicht relevante Illokutionskategorien angeboten werden. Im universitären Kontext eines akademischen Seminars mag dieser Unterschied jedoch eine wichtige „illokutionäre“ Rolle spielen. Ebenso mussten einige Kategorien weiter ausdifferenziert werden. Es ist unmittelbar anschaulich klar, dass es für den Dialogverlauf einer PGS einen signifikanten Unterschied macht, ob Patienten mit Hilfe von Emotiva „getröstet“ oder „provoziert“ werden.

Im Ergebnisteil wird dieses neue Kategorienschema mit insgesamt 37 Kategorien als „M-Schema“ im Vergleich zum SRZP-Klassifikationsschema (140 Kategorien) und zum Schema der Stammkraftfamilien (8 Kategorien) näher beschrieben. „M“ steht hier für das „Mittlere“ Kategorienschema. Das M-Schema steht am Ende des explorativen Forschungsablaufs dieser Studie. Es ist der erste Versuch, sprechaktanalytisch begründete Hypothesen über PGS in Form eines Klassifikationsschemas zu generieren. Es müssen jedoch noch weitere Untersuchungen zur Reliabilität dieses Schemas abgewartet werden.

Einfluss bei der Erstellung des M-Schemas haben sprechakttheoretisch fundierte Subklassifikationen der Stammkraftfamilien und Wörterbücher illokutionärer Verben (Harras et al. 2004) genommen, eine Übersicht siehe auch (Diegritz und Fürst 1999). Die Klassifikation der M-Emotiva und M-Expressiva (Definition Emotiva siehe oben) orientiert sich am Grundgefühlskonzept (Machleidt et al. 1989; Debus et al. 1994).

1.6.2. Semiotic Observation Language – formale Anatomie der Kommunikation

Das orthodoxe System in der Prägung von Searle ist von Roland Posner, einem der bedeutenden Semiotiker (Posner 2005; Robering et al. 1997; Nöth 2000), ausgebaut und formalisiert worden. Er bezeichnet die Formalisierung als die „Anatomie der Kommunikation“ (Posner 1993, 1994). Das Programm bestand darin, die Bedeutungsunterschiede der Illokutionsfamilien mit Hilfe der intensionalen Semantik definitorisch und mit nur wenigen Grundbegriffen präzise darzulegen. Zu den Grundbegriffen gehören folgende Ausdrücke: „Sender“, „Empfänger“, „Ereignis“, „Proposition“, „vorkommen“, „tun“, „bewirken“, „fühlen“, „glauben“, „beabsichtigen“, und „im Zustand sein“. Durch die Verwendung der Begriffe „Senderzeichenprozess“ und „Empfängerzeichenprozess“, entdeckte Posner einen systematischen Zusammenhang aller Illokutionstypen und konnte sie in einem hierarchischen Modell systematisieren. In diesem Modell können auch alle Kommunikationsbedingungen (siehe unten) begrifflich präzise definiert werden. Dieses Modell hat wesentlich zur präzisen Operationalisierung der Variablen, zur Verminderung der Ambiguität des Sprechaktratings und damit zur Erhöhung der Reliabilität beigetragen.

Posner hat alle Kommunikationsakte in ein Modell der Reflexionsstufen eingebettet. Von Kommunikation spricht Posner, wenn der Sprecher seine Absichten offenlegt (Reflexionsniveau C). Bleiben die Senderabsichten verborgen, handelt es sich im Äußerungsakt um „Manipulation“ (Reflexionsstufe B). Primärprozesse, die ganz ohne Sender ablaufen, z.B. die Deutung eines Symptoms durch einen Arzt, als ein Anzeichen für eine Erkrankung, besitzen das niedrigste Reflexionsniveau A. Posner spricht hier von Anzeichenprozessen. Jeder Illokutionstyp hat seinen eigenen typischen Primärprozess. Interessant ist die Tatsache, dass Primärprozesse die Erfolgsbedingungen für die kommunikativen Prozesse liefern.

Menschliche Kommunikation wird also nicht als einfache Ursachen-Wirkungs-Beziehung verstanden, sondern als ein mehrdimensionaler Intentions- und Interpretationsprozess begriffen. Um einen Eindruck zu verschaffen, soll die Anatomie der Kommunikation formalistisch am Beispiel der Assertiva dargestellt werden. Für sie gilt:

Aufrichtigkeitsbedingung (übernommen von der Sprechakttheorie)

$G(b, p)$

p = propositionaler Gehalt

b = Sprecher

G = zweistelliger Operator für die Glaubensbeziehung zwischen dem Verhaltenssystem b (Sprecher) und der Proposition p

Sprecher b glaubt p.

Minimaler propositionaler Gehalt (übernommen von der Sprechakttheorie)

p = propositionaler Gehalt

Wie lautet der propositionale Gehalt der Äußerung?

Primärbotschaft

p = propositionaler Gehalt

Die Primärbotschaft entspricht dem Sachverhalt p, den der Sprecher b dem Hörer a glauben machen will. Die beabsichtigte Primärwirkung besteht darin, dass der Hörer die Botschaft p glaubt.

Beabsichtigte Primärwirkung:

$G(a, p)$

Hörer a glaubt p

Die beabsichtigte Primärwirkung entspricht den Zielen, die der Sprecher herbeizuführen sucht. Die im Hörer beabsichtigte Primärwirkung muss zeitlich immer nach der Sprecherhandlung liegen. Der Sprecher verfehlt sein kommunikatives Ziel, wenn der Hörer schon weiß, was der Sender mitteilen will. Für das Gelingen, muss der Hörer die Botschaft glauben, weil (!) das tatsächliche Vorkommen der Äußerung diesen Glauben bewirkt. Ein sprecherunabhängiges spontanes Glauben kann nicht die Wirkung eines gelungenen Sprechaktes sein.

Primärprozess/primäre Erfolgsbedingung:

$E(f) \rightarrow G(a, p)$

f = Ereignis (Sprechakt)

E = Prädikator, der das Vorkommen des Ereignisses bezeichnet (z.B. an einem bestimmten Ort, zu einer bestimmten Zeit). Ort- und Zeitinformation sind durch die Videoanalyse genau bekannt und werden in den Sprechaktsequenzen ausgewertet.

$\rightarrow$ = WIRK-Operator

Ein Sprechakt ist daher im Sinne der obigen Formel nur dann primär erfolgreich, wenn die beabsichtigte Primärwirkung nicht spontan, sondern nach und wegen der Sprecher-Äußerung eintritt.

Diese Bedingung ist also nur dann erfüllt, wenn der Hörer p glaubt, und der Glaube aufgrund der Sender-Äußerung erfolgt. Zeigt sich in der Filmanalyse eine Verletzung dieser Bedingung, kann der Sprechakt nicht als „erfolgreich“ klassifiziert werden. Dieser Sachverhalt soll am Beispielsatz

1 erklärt werden: Der Sprecher behauptet, dass Peter zur Party kommt. Es soll der Einfachheit halber angenommen werden, dass der Sprecher seiner eigenen Äußerung auch Glauben schenkt (Erfüllung der Aufrichtigkeitsbedingung). Ebenso soll davon ausgegangen werden, dass der Hörer die Proposition glaubt – wir wissen jedoch nicht, warum. Ohne weitere Informationen aus dem Umfeld dieser Äußerung bleibt es unklar, ob der Hörer die Proposition wegen der performativen Äußerung oder aus einem anderen Grund glaubt. Es muss also unterschieden werden zwischen der eingetretenen Primärwirkung $G(a, p)$ und der Erfüllung der primären Erfolgsbedingung $P1=E(f) \rightarrow G(a, p)$, d.h. dem Eintreten des Primärprozesses.

In einem nächsten Schritt wird gefragt, ob das Eintreten des Primärprozesses vom Sender beabsichtigt ist.

Primärabsicht/primäre Ernsthaftigkeitsbedingung:

$$I(b, E(f) \rightarrow G(a, p))$$

I = zweistelliger Operator für die Absichtsbeziehung zwischen dem Sprecher b und dem Primärprozess.

Der Sprecher intendiert, dass der Primärprozess eintritt.

Wenn ja, dann ist die primäre Ernsthaftigkeitsbedingung erfüllt. Im Alltag würde man sagen, der Sender täuscht seinen Hörer nicht. Im Falle einer Täuschung liegt also eine Verletzung der Ernsthaftigkeitsbedingung vor. Die Videoanalyse zeigt Beispiele für derartige Sprechakte, in denen der Sprecher sein Gegenüber zu täuschen versucht.

Die primäre Ernsthaftigkeitsbedingung ist erfüllt, wenn der Sprecher den Primärprozess intendiert. Da dies einen sprecherimmanenten Prozess darstellt, kann nur durch Informationen aus dem Sinnzusammenhang auf die Ernsthaftigkeit einer Äußerung geschlossen werden. Im Unterschied zur Erfüllung der Aufrichtigkeitsbedingung muss der Sprecher nicht nur seine eigene Botschaft glauben, er muss auch ernsthaft beabsichtigen, dass der Hörer die Botschaft glaubt. Deswegen vollzieht der Sender nun den Äußerungsakt $T(b, f)$ und beabsichtigt den Primärprozess. Formal liest sich dies als:

Primärhandlung

$$H1 = T(b, f) \wedge I(b, E(f) \rightarrow G(a, p))$$

T = zweistelliger Prädikator für die Beziehung zwischen dem Sprecher b und seiner Äußerung f gegenüber dem Hörer a ;

$\wedge$ = UND-Operator

Die Primärhandlung $H1$ erfolgt nur dann, wenn der Sprecher den Primärprozess nicht nur intendiert, sondern dies durch sein Tun auch realisiert. Im Posner'schen Sinne ist das Tun und das Intendieren der Bedeutungskern einer jeden Handlung. Auf diesem Reflexionsniveau (B) kann der

Sender sein intendiertes Ziel auch ohne Offenlegung seiner Absichten realisieren. Der Primärprozess könnte sich auch erfüllen, ohne dass der Hörer die Absichten des Senders versteht. Dies ändert sich erst, wenn der Hörer die Handlung H1 versteht. In diesem Fall gilt:

Sekundärwirkung:

$$G(a, T(b, f) \wedge I(b, E(f) \rightarrow G(a, p)))$$

$$\text{Kurz: } G(a, H1)$$

Der Hörer a glaubt, die Sprecher-Handlung zu verstehen.

Mehr noch: Wenn der Sender genau das beabsichtigt, nämlich dass der Hörer die primäre Absicht versteht, genau dann legt er seine Absichten in einer höheren Reflexionsstufe offen. Der dazugehörige Sekundärprozess lautet:

Sekundärprozess, sekundäre Erfolgsbedingung:

$$E(f) \rightarrow G(a, T(b, f) \wedge I(b, E(f) \rightarrow G(a, p)))$$

$$\text{Kurz: } P2 = E(f) \rightarrow G(a, P1)$$

Der Hörer glaubt der Sprecher-Intention aufgrund der Sprecher-Äußerung f.

Zur tatsächlichen Offenlegung gehört noch zweierlei. Erstens muss der Sender diesen Sekundärprozess ernsthaft wollen (sekundäre Ernsthaftigkeitsbedingung):

Sekundärabsicht/sekundäre Ernsthaftigkeitsbedingung

$$I(b, E(f) \rightarrow G(a, T(b, f) \wedge I(b, E(f) \rightarrow G(a, p))))$$

$$\text{Kurz: } I(b, E(f) \rightarrow P2)$$

Und zweitens muss er seine Absicht in seiner Äußerung f als Sprachhandlung umsetzen:

Sekundärhandlung/Offenlegung:

$$T(b, f) \wedge I(b, E(f) \rightarrow G(a, T(b, f) \wedge I(b, E(f) \rightarrow G(a, p))))$$

$$\text{Kurz: } H2 = T(b, f) \wedge I(b, P2)$$

Die Sekundärhandlung erfolgt, wenn der Sprecher nicht nur intendiert, seine Absichten offen zu legen, sondern dies auch tut.

Obige vier Prozesse (Sekundärwirkung bis Sekundärhandlung) spielen sich auf der höchsten Reflexionsstufe C ab.

Die letzte sekundäre Erfolgsbedingung besagt nun soviel, dass der Kommunikationsversuch des Senders nur genau dann erfolgreich ist, wenn der Sender durch Offenlegung seiner Absichten den Primärprozess auslöst, d.h. wenn gilt: $P2 \rightarrow P1$, d.h.

1. wenn der Hörer die Botschaft versteht (P1), WEIL er
2. die Senderabsicht, ihn zu überzeugen, verstanden hat (P2) UND
3. der Sender diesen Prozess ernsthaft beabsichtigt $I(b, P2 \rightarrow P1)$ UND
4. den Sprechakt f dementsprechend vollzieht: $(T(b, f))$.

Die erfolgreiche Kommunikationshandlung hat danach die formale Struktur:

Kommunikationshandlung

$$H3 = T(b, f) \wedge I(b, P2 \rightarrow P1) \wedge (P2 \rightarrow P1)$$

die zugehörige tertiäre Ernsthaftigkeitsbedingung lautet

$$\text{tertiäre Ernsthaftigkeitsbedingung: } I(b, P2 \rightarrow P1)$$

Die am Beispiel der Assertive vorgeführte formale „Anatomie der Kommunikation“ lässt sich für alle Illokutionsfamilien darstellen. Unterschiede bestehen lediglich für die jeweiligen Primärprozesse (Debus und Posner 2019; Posner 1994).

Tabelle 3: Systematische Übersicht über die Primärprozesse der Illokutionskategorien.

Illokutionsnr.	Illokutionskategorie	Primärprozess P1	Name des auslösenden Ereignisses f	Wirkung
1	Deklarativa	$E(f) \rightarrow E(g)$	Ursache	ein Ereignis des Typen g
2	Stimulativa	$E(f) \rightarrow Z(a)$	Stimulus	a ist im Körperzustand Z
3	Direktiva	$E(f) \rightarrow T(a, r)$	Signal	a tut r
4	Emotiva	$E(f) \rightarrow F(a, Z(a))$	Auslöser	a fühlt, dass er im Zustand Z ist.
5	Assertiva	$E(f) \rightarrow G(a, p)$	Anzeichen	a glaubt, dass p
6	Expressiva	$E(f) \rightarrow G(a, Z(b))$	Ausdruck	a glaubt, dass b im Zustand Z ist.
7	Kommissiva	$E(f) \rightarrow G(a, I(b, T(b, g)))$	Geste	a glaubt, dass b beabsichtigt, g zu tun

Tabelle 3: Systematische Übersicht über die Primärprozesse der Illokutionskategorien. Die Buchstaben sind Abkürzungen für: b=Sender, a=Empfänger, E=Vorkommen, Z=Zustand, T=Tun, F=Fühlen, G=Glauben, p=Proposition, $\rightarrow$ = Bewirken, die Buchstaben f, g, r stehen für Ereignisse: f ist in der Regel der Äußerungsakt, r = eine Empfängerreaktion, g=ein zukünftiges Ereignis nach f.

Nützlich ist dieser formale Aufbau der Kommunikationsstruktur, da sich mit seiner Hilfe alle Variablen für das Kommunikationsrating präzise operationalisieren lassen. Diese Operationalisierung wird im Methodenteil vorgeführt.

SOL-Schema

In Zusammenfassung des formalen Aufbaus wird ein kategoriales Klassifikationssystem zur Erfassung aller Sprechakte nach Illokutionstypen mit folgenden Eigenschaften verwendet:

1. Zeichenprozesse
 - a. Senderzeichenprozesse (entspricht Sprachhandlungen der Sprecher)
 - b. Empfängerzeichenprozess (entspricht Deutungen der Hörer)
2. acht illokutionäre Stammkraftfamilien
3. drei Reflexionsstufen
 - a. senderlose Primärprozesse (Reflexionsniveau A)
 - b. manipulative Sekundärprozesse ohne Offenlegung (Reflexionsniveau B)
 - c. kommunikative Prozesse mit Offenlegung
4. Kommunikationsbedingungen
 - a. Bedingungen des propositionalen Gehalts
 - b. Aufrichtigkeitsbedingung
 - c. primäre, sekundäre Erfolgsbedingungen
 - d. primäre und sekundäre Ernsthaftigkeitsbedingungen
5. Kommunikationsziele (outcome-Bedingungen)
 - a. primäre und sekundäre Kommunikationsziele

1.7. Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Untersuchung gliedert sich in einen gedruckten Hauptteil und in einem umfangreichen Anhang mit Dateien auf CD-ROM.

Hauptteil

Der Hauptteil besteht aus dem Theorieteil in diesem Kapitel 1, der Beschreibung der Methodik (Kapitel 2), dem Ergebnisteil (Kapitel 3) sowie der Diskussion (Kapitel 4).

Im Abschnitt Methodik wird dargelegt, wie Materialsammlung und -strukturierung durchgeführt wurden. Es werden das Studiendesign, Methoden zur Evaluation der Güte der Datenerhebung, Methoden der Datenanalyse (Cluster-/Diskriminanzanalyse) sowie die Hypothesengenerierung beschrieben.

Die Darstellung der Ergebnisse orientiert sich im Aufbau an der Gliederung des Methodik-Kapitels. Die Ergebnisse zu den Untersuchungskategorien werden mittels Kreis- und Balkendiagrammen sowie Kreuztabellen dargestellt. Inter-Rater-Reliabilitäten und Vergleiche mit vorangegangenen Publikationen zur empirischen Sprechhandlungsforschung geben erste Hinweise auf die Güte der Datenerhebung. Die Ergebnisse dieser explorativen Untersuchung werden in Form von Hypothesen zusammengefasst, die als Ausgangspunkt für weitere Studien dienen.

Im Abschnitt Diskussion werden die Güte der Datenerhebung, die Anwendbarkeit sprechakttheorie-basierter Modelle zur Rekonstruktion kommunikativer Prozesse in PGS, die explorativen Arbeitshypothesen und mögliche Fragestellungen für Folgestudien reflektiert.

Am Ende des Hauptteils folgt eine Zusammenfassung.

Anhang

Während der Hauptteil die Gruppenergebnisse aller Videoszenen präsentiert, werden im Anhang die Ergebnisse der Einzelszenen zusammengefasst: Sprechaktpfade, Illukutionsverteilungen, semantische Zusammenfassungen, Prozesscharakterisierungen und Senderstrategien. Zusätzlich enthalten sind: alle Transkriptionen, die vollständige Datenmatrix mit allen Items zu allen objektiven Variablen (z.B. Zeit, Ort, Sprecher, Äußerung) sowie allen Rating-Variablen, das SRZP-Klassifikationsschema sowie das ausführliche M-Schema.

Abgrenzung des eigenen Arbeitsanteils

Die Videoaufnahmen der vierzehn reinszenierten PGS wurden im Zeitraum vom 17.02.2012 und 08.-10.03.2012 im Rahmen des SRZP-Projekts (Posner und Debus 2011) unter der Leitung von PD Dr. Debus im Institut für Kultursemiotik in Wennigsen aufgezeichnet. Das Institut verfügt über ein Filmstudio, in dem aus dem Kamerarohmaterial alle Filmaufnahmen verfügbar gemacht wurden. Eine Beispielszene findet der Leser auf der Präsentationswebseite unter www.srzp.de. Am SRZP-Projekt haben neben den Psychodramaanleitern, dem Kameramann und dem Filmcutter 12 Krankenpflegekräfte zweier geschlossener Akut- und Regelstationen sowie einer geschlossenen forensisch-psychiatrischen Station im Raum Hannover (Klinikum Region Hannover sowie Medizinische Hochschule Hannover) teilgenommen. Der Autor hat sich nach Abschluss der Aufzeichnungsphase am SRZP-Projekt beteiligt. Zu diesem Zeitpunkt lagen fünf von vierzehn Transkriptionen vor. Alle Arbeitsschritte beginnend mit den verbliebenen Transkripten hat der Autor der vorliegenden Untersuchung eigenständig erstellt.

2. Methodik

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine hypothesengenerierende explorative Studie im Mixed-Method-Design des Qual-Quan-Typs (Kuckartz 2014). Semiosen von PGS werden qualitativ identifiziert und hiernach einer statistischen Auswertung zugänglich gemacht. Das Ziel der Arbeit besteht darin, anhand von Diskursmustern Hypothesen über den kommunikativen Ablauf von PGS zu generieren. Die Hypothesen werden abduktiv gewonnen, indem empirische Belege mit Interpretationen von PGS in einen vermuteten Begründungszusammenhang gebracht werden. Die abduktiven Schlüsse werden zirkulär gewonnen, das heißt daraufhin überprüft, ob sie mit anderen Hypothesen zusammen ein widerspruchsfreies und in sich schlüssiges Bild ergeben. Ähnlich sprachlichen Phänomenen, die sich einer geordneten Tiefenstruktur zuordnen lassen (Grammatik), besteht das Ziel dieser Arbeit darin, Hinweise für eine Handlungsgrammatik zu generieren, die kommunikative Phänomene des Objektbereichs erklärbar und vergleichbar macht.

2.1. Fragestellungen

Basierend auf dem Einleitungsteil dieser Arbeit werden Fragestellungen formuliert, die durch die in diesem Kapitel vorgestellten Methoden beantwortet werden sollen.

Die hier vorgestellten Fragestellungen finden sich teilweise auch in anderen Publikationen zum SRZP-Projekt (Debus und Radovic 2019; Radovic und Debus 2019).

1. Durch welche kommunikativen Interaktionen werden PGS charakterisiert? (Methodik siehe Abschnitte 2.3 und 2.4, Ergebnisse siehe Abschnitt 3.4)
2. Worin ähneln oder unterscheiden sich PGS? (Methodik siehe Abschnitt 2.4, Ergebnisse siehe Abschnitt 3.4.4)
3. Welche Illokutionen sind relevant bei PGS? (Methodik siehe Abschnitt 2.3.3, Ergebnisse siehe Abschnitt 3.4.1)
4. Wird aufrichtig kommuniziert? (Methodik siehe Abschnitt 2.3.3, Ergebnisse siehe Abschnitt 3.3)
5. Wird ernsthaft kommuniziert? (Methodik siehe Abschnitt 2.3.3, Ergebnisse siehe Abschnitt 3.3)
6. Werden Sprechakte fehlerfrei vollzogen? (Methodik siehe Abschnitt 2.3.3, Ergebnisse siehe Abschnitt 3.3)
7. Welcher kommunikativer Deeskalationsstrategien bedienen sich die Therapeuten? (Methodik siehe Abschnitt 2.4, Ergebnisse siehe Abschnitt 3.4)
8. Wie unterscheiden sich die Szenen untereinander und lassen sich Cluster bilden, die PGS anhand der (Un-)Ähnlichkeit des illokutionären Profils zusammenfassen können? (Methodik siehe Abschnitt 2.4, Ergebnisse siehe Abschnitt 3.4.4)
9. Wie valide ist das Rating? (Methodik siehe Abschnitt 2.5, Ergebnisse siehe Abschnitt 3.5)

10. Wie fällt die Häufigkeitsverteilung der Illokutionen im Vergleich zu anderen empirischen sprechakttheoretischen Arbeiten aus? (Methodik siehe Abschnitt 2.3.3, Ergebnisse siehe Abschnitt 3.4)
11. Wie können Manipulationen und Kommunikationsversuche (Posner 1994) für eine empirische Arbeit operationalisiert werden? (Methodik siehe Abschnitt 2.3, Ergebnisse siehe Abschnitt 3.3)
12. Wie sieht ein illokutionäres Kategorieninventar zur Beschreibung von PGS aus? (Methodik siehe Abschnitt 2.4, Ergebnisse siehe Abschnitt 3.5)

2.2.Materialsammlung

Entstehung der Materialsammlung

Die Materialsammlung erfolgte im Rahmen des Projekts „Simulation und Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie“ (SRZP) unter der Leitung von PD Dr. Stephan Debus. Bei den dreizehn Teilnehmern (TN) handelt es sich um Krankenpflegekräfte (w/m), die auf akut-psychiatrischen und/oder forensischen Stationen tätig sind. Alle TN arbeiten an einer der folgenden kooperierenden Kliniken: Klinik für Psychiatrie der Medizinischen Hochschule Hannover, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Langenhagen sowie Psychiatrie Wunstorf (beide Klinikum Region Hannover). Die TN weisen eine mehrjährige Berufserfahrung in der stationären psychiatrischen Versorgung auf (pro TN zwei bis 27 Jahre) und haben sich schriftlich mit der Teilnahme am SRZP-Projekt einverstanden erklärt.

Bei der Materialsammlung waren neben den TN folgende Personen anwesend: Projektleiter PD Dr. Stephan Debus (SD), Psychodramaausbilder Dr. Ullrich Ahrens (UA) und Kameramann Massimo Serenari.

Die Materialsammlung hat im Institut für Kultursemiotik (IKS), Wennigsen, stattgefunden. Hier stehen neben der Seminarhalle eine Bibliothek, ein Studio für Ton- und Videoproduktionen sowie diverse Büroräumlichkeiten zur Verfügung.

Ausgangspunkt: Realsituationen aus dem psychiatrischen Milieu

Der Objektbereich der vorliegenden Arbeit umfasst PGS. Sie entsprechen einer Untermenge aller Realsituationen aus dem stationären, psychiatrischen Milieu (Untermenge PGS aller stationären Situationen = S_0). Realsituationen sind durch unterschiedliche Faktoren und Rahmenbedingungen charakterisiert: Das Krankenpflegepersonal orientiert sich an Pflegestandards und der Erfüllung von Grundbedürfnissen von Patienten wie den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL). Patienten erhalten medizinisch-pharmakologische Therapien (Medikation, Arztgespräch); ihr Alltag ist durch Stationsabläufe wie Essenszeiten oder die Einnahme der Pharmaka strukturiert. Stationsre-

geln legen die Normen für das Verhalten auf Station fest. Das Personal muss administrative Aufgaben wie das Führen der Patientenakten erfüllen, unter Umständen werden wissenschaftliche Studien durchgeführt. Die Durchführung von PGS gehört zu krankenschweflerischen Tätigkeiten, obschon die Indikation in der Regel ärztlich und richterlich gestellt werden muss. Zur unmittelbaren Gefahrenabwehr ist die Indikationsstellung auch durch das Krankenpflegepersonal möglich.

Auswahl aus den erlebten Realsituationen durch TN

TN haben viele Realsituationen auf psychiatrischen Akutstationen erlebt. Das Material wird gewonnen, indem TN PGS ausgehend von diesen Erfahrungen auswählen, die sie als geeignet für eine psychodramatische Reinszenierung erachten. Hierbei gibt es nur wenige Bedingungen: Die Situationen sollen durch einen der TN persönlich miterlebt worden sowie typisch oder relevant für PGS/ZM sein und im psychiatrischen Alltag häufig vorkommen. Die ausgewählten Situationen werden in der Seminarhalle des IKS unter der Anleitung von UA reinszeniert, wobei die TN sowohl Therapeuten- als auch Patientenrollen übernehmen. Die erstellten Szenen (=S₁) entsprechen hierbei psychodramatischen Reinszenierungen von S₀.

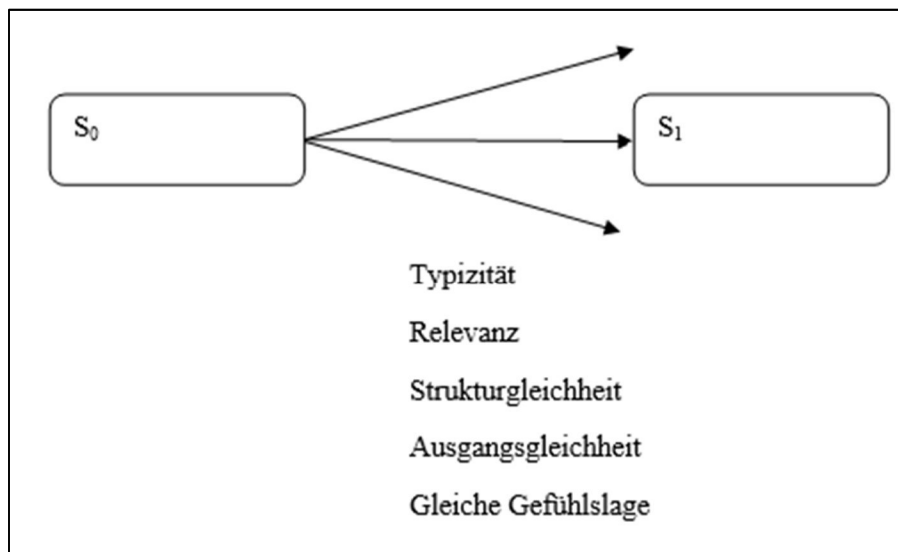


Diagramm 4: Situationslogik einer psychodramatischen Reinszenierung

Diagramm 4 zeigt die Situationslogik einer psychodramatischen Reinszenierung an. Die Ähnlichkeit von S₀ und S₁ soll hierbei durch Kriterien gewährleistet werden, die dem Diagramm entnommen werden können. Typizität soll sicherstellen, dass die reinszenierte Szene typisch für eine PGS ist; Relevanz, dass die Szene relevant ist. Typizität und Relevanz können zum Beispiel dadurch gewährleistet sein, dass die reinszenierte Situation häufig im Rahmen von PGS auftritt. Struktur- und Ausgangsgleichheit sowie gleiche Gefühlslage sollen sicherstellen, dass sich S₀ und S₁ möglichst ähnlich sind. Die Pfeile symbolisieren unterschiedliche Verläufe von Reinszenierungen. Optimalerweise weisen S₀ und S₁ eine hohe strukturelle Ähnlichkeit auf. Nimmt die reinszenierte Situation einen relevant anderen Verlauf als die Realsituation, wird sie durch den Psychodramatherapeuten unterbrochen und neu reinszeniert, falls erforderlich und möglich. Beispiele

wie Szene 9 (siehe Tabelle 8, Zeile 1) zeigen, dass der Reinszenierung methodische Grenzen gesetzt sein können.

Zur ausführlichen theoretischen Einführung des Psychodrama siehe Literatur (Ahrens 2011).

Die reinszenierten PGS wurden mit drei Kameras (zwei Standkameras und eine durch Massimo Serenari geführte Handkamera) in Bild und Ton dokumentiert, um neben der verbalen auch die nonverbale Kommunikation zu erfassen. Die Erfassung von Ton und Bild ist zur Untersuchung von Schüler-Lehrer-Interaktionen sowie von kommunikativen Prozessen während gefäßchirurgischer Eingriffe erprobt worden und hat sich gegenüber einer ausschließlichen Ton-Dokumentation als überlegen gezeigt (Diegritz und Fürst 1999; Serenari 2011).

Die Videos sind gleichartig aufgebaut und beinhalten die folgenden Bestandteile: Erzählung, Szene (ggf. Teilszenen) und Sharing.

Erzählung: Die Erzählung hat zum Ziel, dass PGS (S_0) derart vorgestellt werden, dass im Anschluss eine psychodramatische Reinszenierung (S_1) möglich wird. Im Rahmen dieser Vorbereitung bedarf es eines Erzählers, der die PGS miterlebt hat und den TN sowie dem Psychodramatherapeuten präsentiert, damit die Reinszenierung anhand der Erzählung durchgeführt werden kann.

Szene/Teilszene: Der Abschnitt Szene umfasst die psychodramatisch reinszenierten PGS. Zu Teilszenen kann es aus folgenden Gründen kommen: Entweder wird die Reinszenierung unterbrochen, da sie nicht der Realsituation S_0 entspricht oder sie erstreckt sich über mehrere, chronologisch voneinander getrennte Teilabschnitte (Spiel-Stop-Phasen).

Sharing: Nach Abschluss der Reinszenierung folgt eine Besprechung des Gesehenen durch die TN. Hierbei erfolgt eine Plausibilitätskontrolle, ob die Reinszenierung den Darstellungen des Erzählers entsprochen hat, außerdem werden spontan Hypothesen zu den kommunikativen Prozessen des Gesehenen gebildet.

An dieser Stelle folgt die Auflistung aller Szenen, die der vorliegenden Untersuchung zugrunde liegen. Sie wurden dem Autor der vorliegenden Arbeit vom Projektleiter als MP4-Dateien zur Verfügung gestellt.

Tabelle 4: Übersicht über alle Videoszenen

Szenennummer	Szenentitel
1	Symptompräsentation
2	Fixierung – Der Fluchtversuch
3	Zwangsmedikation – das Fax am Geburtstag
4	Zwangsmedikation – die Depotspritze
5	Kein Ausgang wegen Verletzungsgefahr
6	Vermeidung von Zwang – Chaos im Park
7	Abwendung von Zwang – im Redefluss bleiben
8	Abwendung von Zwang – Respekt in der Bedrohungssituation
9	Einliefern – Schlägerei im Tagesraum
10	Aufnahme – die Kunst des Empfangens
11	Fixierung – Selbstverletzung in auswegloser Situation
12	Hilfs-Ich – Überraschungseffekt
13	Hilfs-Ich – Aufklärung eines Missverständnisses
14	Hilfs-Ich

Tabelle 4 zeigt alle Szenen an, die der vorliegenden Arbeit zugrunde liegen.

Die folgenden zwei Kapitel (Kapitel 2.3 „Operationalisierung“ und Kapitel 2.4 „Datenanalyse“) führen deskriptiv statistische Definitionen der wichtigsten Grundbegriffe dieser Arbeit ein. Die Grundbegriffe sind kursiv markiert. Die Struktur der Kapitel, deren grundlegende Inhalte, Formeln sowie die Formulierungen wurden in Rücksprache mit PD Dr. Stephan Debus erstellt (Debus 2019d).

2.3. Operationalisierung

2.3.1. Transkription

Die formale Beschreibung der Verfahrensweisen, Datenerhebungs- und Analysemethoden beginnt mit der *Transkription* TR^1 des audiovisuellen Materials (AV) in den Filmaufnahmen der reinzenierten psychiatrischen Situationen. Eine automatische Übersetzung (Spracherkennung) akustischer Signale AV_t zum Zeitpunkt t wird in eine textuell geschriebene *Wortfolge* (WF) zum Zeitpunkt t übersetzt.

Transkriptionsschritt V^1 :

$$\begin{array}{lll} TR^1: AV & \rightarrow & WF \\ TR^1: \{Audio_t \mid t=0 \dots T\} & \rightarrow & \{Wort_t \mid t=0 \dots T\} \end{array}$$

Die geordnete Wortfolge WF ergibt den, jedoch hinsichtlich der Sprecher noch ungegliederten, Fließtext zum Zeitpunkt t . Im SRZP-Projekt hat man mit Spracherkennungssoftware experimentiert und die Ergebnisse z.T. unter der Website www.srzp.de gezeigt. Leider scheitern aber die derzeit verfügbaren Spracherkennungsprogramme noch an der sehr aufwendigen Aufnahmetechnik für bewegte Sprecher bei zu geringer Aufnahmequalität. Ein zweiter Schritt ordnet die erkannte Wortfolge (WF) mit dem Timecode T den einzelnen Sprechern (S) und Textzeilen (z) im Transkript zu und erzeugt so einen gegliederten Fließtext, der hier als empirischer *Textkorpus* (TK) bezeichnet wird.

Transkriptionsschritt V^2 :

$$\begin{array}{lll} TR^2: WF & \rightarrow & TK \\ TR^2: \{Wort_t \mid t=0 \dots T\} & \rightarrow & \{Wort(t, S, z)\} \end{array}$$

Sowohl Timecode T , Sprecher S und Transkriptzeile z gehen als entsprechende Variable in die Datenmatrix mit ein. Mit lernfähiger Software kann auch dieser Schritt V^2 nur mit mäßigem Erfolg automatisch durchgeführt werden. Solange also die hierzu notwendige Software sehr teuer und unausgereift ist, müssen die Transkriptionsschritte V^1 und V^2 noch ganz klassisch, nach bestimmten Kriterien, sozusagen per Ohr, Auge und Hand schriftlich ausgeführt werden (Debus 2019d).

Transkriptionskriterien:

Der Textkorpus wird auf Grundlage des GAT-Transkriptionssystems (Ehlich und Rehbein 1979) in Fließtextschreibweise erstellt. Transkribiert werden alle verbalen Äußerungsakte. Nonverbale Äußerungsakte werden transkribiert, sofern deren Berücksichtigung für das semantische Verständnis einer PGS erforderlich erscheint (z.B. Intonationszeichen).

Die erstellten Transkripte folgen stets einem identischen Aufbau, die Bestandteile können folgender Tabelle entnommen werden.

Tabelle 5: Transkriptbestandteile

Transkriptbestandteil	Erläuterung
Titelblatt	Das Titelblatt gibt wesentliche Informationen eines Videos und einen Überblick über die Eckdaten der Szene wieder. Bestandteile siehe unten.
Erzählung	Erzählerische Darstellung der PGS
Szene	Reinszenierung PGS
Sharing	Austausch der Akteure zur reinszenierten PGS
Bestandteile des Titelblatts	
Szenennummer	Alle 14 Videos sind nummeriert (siehe Tabelle 4). Dies ermöglicht die Identifikation eines Videos innerhalb des Untersuchungskorpus.
Szenentitel	Die Szenentitel wurden von SD vergeben, sind den Videos zu entnehmen und geben ein zentrales Charakteristikum der PGS wieder.
Datum	Aufnahmedatum des Videos
Dauer	Videolänge
Verfasser	Transkribierende Person
Pseudonyme und deren Rolle	Beteiligte TN und deren gespielte Rolle in der reinszenierten PGS, z.B. Patient

Die Tabelle 5 zeigt alle Bestandteile eines Transkripts auf.

2.3.2. Chunking

Das *Chunking* (CH) ein Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2015, S. 70; Atteslander und Cromm 2010, S. 210). Dabei wird der Textkorpus TK bestehend aus einer geordneten Wortfolge eines gegliederten Fließtextes mit einer Wortanzahl (N_{Wort}) nach bestimmten Kriterien in einen segmentierten Text mit Textteilen (sogenannte Turns) gegliedert. Durch das Chunking entsteht eine Folge von Turns (TF) mit der Anzahl von N_{Turn} . Die Turnhäufigkeiten werden zu jeder Variablen entweder je Film *intraszenisch* oder über alle Filme *interszenisch* gezählt. Es gilt für das Chunking die Zuordnung:

$$\begin{array}{llll} \text{CH:} & \text{TK} & \rightarrow & \text{TF} \\ \text{CH:} & \{\text{Worte}_i \mid i = 1 \dots N_{\text{Wort}}\} & \rightarrow & \{\text{TURN}_j \mid j = 1 \dots N_{\text{Turn}}\}. \end{array}$$

Chunking-Kriterien:

1. Der Fließtext wird nach Sprecheräußerungen der Spielhandlung und Text ohne Sprecherbezug getrennt und alle Textpassagen, die zu keiner Sprecheräußerung gehören, werden gelöscht, z.B. Textinformationen, Kommentare der Übersetzer, Sprachhandlungen außerhalb der beobachteten Spielszene, Regiekorrekturen durch die Protagonisten während eingeschobener Spiel-Stopp-Phasen etc.
2. Jede Sprecheräußerung beginnt mit der Übernahme einer Sprecherrolle und endet mit der Übernahme durch den Interaktionspartner in der jeweils alternativen Sprecherrolle.
3. Mit dem Chunking werden anhand der indexikalen Ausdrücke „ich“, „Du“, „Sie“ etc. die Sprecher und Empfänger einer Äußerung identifiziert.
4. Das Chunking unterscheidet alle *illokutionären Akte* einer einzelnen Sprecheräußerung. D.h., jede Sprecheräußerung wird ihrerseits in Sprechakte eingeteilt und dem jeweiligen Sprecher zugeordnet. Was Sprechakte sind, wurde in Kapitel 1.6.1 definiert. Alle Transkripteure haben zur Durchführung der Transkription ein Training durchlaufen.
5. Jeder Sprechakt endet entweder dadurch, dass der Interaktionspartner einen weiteren Sprechakt zulässt und darauf verzichtet, den Sprecherwechsel einzuleiten oder indem der Interaktionspartner den Sprecherwechsel unmittelbar und durch Übernahme der Sprecherrolle ohne Abwarten herbeiführt. Der Verzicht auf den Sprecherwechsel ist ein nonverbaler Akt des Abwartens in der Diskursorganisation, das hier durch eine besondere Marke („Let it pass“ = LIP) gekennzeichnet wird. Häufig begegnet man im Textkorpus den Interjektionen „hmm“ oder „mhmm“, die keine Bejahung oder Bestätigung des Empfängers meinen, sondern lediglich dazu eingebracht werden, um anzuzeigen, dass der Gesprächsfluss des Sprechers nicht unterbrochen werden soll. „Let it pass“

findet aber in den meisten Fällen auch ohne lautliche Äußerungen statt, indem der Gesprächspartner abwartet. Die Marke „LIP“ ist folglich als ein nonverbaler Akt der Diskurssteuerung, neben anderen verbalen und nonverbalen Akten, zu verstehen. Auf der Auswertung dieser LIP-Marke beruhen nützliche Einsichten in die Langzeitstruktur von Dialogen oder in das Dominanzverhalten von Sprechern (siehe Abschnitt 3.4).

6. Das Chunking differenziert den *illokutionären Akt* vom *propositionalen Akt*, indem zwischen dem übergeordneten *Matrixsatz* z.B. „Ich möchte Sie bitten“ und der *Proposition* im untergeordneten Satzteil „mir zu folgen“ unterschieden wird.

7. Ein *Turn* ist eine Informationseinheit in Berichtsnormalform über eine performative Äußerung. So lautet die Informationseinheit eines Turn j zu einem Sprechakt: „Ich möchte Sie bitten, mir zu folgen“, den ein bestimmter Sprecher an einen bestimmten Empfänger richtet in Normalform:

$TURN_j = \langle\langle j, \text{bitten, Anna, Bernd, „mir zu folgen“} \rangle\rangle$

in der Bedeutung: Anna bittet Bern, ihr zu folgen. Allgemein in der Form:

$TURN_j = \langle\langle j, \text{performatives Verb, Sender, Empfänger, } p \rangle\rangle$

Wobei „performatives Verb“ die intendierte *illokutionäre Rolle* des Sprechaktes repräsentiert, und p den propositionalen Gehalt des Sprechaktes nennt. Dabei kann das performative Verb explizit in der performativen Äußerung vorkommen oder nur implizit aus der Art der Äußerung erschlossen werden. Ein Turn ist folglich die formale Grundeinheit im Aufbau einer Datenmatrix, die durch die Menge aller Turns aufgespannt wird. Auch wenn ein Turn stets einen Sprechakt enthält, muss ein „Turn“ begrifflich vom Ausdruck „Sprechakt“ unterschieden werden. Denn ein Turn ist eine metasprachliche Information *über* einen performativen Sprechakt und nicht der Sprechakt selbst. Während Sprechakte performativ geäußert werden, sind sie nicht wahrheitswertfähig (denn sie können nur gelingen, ernsthaft oder erfolgreich sein, bzw. eben nicht), dagegen sind Informationseinheiten *über* Sprechakte sehr wohl wahrheitsfähig: es kann wahr oder falsch sein, dass Anna Bernd gebeten hat, ihr zu folgen. So kann mit der Situationssemantik formuliert werden, dass eine Situation s eine Informationseinheit $\sigma = \langle\langle \dots \rangle\rangle$ stützt oder nicht. Eine Situation s macht den Bericht σ über den in der Situation geäußerten Sprechakt wahr oder falsch. Diese Informationseinheit σ wird in der Situationssemantik auch als „Infon“ bezeichnet. Situationen sind in diesem Sinne „Truthmaker“ für Infone. Formal wird dieser Zusammenhang geschrieben als:

$$s \quad \models \quad \sigma$$

Das Besondere an der Situationstheorie (Barwise und Perry 1987; Devlin 1993) besteht darin, dass sie eine *Situation*, als Grundbegriff der Situationstheorie, sowie die Beziehungen der Sprecher und nicht deren innere Eigenschaften (wie z.B. Psychopathologie oder soziodemografische Merkmale wie „Bildungsgrad“ etc.) in den Vordergrund der Untersuchung rückt.

8. Neben der obigen Verwendungsweise des Ausdrucks „Turn₁“ als Informationseinheit, hat sich in der Konversationsanalyse (Ehrhardt und Heringer 2011) auch die Bedeutung „Turn₂“ als ein pragmatischer Spielzug, z.B. im Kontext eines Diskurses, etabliert. Der Begriff „Turn₂“ ist daher vom Begriff „Sprechakt“ im Zusammenhang mit Diskursen gar nicht mehr so weit voneinander entfernt. „Turn₂“ betont den formalen Charakter, während „Sprechakt“ auf den performativen Charakter abhebt. Um aber in der Beschreibung der Verfahren in diesem Methodenteil überbordende Formulierungen zu vermeiden, werden die Ausdrücke „Turn₁“ und „Turn₂“ manchmal auch synonym verwendet.

Das untenstehende Beispiel soll zeigen, wie aus dem Textkorpus eine Turnfolge entsteht.

Tabelle 6: Ausschnitt Textkorpus Szene 4 (siehe Anhang, Transkript Szene 4, Seite 16, Zeile 24-44)

Therapeut	Guten Tag, Frau Schröder.
Patient	Guten Tag.
Therapeut	Frau Schröder, Zander ist mein Name. Sie kennen mich, glaub' ich.
Patient	Guten Tag, Herr Zander.
Therapeut	Ich bin der Arzt hier.
Patient	Ja.
Therapeut	Ich muss Ihnen leider mitteilen, dass Sie alle 14 Tage... Wir müssen Ihnen Ihr Depot geben.
Patient	Nein, bitte nicht.
Therapeut	Frau Schröder...
Patient	Machen Sie das bitte nicht. Mir geht es so schlecht.

Tabelle 6 stellt einen Ausschnitt des Transkripts der 4. Szene dar.

Tabelle 7: Ausschnitt Datenmatrix Szene 4, Turn 1 bis 18

Chronologie	Turn	Sprecher	Illokutionäre Kraft
1	Guten Tag, Frau Schröder.	T	Begrüßen (Expressiv)
2	Guten Tag.	P	Begrüßen (Expressiv)
3	Frau Schröder, Zander ist mein Name.	T	sich vorstellen (Assertiv)
4	let it pass	P	let it pass (Gesprächsstrukturierung)
5	Sie kennen mich, glaub' ich.	T	Vermuten (Assertiv)
6	Guten Tag, Herr Zander.	P	Begrüßen (Expressiv)
7	Ich bin der Arzt hier.	T	sich vorstellen (Assertiv)
8	Ja.	P	Hörer-Rückmeldung geben (Gesprächsstrukturierung)
9	Ich muss Ihnen leider mitteilen, dass Sie alle 14 Tage...	T	mitteilen (Assertiv)
10	let it pass	P	let it pass
11	Wir müssen Ihnen Ihr Depot geben.	T	unerwünschte Handlung ankündigen (Kommissiv)
12	Nein.	P	ablehnen (Kommissiv)
13	let it pass	T	let it pass
14	Bitte nicht.	P	Bitten (Direktiv)
15	Frau Schröder...	T	Aufmerksamkeit fokussieren
16	Machen Sie das bitte nicht.	P	Bitten (Direktiv)
17	let it pass	T	let it pass
18	Mir geht es so schlecht.	P	sich beklagen (Expressiv)

Tabelle 7 stellt den Ausschnitt der Datenmatrix dar, der mit dem obigen Ausschnitt des Textkorpus korrespondiert (Tabelle 6).

2.3.3. Rating

Das Rating ist ein Verfahren, das die Menge der Turns (intraszenisch oder interszenisch) in einen Merkmalsraum M hin erweitert. Der Merkmalsraum wird entweder durch die Menge der Grundkategorien M_{ST} , Unterkategorien der Stammfamilien M_{CAT} im Illokutionsinventar oder eine beliebige andere Menge von Merkmalsausprägungen $m_{r,j}$ in allen Variablen V_r gebildet. Die Variablen V_r werden nachfolgend in Tabelle 8 operational eingeführt.

Tabelle 8: Operationale Definition aller Variablen V_r

Variable V_r	Operationalisierte Frage	Merkmalsausprägungen $m_{r,j}$	Abschnitt Theorierteil
Szene	In welcher Szene kommt der Turn vor?	1-8, 10-14. Szene 9 wurde aus methodischen Gründen von der Untersuchung ausgeschlossen, siehe Ratingkriterien (weiter unten im Abschnitt 3.2).	1.5
Teilszene	In welcher Teilszene kommt der Akt vor?	Maximal sechs Teilszenen pro Szene (Bsp. Teilszene 14.6)	1.5
Chronologie	An wievielter Stelle intraszenisch oder interszenisch ist der Akt geäußert worden?	Ziffer	1.5
Äußerung E(f)	Wie lautet die wortwörtliche Äußerung des Turns im Untersuchungskorpus?	Freitext	1.5
Turn-Kodierung (Code)	Wer ist der Sprecher? Wie lauten Stammkraftfamilie und illokutionäre	abc.d <i>a = Sender</i> <i>b = Reflexionsebene</i> <i>c = Stammkraftfamilie</i> <i>d = illokutionäre Kraft</i>	1.6

	Kraft/Rolle? Welches Reflexionsniveau liegt vor?		
Videostelle	An welcher Stelle des Videos ist der Turn zu finden?	hh.mm.sek	
Textstelle	An welcher Stelle des Transkriptes ist der Turn zu finden?	Seite.Zeile	
Dialog- und Sequenzphase	In welcher Dialog-/Sequenzphase befindet sich der Turn?	Dialogphase.Sequenzphase	
Stammkraftfamilie des sekundären illokutionären Aktes (Sagen)	<i>Was hat der Sprecher wörtlich gesagt?</i>	1-8	1.6.1
Stammkraftfamilie des primären illokutionären Aktes (Meinen)	<i>Was hat der Sprecher gemeint?</i>	1-8	1.6.1
Illokutionäre Rolle	<i>Welcher illokutionären Rolle ist der Turn zuzuordnen?</i>	Kodierung der jeweiligen illokutionären Rolle (siehe Tabelle 11)	1.6.1
Explizit performativer Vollzug	<i>Wie lautet der konventionelle Vollzug des Turns in Zusammenhang mit dem Text?</i>	Freitext	1.6.1
Modalität	<i>Wurde der Akt verbal oder nonverbal geäußert?</i>	Verbal/nonverbal	Siehe unten
Bedingung des illokutionären Zwecks	<i>Entspricht der illokutionäre Zweck des Turns der Stammkraftfamilie, der er zugeordnet worden ist?</i>	1 = ja 0 = nein 2 = entfällt 3 = unklar	1.6.1

Erste vorbereitende Bedingung	<i>Ist die erste vorbereitende Bedingung der Stammkraftfamilie erfüllt?</i>	1 = ja 0 = nein 2 = entfällt 3 = unklar	1.6.1
Zweite vorbereitende Bedingung	<i>Ist die zweite vorbereitende Bedingung der Stammkraftfamilie erfüllt?</i>	1 = ja 0 = nein 2 = entfällt 3 = unklar	1.6.1
Sprecher	<i>Wer spricht/handelt?</i>	P = Patient T = Therapeut N = kein Initiator O = andere	1.5
Hörer	<i>Wer ist der intendierte Empfänger?</i>	P = Patient T = Therapeut N = kein Initiator O = andere	1.5
Reflexionsniveau	<i>Kommt es zum Primärprozess, zu einem manipulativen oder zu einem kommunikativen Akt?</i>	A = Primärprozess B = Manipulation C = Kommunikation	1.6.2
Art des illokutionären Indikators	<i>Welcher Art ist der illokutionäre Indikator?</i>	1 = konventionell 2 = indexikal 3 = ikonisch	1.6.1
Erfüllung der Aufrichtigkeitsbedingung	<i>Intendiert der Sprecher, dass der im propositionalen Gehalt repräsentierte Sachverhalt eintritt?</i>	1 = ja 0 = nein 2 = entfällt 3 = unklar	1.6.1
Minimaler propositionaler Gehalt	<i>Wie lautet der in der Proposition ausgedrückte Sachverhalt?</i>	Freitext	1.6.1
Erfüllung der Bedingung des propositionalen Gehalts	<i>Wird der Turn der Bedingung des propositionalen Gehalts gerecht?</i>	1 = ja 0 = nein 2 = entfällt 3 = unklar	1.6.1

Gelingen der Handlung*	<i>Hat der Sprecher den Turn fehlerfrei vollzogen?</i>	1 = ja 0 = nein 2 = entfällt 3 = unklar	1.6.1
<i>*Setzt voraus, dass die Bedingung des illokutionären Zwecks, die vorbereitenden Bedingungen, die Aufrichtigkeitsbedingung und die Bedingung des propositionalen Gehalts erfüllt sind.</i>			
Primärbotschaft	<i>Worin besteht die Primärbotschaft, respektive ist die Bedingung derselben erfüllt?</i>	Freitext 1 = ja 0 = nein 2 = entfällt 3 = unklar	1.6.2
Eintreten der beabsichtigten Primärwirkung Primärinterpretant	Erreicht der Sprecher sein Ziel?	1 = ja 0 = nein 2 = entfällt 3 = unklar	1.6.2
Primärprozess P1 Erfüllung der primären Erfolgsbedingung (1a)	Erreicht der Sprecher das Ziel mittels seines Verhaltens?	1 = ja 0 = nein 2 = entfällt 3 = unklar	1.6.2
Primärabsicht Erfüllung der primären Ernsthaftigkeitsbedingung	Beabsichtigt der Sprecher, dass die Wirkung durch sein Verhalten eintritt?	1 = ja 0 = nein 2 = entfällt 3 = unklar	1.6.2
Primärhandlung H1 Sekundärbotschaft → REFLEXIONSNIVEAU B MANIPULATION (1b)	Sagt der Sprecher etwas, um genau damit seine Wirkung zu erreichen?	1 = ja 0 = nein 2 = entfällt 3 = unklar	1.6.2
Eintreten der beabsichtigten Sekundärwirkung Sekundärinterpretant	Glaubt der Hörer, dass der Sender seine Absicht offenlegt?	1 = ja 0 = nein 2 = entfällt 3 = unklar	1.6.2
Sekundärprozess P2 Gelingensbedingung 1 Erfüllung der sekundären Erfolgsbedingung (2a)	Glaubt der Hörer wegen des Aktes, dass der Hörer seine Absicht offenlegt?	1 = ja 0 = nein 2 = entfällt 3 = unklar	1.6.2

Erfüllung der sekundären Ernsthaftigkeitsbedingung → REFLEXIONSNIVEAU C KOMMUNIKATIONSVERSUCH	Der Sprecher intendiert, seine Absichten offen zu legen.	1 = ja 0 = nein 2 = entfällt 3 = unklar	1.6.2
Sekundärhandlung H2 Simulation (2b)	Legt der Sprecher seine Absicht auch offen?	1 = ja 0 = nein 2 = entfällt 3 = unklar	1.6.2
Vollzug des kommunikativen Aktes Erfüllung der Kommunikationsbedingung (2bcom)	Versucht der Sprecher durch Offenlegen seiner Intention die Wirkung beim Hörer zu erreichen?	1 = ja 0 = nein 2 = entfällt 3 = unklar	1.6.2
Erfolgsbedingung der Kommunikation	Versteht der Hörer die Offenlegung der Absicht und wird dadurch die ursprüngliche Wirkung erzielt?	1 = ja 0 = nein 2 = entfällt 3 = unklar	1.6.2
Mittleres Inventar	Welcher Kategorie des mittleren Inventars wird der Turn zugeordnet?	Kodierung siehe Ergebnisse (M-Schema)	1.6.1
Konfliktniveau	Welchem Konfliktniveau wird der Turn zugeordnet?	0 = konfliktfreie Interaktion 1 = Spannungsbildung 2 = Eskalationsbereitschaft 3 = Zwangsanwendung 4 = Alternativstrategie	1.5
Sprecherwechsel	Ist dem Turn ein Sprecherwechsel vorausgegangen und wenn ja, um wie	0 = kein Sprecherwechsel	Siehe unten

	viele Sprecherwechsel handelt es sich?	<i>n = Anzahl der vorangegangenen Sprecherwechsel</i>	
Direktheit	Erfolgt der Akt direkt oder indirekt?	<i>Direkt</i> <i>Indirekt</i>	1.6.1
$N_r = 39$			

Tabelle 8 zeigt die operationale Definition aller abgefragten Variablen V_r an. Für jeden Sprechakt wurden die Ausprägungen obiger Parameter mittels der operationalisierten Fragen bestimmt. Für eine formalisierte Definition der Variablen V_r siehe Anhang (MR Tabelle Akte Bedingungen).

Erläuterungen zu den Variablen V_r findet der Leser in der Einleitung, Abschnitt 1.6 „Theorie“. An dieser Stelle wird nur die Methodik einzelner Variablen erklärt:

Wortanzahl

N_{Wort} wird je Szene/Teilszene und Sprecher intraszenisch mittels Microsoft Word gezählt.

Dabei entspricht beispielsweise

$$N_{\text{Wort}}(\text{Film}_i = 5.1, \text{Sprecher}_k = T) = 400$$

$$\text{kurz: } N_{\text{Wort}}(5.1, T) = 400$$

der Information, dass der Sprecher T in Teilszene 5.1 400 Worte geäußert hat.

Aktdichte

Die Aktdichte gibt an, wie viele Turns pro zehn Sekunden erfolgen. Der Parameter ermöglicht es, Unterschiede in der Aktdichte innerhalb einer Szene darzustellen. Bei einer Aktdauer von mehrheitlich 1-2 Sekunden und Spielszenen von wenigen Minuten (siehe Tabelle 4) erscheint ein Zehn-Sekunden-Intervall als adäquater Ausgangswert, um Unterschiede der Aktdichte anzeigen zu können.

Die Mittelwerte und Schwankungsbreiten werden intraszenisch erhoben und interszenisch verglichen.

Modalität

Die Variable „Modalität“ eines Turns hat zwei Ausprägungen: verbal und nonverbal.

Sprecherwechsel

Alle Szenen werden daraufhin untersucht, ob und an welcher Stelle einer Szene ein Sprecherwechsel stattfindet. Dabei entspricht die Kodierung für LIP der Information „kein Sprecherwechsel“ (Kodierung = 0). Eine Nullfolge entspricht dabei einem Monolog (siehe z.B. Diagramm 5, Akt 121 bis 137). Reagiert der Hörer auf den Beitrag eines Sprechers hingegen nicht mittels LIP sondern mittels einer hiervon divergierenden Illokution, entspricht dies der Information „Sprecherwechsel“ (Kodierung = 1, 2, n). Ein Sprecherwechsel ist dadurch definiert, dass es zu einem Wechsel der Sprecherrolle kommt. Die in den Klammern stehende Ziffer entspricht dabei der Anzahl der Sprecherwechsel. Exemplarisch ist unten das Diagramm der achten Szene eingefügt, an der abgelesen werden kann, zu welchem Zeitpunkt und in welchem Umfang Sprecherwechsel stattgefunden haben. Auf der Abszisse ist die chronologische Position eines Beitrages während der Szene aufgetragen, auf der Ordinate die Anzahl der Sprecherwechsel. Beispiel Diagramm 5, Akt 9: Der Akt ist durch einen blauen Punkt kodiert, der auf der Abszisse dem Wert 2 zugeordnet ist, d.h., dem Akt 9 sind zwei Sprecherwechsel vorangegangen. In Analogie zu diesem Beispiel kann die Anzahl der Sprecherwechsel angegeben werden, die jedem Turn vorausgehen.

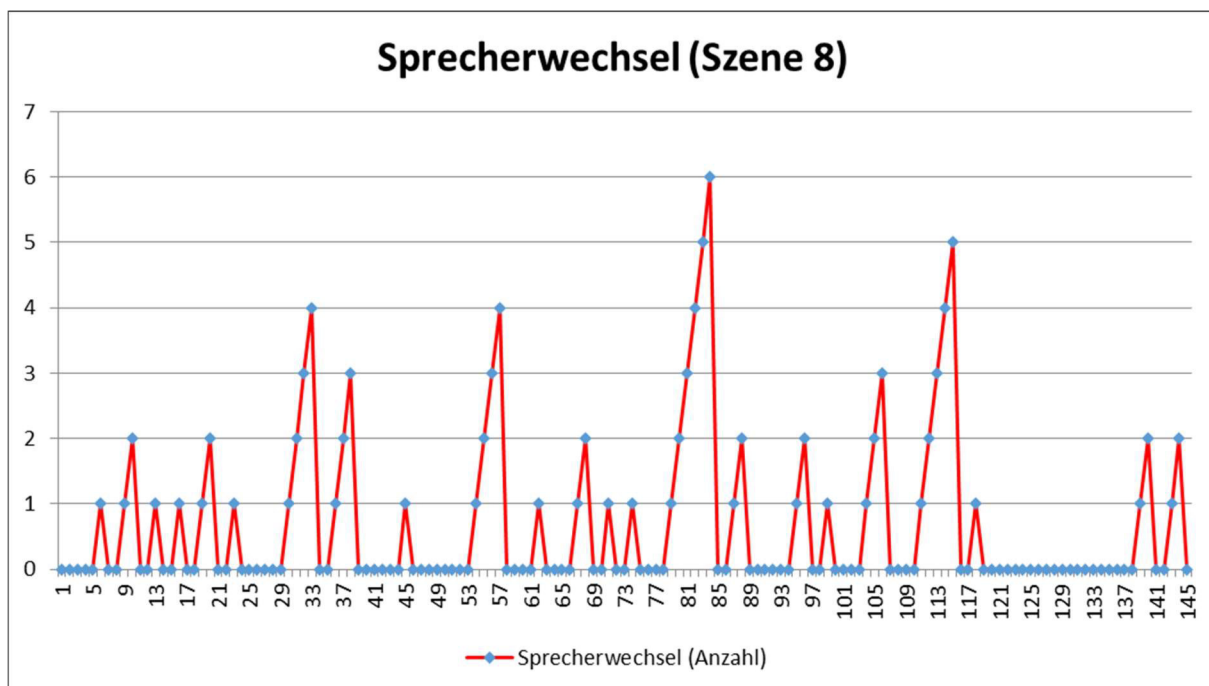


Diagramm 5: Sprecherwechsel Szene 8

Diagramm 5 zeigt die Anzahl der Sprecherwechsel (blaue Punkte) der achten Szene in chronologischer Reihenfolge an.

Es zeigt sich, dass die Spannweite von null Sprecherwechseln (Monologe) bis zu sechs Sprecherwechseln (Sprechakt 78-84) reicht. Die Szene umfasst 145 Sprechakte.

Konfliktniveau

Bei der vorliegenden Arbeit werden Szenen und Szenenabschnitte einem einfachen Modell mit fünf Konfliktniveaus zugeordnet (siehe Einleitung, Abschnitt 1.5.3 sowie (Ahrens et al. 2019; Nijman 1997)): Konfliktfreie Interaktion, Spannungsbildung, Eskalationsbereitschaft, Zwangsanwendung und Alternativstrategie. Die Konfliktniveaus sind wie folgt definiert:

- Konfliktfreie Interaktionen zeichnen sich dadurch aus, dass kein Interessensgegensatz zwischen Patienten und Therapeuten besteht, es liegt keine Spannung zwischen den Gesprächspartnern vor.
- Die Spannungsbildung bezeichnet eine Gesprächsphase, bei der ein Interessensgegensatz vorliegt, jedoch angestrebt wird, Zwang und Gewalt zu vermeiden. Beginnend mit diesem Konfliktniveau kann von PGS gesprochen werden.
- Eine Eskalationsbereitschaft liegt vor, sobald auf Station Alarm ausgelöst wird und somit der Einsatz von Zwangsanwendungen möglich wird, dieser Moment wird auch als Point of Pitch (POP) definiert (Debus 2019b). Den beteiligten Pflegern ist bewusst, dass die hierbei erfolgte Kommunikation mit dem Patienten die letzte Möglichkeit darstellt, die Zwangsanwendung zu vermeiden. Sie unterliegt häufig Zeitdruck, da die zu Hilfe geeilten Pflegefachkräfte ihrerseits Patienten zu betreuen haben, zu denen sie innerhalb sinnvoller Frist zurückkehren müssen. Das Konfliktniveau Eskalationsbereitschaft kann auf dieser Stufe verharren, in einer Zwangsanwendung münden oder durch eine Alternativstrategie (z.B. Hilfs-Ich) deeskaliert werden. Ist der Alarm ausgelöst, wird jedoch häufig eine Zwangsanwendung realisiert, bei Gefahr im Verzug auch ohne weitere deeskalierende Interventionen.
- Das Konfliktniveau Zwangsanwendung liegt vor, sobald seitens der Therapeuten die unumkehrbare Entscheidung hierzu erfolgt. Der Entschluss für eine Zwangsanwendung kann im Rahmen einer PGS zur Krisenintervention kurzfristig vollzogen werden. In diesem Fall liegen zwischen Entscheidung zur Zwangsanwendung sowie Vollstreckung derselben nur wenige Augenblicke und nicht selten Versuche des Patienten, eine zwangsweise erfolgte Behandlung doch noch abzuwenden. Das Vollziehen einer Zwangsanwendung muss jedoch nicht aus einer PGS heraus, sondern kann auch auf Geheiß eines richterlichen Beschlusses erfolgen, zum Beispiel bei der intramuskulären Applikation eines Langzeit-Depot-Präparates (Szene 4). Das Konfliktniveau Zwangsanwendung liegt also vor, sobald der Entscheid hierzu unumkehrbar gefallen und dem Patienten dies mitgeteilt worden ist.
- Das Konfliktniveau Alternativstrategie liegt vor, sobald diese realisiert wird. Hierbei kann es sich zum Beispiel um eine Hilfs-Ich-Intervention handeln (Szene 14). Dieser kann ein Überraschungseffekt für den Patienten innewohnen, weswegen sie nicht, analog zu Zwangsanwendungen, angekündigt werden muss. Deswegen liegt das Konfliktniveau Alternativstrategie erst vor, sobald dessen Realisierung beginnt. Der Entscheid hierzu seitens des Personals vor Information des Patienten gilt noch nicht als Alternativstrategie. Wenn sich eine Alternativstrategie als nicht durchführbar erweist, weil zum Beispiel die Sicherheit eines Therapeuten nicht mehr gewährleistet ist, wird die Intervention abgebrochen.

Tabelle 9: Eigenschaften der Konfliktniveaus

Konfliktniveau	Interessensgegensatz	Gefährlichkeit	Beginn
Konfliktfreie Interaktion	Nein	i.d.R. ungefährlich	Situationsabhängig
Spannungsbildung	Ja	Gering	Interessensgegensatz
Eskalationsbereitschaft	Ja	Hoch (Alarm wird ausgelöst)	Bereitschaft zur Gewalt (beide Seiten)
Zwangsanwendung	Ja	Sehr Hoch	Mitteilung an den Patienten, dass die ZM unwiderruflich vollzogen wird
Alternativstrategie	situationsabhängig	Situationsabhängig	Durchführung (Überraschungsmoment)

Tabelle 9 fasst Eigenschaften der unterschiedlichen Konfliktniveaus zusammen. Siehe auch Tabelle 1.

Nachdem die Operationalisierung der Variablen V_r dargestellt worden ist, wird das Rating an dieser Stelle weiter erläutert.

Zu den Turns zur Turnfolge TF werden die Ausprägungen der Variablen V_r angegeben (Rating).

Das Rating besteht in der Zuordnung:

$$\begin{aligned}
 V_r: TF & \rightarrow M_r \\
 V_r: \{Turn_j \mid j=1 \dots N_{Turn}\} & \rightarrow \{m_{r,j} \mid j=1 \dots N_r\}.
 \end{aligned}$$

N_r ist die Anzahl Variablen in der gesamten Datenmatrix. So entsteht z.B. die Variable V_{ST} aus dem Rating:

$$V_{ST}: \{Turn_j \mid j=1 \dots N_{Turn}\} \rightarrow M_{ST}$$

Dabei ist M_{ST} die Menge der Grundkategorien ST „Stammfamilie“ des Illokutionsinventars, nämlich (O=Deklarativa, S=Stimulativa, D=Direktiva, E=Emotiva, A=Assertiva, F=Expressiva,

K=Kommissiva, C=Diskurssteuerung), d.h. der jeweiligen Stammfamilien (ST) des Illokutionsinventars (Cat) mit $N_{ST}=8$ Grundkategorien.

$$M_{ST} = \{O, S, D, E, A, F, K, C\} = \{\text{Grundkategorie}_i \mid i = 1 \dots N_{ST}\}$$

Tabelle 10: Grundkategorien ST „Stammfamilie“

Kodierung	Stammfamilie	Illokutionärer Zweck	Beispiel
1	Deklarativa	Es ist Ziel der Handlung, die Welt entsprechend des Gesagten institutionell zu verändern.	Taufen
2	Stimulativa	Es ist das Ziel der Handlung, den Adressaten in einen bestimmten Zustand zu versetzen.	Betäuben
3	Direktiva	Es ist das Ziel der Handlung, den Adressaten zu einer Handlung zu bewegen.	Befehlen
4	Emotiva	Es ist das Ziel der Handlung, den Adressaten in eine bestimmte Emotion zu versetzen.	Trösten
5	Assertiva	Es ist das Ziel der Handlung, zu sagen, wie es sich in einer Angelegenheit verhält.	Behaupten
6	Expressiva	Es ist das Ziel der Handlung, einen Sprecherzustand auszudrücken.	Sich entschuldigen
7	Kommissiva	Es ist das Ziel der Handlung, dass sich der Sprecher auf ein in der Zukunft liegendes Tun festlegt.	Versprechen
8	Gesprächsstrukturierung	Für gesprächsstrukturierende Akte ist kein illokutionärer Zweck definiert.	LIP

Die Tabelle 10 zeigt alle in der vorliegenden Arbeit genutzten illokutionären Stammkraftfamilien an. Siehe auch Abschnitt 1.6.1.

M_{Cat} ist die Menge aller Unterkategorien der Stammfamilien mit den jeweiligen illokutionären Rollen.

$$M_{Cat} = \{\text{Unterkategorie}_i \mid i=1 \dots N_{Cat}\}$$

N_{ST-Cat} bezeichnet die Häufigkeit der Unterkategorien in einer Stammfamilie. N_{Cat} bezeichnet die Häufigkeit aller Unterkategorien aller Stammfamilien im Illokutionsinventar (Cat). Alle bisher eingeführten Szenendauern des Timecodes T und Anzahlen N (N_{Film} , N_{zeilen} , N_{Turn} , N_{Wort} , N_r , N_{ST} , N_{Cat}) sind in der Tabelle 19 intraszenisch und interszenisch aufgelistet.

Mit dem Rating entstehen folglich Variablen V_r , für die zu jedem Turn die Merkmalsausprägung eines Parameters zugeordnet ist. Statt alle Turns mit einem Index j zu versehen, der interszenisch von 1 bis N_{All} über alle Filme, alle Sprecher und alle Turns in einem Film läuft, kann der Index intraszenisch zu jedem Turn innerhalb eines Films und zu jedem Sprecher gesondert laufen. Die Datenmatrix wird durch alle Variablenwerte (Items) aufgespannt. Jedes Item z.B. der Variable V_{ST} wird in der Argumentschreibweise oder in der Funktionsschreibweise angegeben:

Die Argumentschreibweise:

$$V_{ST}(\text{Turn}_i=50, \text{Film}_l=7, \text{Sprecher}_k=T, m_{ST,j}=D)$$

$$\text{kurz: } V_{ST}(50, 7, T, D)$$

bedeutet: Turn 50 im Film Nr. 7 wurde in der Sprecherrolle „Therapeut“ in der Stammfamilie ST mit der Merkmalsausprägung $M_{ST} = \text{Direktiv geratet}$. Dabei sind die ersten drei Argumentstellen mit den Indizes i, l, k, der Variable TURN „Turn“, Film „Film“ und S „Sprecher“. Die letzte Argumentstelle ist für die jeweilige Merkmalsausprägung der Rating-Variable V_r , hier speziell V_{ST} , reserviert.

Funktionsschreibweise:

$$V_{ST}(\text{Turn}_i=50, \text{Film}_l=7, \text{Sprecher}_k=T) = D$$

$$\text{kurz: } V_{ST}(50, 7, T) = D$$

Eine Spalte in der Datenmatrix über einen Teil oder den gesamten Textkorpus – es wird mit dem Programm Excel und SPSS gearbeitet – ist dann die geordnete Menge aller Items zu einer Variable V_r

$$X_r = \{V_r(i, l, k, j) \mid i, l, k, j = 1 \dots N_{Turn}, N_{Film}, N_S, N_r\}.$$

Zum Beispiel ist

$$X_{ST} = \{V_{ST}(i, l, k, j) \mid i, l, k, j = 1 \dots N_{\text{Film}}, N_S, N_{\text{Turn}}, N_{ST}\}$$

die geordnete Datenmenge zur Variablen „Stammfamilie“.

Das Rating unterliegt folgenden Kriterien:

1. Das Rating beruht auf der Sprachkompetenz und Urteilsfähigkeit des Raters (Döring und Bortz 2016, S. 70–71).

2. Mit dem Rating werden die metasprachlichen Informationen (Turns) über performativ geäußerte Sprechakte erweitert. So werden den Turns weitere Merkmale zugeordnet: z.B. weitere Indizes oder Informationen hinsichtlich der Gelingens-, Ernsthaftigkeits- und Erfolgsbedingungen (Posner 1994) oder die aus den Merkmalen berechenbaren Merkmalsausprägungen für weitere Variablen, z.B. Sprechaktfolge ohne Sprecherwechsel innerhalb einer Sprecheräußerung.

3. Im Rating werden den Sprechern (mit Pseudonymen bekannt aus dem Chunking) nur genau zwei *Sprecherrollen* (Therapeut, Patient) zugeordnet. Mehrere Sprecher können zu derselben Sprecherrolle gehören. Dadurch wird ein alternierender Dialog, also eine duale Diskurssituation erzeugt. D.h., es werden nur solche Szenen untersucht, die sich in diese Dialogform einfügen. Das führte zum Ausschluss der Szene 9, in der diese Zuordnung nicht gelingt (vgl. Tabelle 8, Zeile 1). In späteren außerklinischen SRZP-Projekten werden bis zu sechs verschiedene Sprecherrollen unterschieden werden können.

4. Es gelten nur Äußerungen, die zu einer der beiden Sprecherrollen „Therapeut“ oder „Patient“ zugeordnet werden können. Alle Sprechernamen (Pseudonyme) werden gelöscht und in der Variablen $S = \{\text{Therapeut}, \text{Patient}\}$ mit den Merkmalsausprägung T für „Therapeut“ und P für „Patient“ in der Datenmatrix gespeichert (siehe Tabelle 8).

5. Die illokutionäre Kraft (bzw. Rolle) eines jeden Sprechaktes wird durch das Illokutionsinventar klassifiziert. Dabei können verschiedene performative Verben zur selben Kategorie gehören. So gehören zur Kategorie „BITTE“ die performativen Verben: bitten, anflehen, erbitten, erflehen, erwünschen, betteln, anbetteln usw. mit unterschiedlichen Intensitätsgraden. Die Zuordnung von

performativen Verben zu den illokutionären Kategorien und Ankerbeispielen findet der Leser in Tabelle SRZP-Ausgangsschema (siehe Anhang). An dieser Stelle folgt eine aus Gründen der Lesbarkeit auf die Unterkategorien reduzierte Fassung des Illokutionsinventars.

Tabelle 11: Illokutionsinventar mit $N_{ST} = 8$

1.	Deklarativa	$N_{cat-O} = 8$
1.1	Verwaltungs- und Amtsakte	
1.2	Deklaration von regulativen und konstitutiven Regeln	
1.3	Raumkontrolle	
1.4	Zeitkontrolle	
1.5	Deklarative Gesprächsführung	
1.6	Deklarativ einschränken	
1.7	Anerkennen	
1.10	Situationsverändernde Akte	
2.	Stimulativa	$N_{cat-S} = 5$
2.1.	Körperzustand verändern	
2.2.	Wahrnehmungskanal öffnen	
2.3.	Wahrnehmungskanal fokussieren	
2.4.	Wahrnehmungskanal defokussieren	
2.5.	Körperliche Bedürfnisse verändern	
3.	Direktiva	$N_{cat-D} = 24$
3.1.	Befehl/Aufforderung	
3.2.	Bitte	
3.3.	Frage	
3.4.	Ratschläge	
3.5.	Direktive Gesprächsführung	
3.6.	Ermutigen	
3.7.	Direktiv präzisieren	
3.8.	Direktiv rechtfertigen	
3.9.	Nahelegen, etw. bestimmtes zu tun	
3.10.	Jdn. dazu drängen, etw. zu tun	
3.11	Jdm. etw. verbieten	
3.12	Jdm. Drohen	
3.13	Verlangen	
3.14	Jdm. etw. zu tun gebieten	
3.15	Aufmerksamkeit fokussieren	
3.16	Überlegen anzeigen/Bedenkzeit einfordern/Rederecht erhalten	
3.17	Hörer-Rückmeldung fordern	
3.18	Gliederung signalisieren.	

3.19	Einladen	
3.20	Positive Rückforderung	
3.21	Instruieren	
3.22	Warnen	
3.23	Auf einem Direktiv insistieren	
3.30	Nachfragen	
4.	Emotiva	N_{cat-E} = 15
4.1.	Begehren/Hunger / vorbereitende Gefühle	
4.2.	Angst /Zurückschreckende Gefühle	
4.3(-)/4.31	Aggression oder aufgebrachte Gefühle provozieren	
4.3(+)/4.32	Aggression oder aufgebrachte Gefühle reduzieren	
4.4.	Trauer / resultativ bedrückte oder zusammenziehende Gefühle	
4.5.	Emotive Gesprächsführung	
4.6.	Freude /resultativ erhobene Gefühle	
4.7.	Emotiv präzisieren	
4.8.	Emotiv rechtfertigen	
4.9.	Einem „Direktiv folgen“	
4.10.	Sich einem Direktiv verweigern	
4.11.	Zustimmen	
4.12.	Vertrauen evozierend	
4.13.	Beschwichtigen	
4.14.	Beschuldigen/Schuld zuweisen	
5.	Assertiva	N_{cat-A} = 38
5.1.	Behaupten	
5.2.	Vermuten	
5.3.	Widersprechen	
5.4.	Erklären	
5.5.	Erläutern	
5.6.	Sprechakt anzweifeln	
5.7.	Assertiv- Präzisieren, erläutern, beweisen, bekräftigen	
5.8.	Assertiv rechtfertigen (Als Reaktion auf (Assertiv-Anzweifeln)	
5.9.	Bejahen	
5.10.	Verneinen	
5.11	Feststellen	
5.12	Mitteilen	
5.13	Zugeben	
5.14	Bekräftigen, beteuern	
5.15	Sich rechtfertigen	
5.16	Begründen, beweisen	
5.17	Bestreiten	

5.18	Einschränken	
5.19	Beipflichten	
5.20	Informieren	
5.21	Auf etw. Insistieren	
5.22	Richtigstellen, korrigieren	
5.23	Erinnern	
5.24	Exemplifizieren	
5.25	Etw. einwenden, etw. zu bedenken geben	
5.26	Etw. wiederholen	
5.27	Etw. wiederholen (fremd)	
5.28	Jdn. Auf etw. hinweisen	
5.29	Garantieren, zusichern, versichern	
5.30	Überlegen anzeigen	
5.31	Vorhersagen, prognostizieren	
5.32	Ankündigen/Absicht kundtun	
5.33	Bestätigen	
5.34	Aufklären	
5.35	Jdm. Etw. unterstellen	
5.36	Sich vorstellen	
5.37	In Kenntnis setzen	
5.38	Willensbekundung	
6.	Expressiva	N_{cat-F} = 27
6.1	Jdn. begrüßen	
6.2	Beleidigen	
6.3	Bedanken	
6.4	Sich wundern	
6.5	Expressive Gesprächsführung	
6.6	Vorwerfen	
6.7	Expressiv präzisieren	
6.8	Expressiv rechtfertigen	
6.9	Sich langweilen	
6.10	Sich entschuldigen	
6.11	Bedauern	
6.12	Desinteresse bekunden (Interesse bekunden = 6.12(+))	
6.13	Sich rühmen	
6.14	Sich beklagen	
6.15	Ausdruck des Verstehens	
6.16	Tadeln	
6.17	Protestieren	
6.18	Sich verbindlich zeigen	
6.19	Rechtfertigen/verteidigen	

6.20	Sich ärgern	
6.21	Beschönigen	
6.22	Loben	
6.23	Freuen	
6.24	Sich sorgen	
6.25	Etw. preisen	
6.26	Angst haben	
6.27	Spotten	
7.	Kommissiva	N_{cat-K} = 15
7.1	Versprechen	
7.2	Drohen	
7.3	Anbieten	
7.4	Ablehnen	
7.5	Kommissive Gesprächsführung	
7.6	Kommissiv reaktiv positiv	
7.7	Kommissiv präzisieren	
7.8	Kommissiv rechtfertigen	
7.9	Kommissiv wiederholen	
7.10	Verzichten	
7.11	Erlauben	
7.12	Ein Angebot annehmen	
7.13	Eine vom Empfänger mutmaßlich unerwünschte Handlung ankündigen	
7.14 (-)/ 7.141	auf zukünftige, eigene Handlungen unerwünschter Natur hinweisen	
7.14 (-)/ 7.142	auf zukünftige, eigene Handlungen erwünschter Natur hinweisen	
8.	Gesprächsstrukturierung	N_{cat-C} = 8
8.1	Let it pass (LIP)	
8.2	Mittel zur Überbrückung von Planungs- oder Realisierungsproblemen des Sprechers	
8.3	Unterbrechen	
8.4	Verletzung der eigenen körperlichen Integrität	
8.5	Verletzung einer fremden körperlichen Integrität	
8.7	Hörer-Rückmeldung geben	
8.8	Gliederung signalisieren	
8.9	Überlegen anzeigen	
	Index	N_{cat} = 140

Tabelle 11 zeigt das Illokutionsinventar an.

Im Inventar sind überwiegend Illokutionen vertreten, für die sich auch Beispiele im Textkorpus finden lassen. Das so erstellte Inventar wurde laufend durch die qualitative Inhaltsanalyse der Turnfolge kategorial um Illokutionen erweitert respektive angepasst. Das Ziel jeder Anpassung bestand darin, eine möglichst hohe Gegenstandsnähe des Inventars zu PGS zu gewährleisten. Das zirkuläre Erstellen von Kategorieninventaren ist als Methode der qualitativen Sozialforschung beschrieben und darf als etabliert vorausgesetzt werden (Döring und Bortz 2016).

6. Mit dem Rating wird zunächst die illokutionäre Kraft (bzw. illokutionäre Rolle) des Sprechaktes mit Hilfe des Illokutionsinventars identifiziert: Die explizit performative Äußerung mit dem performativen Verb „bitte“ in: „Ich bitte Sie, mir zu folgen“, wird der illokutionären Kategorie „BITTE“ zugeordnet.

Der Turn aus dem Chunking

$$\text{TURN}_j = \langle\langle j, \text{bitten, Anna, Bernd, „zu folgen“} \rangle\rangle$$

hat nach dem Rating die Berichtsform

$$\text{TURN}_j = \langle\langle j, \text{BITTE, T, P, „mir zu folgen“, } m_{r,j} \in M_r \forall r=1 \dots N_r \rangle\rangle$$

BITTE ist jetzt durch das Rating eine Kategorie des Illokutionsinventars, zugehörig zur Stammmfamilie der Direktive, geworden. Aus den Sprechern Anna und Bernd werden die beiden Sprecherrollen T und P, $m_{r,j}$ sind weitere Merkmalsausprägungen für alle Variablen V_r .

7. Der propositionale Gehalt und weitere illokutionäre Indikatoren (wie z.B. „bitte“ in „Bitte folgen Sie mir“) dienen dem Rater als Kontextinformation zur korrekten Klassifikation des Sprechaktes.

8. Das Rating unterscheidet mit der Variablen „Direktheit“ eines Sprechaktes zwischen direkt und indirekt performativen Akten.

9. Da in indirekten Performativen der Matrixsatz weggelassen wird (z.B. in „Bitte folgen Sie mir“), hat der Rater die Aufgabe, diese Unterscheidung nach seiner Einschätzung hin einzufügen.

10. Der Rater hat die Aufgabe auch bei indirekten Performativen, in denen die performativen Verben z.B. metaphorisch gemeint sind, die intendierte illokutionäre Kraft einzuschätzen. Z.B. wird der Sprechakt „Würden Sie mir jetzt bitte, bitte, bitte gefälligst folgen“ als ANWEISUNG, die lediglich in der ironischen Einkleidung einer Bitte vorliegt, klassifiziert.

Beispiel: Die Informationen zu einem Turn, die der Kodierung entnommen werden können, sollen anhand des Beispiels **TC3.3** deutlich gemacht werden.

Tabelle 12: Beispiel für die Kodierung

Szene	Turn-Nr.	Turn	Illokutionäre Kraft	Sprecher	Reflexionsebene	Kodierung
1	50	Wann war das?	3.3	T	C	TC3.3

Tabelle 12 zeigt, dass es sich bei dem Turn um die kommunikative (C) Frage (3.3) eines Therapeuten (T) handelt.

Gesamte Kodierung siehe folgende Tabelle 13.

Tabelle 13: Kodierung

Parameter	Wertebereich
Sprecher	P = Patient T = Therapeut
Reflexionsniveau	A = Primärprozess B = Manipulation C = Kommunikationsversuch
Stammkraftfamilie	1 = Deklarativ 2 = Stimulativ 3 = Direktiv 4 = Emotiv 5 = Assertiv 6 = Expressiv 7 = Kommissiv 8 = Gesprächsstrukturierung
Illokutionäre Kraft	Ausprägung siehe Tabelle 11

Tabelle 13 zeigt die Parameter an, die in der Kodierung berücksichtigt sind.

Der Abschnitt 2.5 zum Thema Interrater-Reliabilität berichtet über die aufgetretenen Probleme beim Chunking und Rating und es wird ein Konkordanzmaß für die Daten von vier verschiedenen Ratern berechnet.

2.4. Datenanalyse

Häufigkeitsverteilungen und Sprechaktprofile

Die entsprechend zu jeder Variable gezählten *absoluten Häufigkeiten* werden wie üblich mit dem Buchstaben f bezeichnet:

$$\begin{aligned} f_D(V_{ST}) &= \sum_i^N V_{ST}(i, D) \\ \text{oder } f(V_{ST}=D) &= \sum_i^N V_{ST}(i, D) \end{aligned}$$

$f(V_{ST}=D)$ ist die absolute Häufigkeit in der Variable V_{ST} des Merkmals ST mit der Merkmalsausprägung $m_j=D$, d.h. die Häufigkeit in der Variablen „Stammfamilie“ den Wert D zu finden. Entsprechend berechnen sich die *relativen Häufigkeiten* (Auftrittswahrscheinlichkeiten) w zu

$$w_D(V_{ST}) = f_D(V_{ST})/N.$$

wobei N , je nach Betrachtung, entweder die intraszenischen oder interszenischen Turnhäufigkeiten bezeichnet. Zur Bezeichnung von Teilhäufigkeiten, in denen der Index nur über eine definierte Teilmenge der Turns läuft, wird die Schreibweise

$$f_D(\text{Film}=7, V_{ST}) \text{ oder } f_D(S=\text{“T“}, V_{ST})$$

verwendet; gemeint ist hier die Häufigkeit der Direktiva bzgl. der Variablen „Stammfamilie“ im Film Nr. 7 oder die Häufigkeit der Direktiva bzgl. der Variable „Stammfamilie“ ausschließlich in der Sprecherrolle des Therapeuten. Im Fließtext dieser Arbeit wird zur Abkürzung entsprechend von der Häufigkeit der D -Therapeuten geschrieben.

Die *Verteilung der Häufigkeiten* F_M über der Merkmalsmenge $M = \{m_j \mid j=1 \dots N_r\}$ ist definiert als eine Zuordnung zwischen der Merkmalsmenge M und den Häufigkeiten f . Zum Beispiel gilt für die Verteilung der Variable V_{ST} „Stammfamilie“ mit $N_{ST}=8$:

$$F(f_{ST}): M \rightarrow N$$

mit

$$M = \{m_j \quad | \quad j = 1 \dots N_{ST}\}$$

$$N = \{f_j \quad | \quad j = 1 \dots N_{ST}\}$$

Z.B. ist

$$\begin{aligned} F(f_{ST}) &= \{f_O, f_S, f_D, f_E, f_A, f_F, f_K, f_C\} \\ &= \{f_i \mid i=1 \dots N_{ST}\} \end{aligned}$$

Diese spezielle Verteilung über die Werte der Stammfamilien wird im Folgenden als *Sprechaktprofil* bezeichnet. Sprechaktprofile können interszenisch über alle Filme oder intraszenisch je Film oder je Sprecherrolle dargestellt und verglichen werden. Die Werte werden als Balkendiagramme über dem Merkmalsindex j in den entsprechenden Diagrammen der Ergebnisabschnitte gezeigt. Auch die Häufigkeitsverteilungen des gesamten Illokutionsinventars $F(f_{cat})$ bzw. $F(w_{cat})$ werden sowohl interszenisch und bei hinreichend großen Turnzahlen auch je Film präsentiert (siehe Abschnitt 4.4). Der Hauptteil fokussiert sich auf die Ergebnisse der interszenischen Auswertung, während Ergebnisse der intraszenischen Analyse vor allem im Anhang zu finden sind.

Die Häufigkeitsunterschiede werden mit dem χ^2 -Unabhängigkeitstest nach Pearson mit der Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha = 5\%$ (p^{**}) abgesichert.

Bedingte Häufigkeiten, Interaktionen und Handlungsspielräume

Für die Untersuchung von wechselseitig bedingten Abhängigkeiten zwischen den Sprechakten verschiedener Sprecherrollen wird der Begriff der *bedingten Häufigkeit* benötigt. So soll z.B. untersucht werden, wie häufig ein Therapeut auf eine P-Beleidigung mit einer T-Anweisung reagiert, oder wie häufig ein Patient auf eine unmittelbar vorausgegangene T-Anweisung mit P-Beleidigung reagiert. Diese Abhängigkeiten können sehr gut über ein Netzwerk von Sprechakten mit Vorgängern oder Nachfolgern dargestellt werden, wozu in dieser Arbeit mit einem sogenannten Graph-Editor (yWorks GmbH 2019) gearbeitet wird.

Die folgende Schreibweise mit senkrechtem Bedingungsstrich „|“

$$f[(n, T, V_{Cat} = \text{Anweisung}) \mid (n-1, S, V_{Cat} = \text{Beleidigung})]$$

ist die Bezeichnung für die bedingte Häufigkeit, dass ein Therapeut zu einem beliebigen Turn (n) eine Anweisung gibt, unter der Bedingung, dass der vorausgehende Turn (n-1) eine Beleidigung eines Patienten ist. Auf ähnliche Weise werden Verteilungen untersucht, die alle Reaktionen eines Therapeuten auf P-Beleidigungen zusammenfassen. Wir nennen die Verteilung den *Handlungsspielraum* des Therapeuten für Reaktionen auf Beleidigungen der Patienten. Der Vergleich der unterschiedlichen Handlungsspielräume von T und P liefern sehr interessante Einsichten in das *Interaktionsnetzwerk* zwischen Therapeuten und Patienten. Mit Hilfe des Graph-Editors lassen sich solche Vorgänger-Nachfolge-Beziehungen sehr elegant im komplexen Netzwerk aller Sprechakte veranschaulichen.

Entstehung des Interaktionsnetzwerks

Um ein Interaktionsnetzwerk zu erstellen, werden Interaktionen zwischen Patienten und Therapeuten (Turnpaare) in einer Pivot-Tabelle tabellarisch mit deren Häufigkeiten aufgelistet. Über alle Szenen hinweg (ASZ) sind 425 unterschiedliche Interaktionen zu finden, an dieser Stelle sollen beispielhaft alle Interaktionen mit „P-Assertiva“ als Initiations-Turn angezeigt werden:

Tabelle 14: Pivot-Tabelle

Initiations-Turn	Reaktions-Turn	Absolute Häufigkeit	Anteil an allen Interaktionen
P-Assertiv	T-Gesprächsstruktur	203	7.3%
	T-Direktiva	36	1.3%
	T-Assertiva	32	1.1%
	T-Expressiva	9	0.3%
	T-Kommissiva	9	0.3%
	T-Emotiva	6	0.2%
	T-Deklarativa	4	0.1%
	T-Stimulativa	2	0.1%
	END	2	0.1%

Tabelle 14 zeigt einen Ausschnitt aus der Pivot-Tabelle der Turninteraktionen über alle Szenen hinweg an (Details siehe Tabelle 65).

Beispiel: Die Interaktion

$f[(n, T, V_{ST} = \text{Direktiv}) | (n-1, S, V_{ST} = \text{Assertiv})]$

kommt 36-mal im Textkorpus vor und macht 1.3% aller Interaktionen aus.

Die Pivot-Tabelle wird in den Graph-Editor geladen, der die Interaktionen graphisch unter Berücksichtigung der absoluten Häufigkeiten abbildet:

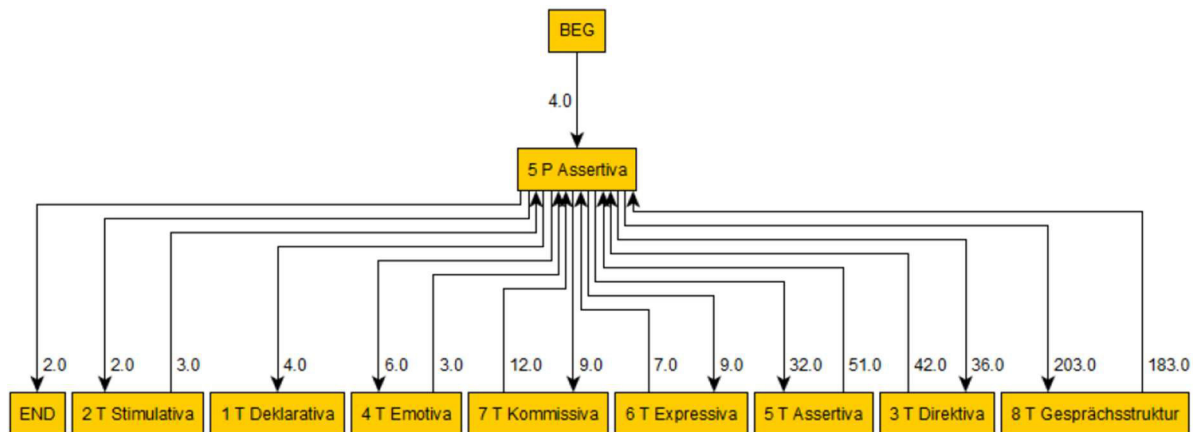


Diagramm 6: Interszenisches Netzwerkbeispiel

Das Diagramm 6 zeigt Vorgänger- und Nachfolge-Turns von P-Assertiva an. Die Knoten entsprechen Sprechakten des Textkorpus und die Verbindungslinien Interaktionen unter Angabe der absoluten Häufigkeiten. Die Pfeile geben die Sprecher-/Empfängerrolle an.

Im Zentrum dieses Netzwerks befindet sich der Sprechakt „P-Assertiv“, der Graph bildet Vorgänger- und Nachfolger-Turns ab. Dem Graphen lassen sich folgende Informationen entnehmen: P-Assertiva weisen im Textkorpus die Nachfolge-Turns „T-Gesprächsstruktur“, „T-Direktiva“, „T-Assertiva“, „T-Expressiva“, „T-Kommissiva“, „T-Emotiva“, „T-Deklarativa“, „T-Stimulativa“ und „END“ auf. Gleichermäßen lassen sich alle Vorgänger-Turns für „P-Assertiva“ identifizieren.

Die Ergebnisse werden im Abschnitt 3.4.2 dargelegt und im Abschnitt 4.4 diskutiert.

Bedingte Häufigkeiten, Interaktionen und Handlungsspielräume werden sowohl interszenisch (Abschnitt Ergebnisse) als auch intraszenisch angegeben (siehe Anhang, Ergebnisse der Einzelszenen).

Sprechaktsequenzen

Eine Folge P-Beleidigen (n-1) und T-Anweisen (n) ist eine *Sprechaktsequenz* mit einer *Sequenztiefe* $N_e=2$. Die Untersuchung dualer Vorgänger-Nachfolge Beziehungen mit einer Sequenztiefe $N_e=2$ ist ein Spezialfall von Analysen mit Sprechaktsequenzen mit der Sequenztiefe $N_e>2$. Da nach dem Illokutionsinventar „Beleidigen“ zur Stammfamilie der Expressiva und „Anweisen“ zur Stammfamilie der Direktiva gehört, bezeichnet der Ausdruck

$[E_P, D_T]$

die genannte duale Sprechaktsequenz P-Expressiv, T-Direktiv mit den entsprechenden bedingten Häufigkeiten. Auf besonderes Interesse sind im SRZP-Projekt sogenannte „Tit-for-Tat“ Sequenzfolgen mit bis zu einer Tiefe von $N_e=10$ gestoßen, in der die Sprecher in der Weise einer *negativen Reziprozität* (Ockenfels 2015) in alternierender Folge von Direktiva D verharren, z.B. in der Sequenz

[D_p, D_T, D_p, D_T, D_p, D_T, D_p, D_T, D_p, D_T].

Auch für solche Sequenzen können die entsprechen Häufigkeitsverteilungen angegeben werden (Debus und Radovic 2019). In der vorliegenden Arbeit wird diese Untersuchungsart jedoch nicht weiter vertieft um sich mehr den interszenischen Auswertungen des gesamten Textkorpus, wie z.B. der Sprechaktprofile, Clusteranalyse etc. zuzuwenden.

Clusteranalysen und Gruppen von ähnlichen Situationen

Eine Situation wird durch einen *Merkmalsvektor* charakterisiert, der durch die Häufigkeitsverteilung über das gesamte Kategoriensystem definiert ist. D.h. in die Charakterisierung von Situationen geht nicht nur das Sprechaktprofil ein, das aus der Verteilung der Stammfamilien entsteht, sondern auch das Profil aller Unterkategorien des Inventars. Berücksichtigt man die unterschiedliche Gewichtung und rechnet mit relativen Häufigkeiten w , dann ist der Merkmalsvektor zu einer Szene im Film j durch die Verteilung der relativen Häufigkeiten über das gesamte Illokutionsinventar CAT mit N_{cat} Unterkategorien beschrieben:

Merkmalsvektor: $F(w_{cat}(j)) = \{w_{cat, i, j} \mid i = 1 \dots N_{cat}\}$.

Dabei soll folgendes *Relevanzkriterium* gelten: Ist die relative Häufigkeit einer Kategorie kleiner als 1% ($w < 0,01$) aller Turns, dann gilt diese Kategorie für den Merkmalsvektor als irrelevant. D.h. es gehen nur Kategorien mit einer relativen Häufigkeit $> 1\%$ in die folgenden Berechnungen zur Clusteranalyse ein. Das fokussiert die Analyse auf die wichtigen Kategorien, die in diesem speziellen Textkorpus vertreten sind. So gelingt ein erster hypothetischer Zugang zu der Frage, auf welche Sprechaktkategorien sich eine Untersuchung von PGS, etwa z.B. im Unterschied zu anderen Situationen aus der Schulunterrichtsforschung (Diegritz und Fürst 1999), konzentrieren sollte (Abschnitt 2.1, Fragestellung Nr. 10).

Die Clusteranalyse (Bortz und Schuster 2016, S. 453) ist ein Verfahren, das zwischen ähnlichen und unähnlichen Situationen unterscheidet und ähnliche Situationen in Gruppen zusammenfasst.

So lehrt die Untersuchung etwas über sprachliche Gemeinsamkeiten von Situationen, in denen Zwang angewendet wird, im Unterschied zu Situationen, in denen Alternativstrategien angewendet werden. Oder die Untersuchung lehrt überhaupt zum ersten Mal, welche sprachlichen Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen PGS bestehen können.

In die Berechnung der Ähnlichkeit zweier Situationen in den Filmen k und l geht prinzipiell ein Abstandsmaß wie etwa die Verteilung der Differenzen aller relativen Kategorienhäufigkeiten

$$F(w_{\text{cat}}(k) - w_{\text{cat}}(l))$$

ein. Es gibt weitere Abstandsmaße, die letztlich auf den Differenzen beruhen. So gelten z.B. zwei Situationen in den entsprechenden Szenen l und k als am ähnlichsten, falls der folgende Wert im Vergleich zu allen anderen Werten ein Minimum ist:

$$CL_{l, k} = \sum_{k,l}^N (w_{\text{cat}}(k) - w_{\text{cat}}(l))^2 = \text{Minimum.}$$

Aus der Abstandsmatrix CL aller Differenzen der möglichen Merkmalsvektoren k und l berechnet die Clusteranalyse dann die Gruppierung. Die Zugehörigkeit einer Szene zu einer Gruppe wird durch ein Dendrogramm (Bortz und Schuster 2016, S. 459) aufgezeigt. Ferner wird ein Merkmalsvektor über den gesamten Textkorpus aller Filme F -ASZ erzeugt, um eine mittlere interszenische Referenz zu erzeugen, mit der jede andere Situation verglichen werden kann (Ergebnisse siehe Abschnitt 3.4.4, Methodik siehe (Radovic und Debus 2019)).

Diskriminanzanalyse

Die Diskriminanzanalyse (Bortz und Schuster 2016, S. 487) beantwortet die Frage, welche Sprechaktvariablen V_{cat} aus dem Illokutionsinventar die Gruppen der Clusteranalyse maximal unterscheiden (sogenannten Prädiktorvariablen) und wie gut diese Gruppen diskriminiert werden können. Mit Hilfe der Prädiktorvariablen wird eine Diskriminanzfunktion berechnet, die einen Raum aufspannt, in dem die mittleren Gruppenpositionen, die Gruppen selbst und die Abstände zueinander verortet werden können. Ähnliche Filmsequenzen liegen in diesem Raum nahe beieinander, unähnliche Filmsequenzen haben zueinander größere Abstände. Diese Analysen helfen für zukünftige Untersuchungen, diejenigen Kategorien des Illokutionsinventars zu identifizieren, die für die Beschreibung von PGS besonders hervorzuheben sind. Zu den Ergebnissen der Diskriminanzanalyse siehe Ergebnisteil, Abschnitt 3.4.4 und (Radovic und Debus 2019).

Vom Illokutionsinventar zum mittleren Illokutionsschema

Ausgehend vom Textkorpus (TK) des SRZP-Projektes und einer Sammlung performativer Verben (Harras et al. 2004) wurde mit Hilfe der Literatur (Rolf 1997) zunächst ein vorläufiges Illokutionsinventar entwickelt, das den Ausgangspunkt des Ratings markiert. Nach Berechnung der relativen Häufigkeiten konnten nach dem Relevanzkriterien ($w < 0,01$) einige Kategorien des Illokutionsinventars aussortiert werden. Andere Variable erwiesen sich nach der Berechnung der Prädiktorvariablen als zentrale Kategorien. Hinzugefügt wurden Kategorien, die nach Ansicht der Rater fehlten, oder die aus theoretischen Erwägungen eingefügt werden sollten. Zum Beispiel können die Stammkategorien der Emotiva und der Expressiva das emotionale Sprachverhalten der Sprecher angemessener repräsentieren, wenn sich, gemäß der Emotionstheorie der fünf Grundgefühle (Machleidt et al. 1989), in beiden Stammfamilien die emotionsbezogenen Ausdrücke auf die Kategorien: „Neugier“, „Angst“, „Aggression“, „Trauer“ und „Freude“ symmetrisch ausdifferenzieren. So intendieren Emotiva das Erzeugen von *Emotionen im Empfänger*, während durch Expressiva eben diese *Emotionen vom Sprecher* ausgedrückt werden. Das heißt: durch Löschung irrelevanter, Fusionierung gering besetzter oder Differenzierung „grober“ Kategorien entstand das sogenannte *Mittlere Illokutionsschema* (genannt: M-Schema), das alle Erfahrungen der in den obigen Abschnitten genannten Methoden berücksichtigt. Damit entstand ein explorativ gewonnener Vorschlag, der hypothetisch behauptet, dass das M-Schema PGS angemessener, zielgenauer und mit einer höheren Differenzierungsfähigkeit beschreibt als das Ausgangsinventar. Zwischen den obersten „grobkörnigen“ Kategorien der Stammfamilien und den zu „feinkörnigen“ Kategorien des Illokutionsinventars ist das mittlere Illokutionsschema ein hypothetischer Kompromiss mit einer mittleren „Körnigkeit“. Das Ergebnis wird in Kapitel 3.5 präsentiert und in Kapitel 4.5 mit seinen Vorzügen und Nachteilen diskutiert.

2.5. Güte

Der Objektivität der reinszenierten Szenen wird Rechnung getragen, indem die Akteure eine PGS auswählen, die sie real erlebt haben und als geeignet für eine Reinszenierung erachten (siehe Abschnitt 2.2 „Materialsammlung“). Der Psychodramatherapeut führt zwar Regie, nimmt aber nur Einfluss auf die Reinszenierung, wenn diese zu stark von der vorher erfolgten erzählerischen Zusammenfassung der PGS abweicht. Akteure validieren die reinszenierten PGS im Rahmen des Sharings (siehe Transkript-Bestandteile) und im Rahmen der Fokusgruppen (Restle 2017).

Die Daten-Matrix wurde systematisch auf fehlende Parameter-Ausprägungen (missing values) und, wenn möglich, auf Konsistenz geprüft.

Die Daten-Matrix umfasst 2767 Turns bei 27 Variablen, d.h., dass 74.709 Variablenausprägungen ($N_{V\text{pr}\ddot{a}g}$) via SPSS überprüft worden sind. Fehlende Variablenausprägungen wurden hierbei nachgetragen und logisch inkonsistente Variablenausprägungen ersetzt. Dies soll anhand eines Beispiels erläutert werden: Ein Primärprozess (siehe Abschnitt 2.3.3 „Rating“, Tabelle 8) kann

nur erfolgen, wenn die beabsichtigte Primärwirkung eingetreten ist. Ein erfolgreicher Primärprozess ohne eingetretene beabsichtigte Primärwirkung ist auf Grundlage des genutzten theoretischen Modells nicht möglich. Während die Identifikation inkonsistenter Ergebnisse mithilfe von SPSS sicher zu bewerkstelligen ist, bedarf die Korrektur des neuerlichen Ratings eines Turns.

Reliabilität

Dieser Arbeit liegt eine Reliabilitätsprüfung basierend auf dem Textkorpus (TK) der achten Szene zugrunde. Hierfür stehen Ratings von fünf verschiedenen Untersuchern zur Verfügung (MR, G1, G2, G3 und MS), die unabhängig voneinander erstellt worden sind. Bei MR handelt es sich um den Autor der vorliegenden Arbeit, bei den anderen Ratern um Studenten eines Bachelorkurses unter der Leitung von PD Dr. Stephan Debus. Das Rating von G2 wurde in der Untersuchung nicht berücksichtigt, da der Rater nur die Hälfte aller Sprechakte analysiert hat.

Allen Ratern wurde der gleiche Textkorpus vorgelegt, um das Chunking sowie die Kodierung von Sprecher, Reflexionsebene, Stammkraftfamilie und Illokution durchzuführen (SOL-Schema, siehe Einleitung, Abschnitt 1.6.2). Basierend auf den Ratings wurde ein Gesamtrating erstellt, das alle gehunkten Sprechakte vereint. Diese Methodik soll anhand eines Ausschnitts des Textkorpus der achten Szene erläutert werden.

15 PETER H.: (tonlos, schnell) Ich schneid mir den Kopf ab.
 ANDREAS: Herr Günther...
 ANNA: Herr Günther...
 PETER H.: (Lauter, bestimmter. Blickt Anna an.) Ich schneid mir den Kopf ab!

20 ANNA: Herr Günther, lassen Sie mal, das führt doch zu nichts. Legen Sie die Messer jetzt wieder hin, Sie können jetzt mit Herrn Vinzer zusammen noch reden. Erst mal in Ruhe, alles in Ruhe besprechen...
 PETER H.: {Blick auf den Arzt.} Der hat mir gerade erst gesagt, dass ich hier wieder drei Wochen...

25 ANDREAS: Herr Günther, (...)
 PETER H.: ...in die Gurte soll.
 ANDREAS: ...kommen Sie, legen Sie die Messer weg.
 PETER H.: Was soll denn die Scheiße? Drei Wochen! Wissen Sie, wie lange das ist, wie lange das ist?

Diagramm 7: Ausschnitt Textkorpus Szene 8

Diagramm 7 zeigt einen Ausschnitt des Textkorpus der achten Szene an. Bei Peter H handelt es sich um einen Patienten, bei Andreas und Anna um Angehörigen des therapeutischen Personals.

Die Rater führen zunächst das Chunking durch. Hier ergeben sich erste Unterschiede im Vergleich zwischen den Untersuchern.

Tabelle 15: Ausschnitte der vier Turnfolgen/Ratings

	B	H	N	O	U	V	AB	AC	AJ
1	Gesamt Sprechakt	MR Sprechakt	MR Code	G1 Sprechakt	G1 Code	G2 Sprechakt	G2 Code	G3 Sprechakt	MS Sprechakt
116	Ich schneide mir den Kopf ab.	Ich schneide mir den Kopf ab.	PC5.7	Ich schneide mir den Kopf ab.	PC5.32	Ich schneide mir den Kopf ab.	c4	Ich schneide mir den Kopf ab.	Ich schneide mir den Kopf ab.
117	Herr Günther...	Herr Günther...	TC3.3	x	c6	c6	c6	c6	c6
118	let it pass	let it pass	PB8.1	x	c6	c6	c6	c6	c6
119	Herr Günther...	Herr Günther...	TC3.3	Herr Günther...	TC4.13	Herr Günther	c4	Herr Günther	Herr Günther...
120	Ich schneide mir den Kopf ab.	Ich schneide mir den Kopf ab.	PC5.7	Ich schneide mir den Kopf ab!	PC5.14	Ich schneide mir den Kopf ab!	c4	Ich schneide mir den Kopf ab!	Ich schneide mir den Kopf ab!
121	Herr Günther,	x	c6	Herr Günther,	TC3.15	Herr Günther,	c4	Herr Günther,	Herr Günther,
122	let it pass	x	c6	let it pass	PB8.1	let it pass	c4	let it pass	let it pass
123	lassen Sie mal,	Lassen Sie	TC3.3	lassen Sie mal,	TC3.9	lassen Sie mal,	c4	lassen Sie mal,	lassen Sie mal,
124	let it pass	let it pass	PB8.1	let it pass	PB8.1	let it pass	c4	let it pass	let it pass
125	lassen Sie mal, das führt doch zu nichts.	das führt doch zu nichts.	TC5.5	das führt doch zu nichts.	TC5.25	lassen Sie mal, das führt doch zu nichts.	c4	lassen Sie mal, das führt doch zu nichts.	das führt doch zu nichts.
126	let it pass	let it pass	PB8.1	let it pass	PB8.1	let it pass	c4	let it pass	let it pass
127	Legen Sie die Messer jetzt wieder hin,	Legen Sie die Messer jetzt wieder hin,	TC3.3	Legen Sie die Messer jetzt wieder hin,	TC3.1	Legen Sie die Messer jetzt wieder hin,	c4	Legen Sie die Messer jetzt wieder hin,	Legen Sie die Messer jetzt wieder hin,
128	let it pass	let it pass	PB8.1	let it pass	PB8.1	let it pass	c4	let it pass	let it pass
129	Sie können jetzt mit Herrn Vinzer zusammen noch reden.	Sie können jetzt mit Herrn Vinzer zusammen noch reden.	TC7.7	Sie können jetzt mit Herrn Vinzer zusammen noch reden.	TC3.9	Sie können jetzt mit Herrn Vinzer zusammen noch reden.	c4	Sie können jetzt mit Herrn Vinzer zusammen noch reden.	Sie können jetzt mit Herrn Vinzer zusammen noch reden.
130	let it pass	x	c6	let it pass	PB8.1	let it pass	c4	let it pass	let it pass
131	Erst mal in Ruhe,	x	c6	Erst mal in Ruhe,	TC4.13	c5	c5	c5	c5
132	let it pass	x	c6	let it pass	PB8.1	c5	c5	c5	c5
133	alles in Ruhe besprechen.	x	c6	alles in Ruhe besprechen.	TC4.13	Erst mal in Ruhe, alles in	c4	Erst mal in Ruhe, alles in Ruhe	Erst mal in Ruhe, alles in Ruhe besprechen.
134	Der hat mir gerade erst gesagt,	x	PC5.5	Der hat mir gerade erst gesagt,	PC5.25	c5	c5	c5	c5
135	let it pass	x	TB8.1	let it pass	TB8.1	c5	c5	c5	c5
136	dass ich wieder hier drei Wochen in die Gurte soll.	Der hat mir gerade erst gesagt, dass ich wieder hier drei Wochen in die Gurte soll.	PC5.5	dass ich wieder hier drei Wochen in die Gurte soll.	PC6.6	Der hat mir gerade erst gesagt, dass ich wieder hier drei Wochen in die Gurte soll.	c4	Der hat mir gerade erst gesagt, dass ich wieder hier drei Wochen in die Gurte soll.	Der hat mir gerade erst gesagt, dass ich wieder hier drei Wochen in die Gurte soll.
137	Herr Günther,	x	c6	Herr Günther,	TC3.15	Herr Günther,	c4	Herr Günther,	Herr Günther,
138	let it pass	x	c6	let it pass	PB8.1	let it pass	c4	let it pass	let it pass
139	kommen Sie,	Kommen Sie,	TC4.4	kommen Sie,	TC3.9	kommen Sie,	c4	kommen Sie,	kommen Sie,
140	let it pass	let it pass	PB8.1	let it pass	PB8.1	let it pass	c4	let it pass	let it pass
141	legen Sie die Messer weg.	legen Sie die Messer weg.	TC3.3	legen Sie die Messer weg.	TC3.1	legen Sie die Messer weg.	c4	legen Sie die Messer weg.	legen Sie die Messer weg.
142	Was soll denn die Scheiße?	Was soll denn die Scheiße?	PC3.6	Was soll denn die Scheiße?	PC4.3	Was soll denn die Scheiße?	c4	Was soll denn die Scheiße?	Was soll denn die Scheiße?
143	let it pass	let it pass	TB8.1	let it pass	TB8.1	let it pass	c4	let it pass	let it pass
144	Drei Wochen!	Drei Wochen!	PC5.6	Drei Wochen!	PC4.3	Drei Wochen!	c4	Drei Wochen!	Drei Wochen!
145	let it pass	let it pass	TB8.1	let it pass	TB8.1	let it pass	c4	let it pass	let it pass
146	Wissen Sie, wie lange das ist?	Wissen Sie, wie lange das ist?	PC3.3	Wissen Sie, wie lange das ist?	PC6.17	Wissen Sie, wie lange das ist?	c4	Wissen Sie, wie lange das ist?	Wissen Sie, wie lange das ist?

Tabelle 15 zeigt die Turnfolgen und Ratings der vier Kodierer an. In Spalte B sind die Turns des Gesamtratings zu finden, sie setzen sich aus den Turnfolgen aller Rater zusammen. Die Spalten H, O, V, AC und AJ zeigen die Turnfolgen der einzelnen Rater an, die Spalten N, U und AB die jeweilige SOL- respektive Auslassungskodierung c4 bis c6. Zur Erklärung der Auslassungskodierungen siehe unten. Die Tabelle indiziert, inwiefern sich die Ratings voneinander unterscheiden. Folgende Konstellationen sind möglich:

1. Alle Rater chunken den gleichen Textkorpusausschnitt und schreiben ihm eine identische Stammkraftfamilie und illokutionäre Rolle zu (Bsp. Beitrag 124). Die Variablen des SOL-Schemas fallen Rater-unabhängig aus.

2. Chunking und Stammkraftfamilie decken sich, es werden jedoch unterschiedliche illokutionäre Rollen angegeben (Bsp. Beitrag 125). Dieser Sprechakt zeigt, dass die Bestimmung der illokutionären Rolle untersucherabhängigen Schwankungen unterliegt.
3. Nur das Chunking ist deckungsgleich, Stammkraftfamilie und illokutionäre Rolle unterscheiden sich (Bsp. Akt 139). Der Beitrag zeigt, dass auch die Bestimmung der Stammkraftfamilien untersucherabhängig ist. Derlei Beiträge werden bei der Bestimmung der Inter-Rater-Reliabilität für illokutionäre Kräfte nicht berücksichtigt.
4. Rater wählen unterschiedliche Textkorpusausschnitte aus. Der Beitrag 137 beispielsweise wird von MR nicht geshunkt, von G1, G3 und MS hingegen schon. Derartige Beiträge werden beim Rater, der den Akt nicht auswählt, mittels „c6“ kodiert. Das Beispiel zeigt, dass schon bei der Beantwortung der Frage, welche Turns als relevant für die Untersuchung von PGS angesehen wird, Unterschiede zwischen Ratern auftreten können.
5. Alle Rater chunken einen Textkorpusausschnitt, schreiben ihm jedoch eine unterschiedliche Anzahl an Turns zu (Bsp. Beitrag 134 bis 136). Drei Rater (G1, G3 und MS) schreiben dem Beitrag „Der hat mir gerade erst gesagt, dass ich wieder hier drei Wochen in die Gurte soll.“ nur einen Turn, MR hingegen zwei Turns zu. Da bei beiden Varianten eine Bestimmung der illokutionären Rolle der Turns erfolgt, sollen die Angaben auch in die Bestimmung der Inter-Rater-Reliabilitäten für Stammkraftfamilien und illokutionäre Rollen einfließen. Hierbei ergibt sich folgende Problematik: Für die Bestimmung der Inter-Rater-Reliabilität in Bezug auf die Illokution stehen seitens MR zwei Sprecherbeiträge zur Verfügung: „Der hat mir gerade erst gesagt“ und „, dass ich wieder hier drei Wochen in die Gurte soll“. Welche der beiden Beiträge wird für die Bestimmung der Inter-Rater-Reliabilität ausgewählt und wie wird der verworfene Teilbeitrag berücksichtigt? Entscheidend bei der Auswahl des zu ratenden, dominanten Teilbeitrages wird die Einschätzung des Untersuchers angesehen, welchem der Beiträge der aussagekräftigere Inhalt zugestanden wird. Dies erscheint beim vorliegenden Beispiel eindeutig: Dem Vorwurf des Patienten, wieder für längere Zeit fixiert zu werden, wird in Bezug auf die qualitative Untersuchung von PGS eine größere Relevanz zugeschrieben als dem Teilbeitrag, mit dem der Patient lediglich äußert, dass ihm der Therapeut etwas gesagt habe. Der für die Inter-Rater-Reliabilität vernachlässigte Teilbeitrag wird mittels des Platzhalters „c5“ kenntlich gemacht. Bei der Untersuchung der Inter-Rater-Reliabilität kann angegeben werden, wie hoch der Anteil derjenigen Akte ausfällt, bei denen es zu oben beschriebenem Teilbeitrag-Problem kommt.
6. Ein Rater ratet unvollständig. Diese Konstellation spielt für unsere Untersuchung eine untergeordnete Rolle, da sie nur den Untersucher G2 betrifft, dessen Ergebnisse bei der Bestimmung der Inter-Rater-Reliabilitäten nicht berücksichtigt wurden. Der Vollständigkeit halber werden dessen Ratings jedoch mittels „c4“ kodiert. G2 ist der einzige Rater, der das Shunking und die Kodierung der achten Szene unvollständig durchgeführt hat.

Tabelle 16: Auslassungskodierungen

Kodierung	Erläuterung
c4	Rating unvollständig
c5	Textkorpusausschnitt wird von unterschiedlichen Ratern gleichermaßen geschunk, es werden jedoch eine unterschiedliche Anzahl an Turns angegeben. Der vernachlässigte Teilbeitrag wird mittels „c5“ geratet.
c6	Beitrag nicht geschunk.

Tabelle 16 fasst die Kodierungen zusammen, die bei abweichendem Shunking unterschiedlicher Rater auftreten.

Aus allen vollständig durchgeführten Ratings (MR, G1, G3 und MS) wird ein Gesamtrating gebildet, das, bedingt dadurch, dass stets die am kleinteiligsten geschunkten Beiträge Einzug ins Gesamtrating halten, im Vergleich zu den Einzelratings die höchste Anzahl an Beiträgen aufweist (Tabelle 15, Spalte B). Die Kodierung der Sprechakte entfällt, da kein Referenzrating vorliegt, das als „beste“ Untersuchung gelten darf. Den vier Einzelratings wird die gleiche Richtigkeit zugemessen.

Es werden Kreuztabellen für den Vergleich der Einzelratings erstellt, die Aufschluss über die Inter-Rater-Reliabilität der Stammkraftfamilien geben. Berücksichtigt werden lediglich Variablen, die das Relevanzkriterium erfüllen. Das Anfertigen und Auswerten der Kreuztabellen soll anhand eines Beispiels erläutert werden:

Tabelle 17: Kreuztabelle Inter-Rater-Reliabilität der Stammkraftfamilien zwischen Rater MR und G1

MRvar3 * G1var3 Kreuztabelle										
			G1var3						Gesamt	
			3	4	5	6	7	8		
MRvar3	3	Anzahl	<2	29	2	6	2	<2	<2	42
		Erwartete Anzahl	n<2	14.0	3.3	7.5	2.6	.7	13.7	42.0
		% innerhalb von MRvar3	n<2	69.0%	4.8%	14.3%	4.8%	n<2	n<2	100.0%
		% innerhalb von G1var3	n<2	67.4%	20.0%	26.1%	25.0%	n<2	n<2	32.6%
		% der Gesamtzahl	n<2	22.5%	1.6%	4.7%	1.6%	n<2	n<2	32.6%
	4	Anzahl	<2	5	<2	3	<2	<2	<2	9
		Erwartete Anzahl	n<2	3.0	.7	1.6	.6	.1	2.9	9.0
		% innerhalb von MRvar3	n<2	55.6%	n<2	33.3%	n<2	n<2	n<2	100.0%
		% innerhalb von G1var3	n<2	11.6%	n<2	13.0%	n<2	n<2	n<2	7.0%
		% der Gesamtzahl	n<2	3.9%	n<2	2.3%	n<2	n<2	n<2	7.0%
	5	Anzahl	<2	<2	4	12	4	<2	<2	21
		Erwartete Anzahl	n<2	7.0	1.6	3.7	1.3	.3	6.8	21.0
		% innerhalb von MRvar3	n<2	n<2	19.0%	57.1%	19.0%	n<2	n<2	100.0%
		% innerhalb von G1var3	n<2	n<2	40.0%	52.2%	50.0%	n<2	n<2	16.3%
		% der Gesamtzahl	n<2	n<2	3.1%	9.3%	3.1%	n<2	n<2	16.3%
	7	Anzahl	<2	6	3	<2	<2	<2	<2	12
		Erwartete Anzahl	n<2	4.0	.9	2.1	.7	.2	3.9	12.0
		% innerhalb von MRvar3	n<2	50.0%	25.0%	n<2	n<2	n<2	n<2	100.0%
		% innerhalb von G1var3	n<2	14.0%	30.0%	n<2	n<2	n<2	n<2	9.3%
		% der Gesamtzahl	n<2	4.7%	2.3%	n<2	n<2	n<2	n<2	9.3%
	8	Anzahl	<2	2	<2	<2	<2	<2	41	45
		Erwartete Anzahl	n<2	15.0	3.5	8.0	2.8	.7	14.7	45.0
		% innerhalb von MRvar3	n<2	4.4%	n<2	n<2	n<2	n<2	91.1%	100.0%
		% innerhalb von G1var3	n<2	4.7%	n<2	n<2	n<2	n<2	97.6%	34.9%
		% der Gesamtzahl	n<2	1.6%	n<2	n<2	n<2	n<2	31.8%	34.9%
Gesamt	Anzahl	<2	43	10	23	8	2	42	129	
	Erwartete Anzahl	<2	43.0	10.0	23.0	8.0	2.0	42.0	129.0	
	% innerhalb von MRvar3	n<2	33.3%	7.8%	17.8%	6.2%	1.6%	32.6%	100.0%	
	% innerhalb von G1var3	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% der Gesamtzahl	n<2	33.3%	7.8%	17.8%	6.2%	1.6%	32.6%	100.0%	

Tabelle 17 zeigt Inter-Rater-Reliabilitäten der achten Szene zwischen den Ratern G1 und MR in Bezug auf die Stammkraftfamilien an.

Nicht geshunkte Akte (c4 bis c6) werden nicht berücksichtigt, da sie keine Aussage über die Bestimmung der Stammkraftfamilie zulassen.

Obiger Tabelle lassen sich die Inter-Rater-Reliabilitäten in Bezug auf die Stammkraftfamilien zwischen den Ratern MR und G1 entnehmen. Die Zeilen- und Spaltenbeschriftungen entsprechen den Stammkraftfamilien (z.B. 3 = Direktiva). Die Kreuztabelle gibt Auskunft darüber, wie hoch die Inter-Rater-Reliabilität zwischen MR und G1 bei Direktiva ausfällt. Dies entspricht in diesem Fall 69%. D.h., zwei von drei Direktiva, die MR als Direktiv wertet, werden auch von G1 als Direktiv geratet. In konkreten Zahlen: MR hat 42 Direktiva in Szene 8 identifiziert. G1 hat 29 dieser Akte ebenfalls den Direktiva zugeschrieben, was einer Inter-Rater-Reliabilität von 69% entspricht. Die restlichen 13 Akte wurden anderen Stammkraftfamilien zugeordnet. Auf diese Weise

können Inter-Rater-Reliabilitäten fürs Shunking, die Stammkraftfamilien und illokutionären Kräfte sowie das mittlere Kategorienschema gebildet werden. Die Inter-Rater-Reliabilitäten setzen sich dabei aus den Durchschnittswerten aller Einzel-Rater-Reliabilitäten zusammen (MR vs G1, MR vs G3, MR vs MS, G1 vs MS, G1 vs. G3 und G3 vs. MS).

Die Inter-Rater-Reliabilität stellt ein Maß für die Reproduzierbarkeit des Ratings dar. Beantwortet werden soll die Frage, wie untersucherabhängig das Chunking und die Bestimmung der SOL-Kategorien ausfällt. Eine geringe Reliabilität, beispielsweise einer illokutionären Kraft, kann auf ein hohes Verwechslungspotenzial derselben hindeuten und entsprechend beim SRZP-Klassifikationsschema sowie bei der daraus hervorgehenden mittleren Klassifikation berücksichtigt werden. Es werden Aussagen zur Verwechslungsgefahr von Stammkraftfamilien und illokutionären Rolle bei der empirischen Sprechhandlungsforschung möglich.

Die Reliabilitätsprüfung ist hierbei aber auch ein Maß für die Ambiguität von Sprechakten im Alltag, D.h., auch in der Alltagskommunikation missverstehen sich die Akteure in unterschiedlichem Maße.

3. Ergebnisse

3.1. Übersicht

Im Rahmen der vorliegenden Studie sind vierzehn PGS durch Krankenpflegekräfte dreier Akutpsychiatrien im Großraum Hannover im Jahre 2012 reinszeniert worden. Es können sprecher-, illokutions- und konfliktniveauabhängige Ergebnisse beschrieben werden, die die PGS zu differenzieren erlauben. Es können überwiegend spannungsgeladene Gesprächssituationen beschrieben werden, innerhalb derer Therapeuten Patienten zu Verhaltens- und Gemütsänderungen zu bewegen suchen. Ferner dominieren Prozesse, die der Vermittlung von Sachinhalten dienen (Assertiva). Assertiva dienen auch der Realisierung von indirekten Sprechakten, bei denen das Gesagte und Gemeinte eines Turns voneinander differieren können. Versuche der emotionalen Einflussnahme auf Patienten werden mehrheitlich indirekt vollzogen.

Basierend auf den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit wurde ein Klassifikationsschema erstellt, das ähnliche illokutionäre Kräfte zusammenzufassen sucht. Das sogenannte „mittlere Klassifikationsschema (M-Schema)“ stellt den Entwurf eines Sprechaktinventars zur Beschreibung von PGS dar.

Es lassen sich vier Cluster von PGS voneinander differenzieren, basierend auf dem Vergleich der szenenabhängigen illokutionären Profile.

Zusammenfassend zeigten sich wiederholt folgende Beobachtungen in der Szenenanalyse: Aufforderungen als Reaktionen auf ablehnendes Verhalten seitens der Patienten wirken eskalationssteigernd. Monologe nehmen mit zunehmender Eskalation ab. Emotionale Einflussnahmen verlieren an Wirksamkeit mit zunehmendem Eskalationspotenzial einer PGS. Die Explikation von eigenen Gefühlen seitens der Therapeuten nimmt ab. Die Anzahl an Handlungsaufforderungen, Verboten, selbstverpflichtenden Handlungsankündigungen und Organisationshandlungen nehmen zu. Der Anteil indirekter Sprechakte und nonverbaler Anteile nimmt ebenso zu. Patienten reagieren in eskalierenden PGS mit ablehnenden Sprechakten. Ob Patienten die Absichten der Therapeuten verstehen, bleibt in vielen Fällen unklar.

3.2. Materialsammlung

3.2.1. Inhaltsangaben zu den Einzelszenen

Szene 1

In der ersten Szene wird eine PGS psychodramatisch reinszeniert, um den Kursteilnehmern den Untersuchungsablauf zu demonstrieren.

Der Psychodramatherapeut Ullrich Ahrens bittet den Teilnehmer Otto Zander, von einer beliebigen, unkritischen PGS zu berichten. Ahrens erläutert, dass es zu Beginn jeder Szene immer einen Erzähler gebe, der die zu spielende Situation erlebt habe und der Gruppe vorstelle, im eigentlichen Sinne in die Szene einführe.

Zander berichtet von einer Patientin, mit der er sich einige Tage zuvor unterhalten habe, weil sie eine umschriebene Verfärbung am Hals gehabt habe. Darauf angesprochen, habe die Patientin erklärt, dass es sich dabei nicht um einen Knutschfleck handle, sondern sie sich mit einem Deospray in selbstverletzender Absicht angesprüht habe, um eine Kälteverbrennung zu provozieren. Selbstverletzendes Verhalten sei bei der Patientin vorbekannt gewesen.

Nach dieser Einführung in die Szene erklärt Ahrens, dass der Erzähler die Rollen, die die Szene erfordere, aus der Seminargemeinschaft zu besetzen habe. Jeder Teilnehmer habe das Recht, sich freiwillig zu melden respektive eine Rolle abzulehnen. Nachdem Sonja Braun für die Rolle der Patientin ausgewählt ist, bittet Ahrens den Erzähler, die Rolle der Patientin kurz einzunehmen und Fragen des Psychodramatherapeuten aus der Rollen-Perspektive zu beantworten, um Braun so einen Anhalt für Mimik, Gestik etc. zu geben.

Zander erläutert, dass die Patientin im Türrahmen des Dienstzimmers gestanden habe. Auf die Fragen des Psychodramatherapeuten antwortet Zander aus der Perspektive der Patientin (Ahrens: „Spricht die Patientin laut oder leise?“ Zander [in der Rolle der Patientin]: „Ich spreche der Umgebungslautstärke angepasst.“). Nachdem die Details der zu spielenden Rolle (weibliche Patientin, 38 Jahre alt, Fleck am Hals, zerzauste Haare, schmutzige Kleidung, vormittags erst aufgestanden, empfindet Langeweile, sucht Gespräch zum Personal, kein akutes Anliegen) geklärt sind, begibt sich Braun in die Rolle der Patientin und die Szene beginnt.

Die Patientin steht im Türrahmen des Dienstzimmers, wird vom Pfleger Zander bemerkt und auf ihren Fleck am Hals angesprochen. Daraufhin erklärt sie, dass sie sich dort mit einem Deospray in selbstverletzender Absicht eine Verbrennung zugezogen habe. Sie habe sich früher schon an anderen Körperstellen verletzt. Auf Nachfrage gibt sie aber ein gutes Befinden an und erklärt, dass ihr bis auf Langeweile nichts fehle. Ihrer Bitte um Zubereitung eines Kaffees wird mit dem Hinweis, dass sie ihn sich selbst kochen könne, nicht entsprochen. Zander legt ihr abschließend nahe, zu duschen und sich umzuziehen.

Hier beendet Ahrens die Szene und erkundigt sich, ob es so auch in der Realität abgelaufen sei. Das wird von Zander bejaht. Er stellt aber auch fest, dass sich die Pfleger in der Realität nicht so wie dargestellt auf das Erzählte der Patientin einlassen, „weil das (...) bloß wieder eine Verschärfung der Symptomatik (wäre)“. Er sagt weiter, dass es „fast schon so zu viel“ gewesen sei, die Verbrennung habe ihn „nur am Rande“ interessiert. Die Eskalation einer derartigen PGS sei aber unwahrscheinlich. Selbst in dem Falle, dass die Patientin androhte, sich erneut zu verletzen, würde er die Verantwortung an die Patientin zurückgeben, da diese es so oder so machen würde.

Der Psychodramatherapeut stellt fest, dass das Spiel gut gelungen sei. Er erläutert nun, dass der Erzähler die darstellende Teilnehmerin mittels eines Rituals, einer Drehung um sich selbst, aus ihrer Rolle wieder entlassen könne. Dies werde nach jeder Szene bei allen spielenden Teilnehmern durchgeführt.

Ahrens erklärt das Sharing, was nach jeder Spielszene stattzufinden habe. Während des ersten Teils sollen die Darsteller aus ihren Rollen berichten (Feedback aus der Rolle), während des zweiten Teils haben auch alle anderen Teilnehmer die Möglichkeit, Überlegungen zum Gesehenen darzustellen.

Szene 2

Die Krankenpflegekraft Risch geht ins Zimmer des rauchenden Patienten Herrn Peter und bietet ihm an, an Freizeitaktivitäten wie Kaffee trinken respektive Malen teilzunehmen oder sich mit ihm zu unterhalten. Der zeigt jedoch kein Interesse, möchte für einen Ausgang die Station verlassen und gibt sich einsilbig. Auf die Aussage, dass er die Station nicht allein verlassen dürfe, packt er die Schwester an den Schultern, drückt sie auf einen Stuhl, läuft ins Nachbarzimmer, lässt sich vom sich dort aufhaltenden Patienten nicht aufhalten, steigt auf ein Fensterbrett und beginnt, brüllend an den Fenstern zu rütteln. Mari ruft ihre Kollegin herbei, mit der sie sich bespricht, was zu tun sei und betätigt den Alarmknopf. Sie entscheiden sich, auf die Kollegen der anderen Stationen zu warten, die durch den Alarm informiert sind. Hier wird die Szene durch den Psychodramatherapeuten unterbrochen. Nach Besprechung seiner Einwände wird diese zum Teil wiederholt.

Ohne sich um Maris Einwände zu kümmern, stürzt der Patient ins Zimmer eines Mitpatienten, der sich gegen den Eindringling zu wehren sucht, aber zur Seite gedrängt wird. Herr Peter klettert aufs Fensterbrett und versucht, die Fenster mit Gewalt zu öffnen. Er lässt sich von Mari nicht davon abhalten. Die dazu gerufene Krankenschwester entzieht ihre Kollegin zunächst der Gefahrensituation. Herr Peter wendet sich zwischenzeitlich vom Fenster ab, um das Personal zu bedrohen. Die beiden Krankenschwestern räumen Stühle zur Seite, dann betätigt Mari den Alarm und Sonja versucht, den Patienten zu beruhigen. Der Patient lässt von seinem Verhalten aber nicht ab, zum zweiten Mal wird Alarm gedrückt. Peter H. fällt aus der Rolle des Patienten, die Szene ist beendet.

Szene 3

Arzt und Pfleger gehen in einen Fernsehraum, wo der Patient am Tisch sitzt und schreibt. Der Arzt erklärt ihm den Inhalt des Faxes, dass er jetzt gegen seinen Willen Pharmaka erhalten werde. Dafür sieht der Patient aber keinen Anlass und beurteilt den Vorgang als ärztliche Fehleinschätzung. Der Arzt erklärt, dass es jetzt keinen anderen Ausweg gebe, als die Zwangsmedikation gemäß der richterlichen Anordnung durchzuführen und Pfleger Heinrich ergänzt, dass dies, sollte der Patient Widerstand leisten, mit Gewalt geschehen müsse. Sie bieten dem Patienten an, nach zehn Minuten wiederzukommen, um dann die Zwangsmedikation durchzuführen.

Arzt und Pfleger sind schon im Fernsehraum, die partielle Wiederholung der Szene setzt mitten in der Diskussion ein. Der Patient steht auf, verschafft sich lauthals Gehör und kündigt an, keine Kooperationsbereitschaft zu zeigen und sich mit allen Mitteln gegen die Medikation zu wehren. Arzt und Pfleger ziehen sich zurück, ziehen eine weitere Krankenpflegekraft hinzu und kehren nach zehn Minuten ins Zimmer zurück. Der Patient wird ein letztes Mal gefragt, ob er seinen

Arm stillhält, was er verneint. Dann erfolgt der Zugriff, um die Zwangsmedikation durchzuführen.

Szene 4

Es findet die Verabreichung einer Zwangsmedikation statt. Die Patientin hält sich in ihrem Zimmer auf, spricht vor sich hin, geht schnell hin und her und setzt sich schließlich auf einen Stuhl. Das eintretende Personal (ein Arzt, drei Pflegekräfte) kündigt die Verabreichung eines Depotpräparats an, woraufhin sich eine Diskussion zwischen Patientin und Personal entwickelt. Die Patientin macht wiederholt auf die Nebenwirkungen des Pharmakons und der Applikation aufmerksam, wohingegen das Personal immer wieder die Notwendigkeit der Maßnahme verdeutlicht. Die Patientin lässt sich vom Stuhl aus mobilisieren, nachdem sie eine Pflegekraft am Arm berührt, gibt ihrem Widerwillen aber lautstark Ausdruck (Anhang, Transkript Szene 4, S. 17, Z. 25: „Nein, nein, nein, das tut so weh!“). Schließlich wird das Pharmakon appliziert.

Szene 5

In der fünften Szene wünscht ein Patient Ausgang, ohne dass dies angesichts eines vorliegenden richterlichen Beschlusses erlaubt wäre.

Teilszene 5.1: Zunächst kommt der Patient Herr Gehmlich auf die Pflegekräfte zu, um um Ausgang zu bitten. Das Personal geht nicht auf die von ihm vorgebrachte Begründung ein, dass er seine Mannschaft unterstützen müsse, sondern verweist auf den noch nicht abgeschlossenen Genesungsprozess seiner Kopfwunde.

Teilszene 5.2: Der Patient wiederholt sein Anliegen, diesmal versuchen die Pflegekräfte, auf seine Begründung einzugehen, indem sie ihn davon zu überzeugen suchen, dass seine Mannschaft auch ohne ihn spielen könne. Das akzeptiert er, mache ihn aber auch „ein bisschen sauer“.

Teilszene 5.3: Schließlich steht der Patient mit der Sporttasche vor der Tür, sagt, dass er die Station verlassen werde und rüttelt an der verschlossenen Tür. Er empfindet den zwangsweise erfolgenden Aufenthalt als Strafe, lässt nicht mehr mit sich diskutieren, beleidigt das Personal und tritt gegen die Stationstür. Die zuvor alarmierten Kollegen kommen auf Station und ringen den Patienten zu Boden.

Szene 6

Die Szene spielt in der forensischen Psychiatrie. Die Patienten Barth und Zander gehen umher, Krankenpflegekraft Lustig begleitet die beiden Männer. Barth erzählt ihr, gut vernehmlich für Zander, dass er seine Ausgangsgenehmigung problemlos erhalten habe. Daraufhin fragt sie Zander, wie es denn mit seiner Lockerungsmaßnahme aussehe. Zander, der das vorherige Gespräch mit sichtlich steigendem Unmut beobachtet hat, antwortet ihr, dass er die Lockerungsmaßnahme nicht genehmigt bekommen habe. Die Situation wird konfrontativer, er fragt, wie es ihr einfallen

könne, nach seiner Lockerung zu fragen, obwohl sie doch genau wisse, dass er sie nicht erhalten habe. Durch den Lärm auf die Situation aufmerksam gemacht, kommt Krankenpflegekraft Huth dazu und beginnt ein Gespräch mit Zander. Sie bittet ihn, die Situation von Beginn an zu beschreiben. Zander, nun ruhiger werdend, erzählt davon, dass er darüber verärgert sei, dass seine Lockerungsmaßnahme nicht bewilligt worden sei. Sie erklärt ihm, dass er nach dem Grund für die Ablehnung bei seinem Therapeuten fragen solle. Zander hat sich beruhigt, betont aber, dass er die Kollegin nicht möge. Huth akzeptiert das, erklärt ihm aber auch, dass er das Personal nicht beleidigen dürfe.

Szene 7

In dieser Szene wird gezeigt, wie eine junge Patientin mit Verfolgungsideen zum Verbleib auf einer psychiatrischen Station überzeugt wird, ohne ZM einzusetzen.

Das Aufnahmegespräch findet mit Patientin, Pflegekraft und Arzt statt. Der Arzt bittet die Patientin um Unterschrift der Einverständniserklärung für eine stationäre Behandlung und um die Einnahme eines Beruhigungsmedikaments. Die Patientin zeigt sich nicht willens, in der Klinik zu bleiben und verlässt den Raum. Nach kurzer Absprache zwischen Arzt und Krankenpflegekraft Braun geht diese der Patientin hinterher und bittet erneut um Einnahme des Medikaments. Die Patientin bleibt jedoch skeptisch und möchte lieber nach Hause, weil sie sich dort sicherer fühle. Sie spricht auch Angst gegenüber den anderen Patienten an.

Braun lässt sich davon nicht beirren und bittet wiederholt um Einnahme des Pharmakons. Sie sucht die Patientin zu überzeugen, dass es keinen Grund zur Sorge gebe, da eine Nachtwache vor Ort sei und das Stationsgeschehen im Blick behalte. Sie bittet die Patientin, ihr zu vertrauen und in der Klinik zu bleiben. Sie verweist darauf, dass sie bereits am darauffolgenden Tag wieder im Frühdienst anzutreffen sei und ihr in ihrer Funktion als Krankenpflegekraft nichts Böses wolle. Sie erlebe es nicht zum ersten Mal, dass Patienten dem erstmaligen Klinikaufenthalt mit Sorge entgegblickten, und rät ihr, sich auszuruhen. Die Patientin wirkt nach wie vor verunsichert, entschließt sich aber dazu, das Medikament einzunehmen und in der Klinik zu bleiben.

Szene 8

Die achte Szene stellt eine Deeskalation dar, während der ein Patient durch zwei Pfleger und einen Oberarzt davon abgehalten wird, sich oder andere zu verletzen. Alle stehen, der Patient hält in jeder Hand ein Messer auf das Personal gerichtet, sagt aber, dass er diesem nichts antun wolle. Es entwickelt sich ein Gespräch zwischen dem Patienten und dem Personal. Er wolle dem richterlichen Beschluss nicht Folge leisten und fordert vom Arzt das Zugeständnis, ihn nicht mehr zu fixieren, was dieser verweigert. Stattdessen bittet das Personal den Patienten kontinuierlich, die Messer zur Seite zu legen, die der sich aber im Szenenverlauf plötzlich an den eigenen Hals hält, mit der Drohung, sich an Ort und Stelle das Leben zu nehmen. Das Personal spricht jedoch weiterhin kontinuierlich auf den Patienten ein, der sich darunter langsam beruhigt und schließlich die Messer zur Seite legt. Das Personal nimmt die Messer an sich, die Szene ist zu Ende.

Szene 9

Die Szene stellt dar, wie ein zuvor entwichener Patient auf eine psychiatrische Station zurückgebracht wird.

Der Patient Zander läuft auf der Straße umher und ruft Dinge wie „Freikörperkultur für alle“ etc. Er wird von der Polizei aufgegriffen und gegen seinen Willen zurück in die psychiatrische Klinik gebracht. Er wird provisorisch mit Kleidung versorgt.

Auf der Station wird er zunächst im Tagesraum untergebracht. Die Patienten laufen umher und die Pflegekräfte versuchen, alles im Blick zu behalten und sich um die Patienten zu kümmern. Pfleger Tarantino nimmt sich Zeit für Zander, unterhält sich mit ihm und appliziert am Ende des Gesprächs ein Pharmakon aus der Bedarfsmedikation. Zander ist wütend, dass er erneut hospitalisiert wurde, wartet aber zunächst auf das ärztliche Aufnahmegespräch. Er wird wiederholt vom Mitpatienten Heinrich provoziert, der ihm unter anderem Zigarettenrauch ins Gesicht bläst. Schließlich kommt es zwischen Heinrich und Zander zu Handgreiflichkeiten, der Alarm wird ausgelöst und Zander festgehalten.

Szene 9 wurde aus methodischen Gründen von der Untersuchung ausgeschlossen, siehe Tabelle 8 im Methodikteil.

Szene 10

Pflegerin Anna Schulz befindet sich im Dienstzimmer, bekommt das Bereitschaftshandy von einem in die Pause gehenden Kollegen übergeben und lässt eine Patientin hinaus, die Ausgang wünscht. Derweil klingelt das Ehepaar Pietsch (angemeldeter Patient und Ehefrau) an der Tür und wird von Anna Schulz in Empfang genommen. Die beiden erhalten was zu trinken, während Schulz den Arzt kontaktiert, damit er das Aufnahmegespräch führen kann. Wenige Augenblicke später ist er da, erhält von Anna die Unterlagen des Patienten und begrüßt die Eheleute. In dem Moment, wo sich die drei Personen ins Arztzimmer fürs Aufnahmegespräch aufmachen, endet die Szene.

Szene 11

Die erste Szene zeigt, wie eine Pflegekraft und die Patientin Frau Meyer im Patientenzimmer in Kontakt kommen. Die Pflegekraft tritt ein, setzt sich zur Patientin aufs Bett, stellt sich vor, befragt sie zu ihrem Befinden und bietet ihr Lorazepam an. Dies wird von der Patientin nach anfänglichem Widerstand auch eingenommen, womit die erste Teilszene endet.

In der zweiten Teilszene hält sich Frau Meyer allein im Zimmer auf, woraufhin sich eine Mitpatientin zu ihr gesellt, die sich an den Unterarmen zu ritzen beginnt und vernehmlich ihr Entspannungsgefühl äußert. Frau Meyer beobachtet das Geschehen interessiert.

Die dritte Teilszene spielt im Gemeinschaftsraum, zugegen sind Frau Meyer, der Mitpatient Quentin und eine studentische Extrawache, die angehalten ist, auf die Patienten aufzupassen. Quentin bemächtigt sich der Fernbedienung, schaltet den Fernseher ein, ohne sich weiter dafür zu interessieren und beginnt mit der Studentin ein Gespräch. Frau Meyer beginnt derweil, sich an den Unterarmen zu ritzen, was nach kurzer Zeit von Quentin bemerkt wird, der das dem Stationspersonal meldet. Zwei Pflegekräfte begeben sich hierauf zum Tagesraum und versuchen zunächst, der Patientin die Scherbe, mit der sie sich soeben geritzt hat, abzunehmen und ziehen die Studentin zur Rechenschaft. Die Patientin weigert sich weiterhin und vergräbt das Glasstück tief in der Hosentasche. Beim Versuch der Pflegerin, ihr die Hand aus der Tasche zu ziehen, schlägt sie diese und es wird Alarm ausgelöst. Die eintreffenden Kollegen versuchen nun ebenfalls, die Scherbe an sich zu bringen, was aber nicht gelingt, woraufhin die Patientin fixiert wird.

Szene 12

Die Szene basiert auf der fünften Szene.

Ein Pfleger diskutiert mit dem Patienten Quentin, der u. a. gegen die Tür tritt, um die Station verlassen zu können. Der Pfleger verweigert jedoch den Ausgang. Die Diskussion gewinnt an Schärfe und nach Gewaltandrohung des Patienten gegenüber dem Pfleger löst dieser den Alarm aus. Einer der hinzu gekommenen Kollegen tritt aus dem Kollegenkreis an die Seite des Patienten und verschafft sich lautstark in dessen Namen Gehör.

Szene 13

In dieser Szene geht es um einen Patienten, der nach der Aufnahme auf Station fixiert wird. Der Patient ist Busfahrer und vermisst seine Tasche, was er aber nicht zu artikulieren vermag. Andernfalls hätte er sie sofort bekommen können, da sie im Dienstzimmer abgestellt ist.

Im ersten Szenenabschnitt (Teilszenen 13.1 und 13.2) verhält sich der Patient sehr aufgebracht und wiederholt die immer gleichen Aussagen wie „Ich brauche meine Sachen, ich muss die bezahlen!“ (Anhang, Transkript Szene 13, S. 7, Z. 20). Die Krankenschwester, die versucht, ihm ein Medikament zu verabreichen, löst schließlich den Alarm aus, da der Patient mit Stühlen um sich wirft. Das hinzugerufene Personal (Ärztin und Pflege) kann ihn auch nicht beruhigen. Niemand versteht, was er eigentlich möchte. Er kann schließlich auf ein Bett gedrängt werden.

Im zweiten Szenenabschnitt (Teilszene 13.3) wird die vorangegangene Szene wiederholt, dieses Mal tritt aber eine Pflegekraft an die Seite des Patienten und unterstützt diesen im Sinne eines Hilfs-Ich („Gebt ihm seine Sachen!“ (Anhang, Transkript Szene 13, S. 10, Z. 14)). Der Patient zeigt sich zunächst nicht beeindruckt, mit Unterstützung des Hilfs-Ich erfährt das Pflegeteam aber, dass der Patient nur nach seiner Tasche verlangt, die im Dienstzimmer abgestellt worden war. Sie wird ihm ausgehändigt, die Situation ist deeskaliert.

Szene 14

Diese Szene hat eine PGS zum Inhalt, innerhalb dessen ein Patient auf eine andere Station verlegt werden soll. Dieser weigert sich jedoch. Die Teilszenen zeigen verschiedene Ansätze, um der Situation Herr zu werden.

Die Teilszenen 14.1 und 14.2 („Kein Hilfs-Ich“) finden ohne Hilfs-Ich statt. Der Patient sitzt, seine nicht gepackte Sporttasche als Armlehne nutzend, in seinem Zimmer und hört Musik. Krankenschwester Huth kommt hinzu, bietet ihm Hilfe beim Packen an, fragt nach, wie weit er inzwischen gekommen sei. Der Patient erwidert, dass er nicht verlegt werde. Sie bestreitet das und äußert wiederholt ihre Hilfsangebote. Der Patient droht daraufhin mit Tätlichkeiten, sie verlässt das Zimmer und löst Alarm aus. Die sich vor der Patiententür versammelnden Kollegen werden von Huth über die Verlegungspläne informiert und begeben sich ins Zimmer, was der Patient versucht zu verbarrikadieren. Nach einer letzten Aufforderung, das Zimmer zu räumen, wird er aufs Bett getragen und fixiert.

Teilszene 14.3 („Kein Perspektivwechsel“) soll mit Hilfs-Ich stattfinden, hierfür wurde zuvor Luise Kölling ausgewählt. Der Alarm ist ausgelöst, die Kollegen kommen vor der Patiententür zusammen und besprechen sich. Kölling sagt, dass sie den Patienten kenne und versuchen will, mit ihm in Kontakt zu treten. Die Gruppe betritt das Zimmer, wird vom Patienten aufgefordert, es sogleich wieder zu verlassen, Kölling stellt sich aber vor und wirbt für den Stationswechsel. Die Szene wird vom Psychodramatherapeuten unterbrochen, weil der fürs Hilfs-Ich notwendige Perspektivwechsel nicht stattgefunden hat. Kölling habe gegenüber dem Patienten als Teil der „weißen Wand“ gestanden (Debus und Ahrens 2016). Kölling wird instruiert, die Szene wiederholt.

In Teilszene 14.4 („Starke Rollenverhaftung“) tritt das Personal ins Patientenzimmer ein und Kölling setzt sich sogleich neben den Patienten, der von ihr zunächst keine Notiz nimmt. Ihre Einwände rufen bei ihm zunächst Unverständnis hervor und Kölling verbleibt in der Rolle der Pflegerin. Auch diese Szene wird abgebrochen und wiederholt.

Zu Beginn der vorletzten Teilszene („Kein Durchkommen“) besprechen sich die pflegerischen Kollegen zunächst und treten ins Zimmer ein. Kölling begibt sich sofort an die Seite des Patienten, der sich aber unerwartet erhebt, was das Personal beunruhigt. Krankenpfleger Heinrich bittet ihn, sich wieder hinzusetzen. Es kommt zum Handgemein, die Szene wird beendet.

Für die letzte Teilszene („Wir wollen den Arzt sprechen!“) wird Peter Heinrich als Hilfs-Ich ausgewählt. Die Gruppe von Pflegern tritt ein, Peter Heinrich setzt sich alsbald neben den Patienten und versucht, die konfrontative Situation zu beruhigen. Ihm gelingt es, die Gesprächsführung zu übernehmen. Er bezeichnet die Verlegung als ungerechtfertigte Maßnahme, durch das Formulieren einer rhetorischen Frage ans Personal wird aber für den Patienten festgestellt, dass es keine Alternative zur Verlegung gebe. Die Frage, wie lange der Verbleib auf der geschlossenen Station andauert, veranlasst Heinrich dazu, nach dem Arzt zu fragen. Schließlich bitten Patient und Hilfs-Ich im Einklang um Erscheinen des Arztes.

3.2.2. Szenenangaben

Für diese Arbeit liegen vierzehn Videos von PGS vor, die im Rahmen des SRZP-Projekts im März 2012 im Institut für Kultursemiotik in Wennigsen reinszeniert worden sind.

Tabelle 18: Szenenübergreifende Kerndaten

Parameter	Ausprägung
Szenenziffern	1-8, 10-14
Szenenanzahl	13
Teilszenenanzahl	26
Gesamtlänge der Videos (hh:min:sek)	08:48:39
Spielszenenlänge insgesamt (min:sek)	50:46
Anzahl Transkriptionszeilen	1628
Anzahl Akte inkl. LIP	2767
Anzahl Akte ohne LIP	1798
Durchschnittliche Aktanzahl pro Sekunde: Anzahl Akte ohne LIP/Szenenlänge (sek)	0.59
Durchschnittliche Aktlänge (sek): Szenenlänge/Anzahl Akte ohne LIP	1.69

Tabelle 18 zeigt szenenübergreifende Kerndaten des Untersuchungskorpus auf.

Der Untersuchung liegen dreizehn Szenen reinszenierter PGS zugrunde, die sich auf insgesamt 26 Teilszenen aufteilen. Die Videos weisen eine Gesamtlänge von 08:49 Stunden auf, innerhalb derer Spielszenen mit einer Gesamtdauer von 51 Minuten enthalten sind. Die Sprecherbeiträge aller Teilnehmer resultieren in 1628 Transkriptionszeilen, wobei 2767 Turns identifiziert werden konnten, 969 hiervon entsprechen LIP (35%). Die durchschnittliche Aktdauer unter Berücksichtigung der Nicht-LIP-Turns beträgt 1.7 Sekunden. Kerndaten zu Einzelszenen siehe Tabelle 19.

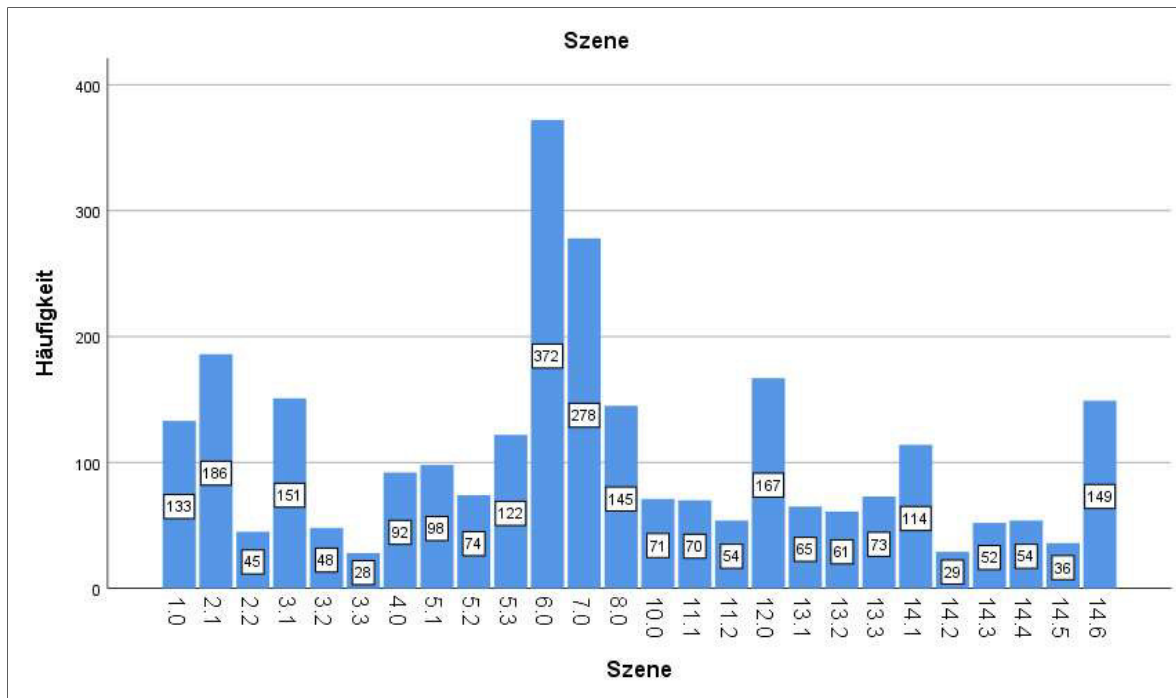


Diagramm 8: Anzahl Akte pro Szene

Diagramm 8 zeigt an, wie viele Turns inkl. LIP pro (Teil-)Szene identifiziert werden können.

Tabelle 19: Kerndaten intraszenisch und interszenisch

N _{Film} = 13		N _{Zeilen}	N _{Turn}	N _{Wort}	N _r	N _{ST}	Timecode T (sek)	Timecode T (min:sek)
Alle Szenen = ASZ		1628	2767	8168	27	8	3046	50:46
Arithmetisches Mittel ASZ		125	213	628			234	3:54
Sze- nen	1	55	133	356	27	7	150	2:30
	2	136	231	597	27	7	210	3:30
	3	162	227	1092	27	7	324	5:24
	4	65	92	231	27	8	98	1:38
	5	161	294	994	27	7	360	6:00
	6	195	372	1154	27	6	367	6:07
	7	149	278	913	27	8	256	4:16
	8	99	145	430	27	7	125	2:05
	10	57	71	162	27	7	130	2:10
	11	113	124	320	27	8	340	5:40
	12	61	167	376	27	7	100	1:40
	13	102	199	499	27	8	193	3:13
	14	273	434	1044	27	7	393	6:33

Tabelle 19 zeigt inter- und intraszenische Kerndaten an. Legende: N_{Film} = Anzahl aller Szenen, N_{Zeilen} = Anzahl Transkriptionszeilen, N_{Turn} = Anzahl Turns, N_{Wort} = Anzahl Worte, N_r = Anzahl Variablen, N_{ST} = Anzahl genutzter Stammkraftfamilien und Timecode T = Dauer einer Spielszene/interszenisch.

Im Ergebnis zeigt sich, dass der Untersuchungskorpus 13 Szenen, 1628 Transkriptionszeilen, 2767 Turns sowie 8168 Worte umfasst und sich über einen Zeitraum von 50:46 Minuten erstreckt. Im arithmetischen Mittel sind pro Szene 125 Zeilen, 213 Turns und 628 Worte zu finden, die mittlere Szenendauer beträgt 3:54 Minuten.

Tabelle 20: Szenen und deren Konfliktniveaus

Chronologie	Teilszene	Titel	Konfliktniveau	Akte
1	Szene 1	Symptompräsentation	0 Konfliktfreie Interaktion	1-133
2	Szene 2.1	Fixierung - Der Fluchtversuch	1 Spannungsbildung	134-280
			2 Eskalationsbereitschaft	281-319
3	Szene 2.2		1 Spannungsbildung	320-350
			2 Eskalationsbereitschaft	351-364
4	Szene 3.1	Zwangsmedikation - Das Fax am Geburtstag	1 Spannungsbildung	365-378
			3 Zwangsanwendung	379-515
5	Szene 3.2		3 Zwangsanwendung	516-563
6	Szene 3.3		3 Zwangsanwendung	564-591
7	Szene 4	Zwangsmedikation - Die Depotspritze	1 Spannungsbildung	592-601
			3 Zwangsanwendung	602-683
8	Szene 5.1	Fixierung - Kein Ausgang wegen Verletzungsgefahr	1 Spannungsbildung	684-781
9	Szene 5.2		1 Spannungsbildung	782-855
10	Szene 5.3		1 Spannungsbildung	856-974
			2 Eskalationsbereitschaft	975-976
			3 Zwangsanwendung	977
11	Szene 6	Vermeidung von Zwang - Chaos im Park	1 Spannungsbildung	978-1349
12	Szene 7	Abwendung von Zwang - Im Redefluss bleiben	1 Spannungsbildung	1350-1627
13	Szene 8	Abwendung von Zwang - Respekt in der Bedrohungssituation	2 Eskalationsbereitschaft	1628-1772
14	Szene 10	Aufnahme - die Kunst des Empfangens	0 Konfliktfreie Interaktion	1773-1843
15	Szene 11.1	Fixierung - Selbstverletzung in auswegloser Situation	1 Spannungsbildung	1844-1913

16	Szene 11.2		1 Spannungsbildung	1914-1942
			2 Eskalationsbereitschaft	1943-1952
			3 Zwangsanwendung	1953-1967
17	Szene 12	Hilfs-Ich - Überraschungseffekt	1 Spannungsbildung	1968-2130
			2 Eskalationsbereitschaft	2131-2132
			4 Alternativstrategie	2133-2134
18	Szene 13.1	Hilfs-Ich - Aufklärung eines Missverständnisses	1 Spannungsbildung	2135-2153
	2 Eskalationsbereitschaft		2154-2199	
19	Szene 13.2		2 Eskalationsbereitschaft	2200-2260
20	Szene 13.3		1 Spannungsbildung	2261-2275
			2 Eskalationsbereitschaft	2276-2277
			4 Alternativstrategie	2278-2333
21	Szene 14.1	Kein Hilfs-Ich	1 Spannungsbildung	2334-2445
			2 Eskalationsbereitschaft	2446-2447
22	Szene 14.2		2 Eskalationsbereitschaft	2448-2466
			3 Zwangsanwendung	2467-2476
23	Szene 14.3	Kein Perspektivwechsel	1 Spannungsbildung	2477-2494

			2 Eskalationsbereitschaft	2495-2528
24	Szene 14.4	Starke Rollenverhaftung	2 Eskalationsbereitschaft	2529-2582
25	Szene 14.5	Kein Durchkommen	1 Spannungsbildung	2583-2594
			2 Eskalationsbereitschaft	2595-2616
			3 Zwangsanwendung	2617-2618
26	Szene 14.6	Wir wollen den Arzt sprechen!	2 Eskalationsbereitschaft	2619-2638
			4 Alternativstrategie	2638-2767

Tabelle 20 zeigt an, welchen Konfliktniveaus die Sprechakte der unterschiedlichen Teilszenen zugeordnet wurden.

26 Teilszenen konnten reinszeniert werden. Es zeigt sich, dass konfliktfreie Interaktionen nur in zwei Teilszenen vorkommen, Alternativstrategien wurden in den Szenen 12 bis 14 erprobt. Die Teilszenen sind mehrheitlich den Konfliktniveaus Spannungsbildung, Eskalationsbereitschaft und Zwangsanwendung zuzuordnen.

3.3.Datensammlung/Interaktionsprofile

Struktur der Datenmatrix

Tabelle 21: Struktur der Datenmatrix

	Variablen V (n=27)
Turnfolge (TF) mit der Anzahl $N_{\text{Turn}} = 2767$	74.709 Variablenausprägungen

Tabelle 21 zeigt die Struktur der Datenmatrix an. Die Variablenausprägungen wurden zu den Turns der Turnfolge TF angegeben. Bei 27 qualitativen Interaktionsvariablen und $N_{\text{Turn}} = 2767$ resultieren 74.709 Variablenausprägungen.

Qualitative Interaktionsparameter sind dadurch gekennzeichnet, dass sie eines Ratings bedürfen und die Ausprägung nicht via Rekodierung erstellt werden kann. Werden recodierte Interaktionsparameter hinzugezählt, erhöht sich die Anzahl der Parameter auf 154, die Urteilsleistung folglich auf 446 118 Parameterausprägungen.

Tabelle 22: Liste der qualitativen Interaktionsvariablen V

1	Illokutionäre Indikatoren
2	Dialog- und Sequenzphase
3	Sekundäre illokutionäre Stammkraftfamilie
4	Illokutionäre Kraft
5	Explizit performativer Vollzug
6	Modalität
7	Bedingung des illokutionären Zwecks
8	Erste vorbereitende Bedingung
9	Zweite vorbereitende Bedingung
10	Sprecher
11	Aufrichtigkeitsbedingung
12	Minimaler propositionaler Gehalt
13	Bedingung des propositionalen Gehalts
14	Primärbotschaft
15	Beabsichtigte Primärwirkung
16	Primäre Erfolgsbedingung
17	Primäre Ernsthaftigkeitsbedingung
18	Primärhandlung
19	Beabsichtigte Sekundärwirkung
20	Sekundäre Erfolgsbedingung
21	Sekundäre Ernsthaftigkeitsbedingung
22	Sekundärhandlung
23	Kommunikationsbedingung

24	Erfolgsbedingung der Kommunikation
25	Mittlere Kodierung
26	Sprecherwechsel
27	Konfliktniveau

Tabelle 22 zeigt die qualitativen Interaktionsvariablen V an. Für die Sprechakte des Untersuchungskorpus wurde zu jedem Interaktionsparameter die Ausprägung angegeben.

Interaktionsprofile

Illokutionäre Indikatoren

Tabelle 23: Verteilung der illokutionären Indikatoren

	Häufigkeit	Anteil
indexikal	2619	95%
konventionell	148	5%
Gesamt	2767	100%

Tabelle 23 zeigt die Verteilung der illokutionären Indikatoren an. Rund 95% aller Turns weisen indexikale illokutionäre Indikatoren auf, konventionelle Indikatoren liegen nur in 5% der Fälle vor.

Ein konventioneller illokutionärer Indikator liegt zum Beispiel bei Turn 366 vor: „Guten Tag, Herr Meyer!“ Auch ohne Hintergrundinformationen wird deutlich, dass es sich hierbei um eine Begrüßung handelt, der Sinnzusammenhang muss für das Verständnis des Aktes nicht bekannt sein.

Ein indexikaler illokutionärer Indikator liegt zum Beispiel bei Turn 1904 vor: „Ich gucke nach einer halben Stunde bei Ihnen vorbei.“ Hier muss dem Rater bekannt sein, dass es sich beim Sprecher um eine Krankenpflegekraft handelt, die einer verängstigten Patientin in deren Zimmer verspricht, sie nach einer halben Stunde erneut zu visitieren. Der Turn wurde der Illokution „versprechen“ zugeordnet.

Tabelle 24: Sprecherabhängigkeit konventioneller illokutionärer Indikatoren

	konventionell	Indexikal	Randsumme
Patient	63	1324	1387
Therapeut	85	1295	1380
Randsumme	148	2619	2767

Tabelle 24 zeigt die Sprecherabhängigkeit der Sprechakte mit konventionellen illokutionären Indikatoren an. Im Ergebnis zeigt sich, dass die Ausprägung der illokutionären Indikatoren sprecherunabhängig ausfällt ($p^{**}=ns$).

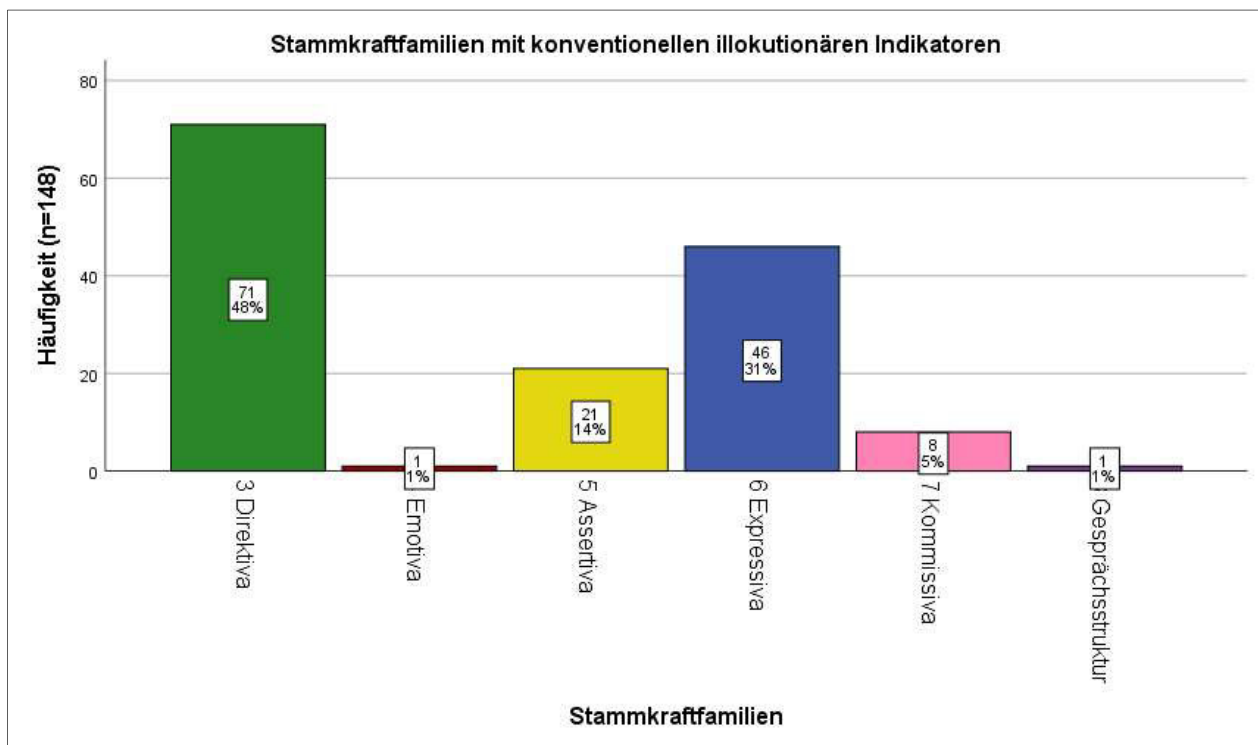


Diagramm 9: Stammkraftfamilien mit konventionellen illokutionären Indikatoren

Diagramm 9 zeigt, welche Stammkraftfamilien konventionelle illokutionäre Indikatoren aufweisen. Die Gewichtung erfolgte auf die Gesamtzahl der Akte mit konventionellen illokutionären Indikatoren ($n=148$). Dominierend präsentieren sich Direktiva (48% aller Akte mit konventionellen illokutionären Indikatoren), Expressiva (31%) und Assertiva (14%). Kommissiva machen 5% aus.

Beispiele konventioneller illokutionärer Indikatoren aus dem Sprechaktkorpus:

- Direktiva: Beim Turn 1014 (T: „Herr Zander, was ist denn?“) handelt es sich um eine Frage.
- Emotiva: Beim Turn 1044 (T: „Herr Zander, beruhigen Sie sich.“) handelt es sich um eine Beruhigung.
- Assertiva: Beim Turn 1123 (P: „Ich hab die vor, glaub ich, drei Wochen habe ich die beantragt“) handelt es sich um eine Vermutung.
- Expressiva: Beim Turn 1009 (P: „Seid ihr alle bescheuert hier oder was?“) handelt es sich um eine Beleidigung.
- Kommissiva: Beim Turn 1592 (T: „Ich verspreche Ihnen, dass nichts passiert.“) handelt es sich um ein positives M-Kommissiv, worunter Versprechen subsummiert sind.
- Gesprächsstrukturierungen: Beim Turn 1914 (Patientin ritzt sich an den Unterarmen.) handelt es sich um eine Selbstverletzung.

Gelingen

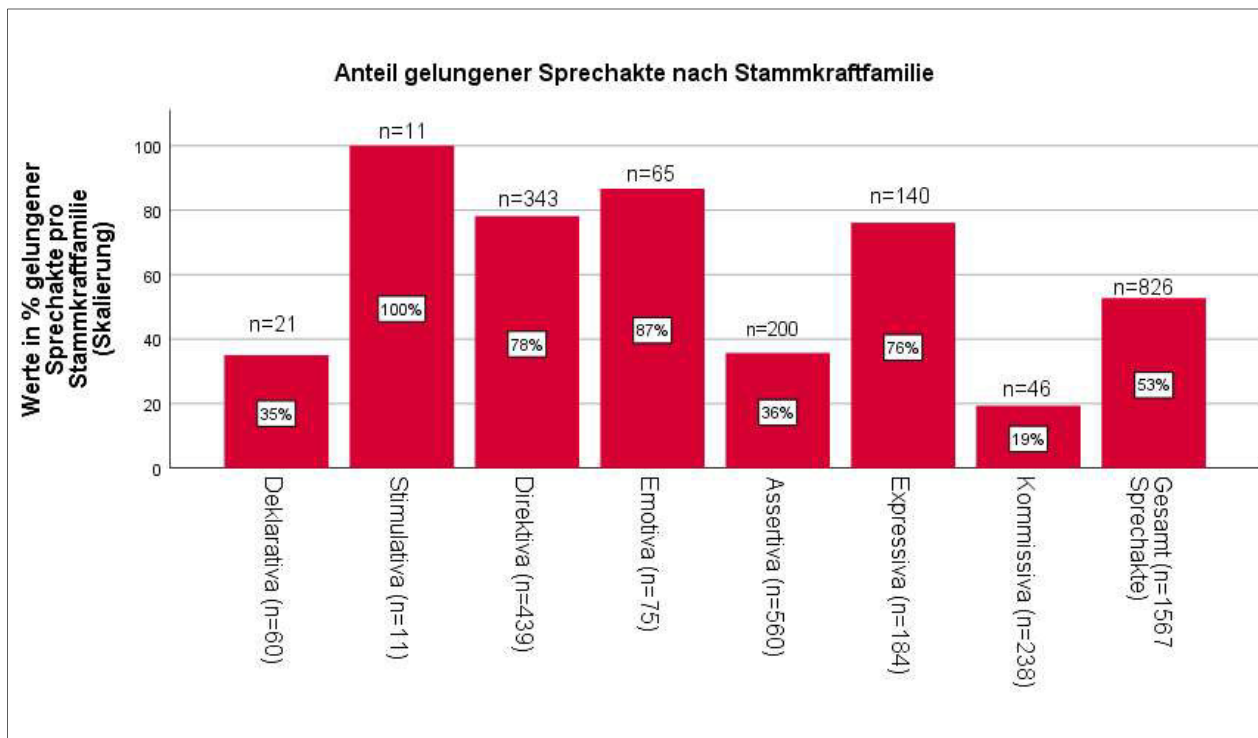


Diagramm 10: 2-stufiges Balkendiagramm mit den Variablen „Gelingen“ V_{Gel} und „Stammkraftfamilie“ V_{ST} | $V_{ST} \neq$ „Gesprächsstrukturierung“

Diagramm 10 zeigt den Zusammenhang der Variablen „Gelingen“ V_{Gel} und „Stammkraftfamilie“ V_{ST} unter der Bedingung an, dass $V_{ST} \neq$ „Gesprächsstrukturierung“. Die Skalierung erfolgt auf die Anzahl der Sprechakte pro Stammkraftfamilie.

Im Ergebnis zeigt sich, dass Sprechakte in 53% der Fälle gelingen: $F_{V_{ST} \neq Ges}^{V_{Gel}=gelungen} = 53\%$. Stimulativa, Emotiva, Direktiva und Expressiva gelingen häufiger als Assertiva, Deklarativa und Kommissiva: $F_{V_{ST}=Stimulativ}^{V_{Gel}=gelungen} = 100\%$, $F_{V_{ST}=Emot}^{V_{Gel}=gelungen} = 87\%$, $F_{V_{ST}=Direktiv}^{V_{Gel}=gelungen} = 78\%$ und $F_{V_{ST}=Expressiv}^{V_{Gel}=gelungen} = 76\%$ vs. $F_{V_{ST}=Asserti}^{V_{Gel}=gelungen} = 36\%$, $F_{V_{ST}=Deklarativ}^{V_{Gel}=gelungen} = 35\%$ und $F_{V_{ST}=Kommissiv}^{V_{Gel}=gelungen} = 100\%$.

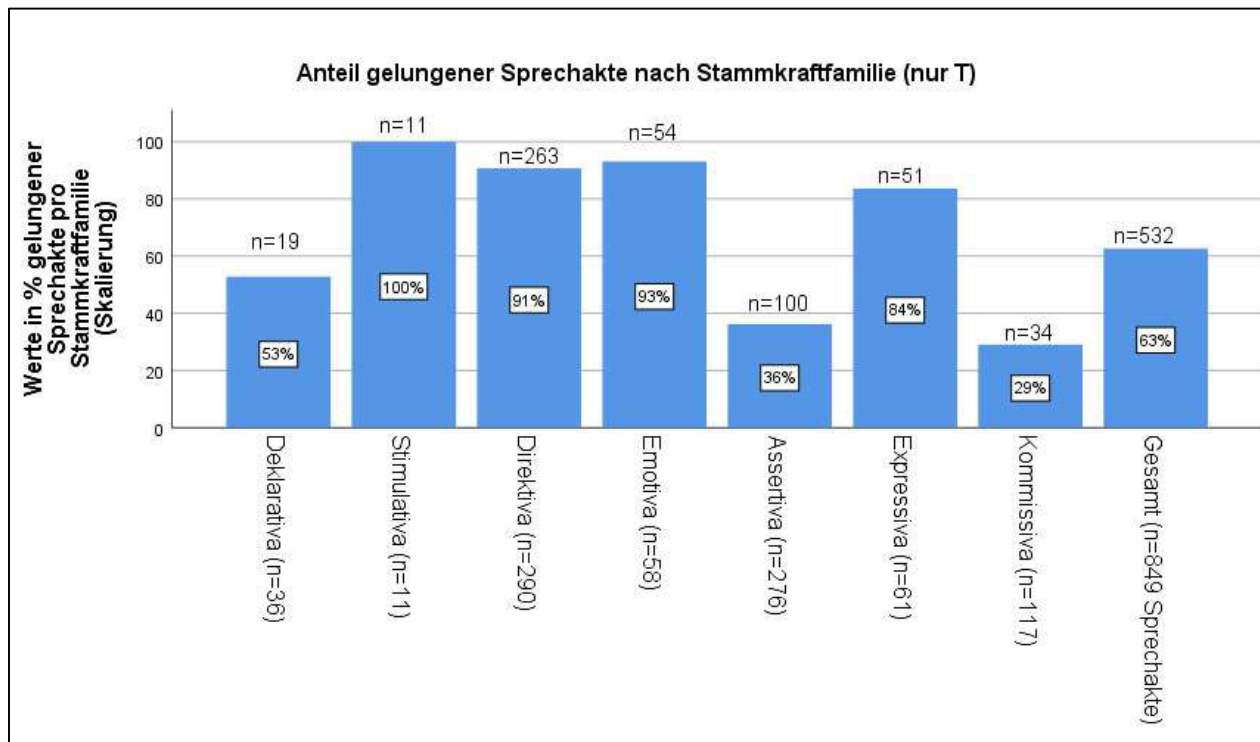


Diagramm 11: 2-stufiges Balkendiagramm mit den Variablen „Gelingen“ V_{Gel} und „Stammkraftfamilie“ V_{ST} | $V_{ST} \neq$ „Gesprächsstrukturierung“ + $V_S = T$

Diagramm 11 zeigt den Zusammenhang der Variablen „Gelingen“ V_{Gel} und „Stammkraftfamilie“ V_{ST} unter der Bedingung an, dass $V_{ST} \neq$ „Gesprächsstrukturierung“ und $V_S = T$. Die Skalierung erfolgte auf die Anzahl der T-Sprechakte pro Stammkraftfamilie.

Im Ergebnis zeigt sich, dass Sprechakte in 63% der Fälle gelingen: $F_{V_S=T}^{V_{Gel}=gelungen} = 63\%$ | $V_{ST} \neq$ Gesprächsstrukturierung. Stimulativa, Emotiva, Direktiva und Expressiva gelingen häufiger als Assertiva, Deklarativa und Kommissiva: $F_{V_{ST}=Stimulativ}^{V_{Gel}=gelungen} = 100\%$ | $V_S = T$, $F_{V_{ST}=Emotiv}^{V_{Gel}=gelungen} = 93\%$ | $V_S = T$, $F_{V_{ST}=Direktiv}^{V_{Gel}=gelungen} = 91\%$ | $V_S = T$ und $F_{V_{ST}=Expressiv}^{V_{Gel}=gelungen} = 84\%$ | $V_S = T$ vs. $F_{V_{ST}=Deklarativ}^{V_{Gel}=gelungen} = 53\%$ | $V_S = T$, $F_{V_{ST}=Assertiv}^{V_{Gel}=gelungen} = 36\%$ | $V_S = T$ und $F_{V_{ST}=Kommissiv}^{V_{Gel}=gelungen} = 29\%$ | $V_S = T$.

Tabelle 25: Gelingen sprecherabhängig

		Sprecher		Gesamt
		P	T	
Gelungen	Anzahl	294	532	826
	% innerhalb von Sprecher	40,9%	62,7%	52,7%
Nicht gelungen	Anzahl	424	317	741
	% innerhalb von Sprecher	59,1%	37,3%	47,3%
Gesamt	Anzahl	718	849	1567
	% der Gesamtzahl	45,8%	54,2%	100,0%

Tabelle 25 zeigt die Sprecherabhängigkeit des Gelingens an.

Im Ergebnis zeigt sich, dass T-Akte statistisch signifikant häufiger gelingen als P-Akte:

$F_{V_S=T}^{V_{Gel}=gelungen} = 63\% \mid V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}$ vs. $F_{V_S=P}^{V_{Gel}=gelungen} = 41\% \mid V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}$ ($p^{**} < 0.001$).

Aufrichtigkeitsbedingung

Tabelle 26: Sprecherabhängige Erfüllung der Aufrichtigkeitsbedingung

		Sprecher		Gesamt
		P	T	
Aufrichtig	Anzahl	676	826	1502
	% innerhalb von Sprecher	94,2%	97,3%	95,9%
Unaufrichtig	Anzahl	42	23	65
	% innerhalb von Sprecher	5,8%	2,7%	4,1%
Gesamt	Anzahl	718	849	1567

Tabelle 26 zeigt die Erfüllung der Aufrichtigkeitsbedingung sowie deren Sprecherabhängigkeit an.

Im Ergebnis zeigt sich, dass Sprechakte mehrheitlich aufrichtig vollzogen werden: $F_{Afr=aufrichtig} = 96\% \mid V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}$.

Therapeuten kommunizieren aufrichtiger als Patienten: $F_{V_S=T}^{V_{Afr}=aufrichtig} = 97\% \mid V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}$ vs. $F_{V_S=P}^{V_{Afr}=aufrichtig} = 94\% \mid V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}$ ($p^{**} = 0.002$).

Vorbereitende Bedingungen

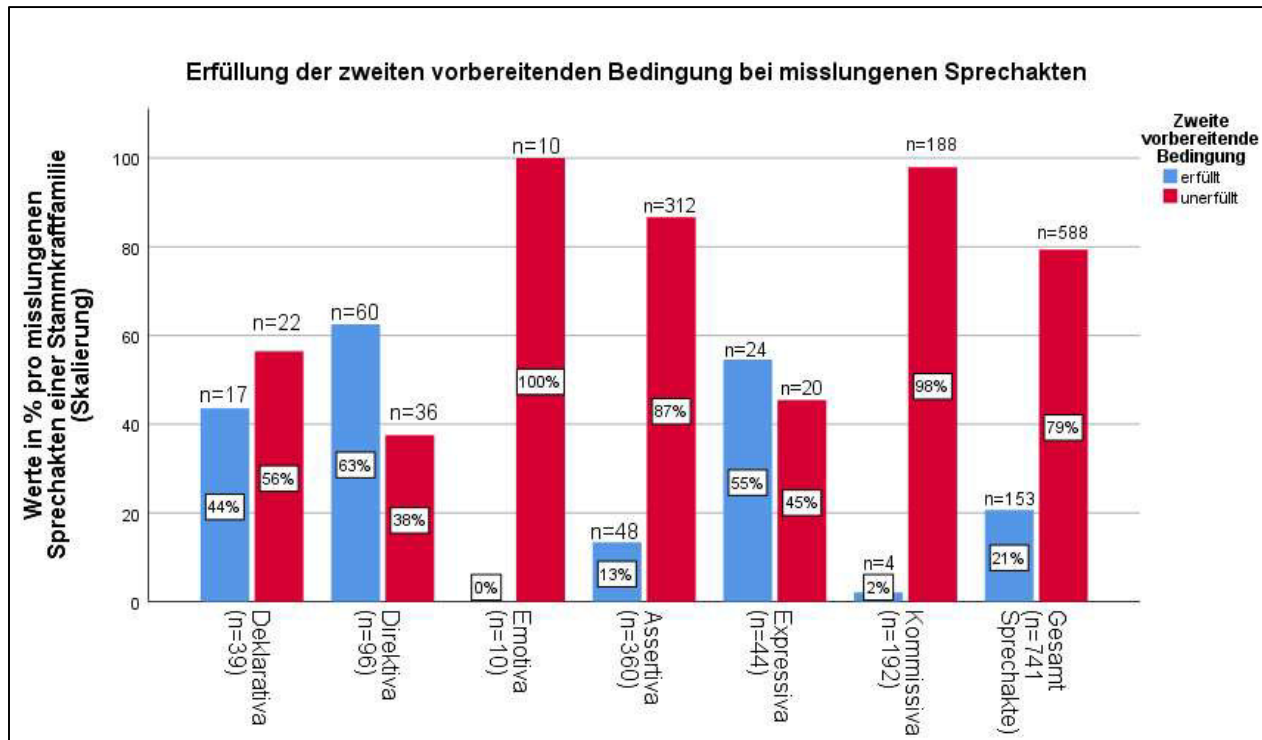


Diagramm 12: 2-stufiges Balkendiagramm mit den Variablen „Zweite vorbereitende Bedingung“ V_{zVB} und „Stammkraftfamilie“ $V_{ST} \mid V_{ST} \neq \text{„Gesprächsstrukturierung“} + V_{Gel} = \text{misslungen}$

Diagramm 12 zeigt den Zusammenhang der Variablen „Zweite vorbereitende Bedingung“ V_{zVB} und „Stammkraftfamilie“ V_{ST} unter der Bedingung, dass $V_{ST} \neq \text{„Gesprächsstrukturierung“} + V_{Gel} = \text{misslungen}$. Die relativen Häufigkeiten sind auf die Anzahl der misslungenen Sprechakte pro Stammkraftfamilie gewichtet.

Im Ergebnis zeigt sich, dass 79% der misslungenen Sprechakte eine unerfüllte zweite vorbereitende Bedingung aufweisen: $F_{zVB=unerfüllt} \mid (V_{Gel} = \text{misslungen} + V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}) = 79\%$. Die misslungenen Akte setzen sich vor allem aus Kommissiva und Assertiva zusammen: $N_{Gel = \text{misslungen}} \mid (V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}) = 741$, $N_{Gel = \text{misslungen}} \mid (V_{ST} = \text{Assertiv}) = 360$ und $N_{Gel = \text{misslungen}} \mid (V_{ST} = \text{Kommissiv}) = 192$.

Die zweiten vorbereitende Bedingung sagt aus, dass der Hörer um den im propositionalen Gehalt der Äußerung repräsentierten Sachverhalt noch nichts weiß (Assertiva) respektive er die vom Sprecher angekündigte Handlung gutheißt (Kommissiva). Zwei häufig vorkommende Gründe

fürs Misslingen von Sprechakten bestehen also im Vermitteln von Sachinhalten, die dem Gegenüber schon bekannt sind und im Ankündigen von unerwünschten Sprecher-Handlungen.

Weitere Beiträge zu einer unerfüllten zweiten vorbereitenden Bedingung leisten Deklarativa, Direktiva und Expressiva. Die zweite vorbereitende Bedingung der Direktiva zum Beispiel bleibt unerfüllt, wenn offensichtlich ist, dass der Hörer die Handlung auch ohne erfolgtes Direktiv durchgeführt hätte.

Beabsichtigte Primärwirkung und primäre Erfolgsbedingung

Tabelle 27: Beabsichtigte Primärwirkung V_{PW} und primäre Erfolgsbedingung V_{PE}

		V _{PE}			
		erfüllt	unerfüllt	Gesamt	
V _{PW}	eingetreten	Anzahl	590 (Fall A)	184 (Fall B)	774
		% innerhalb von Primärwirkung eingetreten	76,2%	23,8%	100%
	nicht eingetreten	Anzahl	0 (Fall D)	793 (Fall C)	793
		% innerhalb von Primärwirkung nicht eingetreten	0,0%	100,0%	100%
	Gesamt	Anzahl	590	977	1567
			38%	62%	100%

Tabelle 27 zeigt die sprecherunabhängige Erfüllung der primären Erfolgsbedingung in Abhängigkeit vom Eintreten der beabsichtigten Primärwirkung an.

Im Ergebnis zeigt sich, dass Sprechakte hälftig eine eingetretene und hälftig eine nicht eingetretene beabsichtigte Primärwirkung aufweisen: $N_{PW=eingetreten} = 774 \mid V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}$ vs. $N_{PW=\neg \text{eingetreten}} = 793 \mid V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}$.

Bei Sprechakten mit eingetretener beabsichtigter Primärwirkung liegt in den meisten Fällen eine erfüllte primäre Erfolgsbedingung vor: $N_{PE=e}^{PW=eingetreten} \mid (V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}) = 590$.

Es lassen sich vier Fallkonstellationen unterscheiden:

- Fall A: Die beabsichtigte Primärwirkung ist eingetreten und die primäre Erfolgsbedingung erfüllt. Es kann von einem primär erfolgreichen Akt gesprochen werden. Diese Konstellation liegt bei 590 Sprechakten vor: $N_{PE=e}^{PW=eingetreten} \mid (V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}) = 590$.
- Fall B: Die primäre Erfolgsbedingung bleibt unerfüllt, obwohl die beabsichtigte Primärwirkung eingetreten ist. Es kann von einem echten Senderproblem gesprochen werden, da die intendierte Wirkung eintritt, dies aber nicht auf den Sender zurückgeführt werden

kann. Diese Konstellation liegt bei 184 Sprechakten vor: $N_{PE=unerfüllt}^{PW=eingetrete} | (V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}) = 184$.

- Fall C: Die beabsichtigte Primärwirkung tritt nicht ein. Dies impliziert, dass die primäre Erfolgsbedingung ebenfalls unerfüllt bleibt. Es kann von einem echten Empfängerproblem gesprochen werden, da die intendierte Wirkung nicht eintritt. Dies kann verschiedene Gründe haben: Der Empfänger hört nicht zu, verhält sich unkooperativ, hat ein Verständnisproblem, etc. Diese Konstellation liegt bei 793 Sprechakten vor: $N_{PW=\neg eingetreten} = 793 | V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}$.
- Fall D: Die primäre Erfolgsbedingung ist erfüllt, obwohl die beabsichtigte Primärwirkung nicht eintritt. Diese Konstellation ist nicht möglich, da die erfüllte primäre Erfolgsbedingung eine eingetretene beabsichtigte Primärwirkung impliziert. Die Konstellation ist folglich ausgeschlossen.

Tabelle 28: Beabsichtigte Primärwirkung V_{PW} und primäre Erfolgsbedingung V_{PE} (nur T)

		V _{PE}			
		Erfüllt	Unerfüllt	Gesamt	
V _{PW}	eingetreten	Anzahl	235 (Fall A)	110 (Fall B)	345
		% innerhalb von Primärwirkung eingetreten	68,1%	31,9%	100,0%
	nicht eingetreten	Anzahl	0 (Fall D)	504 (Fall C)	504
		% innerhalb von Primärwirkung nicht eingetreten	0,0%	100,0%	100,0%
Gesamt		Anzahl	235	614	849
		In % an allen T-Sprechakten	27,7%	72,3%	100,0%

Tabelle 28 zeigt die Erfüllung der primären Erfolgsbedingung in Abhängigkeit vom Eintreten der beabsichtigten Primärwirkung bei den Therapeuten an.

Im Ergebnis zeigt sich, dass Sprechakte häufiger eine nicht eingetretene als eine eingetretene beabsichtigte Primärwirkung aufweisen: $N_{PW=\neg eingetreten} = 504 | V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung} + V_S = \text{Therapeut}$ vs. $N_{PW=eingetreten} = 345 | V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung} + V_S = \text{Therapeut}$.

Bei Sprechakten mit eingetretener beabsichtigter Primärwirkung liegt in 68% der Fälle eine erfüllte primäre Erfolgsbedingung vor: $N_{PE=erfüllt}^{PW=eingetreten} | (V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}) (V_S = \text{Therapeut}) = 235$.

Häufigkeiten der vier Fallkonstellationen (Erläuterung siehe Text zur vorherigen Tabelle 27):

- Fall A: $N_{PE=erfüllt}^{PW=eingetrete} | (V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}) (V_S = \text{Therapeut}) = 235$.

- Fall B: In 32% aller T-Akte mit eingetretener beabsichtigter Primärwirkung liegt trotzdem eine unerfüllte primäre Erfolgsbedingung vor: $N_{PE=unerfüllt}^{PW=eingetreten} | (V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}) (V_S = \text{Therapeut}) = 110$. Dieses Senderproblem lässt sich häufiger bei Therapeuten als bei der sprecherunabhängigen Darstellung zeigen.
- Fall C: T-Akte weisen mehrheitlich eine nicht eingetretene beabsichtigte Primärwirkung auf: $N_{PE=unerfüllt}^{PW=nicht\ eingetreten} | (V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}) (V_S = \text{Therapeut}) = 504$.

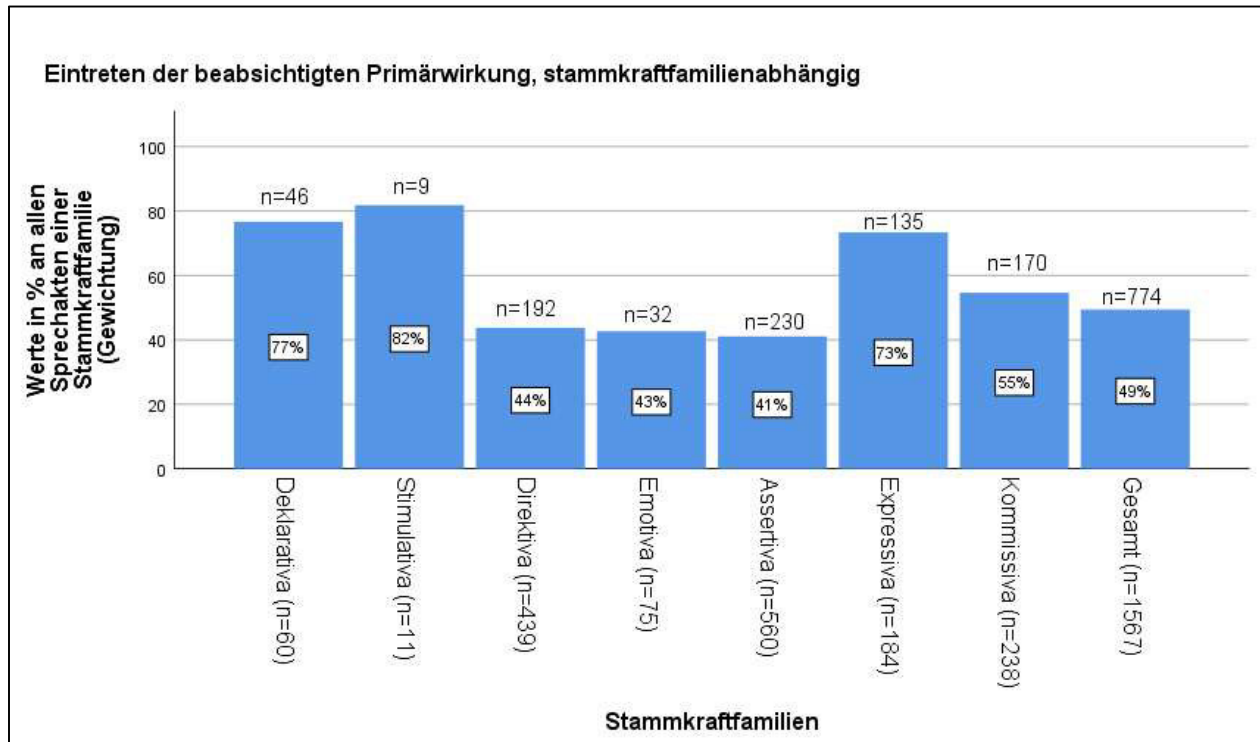


Diagramm 13: 2-stufiges Balkendiagramm mit den Variablen „beabsichtigte Primärwirkung“ V_{PW} und „Stammkraftfamilie“ $V_{ST} | V_{ST} \neq \text{„Gesprächsstrukturierung“}$

Diagramm 13 zeigt den Zusammenhang der Variablen „beabsichtigte Primärwirkung“ V_{PW} und „Stammkraftfamilie“ V_{ST} unter der Bedingung, dass $V_{ST} \neq \text{„Gesprächsstrukturierung“}$. Die Gewichtung erfolgte auf die Anzahl der Sprechakte pro Stammkraftfamilie.

Im Ergebnis zeigt sich, dass Sprechakte in 49% der Fälle eine eingetretene beabsichtigte Primärwirkung aufweisen: $F_{V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}}^{V_{PW}=\text{eingetrete}} = 49\%$.

Deklarativa, Stimulativa, Expressiva und Kommissiva weisen häufiger eine eingetretene beabsichtigte Primärwirkung als Direktiva, Emotiva und Assertiva auf: $F_{V_{ST}=\text{Deklarativ}}^{V_{PW}=\text{eingetreten}} = 77\%$,

$F_{V_{ST}=\text{Stimulativ}}^{V_{PW}=\text{eingetreten}} = 82\%$, $F_{V_{ST}=\text{Expressi}}^{V_{PW}=\text{eingetreten}} = 73\%$ und $F_{V_{ST}=\text{Kommissiv}}^{V_{PW}=\text{eingetreten}} = 55\%$ versus $F_{V_{ST}=\text{Direkti}}^{V_{PW}=\text{eingetreten}} = 44\%$, $F_{V_{ST}=\text{Emotiv}}^{V_{PW}=\text{eingetrete}} = 43\%$ und $F_{V_{ST}=\text{Assertiv}}^{V_{PW}=\text{eingetreten}} = 41\%$.

Primär wirksam sind also Deklarativa, Stimulativa, Expressiva und Kommissiva. Direktiva, Emotiva und Assertiva weisen niedrigere Anteile an Akten mit $V_{PW} = \text{eingetreten}$ auf. Bei Assertiva kann die Ausprägung dieser Variablen schwierig zu raten sein, da es sich um Glaubensinhalte handelt.

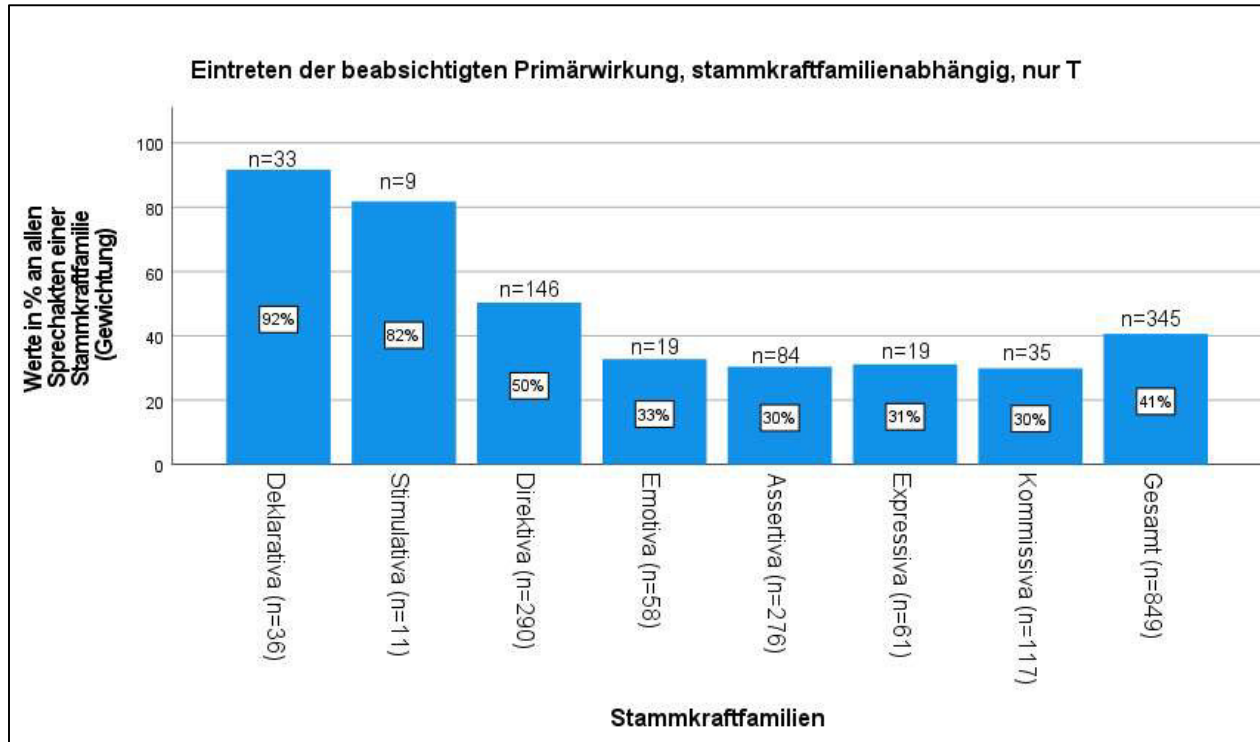


Diagramm 14: 2-stufiges Balkendiagramm mit den Variablen „beabsichtigte Primärwirkung“ V_{PW} und „Stammkraftfamilie“ $V_{ST} \mid V_{ST} \neq$ „Gesprächsstrukturierung“ und $V_S = \text{Therapeut}$.

Diagramm 14 zeigt den Zusammenhang der Variablen „beabsichtigte Primärwirkung“ V_{PW} und „Stammkraftfamilie“ V_{ST} unter den Bedingungen, dass $V_{ST} \neq$ „Gesprächsstrukturierung“ und $V_S = \text{Therapeut}$. Die Gewichtung erfolgte auf die Anzahl der Sprechakte pro Stammkraftfamilie.

Im Ergebnis zeigt sich, dass Sprechakte in 41% der Fälle eine eingetretene beabsichtigte Primärwirkung aufweisen: $F_{V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}}^{V_{PW} = \text{eingetreten}} = 41\% \mid V_S = \text{Therapeut}$.

Deklarativa, Stimulativa und Direktiva weisen häufiger eine eingetretene beabsichtigte Primärwirkung als Emotiva, Assertiva, Expressiva und Kommissiva auf: $F_{V_{ST} = \text{Deklarativ}}^{V_{PW} = \text{eingetreten}} = 92\% \mid V_S = T$, $F_{V_{ST} = \text{Stimulativ}}^{V_{PW} = \text{eingetreten}} = 82\% \mid V_S = T$ und $F_{V_{ST} = \text{Direktiv}}^{V_{PW} = \text{eingetreten}} = 50\% \mid V_S = T$ versus $F_{V_{ST} = \text{Emotiv}}^{V_{PW} = \text{eingetreten}} = 33\% \mid V_S = T$, $F_{V_{ST} = \text{Assertiv}}^{V_{PW} = \text{eingetreten}} = 30\% \mid V_S = T$, $F_{V_{ST} = \text{Expressiv}}^{V_{PW} = \text{eingetreten}} = 31\%$ und $F_{V_{ST} = \text{Kommissiv}}^{V_{PW} = \text{eingetreten}} = 30\%$.

T-Deklarativa und T-Stimulativa sind nahezu vollständig primär wirksam, T-Direktiva in 50% der Fälle. T-Emotiva, T-Assertiva, T-Expressiva und T-Kommissiva weisen niedrigere Anteile an Akten mit V_{PW} = eingetreten auf.

Es können folgende, sprecherabhängige Unterschiede in Bezug auf die primäre Wirksamkeit gezeigt werden: Therapeuten sind bei Deklarativa und Direktiva primär wirksamer, Patienten hingegen bei Emotiva, Assertiva, Expressiva und Kommissiva. Auch stammkraftfamilienübergreifend scheinen sie wirksamer zu sein.

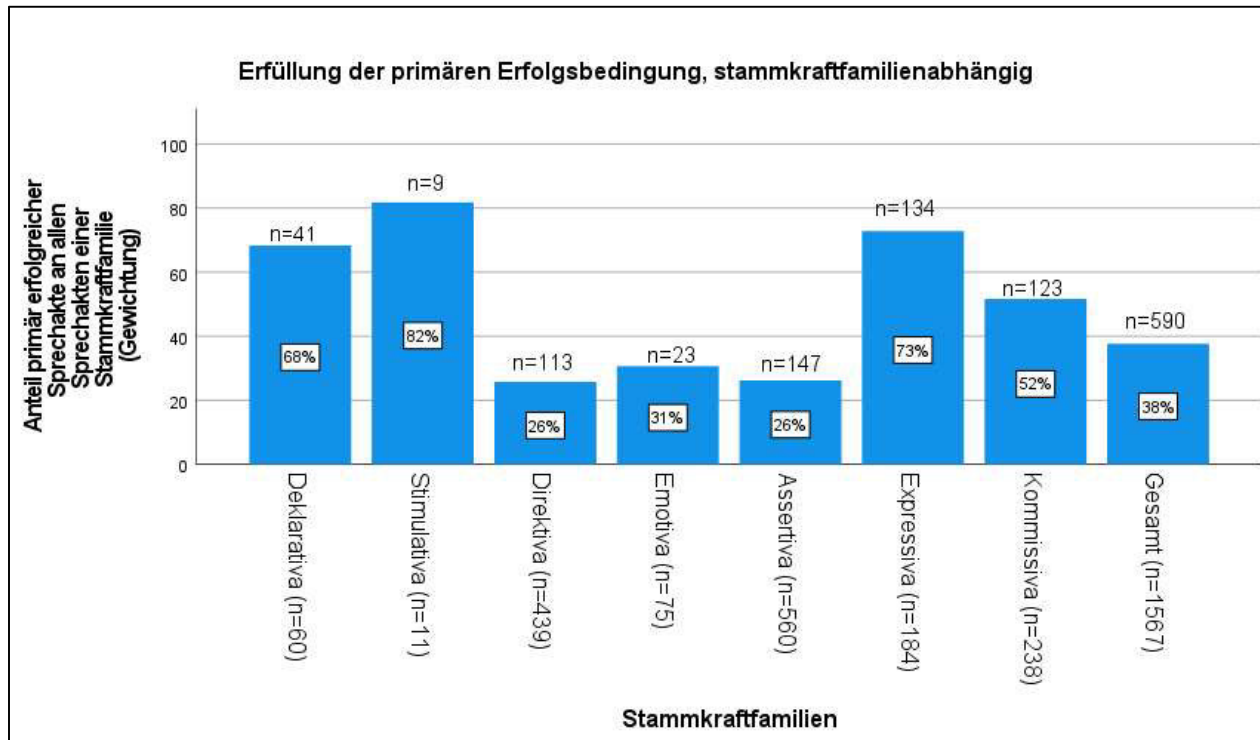


Diagramm 15: 2-stufiges Balkendiagramm mit den Variablen „primäre Erfolgsbedingung“ V_{PE} und „Stammkraftfamilie“ V_{ST} | $V_{ST} \neq$ „Gesprächsstrukturierung“

Diagramm 15 zeigt den Zusammenhang der Variablen „primäre Erfolgsbedingung“ V_{PE} und „Stammkraftfamilie“ V_{ST} unter der Bedingung, dass $V_{ST} \neq$ „Gesprächsstrukturierung“. Die Gewichtung erfolgte auf die Anzahl der Sprechakte pro Stammkraftfamilie.

Im Ergebnis zeigt sich, dass Sprechakte in 38% der Fälle eine erfüllte primäre Erfolgsbedingung aufweisen: $F_{V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}}^{V_{PE}=\text{erfüllt}} = 38\%$.

Deklarativa, Stimulativa, Expressiva und Kommissiva weisen häufiger eine erfüllte primäre Erfolgsbedingung als Direktiva, Emotiva und Assertiva auf: $F_{V_{ST}=\text{Deklarativ}}^{V_{PE}=\text{erfüllt}} = 68\%$, $F_{V_{ST}=\text{Stimulativ}}^{V_{PE}=\text{erfüllt}} = 82\%$, $F_{V_{ST}=\text{Expressiv}}^{V_{PE}=\text{erfüllt}} = 73\%$ und $F_{V_{ST}=\text{Kommissiv}}^{V_{PE}=\text{erfüllt}} = 52\%$ versus $F_{V_{ST}=\text{Direktiv}}^{V_{PE}=\text{erfüllt}} = 26\%$, $F_{V_{ST}=\text{Emotiv}}^{V_{PE}=\text{erfüllt}} = 31\%$ und $F_{V_{ST}=\text{Assertiv}}^{V_{PE}=\text{erfüllt}} = 26\%$.

Primär erfolgreich sind also Deklarativa, Stimulativa, Expressiva und Kommissiva. Direktiva, Emotiva und Assertiva weisen niedrigere Anteile an Akten mit $V_{PE} = \text{erfüllt}$ auf.

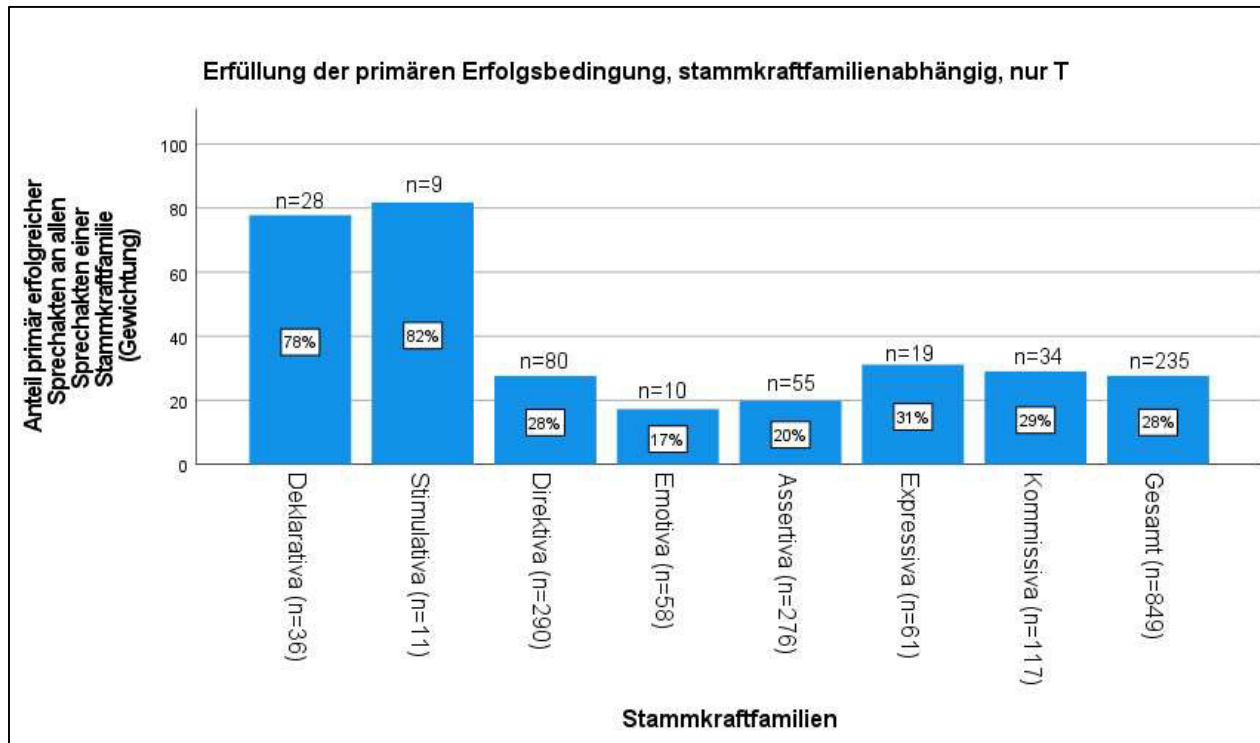


Diagramm 16: 2-stufiges Balkendiagramm mit den Variablen „primäre Erfolgsbedingung“ V_{PE} und „Stammkraftfamilie“ $V_{ST} \mid V_{ST} \neq$ „Gesprächsstrukturierung“ und $V_S = \text{Therapeut}$.

Diagramm 16 zeigt den Zusammenhang der Variablen „primäre Erfolgsbedingung“ V_{PE} und „Stammkraftfamilie“ V_{ST} unter den Bedingungen, dass $V_{ST} \neq$ „Gesprächsstrukturierung“ und $V_S = \text{Therapeut}$. Die Gewichtung erfolgte auf die Anzahl der Sprechakte pro Stammkraftfamilie.

Im Ergebnis zeigt sich, dass Sprechakte in 28% der Fälle primär erfolgreich sind:

$$F_{V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}}^{V_{PE}=\text{erfüllt}} = 28\% \mid V_S = \text{Therapeut}.$$

Deklarativa und Stimulativa weisen häufiger eine eingetretene beabsichtigte Primärwirkung als Direktiva, Emotiva, Assertiva, Expressiva und Kommissiva auf: $F_{V_{ST}=\text{Deklarativ}}^{V_{PE}=\text{erfüllt}} = 78\% \mid V_S = T$ und $F_{V_{ST}=\text{Stimulativ}}^{V_{PE}=\text{erfüllt}} = 82\% \mid V_S = T$ versus $F_{V_{ST}=\text{Direktiv}}^{V_{PE}=\text{erfüllt}} = 28\% \mid V_S = T$, $F_{V_{ST}=\text{Emotiv}}^{V_{PE}=\text{erfüllt}} = 17\% \mid V_S = T$, $F_{V_{ST}=\text{Assertiv}}^{V_{PE}=\text{erfüllt}} = 20\% \mid V_S = T$, $F_{V_{ST}=\text{Expressiv}}^{V_{PE}=\text{erfüllt}} = 31\%$ und $F_{V_{ST}=\text{Kommissiv}}^{V_{PE}=\text{erfüllt}} = 29\%$.

T-Deklarativa und T-Stimulativa sind mehrheitlich primär erfolgreich, T-Sprechakte aller anderen Stammkraftfamilien hingegen mehrheitlich nicht.

Es können folgende, sprecherabhängige Unterschiede in Bezug auf die Erfüllung der primären Erfolgsbedingung gezeigt werden: Mit Ausnahme der Deklarativa sind T-Sprechakte weniger erfolgreich als P-Akte. Ob T erfolgreich ist, lässt sich schwerer beurteilen als bei P. Es stellt sich die Frage, ob T unklarer kommuniziert als P.

Primäre Ernsthaftigkeitsbedingung und Primärhandlung

Tabelle 29: Erfüllung der primären Ernsthaftigkeitsbedingung V_{PEB} in Abhängigkeit vom Reflexionsniveau V_R

		Reflexionsebene		
		B	C	Gesamt
Erfüllung der primären Ernsthaftigkeitsbedingung	erfüllt Anzahl	77	1459	1536
	% von Reflexionsebene	93%	98%	98%
	unerfüllt Anzahl	6	25	31
	% von Reflexionsebene	7%	2%	2%
Gesamt	Anzahl	83	1484	1567

Tabelle 29 zeigt die reflexionsniveauabhängige Erfüllung der primären Ernsthaftigkeitsbedingung an.

Im Ergebnis zeigt sich, dass Sprechakte des Reflexionsniveaus C im Vergleich zu Sprechakten des Reflexionsniveaus B häufiger eine erfüllte primäre Ernsthaftigkeitsbedingung aufweisen: $F_{PEB=erfüllt} = 98\% \mid V_R = C + V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}$ vs. $F_{PEB=erfüllt} = 93\% \mid V_R = B + V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}$. Reflexionsniveauunabhängig ist die primäre Ernsthaftigkeitsbedingung mehrheitlich erfüllt: $F_{PEB=erfüllt} = 98\% \mid V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}$.

Sprecher intendieren also nahezu stets, dass die beabsichtigte Primärwirkung durch den getätigten Sprechakt eintritt. Ist die primäre Ernsthaftigkeitsbedingung erfüllt, erfolgt auch fast immer die Primärhandlung, womit ein manipulatives Reflexionsniveau erreicht wird (97% der Fälle). Tabelle 354 (siehe Anhang) verdeutlicht diese Kohärenzen.

Tabelle 30: Erfüllung der primären Ernsthaftigkeitsbedingung V_{PEB} in Abhängigkeit vom Reflexionsniveau V_R , nur T

Kreuztabelle Ernsthaftigkeitsbedingung/Reflexionsniveau			Reflexionsebene		
			B	C	Gesamt
Erfüllung der primären Ernsthaftigkeitsbedingung	Erfüllt	Anzahl	47	788	835
		% von Reflexionsebene	92%	99%	98%
	unerfüllt	Anzahl	4	10	14
		% von Reflexionsebene	8%	1%	2%
Gesamt	Anzahl		51	798	849
	% von Reflexionsebene		100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 30 zeigt die reflexionsniveauabhängige Erfüllung der primären Ernsthaftigkeitsbedingung an, nur T.

Im Ergebnis zeigt sich, dass Sprechakte des Reflexionsniveaus C im Vergleich zu Sprechakten des Reflexionsniveaus B häufiger eine erfüllte primäre Ernsthaftigkeitsbedingung aufweisen: $F_{PEB=erfüllt} = 99\% \mid V_R = C + V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung} + V_S = T$ vs. $F_{PEB=erfüllt} = 92\% \mid V_R = B + V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung} + V_S = T$. Reflexionsniveauunabhängig ist die primäre Ernsthaftigkeitsbedingung mehrheitlich erfüllt: $F_{PEB=erfüllt} = 98\% \mid V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung} + V_S = T$.

Therapeuten intendieren also ebenso wie bei der sprecherunabhängigen Betrachtung fast immer, die beabsichtigte Primärwirkung durch den getätigten Sprechakt eintreten zu lassen.

Beabsichtigte Sekundärwirkung und sekundäre Erfolgsbedingung

Tabelle 31: Sprecherabhängiges Eintreten der beabsichtigten Sekundärwirkung V_{SW}

Kreuztabelle beabsichtigte Sekundärwirkung und Sprecher					
			Sprecher		
			P	T	Gesamt
Eintreten der beabsichtigten Sekundärwirkung	Eingetreten	Anzahl	652	291	943
		% von Sprecher	91%	34%	60%
	Nicht eingetreten	Anzahl	66	558	624
		% von Sprecher	9%	66%	40%
Gesamt		Anzahl	718	849	1567

Tabelle 31 zeigt das sprecherabhängige Eintreten der beabsichtigten Sekundärwirkung an.

Im Ergebnis zeigt sich, dass T-Sprechakte im Vergleich zu P-Sprechakten seltener eine eingetretene beabsichtigte Sekundärwirkung aufweisen: $F_{SW=eintreten} = 34\% \mid V_S = T + V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}$ vs. $F_{SW=eintreten} = 91\% \mid V_S = P + V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}$. Sprecherunabhängig tritt die beabsichtigte Sekundärwirkung in 60% der Fälle ein: $F_{SW=eintreten} = 60\% \mid V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}$.

Die Sekundärwirkung V_{SW} entspricht dem Verständnis der Kommunikationsabsicht $G\{b\}$.

Tabelle 31 zeigt an, dass das Eintreten der beabsichtigten Sekundärwirkung sprecherabhängig ausfällt. Während Therapeuten die Sprecherabsicht in 91% der Fälle verstehen, ist dies bei Patienten nur in 34% aller Sprechakte der Fall.

Tritt die beabsichtigte Sekundärwirkung ein, geschieht dies stets auf Grund der Primärhandlung H1, womit die sekundäre Erfolgsbedingung erfüllt ist (siehe folgende Tabelle 32).

Tabelle 32: Sprecherabhängige Erfüllung der sekundären Erfolgsbedingung V_{SE}

Kreuztabelle sekundäre Erfolgsbedigung P2 und Sprecher					
			Sprecher		
			P	T	Gesamt
Erfüllung der sekundären Erfolgsbedingung	Erfüllt	Anzahl	650	291	941
		% von Sprecher	91%	34%	60%
	unerfüllt	Anzahl	68	558	626
		% von Sprecher	9%	66%	40%
Gesamt		Anzahl	718	849	1567

Tabelle 32 zeigt die sprecherabhängige Erfüllung der sekundären Erfolgsbedingung an.

Im Ergebnis zeigt sich, dass T-Sprechakte im Vergleich zu P-Sprechakten seltener eine erfüllte sekundäre Erfolgsbedingung aufweisen: $F_{SE=erfüllt} = 34\% \mid V_S = T + V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}$ vs. $F_{SE=erfüllt} = 91\% \mid V_S = P + V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}$. Sprecherunabhängig ist die sekundäre Erfolgsbedingung in 60% der Fälle erfüllt: $F_{SE=erfüllt} = 60\% \mid V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}$.

Die sekundäre Erfolgsbedingung V_{SE} entspricht dem Verständnis der Kommunikationsabsicht aufgrund der Primärhandlung $G\{b, H1\}$.

Tabelle 32 zeigt an, dass die Erfüllung der sekundären Erfolgsbedingung P2 sprecherabhängig ausfällt. Während Therapeuten die Sprecherabsicht in 91% der Fälle verstehen, ist dies bei Patienten nur in 34% aller Sprechakte der Fall.

Sekundäre Ernsthaftigkeitsbedingung und Sekundärhandlung

Tabelle 33: Sprecherabhängig Erfüllung der sekundären Ernsthaftigkeitsbedingung V_{SEB} (Bedingung für Reflexionsniveau C)

Kreuztabelle sekundäre Ernsthaftigkeitsbedingung und Sprecher					
			Sprecher		
			P	T	Gesamt
Erfüllung der sekundären Ernsthaftigkeitsbedingung	Erfüllt	Anzahl	680	793	1473
		% von Sprecher	95%	93%	94%
	unerfüllt	Anzahl	38	56	94
		% von Sprecher	5%	7%	6%
Gesamt		Anzahl	718	849	1567

Tabelle 33 zeigt die sprecherabhängige Erfüllung der sekundären Ernsthaftigkeitsbedingung an.

Im Ergebnis zeigt sich, dass Sprechakte mehrheitlich eine erfüllte sekundäre Ernsthaftigkeitsbedingung aufweisen: $F_{SEB=erfüllt} = 93\% \mid V_S = T + V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}$ vs. $F_{SEB=erfüllt} = 95\% \mid V_S = P + V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}$. Sprecherunabhängig ist die sekundäre Ernsthaftigkeitsbedingung in 94% der Fälle erfüllt: $F_{SEB=erfüllt} = 94\% \mid V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}$. Sprecher intendieren also fast immer, ihre Absichten offen zu legen.

Tabelle 34: Sprecherabhängigkeit von Akten mit unerfüllter sekundärer Ernsthaftigkeitsbedingung V_{SEB}

	Häufigkeit	Prozent
Patient	38	40%
Therapeut	56	60%
Gesamt	94	100%

Tabelle 34 zeigt das sprecherabhängige Vorkommen von Turns mit unerfüllter sekundärer Ernsthaftigkeitsbedingung (Bedingung für kommunikatives Reflexionsniveau C) an. Akte, die diese Bedingung nicht erfüllen, also nur ein manipulatives Kommunikationsniveau B vorliegt, kommen tendenziell häufiger bei den Therapeuten vor: $N_{SEB=unerfüllt} = 56 \mid (V_S = T + V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung})$ vs. $N_{SEB=unerfüllt} = 38 \mid (V_S = P + V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung})$.

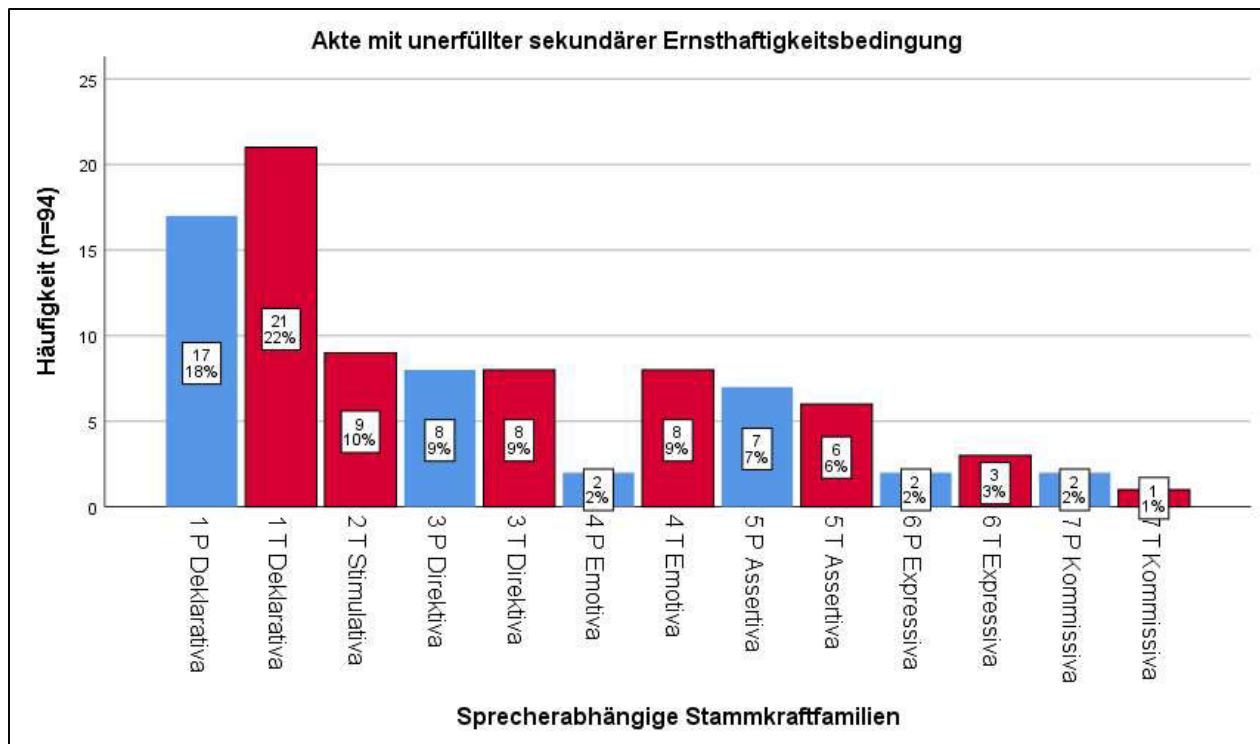


Diagramm 17: Sprecher- und stammkraftabhängige Verteilung der Akte mit unerfüllter sekundärer Ernsthaftigkeitsbedingung V_{SEB}

Im Ergebnis zeigt sich, dass Turns mit unerfüllter sekundärer Ernsthaftigkeitsbedingung einzig bei Deklarativa das Relevanzkriterium überschreiten: $N_{SEB=unerfüllt} = 38 \mid V_{ST} = \text{Deklarativ}$

Intendieren Sprecher, ihre Absichten offen zu legen, handeln sie auch entsprechend. In Fällen mit erfüllter Ernsthaftigkeitsbedingung erfolgt entsprechend auch fast immer die Sekundärhandlung (siehe folgende Tabelle 35).

Tabelle 35: Sprecherabhängiger Vollzug der Sekundärhandlung V_{SH}

Kreuztabelle Sekundärhandlung und Sprecher				
		Sprecher		
		P	T	Gesamt
Vollzug der Sekundärhandlung	Vollzogen	Anzahl	675	789
		% von Sprecher	94%	93%
	Nicht vollzogen	Anzahl	43	60
		% von Sprecher	6%	7%
Gesamt		Anzahl	718	849

Tabelle 35 zeigt den sprecherabhängigen Vollzug der Sekundärhandlung V_{SH} an.

Im Ergebnis zeigt sich, dass die Sekundärhandlung mehrheitlich vollzogen wird: $F_{SH=vollzogen} = 93\% \mid V_S = T + V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}$ vs. $F_{SH=vollzogen} = 94\% \mid V_S = P + V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}$. Sprecherunabhängig wird die Sekundärhandlung folglich mehrheitlich vollzogen: $F_{SH=vollzogen} = 93\% \mid V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}$. Sprecher intendieren also nicht nur fast immer, ihre Absichten offen zu legen, sondern vollziehen die Handlung auch.

Kommunikationsbedingung und Erfolgsbedingung der Kommunikation

Tabelle 36: Sprecherabhängige Erfüllung der Kommunikationsbedingung V_{KB}

Kreuztabelle Erfüllung der Kommunikationsbedingung und Sprecher					
			Sprecher		
			P	T	Gesamt
Erfüllung der Kommunikati- onsbedingung	Erfüllt	Anzahl	677	788	1465
		% von Sprecher	94%	93%	94%
	unerfüllt	Anzahl	41	61	102
		% von Sprecher	6%	7%	7%
Gesamt		Anzahl	718	849	1567

Tabelle 36 zeigt die sprecherabhängige Erfüllung der Kommunikationsbedingung an.

Im Ergebnis zeigt sich, dass Sprechakte mehrheitlich eine erfüllte Kommunikationsbedingung aufweisen: $F_{KB=erfüllt} = 93\% \mid V_S = T + V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}$ vs. $F_{KB=erfüllt} = 94\% \mid V_S = P + V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}$. Sprecherunabhängig ist die Kommunikationsbedingung ebenfalls in 94% der Fälle erfüllt: $F_{KB=erfüllt} = 94\% \mid V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}$.

Sprecher intendieren also fast immer, durch Offenlegen ihrer Absichten eine Wirkung beim Hörer zu erzielen. Sie setzt voraus, dass ein Sprecher seine Absichten offenlegt respektive eine eingetretene Sekundärhandlung aufweist. Es können nie mehr Akte eine erfüllte Kommunikationsbedingung aufweisen, als Akte mit eingetretener Sekundärhandlung vorliegen. Eine eingetretene Sekundärhandlung ohne erfüllte Kommunikation ist theoretisch konstruierbar, tritt im Korpus aber nicht auf.

Tabelle 37: Sprecherabhängige Erfüllung der Erfolgsbedingung der Kommunikationsbedingung
 V_{EKB}

Kreuztabelle Erfüllung der Erfolgsbedingung der Kommunikationsbedingung und Sprecher					
			Sprecher		Gesamt
			P	T	
Erfüllung der Erfolgsbedingung der Kommunikationsbedingung	Erfüllt	Anzahl	331	195	526
		% von Sprecher	46%	23%	34%
	unerfüllt	Anzahl	387	654	1041
		% von Sprecher	54%	77%	66%
Gesamt		Anzahl	718	849	1567

Tabelle 37 zeigt die sprecherabhängige Erfüllung der Erfolgsbedingung der Kommunikationsbedingung an.

Im Ergebnis zeigt sich, dass T-Sprechakte im Vergleich zu P-Sprechakten seltener eine erfüllte Erfolgsbedingung der Kommunikation aufweisen: $F_{EKB=erfüllt} = 23\% \mid V_S = T + V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}$ vs. $F_{EKB=erfüllt} = 46\% \mid V_S = P + V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}$. Sprecherunabhängig ist die Erfolgsbedingung der Kommunikation in 34% der Fälle erfüllt: $F_{EKB=erfüllt} = 34\% \mid V_{ST} \neq \text{Gesprächsstrukturierung}$.

Eine erfüllte Erfolgsbedingung der Kommunikation sagt aus, dass der Sender das Verständnis seiner Kommunikationsabsicht im Empfänger durch Offenlegung seiner Absicht herbeiführt: $P2 \rightarrow P1$.

Die Erfolgsbedingung der Kommunikation bleibt vornehmlich wegen nicht erfüllter primärer Erfolgsbedingungen unerfüllt. So weisen im gesamten Untersuchungskorpus nur 38% aller Akte eine erfüllte primäre Erfolgsbedingung auf (siehe Tabelle 27).

Wortanzahl

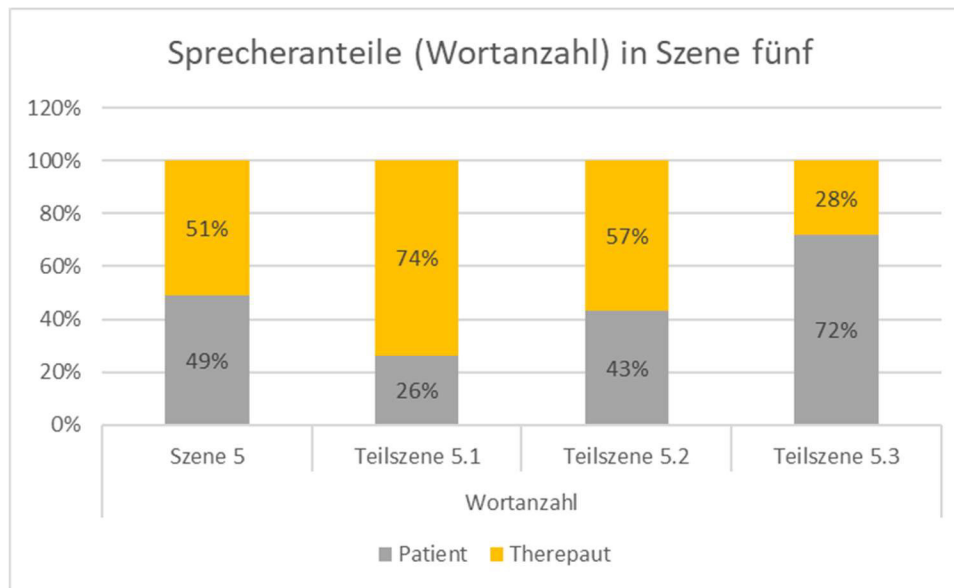


Diagramm 18: Teilszenenabhängige Sprecheranteile (Wortanzahl V_{WA}) in der fünften Szene

Diagramm 18 zeigt die sprecher- und teilszenenabhängige Wortanzahl der fünften Szene an.

In Bezug auf die Gesamtszene ist die Wortanzahl ausgeglichen: $F_{WA, P} = 49\%$ | Szene 5 vs. $F_{WA, T} = 51\%$ | Szene 5.

Bei den Teilszenen zeigt sich eine Verschiebung des Rede-Anteils zugunsten des Patienten: $F_{WA, P} = 26\%$ | Teilszene 5.1 vs. $F_{WA, T} = 74\%$ | Teilszene 5.1, $F_{WA, P} = 43\%$ | Teilszene 5.2 vs. $F_{WA, T} = 57\%$ | Teilszene 5.2 und $F_{WA, P} = 72\%$ | Teilszene 5.3 vs. $F_{WA, T} = 28\%$ | Teilszene 5.3.

Aktdichte

Tabelle 38: Deskriptive Statistiken zur Aktdichte V_{AD} in der dreizehnten Szene

	N Statistik	Spannweite Statistik	Minimum Statistik	Maximum Statistik	Mittelwert Statistik		Std.- Abweichung Statistik	Varianz Statistik
Teilszenen 13.1 + 13.2	11	12	5	17	11,45	1,056	3,503	12,273
Teilszene 13.3	9	16,00	4,00	20,00	9,5556	1,51025	4,53076	20,528
Gesamtszene 13	20	16,00	4,00	20,00	10,6000	,89560	4,00526	16,042

Die Tabelle 38 zeigt statistische Ausprägungen zur Aktdichte pro zehn Sekunden der dreizehnten Szene und ihren Teilszenen an.

Im Ergebnis zeigt sich, dass die Teilszene 13.3 mit Hilfs-Ich-Intervention im Vergleich zu den vorangehenden beiden Teilszenen ohne Hilfs-Ich-Intervention eine geringere mittlere Aktdichte aufweist: $V_{AD} = 9.5$ | Teilszene 13.3 vs. $V_{AD} = 11.5$ | Teilszene 13.1 und 13.2. Die mittlere teilszenenunabhängige Aktdichte in der 13. Szene beträgt 10.6 Akte: $V_{AD} = 10.6$ | Szene 13

Modalität

Tabelle 39: Sprecherabhängige Modalität V_{Mod}

Kreuztabelle Modalität und Sprecher					
		Sprecher			
		P	T	Gesamt	
Modalität	verbal	Anzahl	1339	1333	2672
		% von Sprecher	97%	97%	97%
		% der Gesamtzahl	48%	48%	97%
	nonverbal	Anzahl	48	47	95
		% von Sprecher	4%	3%	3%
		% der Gesamtzahl	2%	2%	3%
Gesamt	Anzahl	1387	1380	2767	
	% der Gesamtzahl	50%	50%	100,0%	

Tabelle 39 zeigt die sprecherabhängige Ausprägung der Modalität an.

Im Ergebnis zeigt sich, dass die Modalität sprecherunabhängig ausfällt: $F_{\text{Mod=verbal}} = 97\% \mid V_S = P$ vs. $F_{\text{Mod=verbal}} = 97\% \mid V_S = T$.

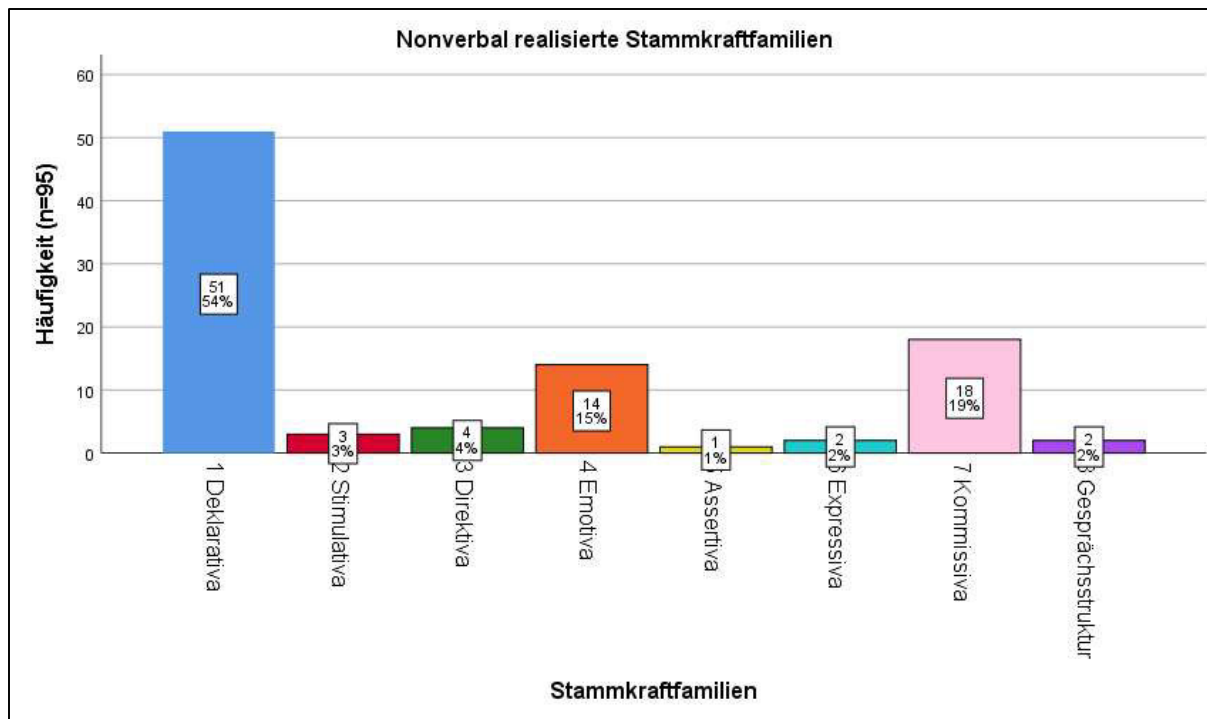


Diagramm 19: Nonverbal vollzogene Stammkraftfamilien ($V_{Mod=nonverbal}$)

Das Diagramm 19 zeigt an, welche Stammkraftfamilien wie häufig nonverbal vollzogen werden und wie hoch der Anteil an allen nonverbal geäußerten Akten ausfällt.

Im Ergebnis zeigt sich, dass vor allem Deklarativa, Emotiva und Kommissiva nonverbal vollzogen werden: $N_{Mod=nonverba}^{ST=Deklarati} = 54$, $N_{Mod=nonverba}^{ST=Emoti} = 14$ und $N_{Mod=nonverb}^{ST=Kommissiv} = 18$.

Tabelle 40: Konfliktniveauabhängige Anteile nonverbaler Sprechakte (V_{Mod})

	Konfliktniveau					Gesamt
	Konflikt-freie Inter-aktion	Spannungs-bildung	Eskalati-onsbereit-schaft	Zwangs-an-wendung	Alternativ-strategie	
Verbal	198	1542	442	304	186	2672
	97%	98%	93%	94%	100%	97%
Nonverbal	6	38	31	19	1	95
	3%	2%	7%	6%	1%	3%
Gesamt	204	1580	473	323	187	2767

Tabelle 40 zeigt die konfliktniveauabhängigen Anteile nonverbaler Sprechakte an.

Im Ergebnis zeigt sich, dass der Anteil nonverbaler Sprechakte bei vorliegender Eskalationsbereitschaft oder Zwangsanwendung höher ausfällt als bei anderen Konfliktniveaus: $F_{\text{Mod=nonverbal}} = 7\% \mid V_{\text{Kfl}} = \text{Eskalationsbereitschaft}$ und $F_{\text{Mod=nonverbal}} = 6\% \mid V_{\text{Kfl}} = \text{Zwangsanwendung}$ ($p^{**} < .001$ bei Eskalationsbereitschaft und $p^{**} = .01$ bei Zwangsanwendungen im Vergleich zu den jeweils anderen Niveaus). Bei vollzogener Alternativstrategie fällt der Anteil nonverbaler Turns niedrig aus: $F_{\text{Mod=nonverbal}} = 1\% \mid V_{\text{Kfl}} = \text{Alternativstrategie}$ ($p^{**} = 0.003$, im Vergleich zu Zwangsanwendungen). Konfliktniveauunabhängig beträgt der Anteil nonverbaler Sprechakte 3%: $F_{\text{Mod=nonverbal}} = 3\%$.

Dieser Befund deckt sich mit Ergebnissen der 14. Szene, bei der in der Teilszene 14.6 (erfolgreicher Einsatz eines Hilfs-Ich) keine nonverbalen Akte auftreten – im Gegensatz zu den Teilszenen 14.1 bis 14.5, bei denen nonverbale Akte 7% ausmachen (siehe Anhang, Tabelle 307).

Tabelle 41: Konfliktniveauabhängige Anteile nonverbaler Sprechakte (nur Therapeuten), (V_{Mod})

	Konfliktniveau					Gesamt
	Konfliktfreie Interaktion	Spannungsbildung	Eskalationsbereitschaft	Zwangsanwendung	Alternativstrategie	
Verbal	99	774	215	152	93	1333
	98%	98%	92%	93%	99%	97%
Nonverbal	2	13	20	11	1	47
	2%	2%	9%	7%	1%	3%
Gesamt	101	787	235	163	94	1380

Tabelle 41 zeigt die konfliktniveauabhängigen Anteile nonverbaler Sprechakte an (nur Therapeuten).

Im Ergebnis zeigt sich wie bei den oben gezeigten sprecherunabhängigen Ergebnissen ein häufigeres Auftreten nonverbaler Turns bei vorliegender Eskalationsbereitschaft und bei Zwangsanwendungen: $F_{\text{Mod=nonverbal}}^{S=\text{Therapeut}} = 9\% \mid V_{\text{Kfl}} = \text{Eskalationsbereitschaft}$ und $F_{\text{Mod=nonverbal}}^{S=\text{Therapeut}} = 7\% \mid V_{\text{Kfl}} = \text{Zwangsanwendung}$ ($p^{**} < .001$ bei Eskalationsbereitschaft und $p^{**} = .012$ bei Zwangsanwendungen im Vergleich zu den jeweils anderen Niveaus).

In konfliktfreien Interaktionen, bei vorliegender Spannungsbildung und bei der Anwendung von Alternativstrategien liegen therapeutenseitig nur wenige nonverbale Sprechakte vor:

$F_{\text{Mod=nonverbal}}^{S=\text{Therapeut}} = 2\% \mid V_{\text{Kfl}} = \text{konfliktfreie Interaktion}$, $F_{\text{Mod=nonverbal}}^{S=\text{Therapeut}} = 2\% \mid V_{\text{Kfl}} = \text{Spannungsbildung}$ und $F_{\text{Mod=nonverbal}}^{S=\text{Therapeut}} = 1\% \mid V_{\text{Kfl}} = \text{Alternativstrategie}$.

Sprecherwechsel

Tabelle 42: Sprecherwechsel in Abhängigkeit vom Konfliktniveau V_{SPW}

Sprecherwechsel		Konfliktniveau					Gesamt
		Konflikt- freie Inter- aktion	Spannungs- bildung	Eskalati- onsbereit- schaft	Zwangsan- wendung	Alternativ- strategie	
0	Anzahl	152	1152	316	203	144	1967
	Anteil	75%	73%	67%	63%	77%	71%
1	Anzahl	30	229	79	53	28	419
	Anteil	15%	15%	17%	16%	15%	15%
2	Anzahl	14	116	32	32	12	206
	Anteil	7%	7%	7%	10%	6%	7%
3	Anzahl	5	43	20	15	<5	85
	Anteil	3%	3%	4%	5%	n<5	3%
4	Anzahl	<5	24	13	10	<5	50
	Anteil	n<5	2%	3%	3%	n<5	2%
5	Anzahl	<5	8	6	5	<5	20
	Anteil	n<5	1%	1%	2%	n<5	1%
6	Anzahl	<5	5	5	<5	<5	12
	Anteil	n<5	<1%	1%	n<5	n<5	<1%
7	Anzahl	<5	<5	<5	<5	<5	5
	Anteil	n<5	n<5	n<5	n<5	n<5	<1%
8	Anzahl	<5	<5	<5	<5	<5	<5
	Anteil	n<5	n<5	n<5	n<5	n<5	n<5
9	Anzahl	<5	<5	<5	<5	<5	<5
	Anteil	n<5	n<5	n<5	n<5	n<5	n<5
Gesamt	Anzahl	204	1580	473	323	187	2767

Tabelle 42 zeigt die Korrelationen zwischen Konfliktniveau und Sprecherwechselhäufigkeit an.

Die Zeilen geben an, wie viele Sprecherwechsel einem Sprechakt vorangegangen sind. Sprecherwechsel gleich null bedeutet, dass kein Sprecherwechsel stattfindet, der Sprecher also monologisiert. Sprecherwechsel gleich eins bedeutet, dass dem Akt ein Sprecherwechsel vorangegangen ist; zwei, dass dem Akt zwei Sprecherwechsel vorausgegangen sind, usw. Den Spalten ist der konfliktniveauabhängige und -unabhängige Anteil der jeweiligen Sprechselwechselfrequenz („Gesamt“) zu entnehmen.

Es zeigt sich, dass Teilszenen, in denen Zwangsanwendungen reinszeniert werden, einen höheren Anteil an ein- und mehrfachen Sprecherwechseln aufweisen (grün hinterlegte Tabellenzellen) als Teilszenen aller anderen Konfliktniveaus, respektive einen geringeren Anteil an Akten ohne Sprecherwechsel (gelb hinterlegte Tabellenzellen). So weisen bei Zwangsanwendungen nur 63% aller Akte keinen Sprecherwechsel auf, bei Teilszenen ohne Zwangsanwendungen liegt der Anteil mindestens 4% höher: $F_{SPW=0} = 63\% \mid V_{KfI}=\text{Zwangsanwendung}$ vs. $F_{SPW=0} = 75\% \mid V_{KfI}=\text{konfliktfreie Interaktion}$, $F_{SPW=0} = 73\% \mid V_{KfI}=\text{Spannungsbildung}$, $F_{SPW=0} = 67\% \mid V_{KfI}=\text{Eskalationsniveau}$ und $F_{SPW=0} = 77\% \mid V_{KfI}=\text{Alternativstrategie}$.

Tabelle 43: Zwangsanwendungsabhängiges Vorkommen von Monologen

		Übrige Konfliktniveaus	Zwangsanwendung	Gesamt
Kein Sprecherwechsel	Anzahl	1764 ^a	203 ^b	1967
	% innerhalb von Sprecherwechsel_dichotom	89,7%	10,3%	100,0%
	% innerhalb von Zwangsanwendung	72,2%	62,8%	71,1%
	% der Gesamtzahl	63,8%	7,3%	71,1%
Sprecherwechsel	Anzahl	680 ^a	120 ^b	800
	% innerhalb von Sprecherwechsel_dichotom	85,0%	15,0%	100,0%
	% innerhalb von Zwangsanwendung	27,8%	37,2%	28,9%
	% der Gesamtzahl	24,6%	4,3%	28,9%
Gesamt	Anzahl	2444	323	2767
	% innerhalb von Sprecherwechsel_dichotom	88,3%	11,7%	100,0%
	% innerhalb von Zwangsanwendung	100,0%	100,0%	100,0%
	% der Gesamtzahl	88,3%	11,7%	100,0%

Tabelle 43 zeigt die Korrelation zwischen Konfliktniveau (Zwangsanwendung vs. übrige Konfliktniveaus) und Sprecherwechselhäufigkeit dar (Kein Sprecherwechsel vs. Sprecherwechsel ≥ 1).

Im Ergebnis zeigt sich, dass der Anteil an Monologen bei Zwangsanwendungen niedriger ausfällt als bei den übrigen Konfliktniveaus: $F_{SPW=0} = 63\% \mid V_{Kfl} = \text{Zwangsanwendung vs. } F_{SPW=0} = 72\% \mid V_{Kfl} \neq \text{Zwangsanwendung}$ ($p^{**} = .001$).

Indizien für diesen Zusammenhang finden sich auch in Einzelszenen (siehe Anhang, Diagramme A413 und A414 (Szene 13) sowie A434 und A435 (Szene 14)). Teilszenen mit Hilfs-Ich-Interventionen weisen einen höheren Anteil an Monologen auf.

3.4. Ergebnisse der Datenanalyse

3.4.1. Histogramme der Äußerungsakte

Primäre Stammkraftfamilien

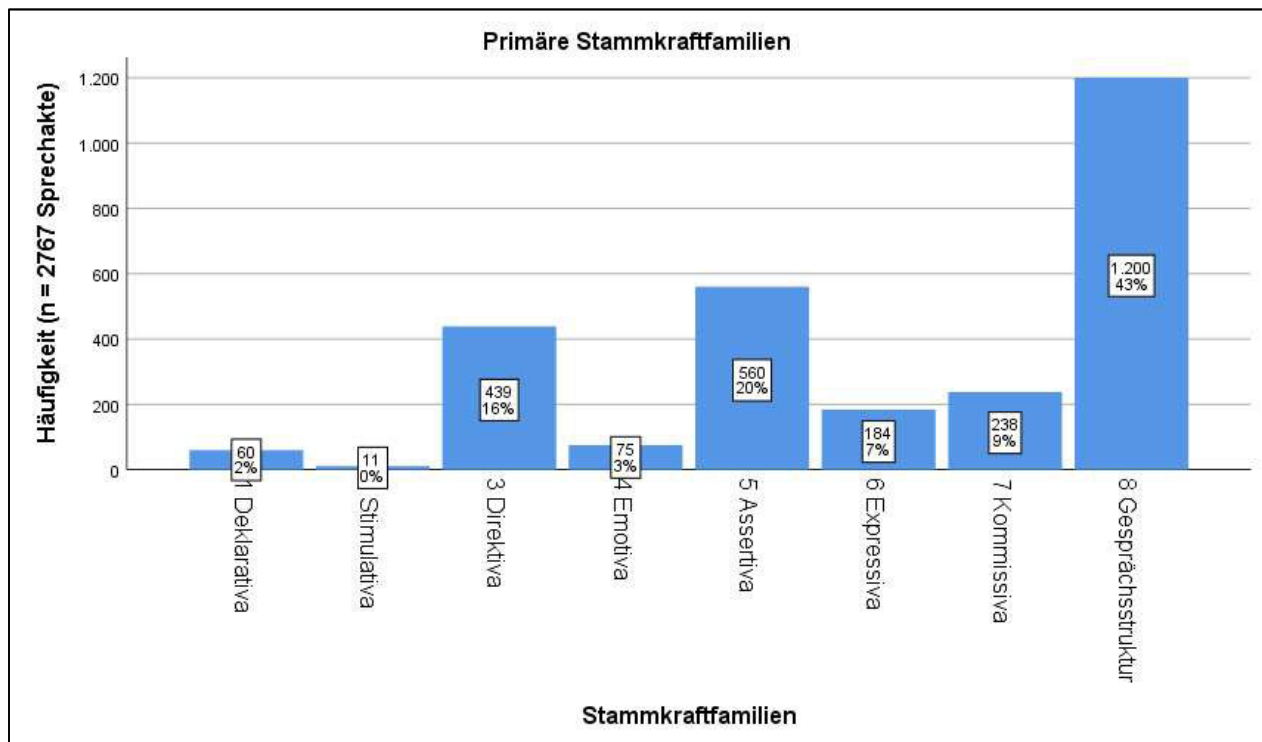


Diagramm 20: Einstufiges Balkendiagramm mit der Variablen „Primäre Stammkraftfamilie“ V_{ST}

Diagramm 20 zeigt die Häufigkeitsverteilung der Variable „Primäre Stammkraftfamilie“ V_{ST} an.

Im Ergebnis zeigt sich, dass NST (Gesprächsstrukturierung) am häufigsten vorkommt (1200 Sprechakte, 43% des Untersuchungskorpus). NST (Assertiva) kommt am zweithäufigsten vor (560 Sprechakte, 20% des Untersuchungskorpus), NST (Direktiva) am dritthäufigsten (439 Sprechakte, 16% des Untersuchungskorpus). Alle übrigen Stammkraftfamilien machen jeweils weniger als 10% des Untersuchungskorpus aus.

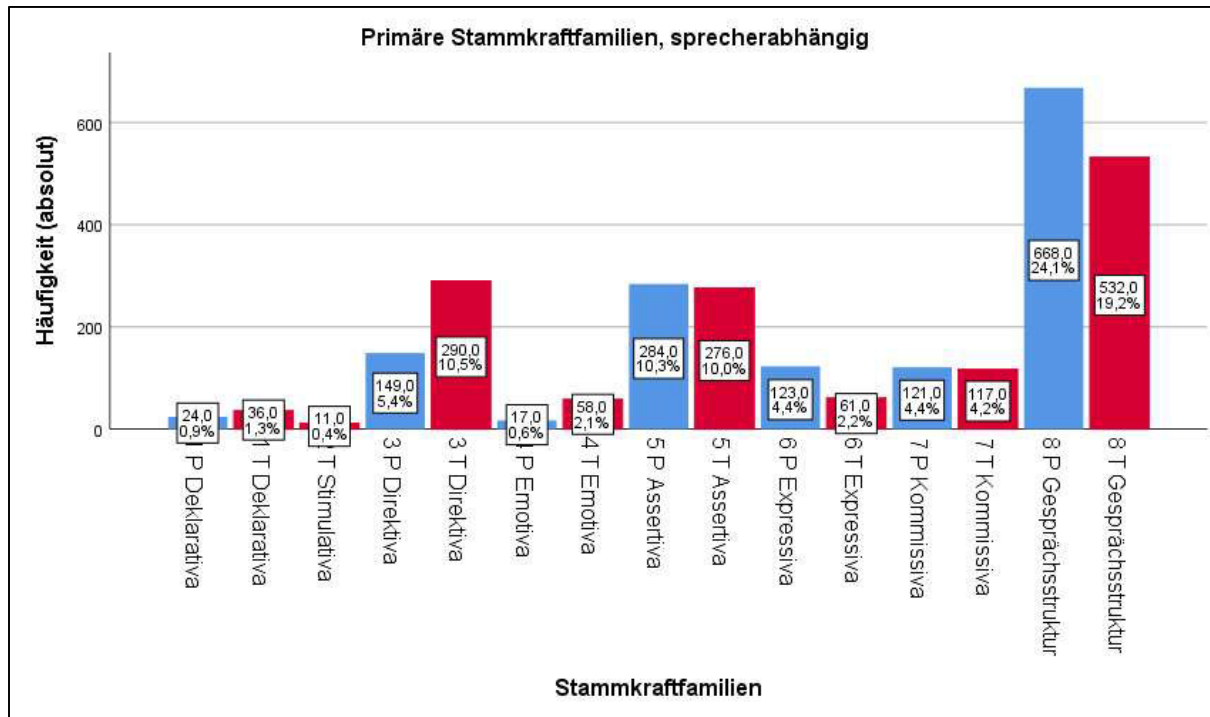


Diagramm 21: Primäre Stammkraftfamilien, sprecherabhängig

Diagramm 21 zeigt die sprecherabhängige Verteilung primärer Stammkraftfamilien an. Seitens der Patienten treten gesprächsstrukturierende Turns (668 vs. 532 Turns) und Expressiva (123 vs. 61 Turns) häufiger auf, seitens der Therapeuten trifft dies für Emotiva (17 vs. 58 Turns), Direktiva (149 vs. 290 Turns) und Stimulativa (0 vs. 11 Turns) zu. Sprecherunabhängig präsentieren sich Assertiva, Kommissiva und Deklarativa. Die Diagramme 22-24 und die Tabellen 44-46 stellen Stammkraftprofile in Abhängigkeit von Konfliktniveau und Sprecher dar. Die auf der Abszisse aufgetragenen Kategorien „Konfliktfreie Interaktion“, „Spannungsbildung“, „Eskalationsbereitschaft“, „Zwangsanwendung“ und „Alternativstrategie“ fassen jeweils alle Turns zusammen, die sich dem entsprechenden Konfliktniveau zuordnen lassen. Die Tabellen geben darüber Aufschluss, wie viele Turns sich jeweils hinter den Konfliktniveaus verbergen. Die in den Balken aufgetragenen Ziffern stellen Prozentpunkte dar, wobei 100% jeweils der Anzahl an Akten entspricht, die pro Konfliktniveau zu finden sind. Lesebeispiel zur „Alternativstrategie“ in Diagramm 22: 45% aller sprecherunabhängigen Akte, die in PGS mit Anwendung einer Alternativstrategie enthalten sind, entsprechen gesprächsstrukturierenden Akten.

Kommissiva machen in Szenen mit Spannungsbildung oder konfliktfreier Interaktion 7% und 8%, bei vorliegender Eskalationsbereitschaft sowie bei Zwangsanwendungen jeweils 13% der

Fälle aus (Abhängigkeit vom Konfliktniveau $p^{**} < 0.001$). In Szenen mit Alternativstrategien kommen Kommissiva mit einem Anteil von 4% vor. Kommissiva treten also am häufigsten in konfliktträchtigen Situationen auf.

Diese Konstellation ist durch Patienten-Kommissiva bedingt, sie zeigen einen steigenden Anteil von konfliktfreier Interaktion über Spannungsbildung und Eskalationsbereitschaft bis zur Zwangsanwendung (siehe Diagramm 24). Der Anteil von Kommissiva ist also konfliktniveauabhängig ($p^{**} < .001$). Dies lässt sich mit Akten erklären, die dem Sich-wehren respektive Sich-weigern zugeordnet werden können. Diese Akte treten typischerweise im Rahmen von Zwangsanwendungen auf.

Therapeutenzentriert zeigt sich ein schwankender Anteil an Kommissiva zwischen 14% bei vorliegender Eskalationsbereitschaft und 5% bei der Anwendung von Alternativstrategien (siehe Diagramm 23, Abhängigkeit vom Konfliktniveau $p^{**} = .01$).

Direktiva zeigen ebenfalls Konfliktniveauabhängige Anteile auf ($p^{**} < .001$). Er steigt von 12% in Szenen ohne Konfliktpotenzial über 15% in Szenen mit Spannungsbildung bis zu 22% in Szenen mit Eskalationsbereitschaft an. Bei Zwangsanwendungen sinkt der Anteil jedoch wieder auf 11% ab. Diese Befunde können auch sprecherabhängig gezeigt werden (Abhängigkeit vom Konfliktniveau Therapeut: $p^{**} = .002$, Patient: $p^{**} = .008$).

Deklarativa weisen im Laufe von Konfliktsituationen einen steigenden Anteil auf. In Szenen konfliktfreier Interaktion unterschreiten sie das Relevanzkriterium, bei vorliegender Spannungsbildung beträgt der Anteil 1%, bei vorliegender Eskalationsbereitschaft oder Anwendung von Zwang jeweils 5% (Abhängigkeit vom Konfliktniveau $p^{**} < .001$).

Bei therapeutenzentrierter Betrachtung zeigt sich eine noch stärker ausgeprägte Steigungstendenz. So unterschreiten sie bei konfliktfreien Interaktionen das Relevanzkriterium, der Anteil steigert sich aber bis zu 9% bei Zwangsanwendungen (Abhängigkeit vom Konfliktniveau $p^{**} < .001$).

Der Anteil an P-Deklarativa fällt Konfliktniveauunabhängig aus, das Relevanzkriterium wird einzig bei vorliegender Spannungsbildung oder Eskalationsbereitschaft erreicht (Abhängigkeit vom Konfliktniveau $p = 0.84$, n.s.).

Gesprächsstrukturierende Akte machen konfliktniveauabhängig einen Anteil zwischen 39% bei konfliktfreier Interaktion und 45% bei Spannungsbildung aus (Abhängigkeit vom Konfliktniveau $p = 0.092$, n.s.).

Therapeuten weisen einen abfallenden Anteil gesprächsstrukturierender Akte auf (Abhängigkeit vom Konfliktniveau $p^{**} = 0.009$), was maßgeblich durch den sich verringernden Anteil an T-LIP bedingt ist (siehe Diagramm 18).

Patienten weisen den höchsten Anteil gesprächsstrukturierender Akte bei Alternativstrategien auf (65%), der niedrigste Anteil ist bei konfliktfreier Interaktion zu finden (43%) (Abhängigkeit vom Konfliktniveau $p^{**} = 0.012$). Auch dies ist durch P-LIP bedingt (siehe Diagramm 51). Bei den anderen Konfliktniveaus bewegt sich der Anteil konfliktniveauunabhängig zwischen 45% und 49%.

Assertiva weisen sprecherunabhängig von konfliktfreien Interaktionen (28%) über Spannungsbildung (22%) hin zur Eskalationsbereitschaft (10%) eine sinkende Häufigkeit auf (Abhängigkeit vom Konfliktniveau $p^{**} < 0.001$). Die sinkende Anzahl an Assertiva erklärt sich durch die steigende Anzahl an Kommissiva, Deklarativa und Direktiva.

Therapeutenzentriert zeigt sich der Höhepunkt der Assertiva bei Alternativstrategien (27%) und der niedrigste Anteil bei vorliegender Eskalationsbereitschaft (7%) (Abhängigkeit vom Konfliktniveau $p^{**} < 0.001$).

Emotiva zeigen einen schwankenden, Expressiva von konfliktfreien Interaktionen (9%) zu Alternativstrategien (3%) hin einen tendenziell abfallenden Verlauf auf (Abhängigkeit vom Konfliktniveau $p^{**} = 0.001$)

Therapeutenzentriert zeigt sich ein deutlich höherer Anteil an Expressiva in konfliktfreien Interaktionen als in den höhergradigen Konfliktniveaus (siehe Diagramm 23, Abhängigkeit vom Konfliktniveau $p^{**} < 0.001$).

P-Expressiva machen konfliktniveauabhängig 3% bis 11% aus und überschreiten einzig bei Spannungsbildung, Eskalationsbereitschaft sowie Zwangsanwendungen das Relevanzkriterium (Abhängigkeit vom Konfliktniveau $p^{**} = 0.015$).

Zusammengefasst fallen die meisten Stammkraftfamilien konfliktniveauabhängig aus. Die folgende Tabelle fasst oben beschriebene Zusammenhänge nochmals zusammen.

Tabelle 47: Konfliktniveauabhängigkeit von Stammkraftfamilien

Stammkraftfamilie	Konfliktniveauabhängigkeit		
	Sprecherübergreifend	Therapeuten	Patienten
 Deklarativa	$p^{**} < .001$	$p^{**} < .001$	$p = \text{n.s.}$
 Stimulativa	$p^{**} < .001$	$p^{**} < .001$	Kein Vorkommen
 Direktiva	$p^{**} < .001$	$p^{**} = .002$	$p^{**} = .008$
 Emotiva	$p^{**} = .001$	$p^{**} = .002$	$p^{**} = .048$
 Assertiva	$p^{**} < .001$	$p^{**} < .001$	$p^{**} < .001$
 Expressiva	$p = \text{n.s.}$	$p^{**} < .001$	$p^{**} = .015$
 Kommissiva	$p^{**} < .001$	$p^{**} = .01$	$p^{**} < .001$
 Gesprächsstruktur	$p = \text{n.s.}$	$p^{**} = .009$	$p^{**} = .012$

An Tabelle 47 lässt sich zeigen, dass die Stammkraftfamilien mehrheitlich konfliktniveauabhängig ausfallen. Sprecherübergreifend erfolgen nur Expressiva und gesprächsstrukturierende Akte konfliktniveauunabhängig, bei den Patienten nur die Deklarativa. Bei den Therapeuten fallen alle Stammkraftfamilien konfliktniveauabhängig aus, mehrheitlich mit hoch signifikanten p-Werten.

Vergleich primärer (Was hat der Sprecher gesagt?) und sekundärer Stammkraftfamilien (Was hat der Sprecher gemeint?)

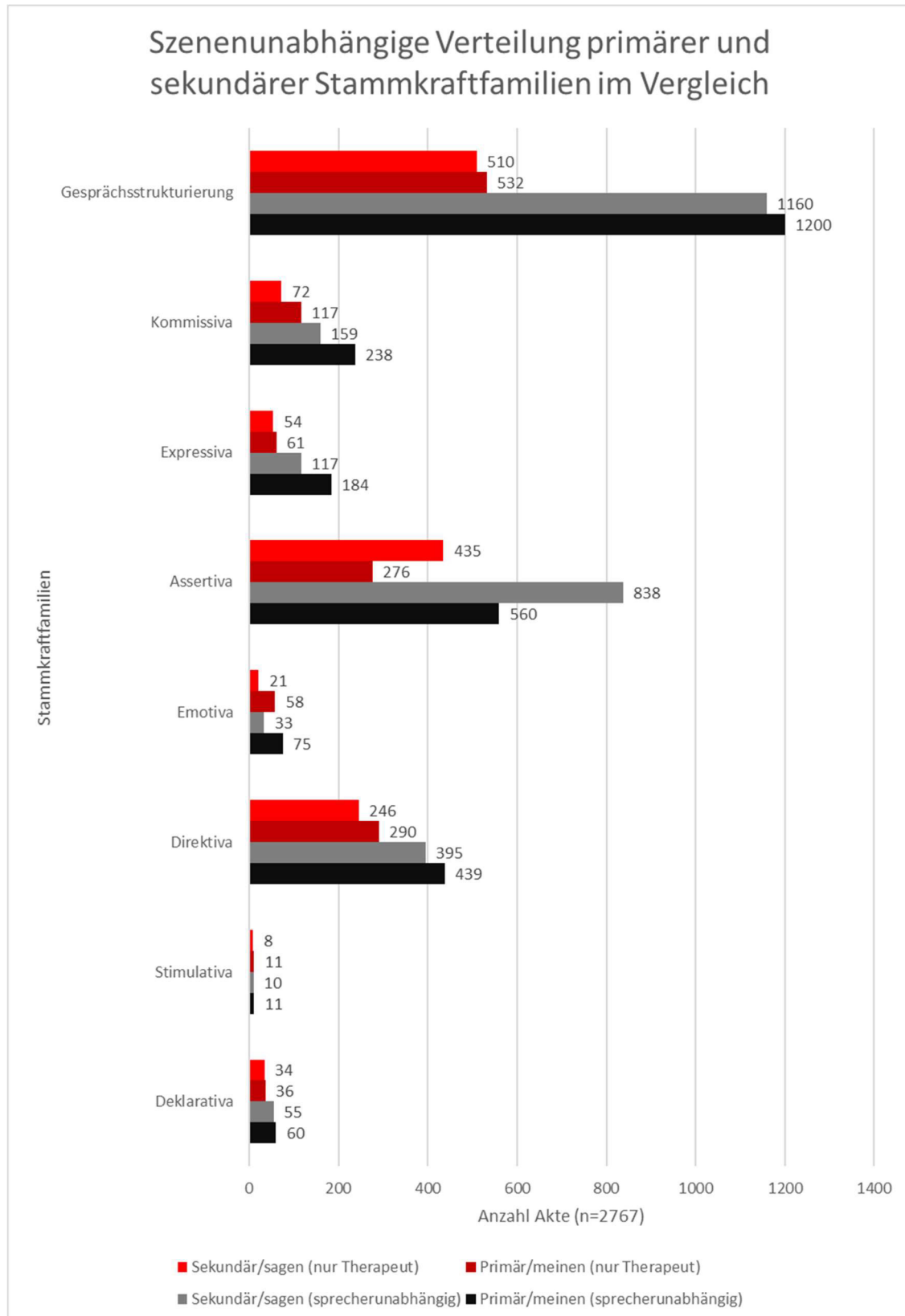


Diagramm 25: Sprecherunabhängige und therapeutenzentrierte Verteilung primärer und sekundärer Stammkraftfamilien

Diagramm 25 zeigt die sprecherunabhängige und therapeutenzentrierte Verteilung primärer und sekundärer Stammkraftfamilien an. Zur Direktheit von Sprechakten siehe Einleitung, Kapitel 1.6.1 „Sprechakttheorie“ sowie Methodik, Kapitel 2.3.3 „Rating“ (hier insbesondere Tabelle 8). Es zeigen sich auffällige Differenzen von Sagen und Meinen:

- Deklarativa kommen tendenziell häufiger bei Therapeuten vor und scheinen überwiegend direkt realisiert zu werden.
- Stimulativa stellen die am seltensten auftretende Stammkraftfamilie dar, kommen nur beim Therapeuten vor und scheinen ebenfalls überwiegend direkt geäußert zu werden.
- Direktiva, Emotiva, Expressiva und Kommissiva liegen häufiger primär als sekundär vor, sowohl sprecherunabhängig als auch bei den Therapeuten (Ausnahme T-Expressiva).
- Assertiva sind unabhängig vom Sprecher häufiger sekundär als primär vertreten und dienen als sekundäres Vollzugsorgan für indirekt realisierte Stammkraftfamilien (siehe auch Ergebnisse der Einzelszenen im Anhang).
- Gesprächsstrukturierende Akte werden überwiegend direkt realisiert.

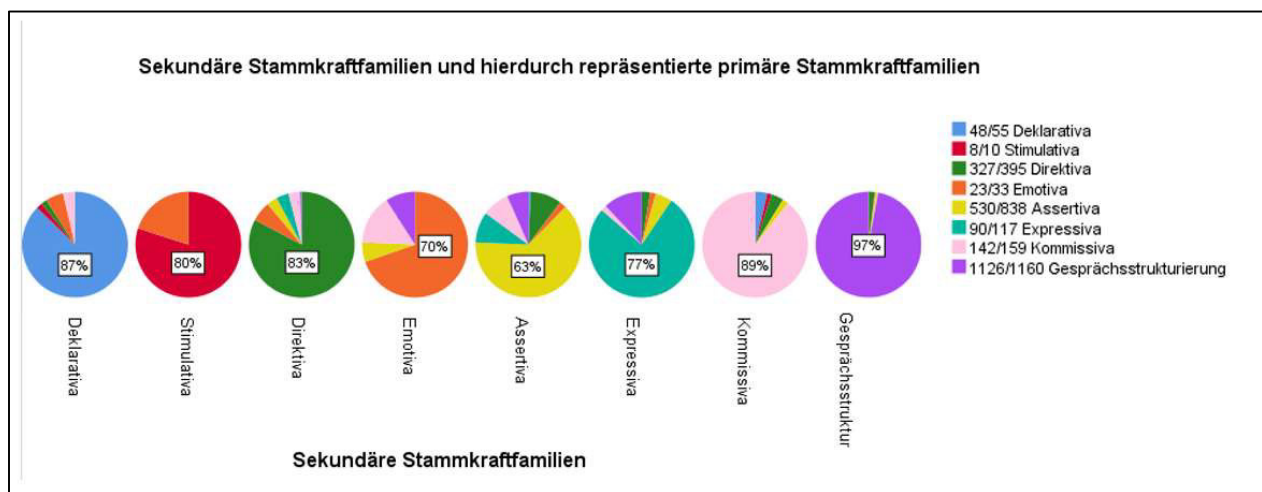


Diagramm 26: Sekundäre/gesagte Stammkraftfamilien und hierdurch repräsentierte primäre/gemeinte Stammkraftfamilien

Das Diagramm 26 zeigt an, welche primären illokutionären Kräfte durch sekundäre Stammkraftfamilien repräsentiert werden. Jeder Kreis repräsentiert eine sekundäre Stammkraftfamilie, die unterhalb des jeweiligen Kreises benannt ist. Die Kreisanteile geben an, welche primären illokutionären Kräfte durch die sekundären Stammkraftfamilien realisiert werden. Bei allen Stammkraftfamilien entspricht die primäre mehrheitlich der sekundären Stammkraftfamilie (siehe Prozentangaben innerhalb der Graphik). Es lassen sich Unterschiede zeigen: Bei Assertiva zum Beispiel

verbirgt sich hinter jedem dritten sekundären Assertiv eine divergierende primäre Stammkraftfamilie. Ähnlich hoch ist der Anteil bei Emotiva, deren Vorkommen quantitativ jedoch eine geringere Rolle als dasjenige der Assertiva spielt.

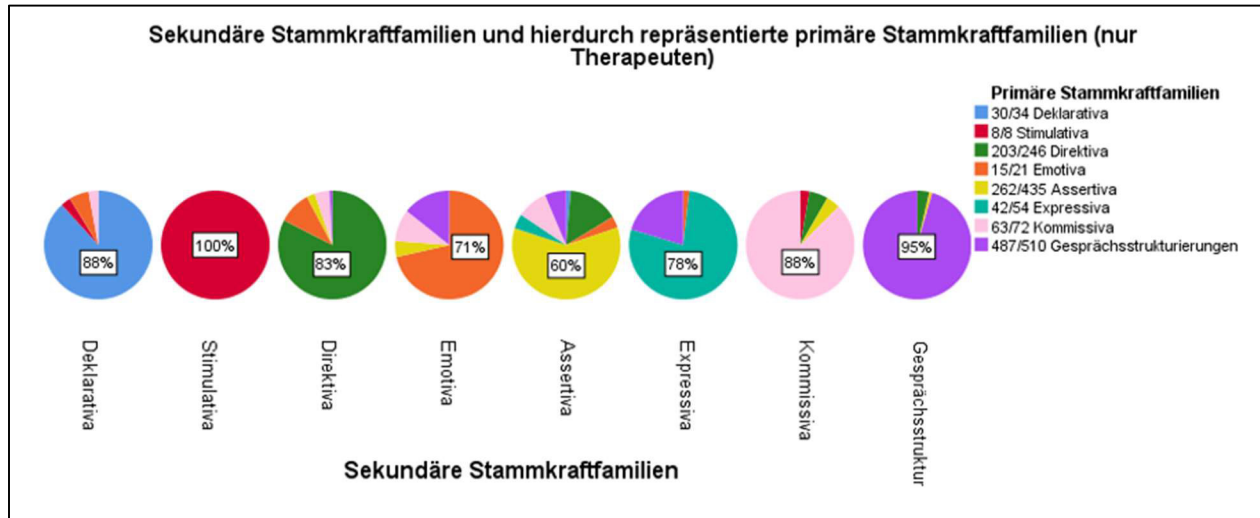


Diagramm 27: Sekundäre/gesagte Stammkraftfamilien und hierdurch repräsentierte primäre/gemeinte Stammkraftfamilien (nur Therapeuten)

Das Diagramm 27 zeigt sekundäre Stammkraftfamilien und hierdurch repräsentierte primäre Stammkraftfamilien an (nur Therapeuten). Das Ergebnis fällt ähnlich wie dasjenige der sprecherunabhängigen Betrachtung aus (Diagramm 26), lediglich beim Vollzug von Stimulativa zeigen sich Differenzen: Bei Therapeuten darf hinter einem geäußerten Stimulativ stets auch ein Stimulativ erwartet werden, bei Patienten ist dies nicht der Fall. Sie nutzen Stimulativa, um Emotiva zu äußern.

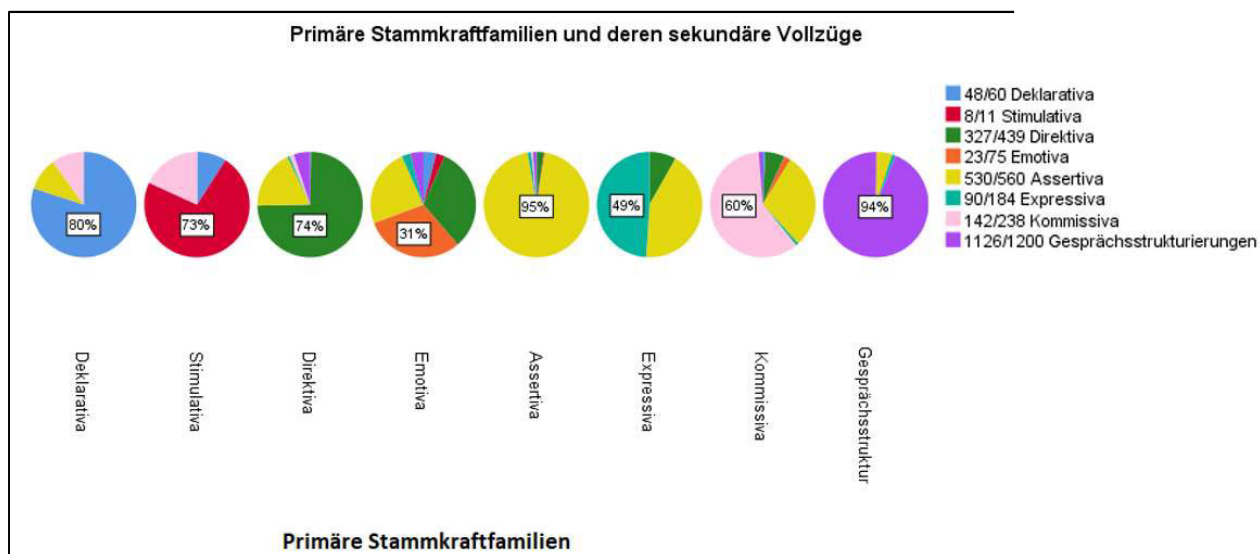


Diagramm 28: Primäre/gemeinte Stammkraftfamilien und deren sekundäre Realisierungen

Diagramm 28 zeigt an, ob Stammkraftfamilien direkt oder indirekt realisiert werden. Assertiva und gesprächsstrukturierende Akte werden am häufigsten direkt vollzogen (95% respektive 94% der Fälle). Deklarativa, Stimulativa und Direktiva weisen jeweils einen Anteil direkt vollzogener Akte von 74% bis 80% auf. Kommissiva und Expressiva liegen bei 60% und 49%. Emotiva werden am seltensten direkt vollzogen (31%).

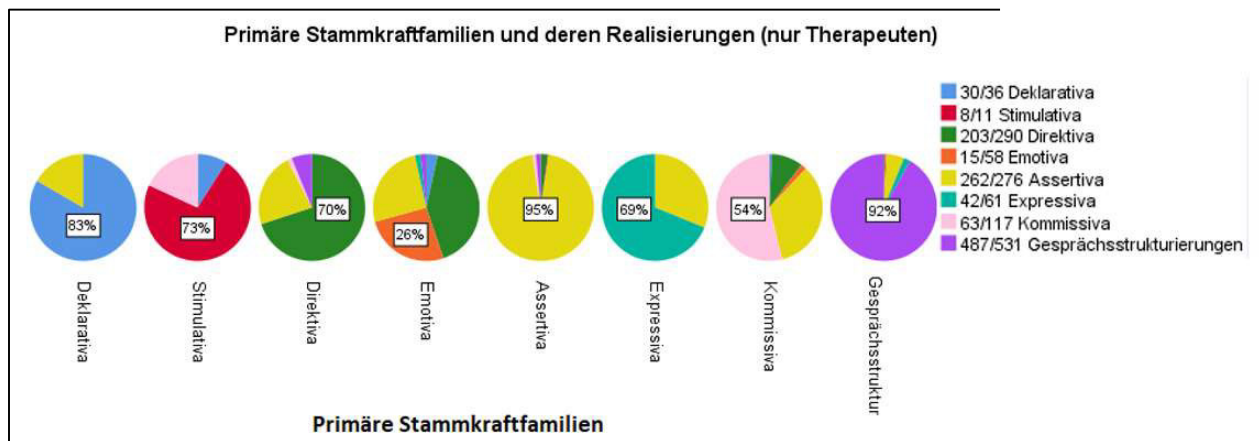


Diagramm 29: Primäre/gemeinte Stammkraftfamilien und deren sekundäre Realisierungen (nur Therapeuten)

Diagramm 29 zeigt, mittels welcher sekundärer Stammkraftfamilien Therapeuten primäre Stammkraftfamilien realisieren. Es zeigt sich, dass der Anteil direkt realisierter Stammkraftfamilien demjenigen der sprecherunabhängigen Betrachtung gleicht (Deklarativa, Stimulativa, Direktiva, Assertiva und gesprächsstrukturierende Akte). Bei Expressiva und Kommissiva zeigen sich Unterschiede. Expressiva werden seitens der Therapeuten häufiger direkt expliziert als dies bei der sprecherunabhängigen Betrachtung der Fall ist (69% [Therapeut] versus 49% [sprecherunabhängig] direkt vollzogene Akte). Bei den Kommissiva und Emotiva verhält es sich umgekehrt. Während sprecherunabhängig ein direkter Vollzug in 31% (Emotiva) und 60% (Kommissiva) vorliegt, beträgt der Anteil bei den Therapeuten nur 26% (Emotiva) beziehungsweise 54% (Kommissiva). Emotiva und Kommissiva werden also seitens der Therapeuten im Vergleich zu Patienten indirekter genutzt.

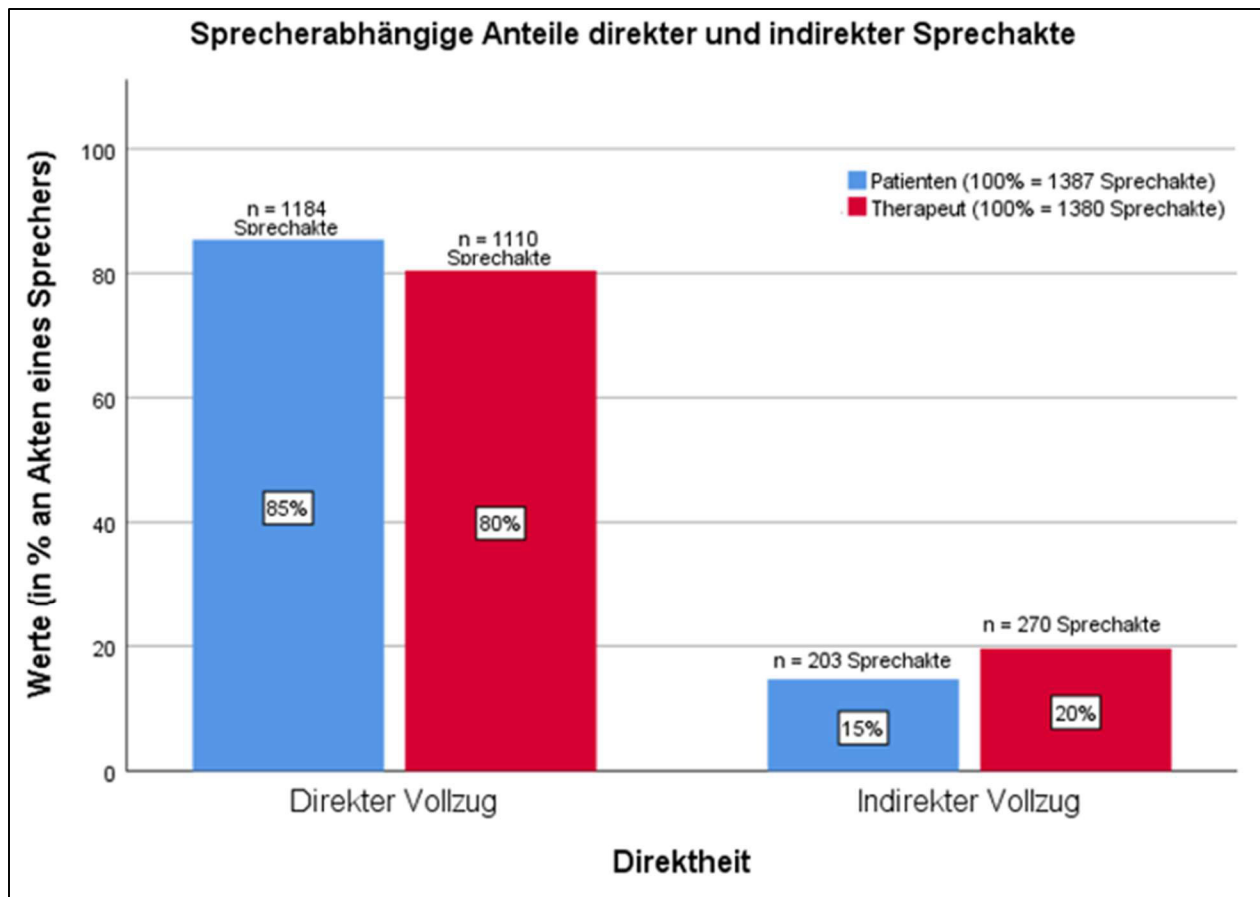


Diagramm 30: 2-stufiges Balkendiagramm mit den Variablen „Direktheit“ V_{dir} und „Sprecher“ V_s

Diagramm 30 zeigt die zweidimensionale relative Häufigkeitsverteilung der Variablen „Direktheit“ V_{dir} und „Sprecher“ V_s .

Im Ergebnis fällt $F_{dir}(T, indir)$ mit 20% etwas höher als $F_{dir}(P, indir)$ mit 15% aus. D.h., T äußert sich indirekter als P.

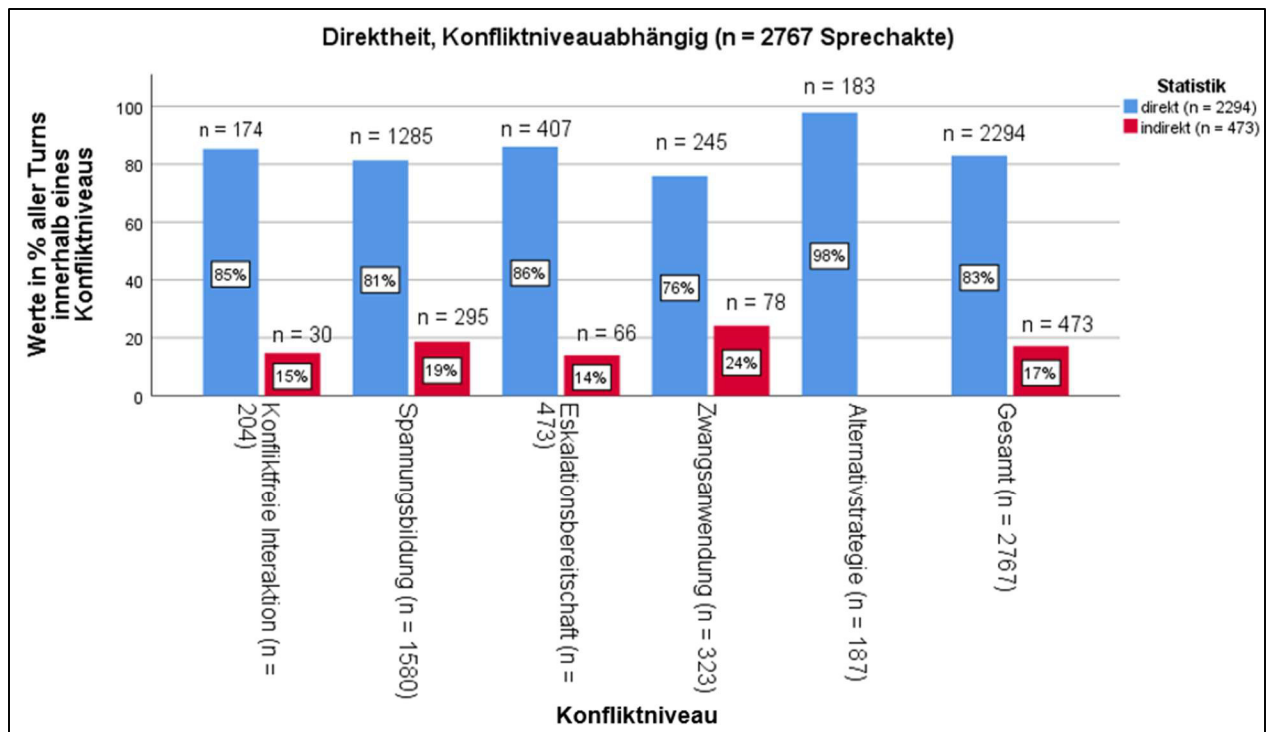


Diagramm 31: 2-stufiges Balkendiagramm mit den Variablen „Direktheit“ V_{dir} und „Konfliktniveau“ V_{Kfl}

Diagramm 31 zeigt die zweidimensionale relative Häufigkeitsverteilung der Variablen „Direktheit“ V_{dir} und „Konfliktniveau“ V_{Kfl} .

Das Verhältnis von direkten zu indirekten Akten ist vom vorliegenden Konfliktniveau abhängig ($F_{dir(dir)} \text{ vs. } F_{dir(indir)}, p^{**} < .001$). Im Ergebnis zeigt sich, dass $F_{dir(dir, Zwangsanzwendung)}$ mit 76% im Vergleich zu den anderen Konfliktniveaus am niedrigsten ausfällt. Der Anteil direkter Sprechakte fällt signifikant niedriger aus im Vergleich zu den verbliebenen Konfliktniveaus ($F_{dir(dir, Zwangsanzwendung)} \text{ vs. } F_{dir(dir, Kfl-Lvl 0-2, 4)}, p^{**} < .001$). D.h., bei Zwangsanzwendungen erfolgt eine Verdunklung der Sprecherintentionen durch die indirekte Realisierung von Sprechakten. $F_{dir(dir, Alternativstrategie)}$ hingegen fällt mit 98% am höchsten aus: nahezu alle meinen, was sie sagen. Der Anteil direkter Sprechakte bei konfliktfreier Interaktion unterscheidet sich nicht von den übrigen Konfliktniveaus ($F_{dir(dir, Konfliktfreie Interaktion)} \text{ vs. } F_{dir(dir, Kfl-Lvl 1-4)} p^{**} = .346 = \text{n.s.}$).

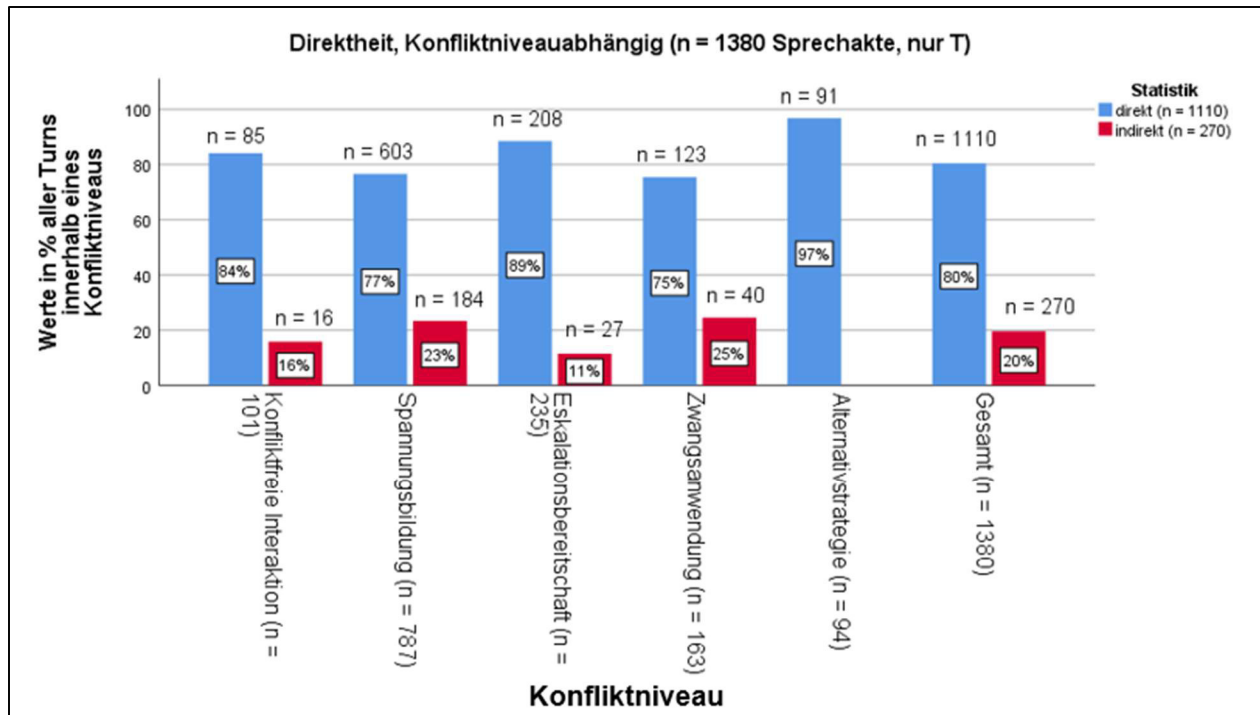


Diagramm 32: 2-stufiges Balkendiagramm mit den Variablen „Direktheit“ V_{dir} und „Konfliktniveau“ V_{Kfl} für die Merkmalsausprägung $V_S = \text{Therapeut}$.

Diagramm 32 zeigt die zweidimensionale relative Häufigkeitsverteilung der Variablen „Direktheit“ V_{dir} und „Konfliktniveau“ V_{Kfl} unter der Bedingung an, dass es sich beim Sprecher um den Therapeuten handelt.

Zu den Ergebnissen siehe Erläuterungen zum Folgediagramm 33.

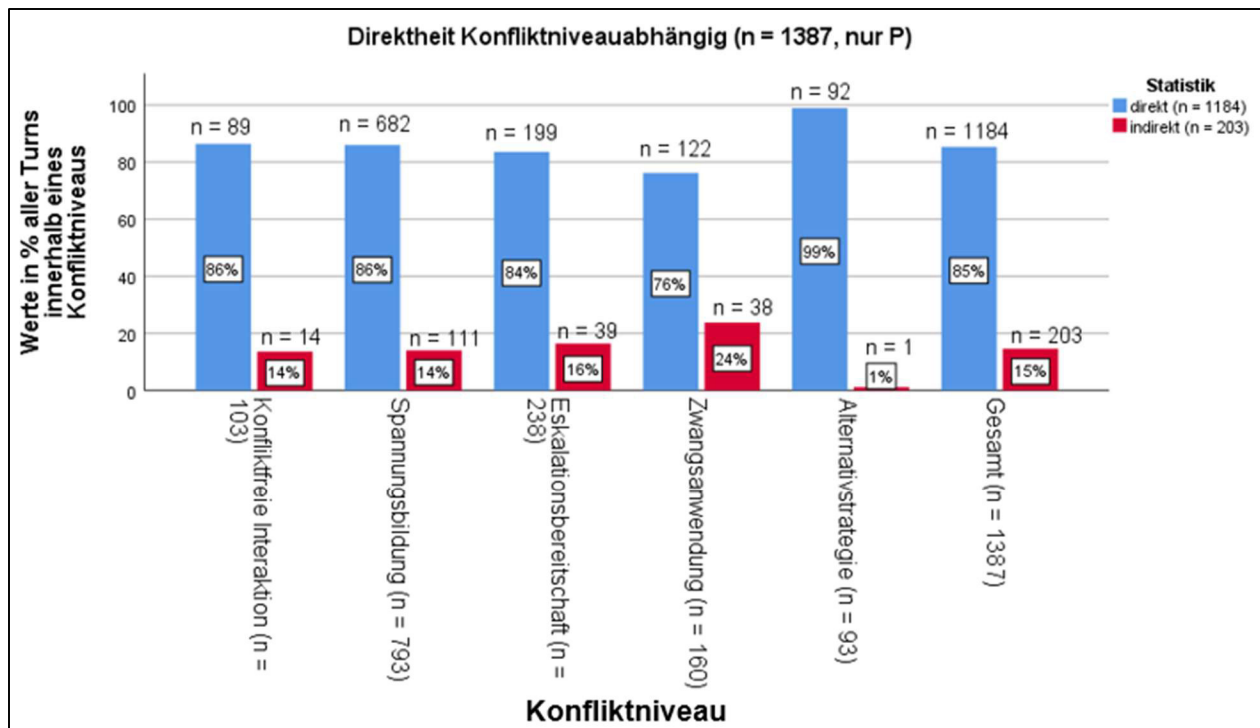


Diagramm 33: 2-stufiges Balkendiagramm mit den Variablen „Direktheit“ V_{dir} und „Konfliktniveau“ V_{Kfl} für die Merkmalsausprägung $V_s = \text{Patient}$.

Diagramm 33 zeigt die zweidimensionale relative Häufigkeitsverteilung der Variablen „Direktheit“ V_{dir} und „Konfliktniveau“ V_{Kfl} unter der Bedingung an, dass es sich beim Sprecher um den Patienten handelt.

Im Ergebnis zeigt sich, dass der Anteil indirekter Akte bei den Therapeuten höher ausfällt als bei den Patienten: $F_{dir(indir)} | (V_s = T) = 20\%$ vs. $F_{dir(indir)} | (V_s = P) = 15\%$. Die Therapeuten äußern sich also zusammengefasst indirekter als Patienten, was mit einer erhöhten Verdunklungsgefahr einhergeht. $F_{dir(indir, Zwangsanwendung)}$ fällt im Vergleich zu den anderen Konfliktniveaus bei beiden Sprechern gleichermaßen am höchsten aus, sodass sprecherunabhängig beim Vollzug von Zwangsanwendungen die Verdunklungsgefahr am höchsten ausfällt: $F_{dir(indir)} | (V_s = T, V_{Kfl} = \text{Zwangsanwendung}) = 25\%$ vs. $F_{dir(indir)} | (V_s = P, V_{Kfl} = \text{Zwangsanwendung}) = 24\%$. $F_{dir(indir, Alternativstrategie)}$ fällt hingegen bei beiden Sprechern gleichermaßen am niedrigsten aus, sodass sprecherunabhängig beim Vollzug von Alternativstrategien die Verdunklungsgefahr am niedrigsten ausfällt: $F_{dir(indir)} | (V_s = T, V_{Kfl} = \text{Alternativstrategie}) = 3\%$ vs. $F_{dir(indir)} | (V_s = P, V_{Kfl} = \text{Alternativstrategie}) = 1\%$. Die Anteile indirekter Sprechakte bei den Konfliktniveaus konfliktfreie Interaktion, Spannungsbildung und Eskalationsbereitschaft fallen beim Patienten ähnlich hoch aus: $F_{dir(indir)} | (V_s = P, V_{Kfl} = \text{konfliktfreie Interaktion}) = 14\%$, $F_{dir(indir)} | (V_s = P, V_{Kfl} = \text{Spannungsbildung}) = 14\%$, $F_{dir(indir)} | (V_s = P, V_{Kfl} = \text{Eskalationsbereitschaft}) = 16\%$. Bei den Therapeuten zeigt sich ein anderes Bild. Der Anteil indirekter Sprechakte liegt bei vorliegender Spannungsbildung bei 23% und damit fast so hoch wie beim Vollzug von Zwangsanwendungen: $F_{dir(indir)} | (V_s = T, V_{Kfl} = \text{Spannungsbildung}) = 23\%$ und $F_{dir(indir)} | (V_s = T, V_{Kfl} = \text{Zwangsanwendung}) = 25\%$. Die Verdunklungsgefahr fällt in dieser Gesprächsphase also hoch aus. Bei der nächsten Eskalationsstufe, der Eskalationsbereitschaft, sinkt der Anteil indirekter Sprechakte hingegen auf 11% ab:

$F_{\text{dir (indir)}} | (V_s = T, V_{\text{Kfl}} = \text{Spannungsbildung}) = 11\%$. In dieser Gesprächsphase scheinen die Therapeuten sich direkt äußern zu wollen, um Missverständnissen vorzubeugen. Der Anteil indirekter Sprechakte bei konfliktfreier Interaktion beträgt 16%: $F_{\text{dir (indir)}} | (V_s = T, V_{\text{Kfl}} = \text{Konfliktfreie Interaktion}) = 16\%$.

M-Deklarativa

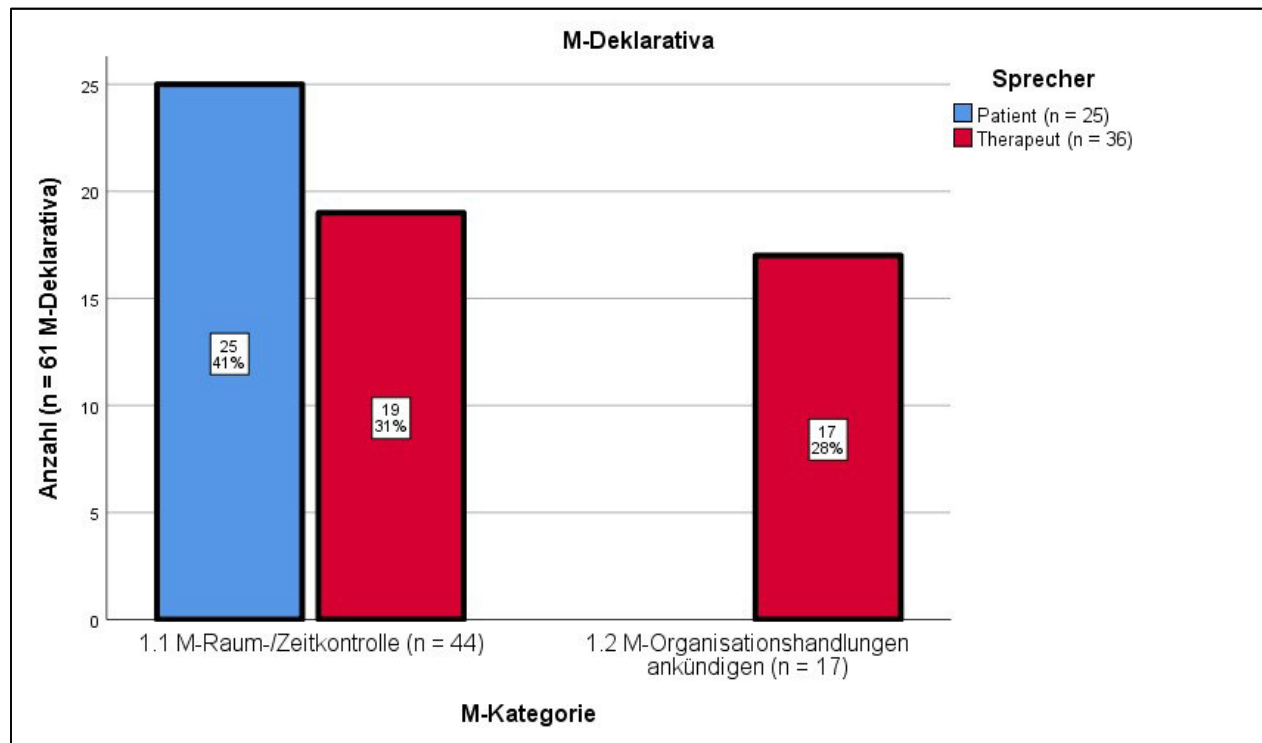


Diagramm 34: 2-stufiges Balkendiagramm mit den Variablen „M-Deklarativa“ $V_{M-IL}^{M-ST=Dek}$ und „Sprecher“ V_s

Diagramm 34 zeigt die zweidimensionale absolute Häufigkeitsverteilung der zwei Variablen „M-Deklarativa“ $V_{M-IL}^{M-ST=Dek}$ und „Sprecher“ V_s an. Die Skalierung erfolgte auf die M-Stammkategorie „M-Deklarativa“ (n = 61 Sprechakte).

Das Relevanzkriterium von 14 Sprechakten pro Sprecher wird bei allen M-Deklarativa erfüllt.

M-Deklarativa werden tendenziell häufiger durch Therapeuten realisiert: $N_{M-ST}(T, \text{Deklarativ}) = 36$ vs. $N_{M-ST}(P, \text{Deklarativ}) = 25$. „M-Ankündigungen von Organisationshandlungen“ sind zum Beispiel nur beim Personal zu finden: $N_{M-ILL}(T, \text{Organisationshandlung}) = 17$. Raumkontrollen hingegen finden sich hingegen häufiger beim Patienten: $N_{M-ILL}(P, \text{Raumkontrolle}) = 25$ vs. $N_{M-ILL}(T, \text{Raumkontrolle}) = 19$. Zeitkontrollen unterschreiten im Untersuchungskorpus das Relevanzkriterium (siehe Anhang, SRZP-Ausgangsschema): $N_{ILL}(\text{Zeitkontrolle}) = 2$.

Stimulativa

Tabelle 48: Stimulative illokutionäre Kräfte

Stimulativa		Gesamt (n=11)
2.1 Körperzustand verändern	Anzahl	5 (46%)
2.4 Wahrnehmungskanal defokussieren	Anzahl	6 (54%)

Tabelle 48 zeigt alle stimulativen illokutionären Kräfte an, die im Untersuchungskorpus zu finden sind. Sie werden ausnahmslos durch das Personal realisiert und erschöpfen sich in den illokutionären Kräften „Körperzustand verändern“ und „Wahrnehmungskanal defokussieren“. Hierunter sind im Falle des Körperzustand-Veränderns Medikamentengaben und im Falle der Beeinflussung des Wahrnehmungskanals Hilfs-Ich-Interventionen zu verstehen.

Direktiva

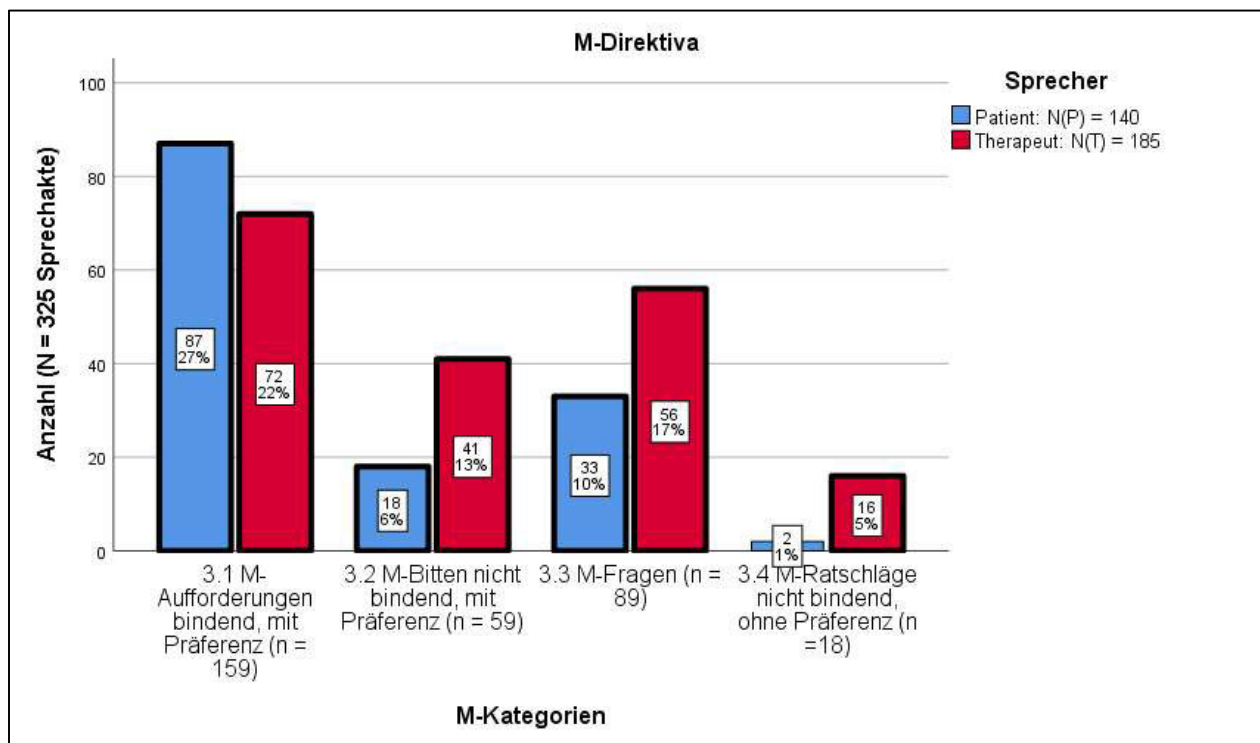


Diagramm 35: 2-stufiges Balkendiagramm mit den Variablen „M-Direktiva“ $V_{M-ILL}^{M-ST=Dir}$ und „Sprecher“ V_S

Diagramm 35 zeigt die zweidimensionale absolute Häufigkeitsverteilung der zwei Variablen „M-Direktiva“ $V_{M-ILL}^{M-ST=Dir}$ und „Sprecher“ V_S an. Die Skalierung erfolgte auf die M-Stammkategorie „M-Direktiva“ (n = 325 Sprecher).

Das Relevanzkriterium von 14 Sprechakten pro Sprecher wird bis auf $V_{M-ILL}(P, \text{Ratschlag})$ ($n = 2$) bei allen M-Direktiva erfüllt.

M-Direktiva werden tendenziell häufiger durch Therapeuten realisiert: $N_{M-ST}(T, \text{Direktiv}) = 185$ vs. $N_{M-ST}(P, \text{Direktiv}) = 140$. Dies zeigt sich bei „M-Bitten“ ($N_{M-ILL}(T, \text{Bitte}) = 41$ vs. $N_{M-ILL}(P, \text{Bitte}) = 18$), „M-Fragen“ ($N_{M-ILL}(T, \text{Frage}) = 56$ vs. $N_{M-ILL}(P, \text{Frage}) = 33$) und „M-Ratschlägen“ ($N_{M-ILL}(T, \text{Ratschlag}) = 16$ vs. $N_{M-ILL}(P, \text{Ratschlag}) = 2$). „M-Aufforderungen“ hingegen werden häufiger durch Patienten realisiert: $N_{M-ILL}(P, \text{Aufforderung}) = 87$ vs. $N_{M-ILL}(T, \text{Aufforderung}) = 72$.

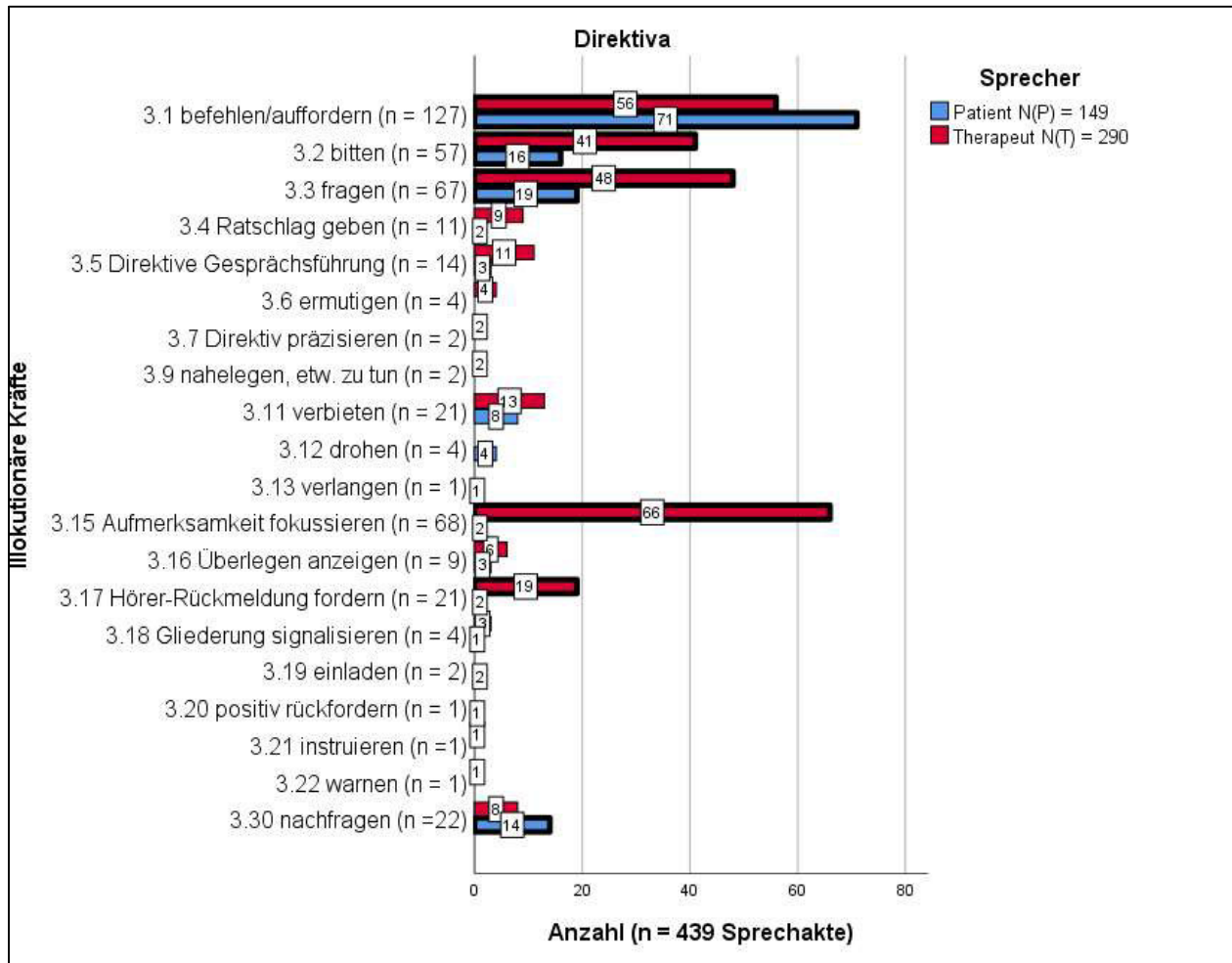


Diagramm 36: 2-stufiges Balkendiagramm mit den Variablen „Direktiva“ $V_{ILL}^{ST=Dir}$ und „Sprecher“ V_S

Diagramm 36 zeigt die zweidimensionale absolute Häufigkeitsverteilung der zwei Variablen „Direktiva“ $V_{ILL}^{ST=D}$ und „Sprecher“ V_S an.

Das Relevanzkriterium von 14 Sprechakten pro Sprecher wird bei folgenden Direktiva erfüllt: $N_{ILL}(\text{auffordern}) = 127$, $N_{ILL}(\text{bitten}) = 57$, $N_{ILL}(\text{fragen}) = 67$, $N_{ILL}(T, \text{Aufmerksamkeit fokussieren}) = 66$, $N_{ILL}(T, \text{Rückmeldung fordern}) = 19$ und $N_{ILL}(P, \text{nachfragen}) = 14$.

Direktiva werden häufiger durch Therapeuten realisiert: $N_{ST(T, Direktiv)} = 290$ vs. $N_{ST(P, Direktiv)} = 149$. Dies zeigt sich bei „Bitten“ ($N_{ILL(T, Bitte)} = 41$ vs. $N_{ILL(P, Bitte)} = 16$), „Fragen“ ($N_{ILL(T, Frage)} = 48$ vs. $N_{ILL(P, Frage)} = 19$), „Aufmerksamkeit fokussieren“ ($N_{ILL(T, Aufmerksamkeit fokussieren)} = 66$ vs. $N_{ILL(P, Aufmerksamkeit fokussieren)} = 2$) und „Rückmeldung fordern“ ($N_{ILL(T, Rückmeldung fordern)} = 19$ vs. $N_{ILL(P, Rückmeldung fordern)} = 2$). „Aufforderungen“ und „Nachfragen“ hingegen werden häufiger durch Patienten realisiert: $N_{ILL(P, Aufforderung)} = 71$ vs. $N_{ILL(T, Aufforderung)} = 56$ und $N_{ILL(P, Nachfrage)} = 14$ vs. $N_{ILL(T, Nachfrage)} = 8$.

Die Häufigkeitsverteilung der Direktiva rechtfertigt die Stufigkeit der M-Direktiva: Bitten, Fragen und Aufforderungen zählen beim Ausgangsinventar zu den am häufigsten vorkommenden Direktiva und bilden drei der vier direktiven M-Stammkategorien (M-Bitten, M-Fragen und M-Aufforderungen). „Aufmerksamkeit fokussieren“ wird beim M-Schema unter Gesprächsstrukturierungen (M-Gliederung signalisieren) subsummiert.

Konfliktniveauabhängige Ergebnisse der Direktiva

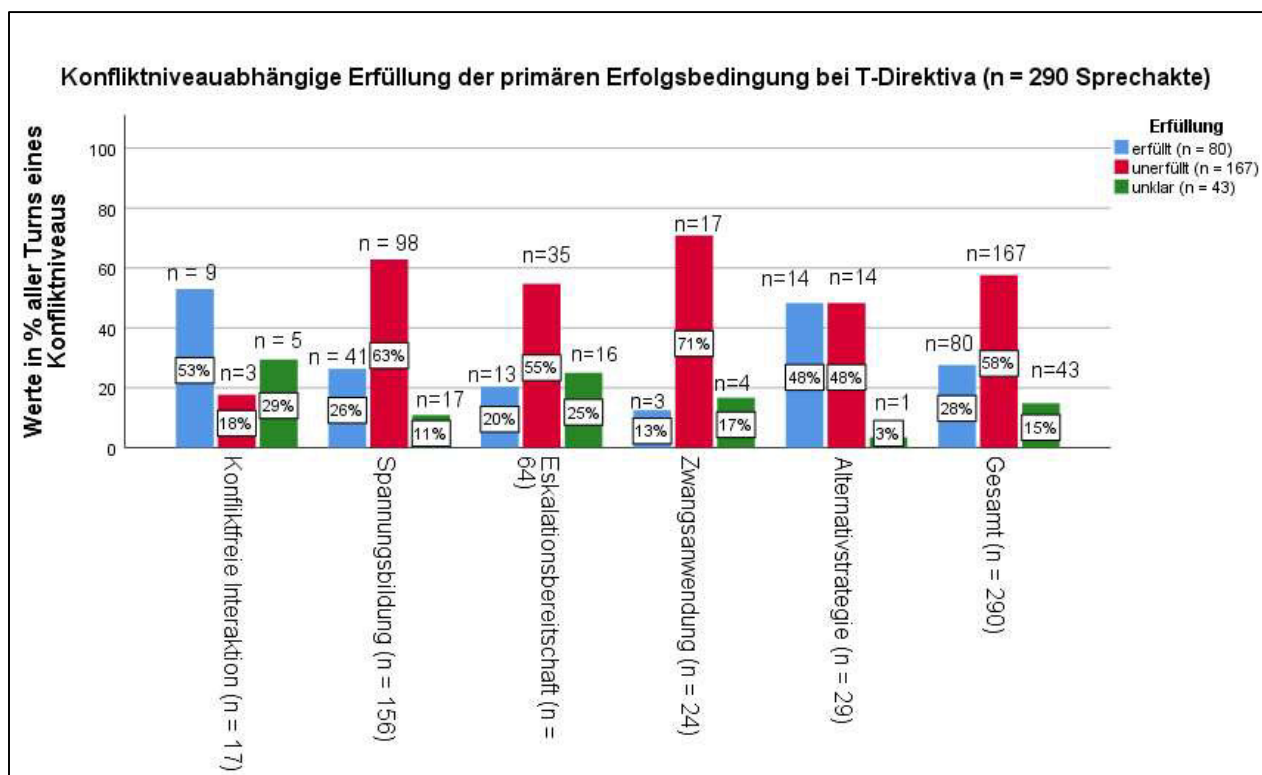


Diagramm 37: 2-stufiges Balkendiagramm mit den Variablen „Konfliktniveau“ V_{Kfl} und „primäre Erfolgsbedingung“ V_{PE} unter den Bedingungen, dass $V_S = T$ und $V_{ST} = Direktiv$

Diagramm 37 zeigt den Zusammenhang der zwei Variablen „Konfliktniveau“ V_{Kfl} und „primäre Erfolgsbedingung“ V_{PE} unter den Bedingungen, dass $V_S = T$ und $V_{ST} = Direktiv$. Die Skalierung erfolgte auf T-Direktiva eines Konfliktniveaus.

Konfliktniveauunabhängig zeigt sich, dass der Anteil primär erfolgloser T-Direktiva am höchsten ausfällt: $F_{PE \text{ (unerfüllt)}} | (V_s = T) (V_{ST} = \text{Dir}) = 58\%$ vs. $F_{PE \text{ (erfüllt)}} | (V_s = T) (V_{ST} = \text{Dir}) = 28\%$ vs. $F_{PE \text{ (unklar)}} | (V_s = T) (V_{ST} = \text{Dir}) = 15\%$.

Konfliktniveauabhängig zeigt sich, dass der Anteil primär erfolgreicher T-Direktiva mit ansteigendem Konfliktniveau abnimmt: $F_{PE \text{ (erfüllt)}}^{Konfliktfrei} | (V_s = T) (V_{ST} = \text{Dir}) = 53\%$ vs.

$F_{PE \text{ (erfüllt)}}^{Spannungsbildung} | (V_s = T) (V_{ST} = \text{Dir}) = 26\%$ vs. $F_{PE \text{ (erfüllt)}}^{Eskalationsbereitschaft} | (V_s = T) (V_{ST} = \text{Dir}) = 20\%$ vs. $F_{PE \text{ (erfüllt)}}^{Zwangsanwendung} | (V_s = T) (V_{ST} = \text{Dir}) = 13\%$. Das heißt, je eskalierter eine Situation, desto weniger erfolgreich sind T-Direktiva (Abhängigkeit einer erfüllten primären Erfolgsbedingung vom Konfliktniveau bei T-Direktiva: $p^{**} < .001$), siehe Hypothese 5.15.

Der Anteil primär erfolgreicher T-Direktiva bei Alternativstrategien fällt hoch aus:

$F_{PE \text{ (erfüllt)}}^{Alternativstrategie} | (V_s = T) (V_{ST} = \text{Dir}) = 48\%$. Dieser Befund konnte bereits in der dreizehnten Szene erhoben werden (siehe Anhang, Erläuterungen zum Diagramm A424) und unterscheidet sich in dieser Hinsicht nicht von konfliktfreien Interaktionen ($p = \text{n.s.}$, siehe folgende Tabelle 49).

Tabelle 49: Konfliktniveauabhängige Erfüllung der primären Erfolgsbedingung bei T-Direktiva

		Primäre Erfolgsbedingung		
		$V_{PE} = \text{erfüllt}$	$V_{PE} = \text{unerfüllt} + \text{unklar}$	
Konfliktniveau	Konfliktfreie Interaktion	9	8	17
	Alternativstrategie	14	15	29
		23	23	46

Tabelle 49 zeigt die Konfliktniveauabhängige Erfüllung der primären Erfolgsbedingung bei T-Direktiva an.

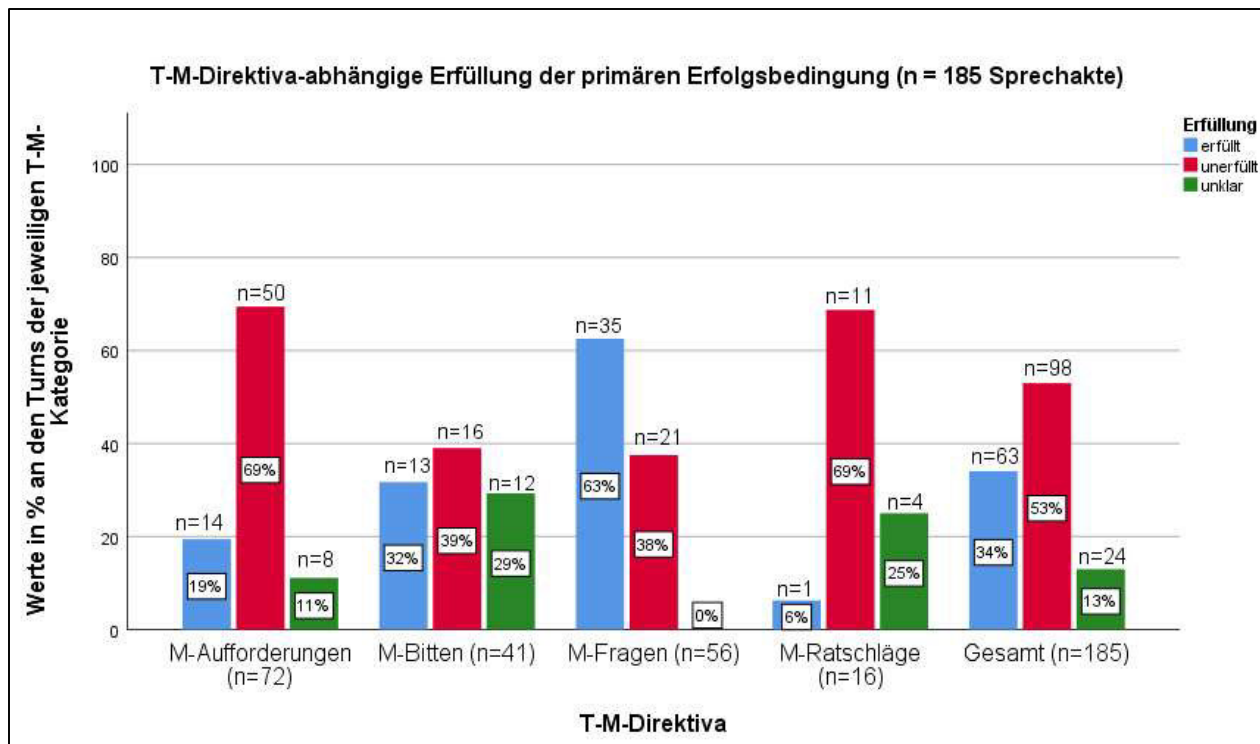


Diagramm 38: 2-stufiges Balkendiagramm mit den Variablen „M-Direktiva“ $V_{M-ILL}^{M-ST=Dir}$ und „primäre Erfolgsbedingung“ V_{PE} unter der Bedingung, dass $V_S = T$

Diagramm 38 zeigt den Zusammenhang der zwei Variablen „M-Direktiva“ $V_{M-ILL}^{M-ST=Dir}$ und „primäre Erfolgsbedingung“ V_{PE} unter der Bedingung, dass $V_S = T$. Die Skalierung erfolgte auf T-M-Direktiva (n = 185 Sprechakte).

Im Ergebnis zeigt sich, dass M-Fragen am erfolgreichsten sind, gefolgt von Bitten und Aufforderungen. Ratschläge bleiben primär meistens erfolglos: $F_{M-Frage}^T | (V_{PE}=erfüllt) = 63\%$, $F_{M-Bitte}^T | (V_{PE}=erfüllt) = 32\%$, $F_{M-Aufforderu}^T | (V_{PE}=erfüllt) = 19\%$, $F_{M-Ratschlage}^T | (V_{PE}=erfüllt) = 6\%$.

T-M-Direktiva-unabhängig zeigt sich, dass der Anteil primär erfolgloser T-Direktiva am höchsten ausfällt: $F_{PE(unerfüllt)} | (V_S = T) (V_{M-ST} = Dir) = 53\%$ vs. $F_{PE(erfüllt)} | (V_S = T) (V_{M-ST} = Dir) = 34\%$ vs. $F_{PE(unklar)} | (V_S = T) (V_{M-ST} = Dir) = 13\%$.

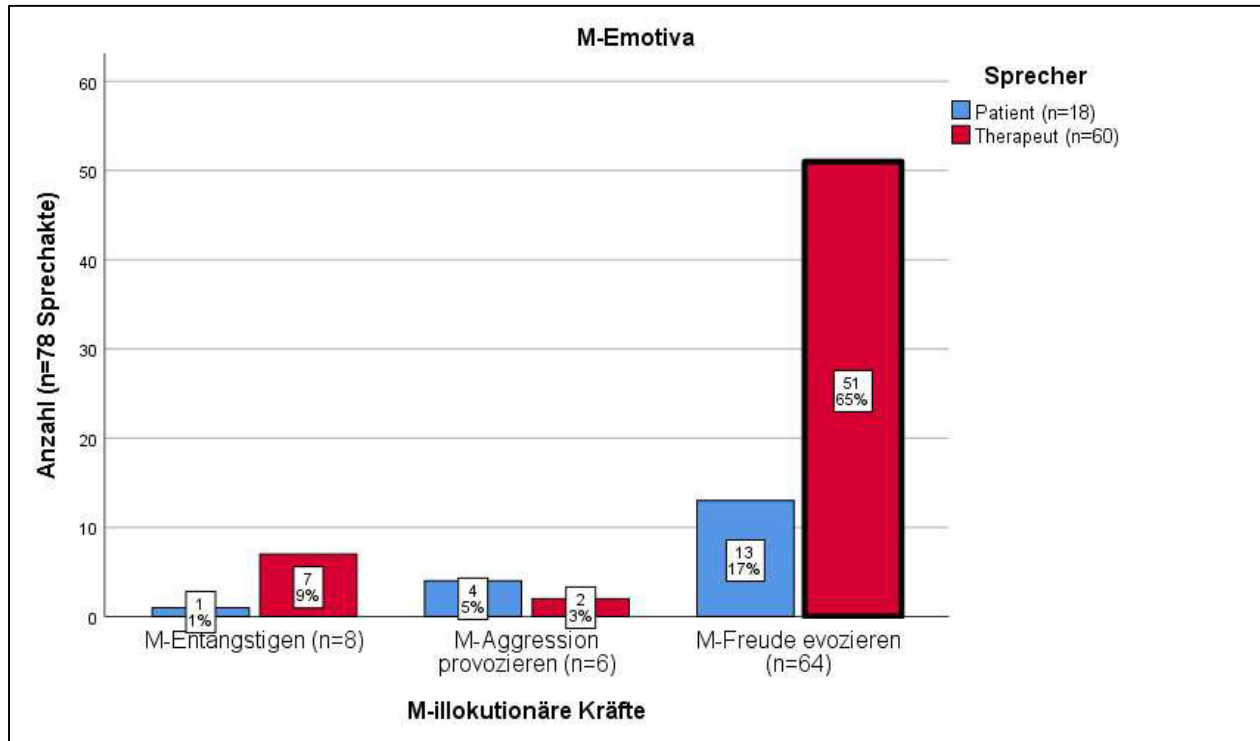


Diagramm 39: 2-stufiges Balkendiagramm mit den Variablen „M-Emotiva“ $V_{M-ILL}^{M-ST=Emo}$ und „Sprecher“ V_S

Diagramm 39 zeigt die zweidimensionale absolute Häufigkeitsverteilung der zwei Variablen „M-Emotiva“ $V_{M-ILL}^{M-ST=Emo}$ und „Sprecher“ V_S an. Die Skalierung erfolgte auf die M-Stammkategorie „M-Emotiva“ (n = 78 Sprechakte).

Das Relevanzkriterium von 14 Sprechakten pro Sprecher wird nur bei V_{M-ILL} (T, Vertrauen evozieren) (n = 51) erfüllt.

M-Emotiva werden häufiger durch Therapeuten realisiert: $N_{M-ST}(T, Emotiv) = 60$ vs. $N_{M-ST}(P, Emotiv) = 18$, was sich zum Beispiel bei „M-Vertrauen evozieren“ zeigt ($N_{M-ILL}(T, Vertrauen evozieren) = 51$ vs. $N_{M-ILL}(P, Vertrauen evozieren) = 13$). Das heißt, T kommuniziert sehr viel häufiger emotiv als P.

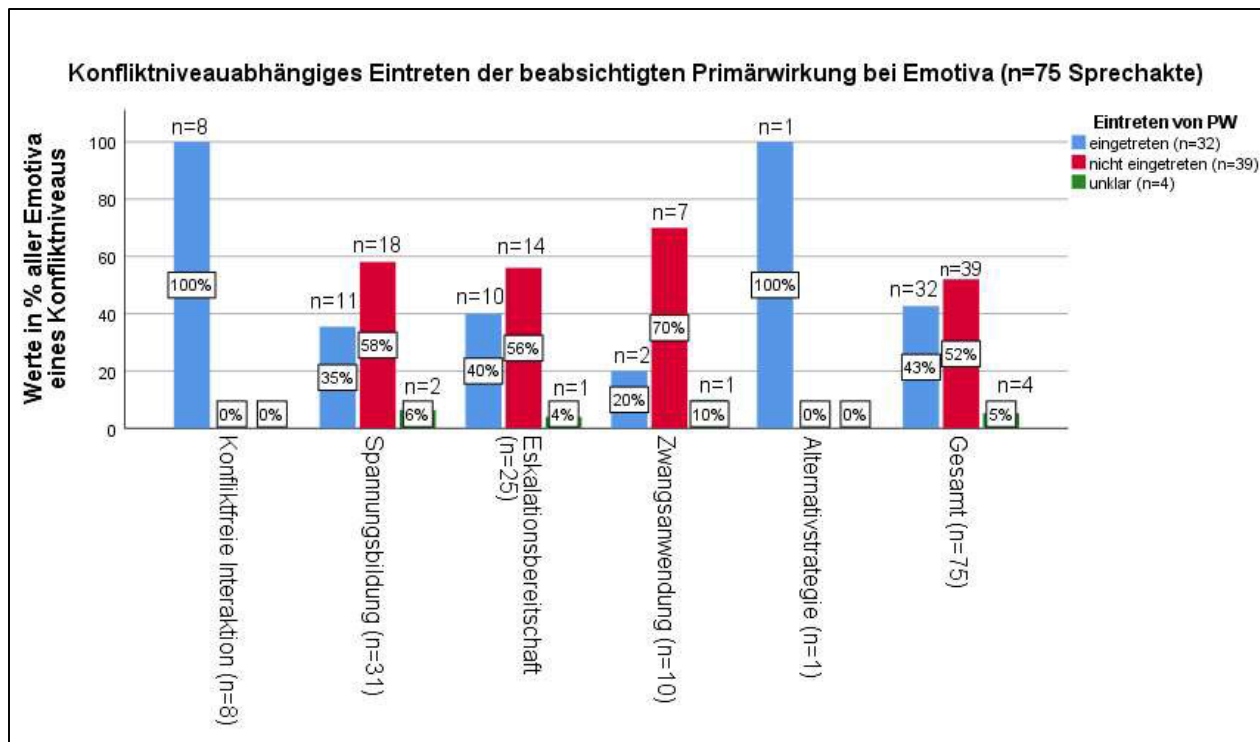


Diagramm 40: 2-stufiges Balkendiagramm mit den Variablen „Konfliktniveau“ V_{Kfl} und „beabsichtigte Primärwirkung“ V_{PW} unter den Bedingungen, dass $V_{ST} = \text{Emotiv}$

Diagramm 40 zeigt den Zusammenhang der zwei Variablen „Konfliktniveau“ V_{Kfl} und „beabsichtigte Primärwirkung“ V_{PW} unter der Bedingung, dass $V_{ST} = \text{Emotiv}$. Skaliert ist das Diagramm auf T-Emotiva eines Konfliktniveaus.

Konfliktniveauunabhängig zeigt sich, dass der Anteil von Emotiva ohne eingetretene Primärwirkung am höchsten ausfällt: $F_{ST(\text{Emotiv})} | (V_{PW} = \text{nicht eingetreten}) = 52\%$ vs. $F_{ST(\text{Emotiv})} | (V_{PW} = \text{eingetreten}) = 43\%$ vs. $F_{ST(\text{Emotiv})} | (V_{PW} = \text{unklar}) = 5\%$.

Konfliktniveauabhängig zeigt sich, dass der Anteil von T-Emotiva mit eingetretener Primärwirkung bei konfliktfreien Interaktionen und Alternativstrategien am höchsten ausfällt:

$F_{PW(\text{eingetreten})}^{Konfliktfrei} | (V_{ST} = \text{Emo}) = 100\%$ und $F_{PW(\text{eingetreten})}^{Alternativstrategie} | (V_{ST} = \text{Emo}) = 100\%$. Die Rate an Emotiva mit eingetretener beabsichtigter Primärwirkung fällt bei den übrigen Konfliktniveaus niedriger aus: $F_{PW(\text{eingetreten})}^{Spannungsbildung} | (V_{ST} = \text{Emo}) = 35\%$, $F_{PW(\text{eingetreten})}^{Eskalationsbereitschaft} | (V_{ST} = \text{Emo}) = 40\%$ und $F_{PW(\text{eingetreten})}^{Zwangsanwendung} | (V_{ST} = \text{Emo}) = 20\%$. Das Eintreten der beabsichtigten Primärwirkung fällt bei Emotiva also konfliktniveauabhängig aus ($p^{**} = .005$).

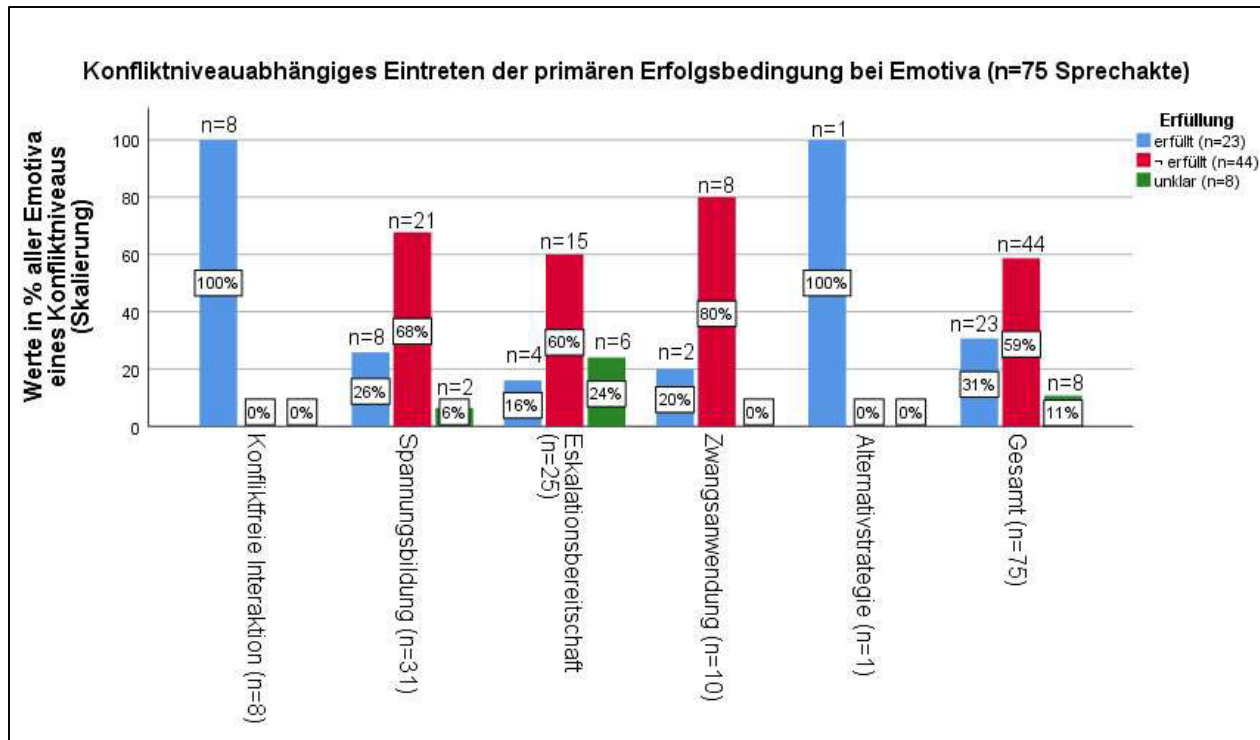


Diagramm 41: 2-stufiges Balkendiagramm mit den Variablen „Konfliktniveau“ V_{Kf} und „primäre Erfolgsbedingung“ V_{PE} unter den Bedingungen, dass $V_{ST} = \text{Emotiv}$

Diagramm 41 zeigt den Zusammenhang der zwei Variablen „Konfliktniveau“ V_{Kf} und „primäre Erfolgsbedingung“ V_{PE} unter der Bedingung $V_{ST} = \text{Emotiv}$. Die Skalierung erfolgte auf T-Emotiva eines Konfliktniveaus.

Konfliktniveauunabhängig zeigt sich, dass der Anteil von Emotiva mit unerfüllter primärer Erfolgsbedingung am höchsten ausfällt: $F_{ST(\text{Emotiv})} | (V_{PE} = \text{unerfüllt}) = 52\%$ vs. $F_{ST(\text{Emotiv})} | (V_{PE} = \text{erfüllt}) = 31\%$ vs. $F_{ST(\text{Emotiv})} | (V_{PE} = \text{unklar}) = 11\%$.

Konfliktniveauabhängig zeigt sich, dass der Anteil von T-Emotiva mit erfüllter primärer Erfolgsbedingung bei konfliktfreien Interaktionen und Alternativstrategien am höchsten ausfällt:

$F_{PE(\text{erfüllt})}^{Konfliktfrei} | (V_{ST} = \text{Emo}) = 100\%$ und $F_{PE(\text{erfüllt})}^{Alternativstrategie} | (V_{ST} = \text{Emo}) = 100\%$. Die Rate an Emotiva mit erfüllter primärer Erfolgsbedingung fällt bei den übrigen Konfliktniveaus niedriger aus: $F_{PE(\text{erfüllt})}^{Spannungsbildung} | (V_{ST} = \text{Emo}) = 26\%$, $F_{PE(\text{erfüllt})}^{Eskalationsbereitschaft} | (V_{ST} = \text{Emo}) = 16\%$ und $F_{PE(\text{erfüllt})}^{Zwangsanzwendung} | (V_{ST} = \text{Emo}) = 20\%$. Die Erfüllung der primären Erfolgsbedingung fällt konfliktniveauabhängig aus ($p^{**} = <.001$).

Tabelle 50: V_{PE} vs. V_{PW} bei Emotiva

		V_{PW}				
		PW erfüllt	PW unerfüllt	PW unklar		
V_{PE}	PE erfüllt	23	0	0	23	Randverteilung V_{PE}
	PE unerfüllt	1	39	4	44	
	PE unklar	8	0	0	8	
		32	39	4	75	
		Randverteilung V_{PW}				

Tabelle 50 zeigt die Beziehung der Variablen „primäre Erfolgsbedingung“ V_{PE} und „beabsichtigte Primärwirkung“ V_{PW} bei Emotiva an.

Die Tabelle zeigt, dass $N_{PE \text{ (erfüllt)}} | (V_{ST} = \text{Emo}) = 23$ niedriger ausfällt als $N_{PW \text{ (erfüllt)}} | (V_{ST} = \text{Emo}) = 32$. Das heißt, dass bei einem von vier Emotiva mit eingetretener beabsichtigter Primärwirkung die primäre Erfolgsbedingung unerfüllt bleibt.

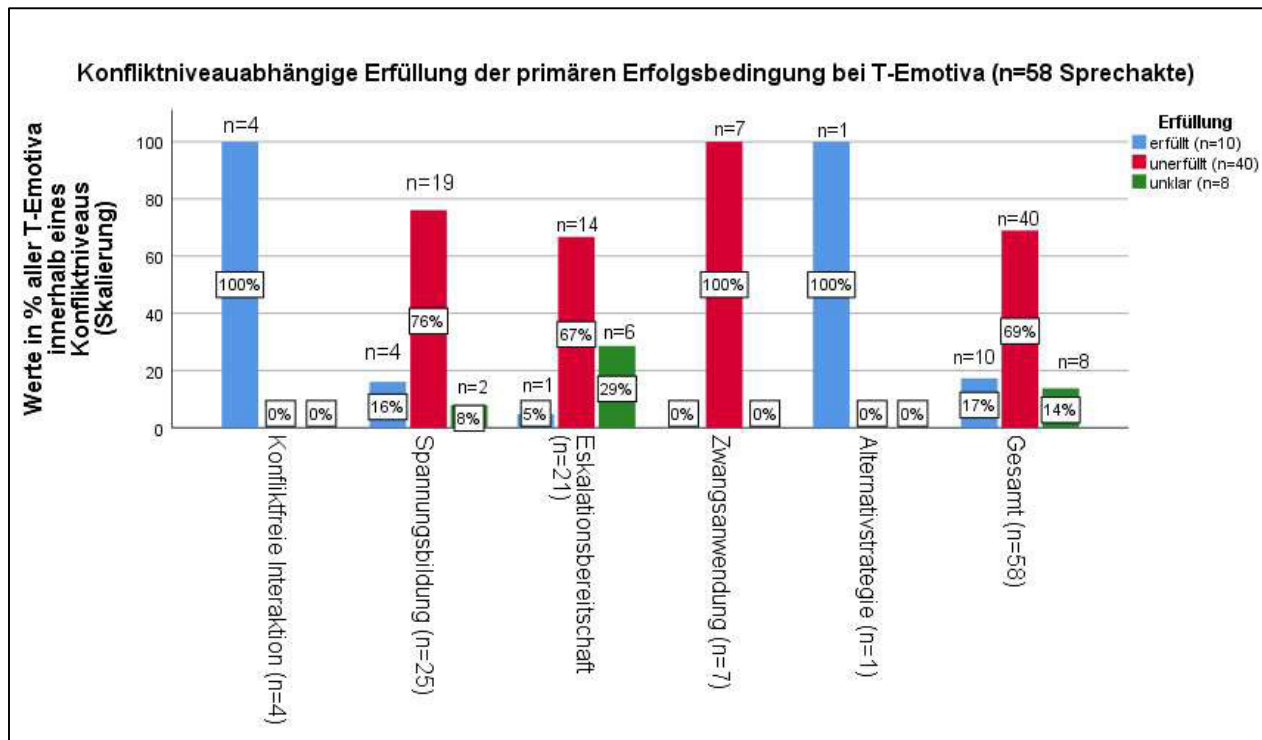


Diagramm 42: 2-stufiges Balkendiagramm mit den Variablen „Konfliktniveau“ V_{Kn} und „primäre Erfolgsbedingung“ V_{PE} unter den Bedingungen, dass $V_{ST} = \text{Emotiv}$ und $V_S = T$.

Diagramm 42 zeigt den Zusammenhang der zwei Variablen „Konfliktniveau“ V_{Kf} und „primäre Erfolgsbedingung“ V_{PE} unter der Bedingung $V_{ST} = \text{Emotiv}$ und $V_S = T$. Die Skalierung erfolgte auf T-Emotiva eines Konfliktniveaus.

Tabelle 51: Konfliktniveauabhängige Erfüllung der primären Erfolgsbedingung bei T-Emotiva

		V_{PE}		Gesamt
		erfüllt	Nicht erfüllt	
Konfliktniveau	Konfliktfreie Interaktion	4	0	4
	Spannungsbildung	4	21	25
	Eskalationsbereitschaft	1	20	21
	Zwangsanwendung	0	7	7
	Alternativstrategie	1	0	1
Gesamt		10	48	58

Tabelle 51 zeigt die Beziehung der Variablen „primäre Erfolgsbedingung“ V_{PE} und „Konfliktniveau“ V_{Kf} bei T-Emotiva an.

Konfliktniveauunabhängig zeigt sich, dass der Anteil von Emotiva mit unerfüllter primärer Erfolgsbedingung am höchsten ausfällt: $F_{ST(Emotiv) | (V_{PE} = \text{unerfüllt})} = 69\%$ vs. $F_{ST(Emotiv) | (V_{PE} = \text{erfüllt})} = 17\%$ vs. $F_{ST(Emotiv) | (V_{PE} = \text{unklar})} = 14\%$.

Konfliktniveauabhängig zeigt sich, dass der Anteil von T-Emotiva mit erfüllter primärer Erfolgsbedingung bei konfliktfreien Interaktionen und Alternativstrategien am höchsten ausfällt:

$F_{PE(erfüllt) | (V_{ST} = \text{Emo}) (V_S = T)}^{Konfliktfrei} = 100\%$ und $F_{PE(erfüllt) | (V_{ST} = \text{Emo}) (V_S = T)}^{Alternativstrategie} = 100\%$. Die Rate an Emotiva mit erfüllter primärer Erfolgsbedingung fällt bei den übrigen Konfliktniveaus niedriger aus: $F_{PE(erfüllt) | (V_{ST} = \text{Emo}) (V_S = T)}^{Spannungsbildung} = 16\%$, $F_{PE(erfüllt) | (V_{ST} = \text{Emo}) (V_S = T)}^{Eskalationsbereitschaft} = 5\%$ und $F_{PE(erfüllt) | (V_{ST} = \text{Emo}) (V_S = T)}^{Zwangsanwendung} = 0\%$.

Der Anteil primär erfolgreicher T-Emotiva sinkt also mit zunehmendem Konfliktpotenzial ($p^{**} < .001$). Wird die Alternativstrategie aus der Untersuchung ausgeschlossen, bleibt der p-Wert identisch.

Der Anteil an Turns mit eingetretener Primärwirkung bei T-Emotiva sinkt ebenfalls mit steigendem Konfliktniveau ($p^{**} = .008$).

Die Randverteilungen zu T-Emotiva zeigen außerdem, dass bei vorliegender Alternativstrategie kaum emotiv kommuniziert wird im Vergleich zu den Konfliktniveaus Spannungsbildung bis Zwangsanwendung: $N_{ST(T, Emotiv) | (V_{Kf} = \text{Alternativstrategie})} = 1$ vs. $N_{ST(T, Emotiv) | (V_{Kf} = \text{Spannungsbildung})} = 25$ vs. $N_{ST(T, Emotiv) | (V_{Kf} = \text{Eskalationsbereitschaft})} = 21$ vs. $N_{ST(T, Emotiv) | (V_{Kf} = \text{Zwangsanwendung})} = 7$.

= Zwangsanwendung) = 7. Alternativstrategien ähneln konfliktfreien Interaktionen in Bezug auf die Häufigkeit von T-Emotiva: $N_{ST(T, Emotiv)} | (V_{Kfl} = \text{konfliktfreie Interaktion}) = 4$.

Assertiva

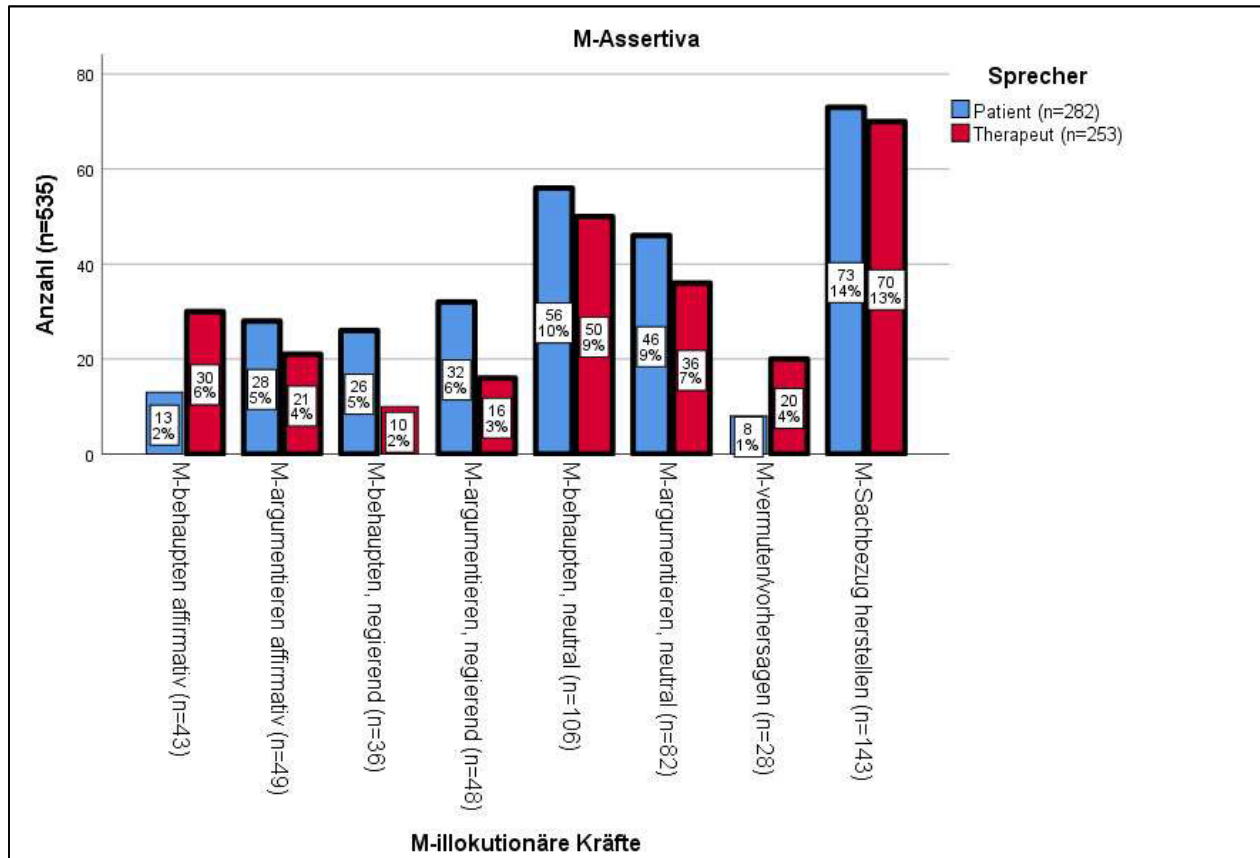


Diagramm 43: 2-stufiges Balkendiagramm mit den Variablen „M-Assertiva“ $V_{M-ILL}^{M-ST=Ass}$ und „Sprecher“ V_S

Diagramm 43 zeigt die zweidimensionale absolute Häufigkeitsverteilung der Variablen „M-Assertiva“ $V_{M-ILL}^{M-ST=Ass}$ und „Sprecher“ V_S an. Die Anteile sind auf die M-Stammkategorie „M-Assertiva“ skaliert (n = 535 Sprechakte).

Das Relevanzkriterium von 14 Sprechakten pro Sprecher wird bis auf „P-M-behaupten affirmativ“, „T-M-behaupten-negierend“ und „P-M-vermuten“ stets erreicht.

M-Assertiva kommen seltener als Assertiva des Ausgangsinventars vor: $N_{M-ST(Ass)} = 535$ vs. $N_{ST(Ass)} = 560$. Dies liegt daran, dass einzelne assertive illokutionäre Kräfte des Ausgangsinventars anderen M-Stammfamilien zugeordnet wurden (M-Direktiva, M-Kommissiva und M-Gesprächsstrukturierung).

Tabelle 52: Sprecherabhängige Anzahl von M-Assertiva

	Sprecher		Gesamt	p**
	P	T		
M-Assertiva	282	253	535	ns
Rest	1105	1127	2232	
Gesamt	1387	1380	2767	

Tabelle 52 zeigt die Sprecherfabhängige Anzahl von M-Assertiva an.

Im Ergebnis zeigt sich, dass M-Assertiva sprecherunabhängig realisiert werden: $N_{M-ST(T, Ass)} = 253$ vs. $N_{M-ST(P, Ass)} = 282$ ($p^{**} = ns$).

Tabelle 53: Sprecherabhängige Anzahl von M-Behauptungen affirmativ

	Sprecher		Gesamt	p**
	P	T		
M-behaupten affirmativ	13	30	43	0,009
Rest	1374	1350	2724	
Gesamt	1387	1380	2767	

Tabelle 53 zeigt die sprecherabhängige Anzahl von affirmativen M-Behauptungen an.

Im Ergebnis zeigt sich, dass M-Behauptungen affirmativ häufiger durch Therapeuten realisiert werden: $N_{M-ILL(T, beh-aff)} = 30$ vs. $N_{M-ILL(P, beh-aff)} = 13$ ($p^{**} = 0,009$). Affirmative M-Behauptungen subsummieren die illokutionären Kräfte „erinnern“ und „wiederholen“.

Tabelle 54: Sprecherabhängige Anzahl von M-Vermutungen

	Sprecher		Gesamt	p**
	P	T		
M-vermuten	8	20	28	0,022
Rest	1379	1360	2739	
Gesamt	1387	1380	2767	

Tabelle 54 zeigt die sprecherabhängige Anzahl von M-Vermutungen an.

Im Ergebnis zeigt sich, dass M-Vermutungen tendenziell häufiger durch Therapeuten realisiert werden: $N_{M-ILL}(T, vermut) = 20$ vs. $N_{M-ILL}(P, vermut) = 8$ ($p^{**} = 0,022$). M-Vermutungen subsummieren die illokutionären Kräfte „vermuten“ und „vorhersagen“.

Tabelle 55: Sprecherabhängige Anzahl von M-behaupten, negierend

	Sprecher		Gesamt	p**
	P	T		
M-behaupten, negierend	26	10	36	0,008
Übrige M-Kategorien	1361	1370	2731	
Gesamt	1387	1380	2767	

Tabelle 55 zeigt die sprecherabhängige Anzahl von negierenden M-Behauptungen an.

Im Ergebnis zeigt sich, dass negierende M-Behauptungen häufiger durch Patienten realisiert werden: $N_{M-ILL}(T, beh-neg) = 10$ vs. $N_{M-ILL}(P, beh-neg) = 26$ ($p^{**} = 0,008$). Negierende M-Behauptungen subsummieren illokutionären Kräfte wie „widersprechen“ und „bestreiten“.

Tabelle 56: Sprecherabhängige Anzahl von M-argumentieren, negierend

	Sprecher		Gesamt	p**
	P	T		
M-argumentieren, negierend	32	16	48	0,021
Übrige M-Kategorien	1355	1364	2719	
Gesamt	1387	1380	2767	

Tabelle 56 zeigt die sprecherabhängige Anzahl von negierenden M-Argumentationen an.

Im Ergebnis zeigt sich, dass negierende M-Argumentationen tendenziell häufiger durch Patienten realisiert werden: $N_{M-ILL}(T, arg-neg) = 16$ vs. $N_{M-ILL}(P, arg-neg) = 32$ ($p^{**} = 0,021$). Negierende M-Argumentationen subsummieren illokutionären Kräfte wie „einwenden“.

Negierende M-Assertiva zeigen sich zusammengefasst häufiger beim Patienten, Vermutungen und Erinnerungen hingegen häufiger bei den Therapeuten. Die übrigen M-Assertiva fallen sprecherunabhängig aus.

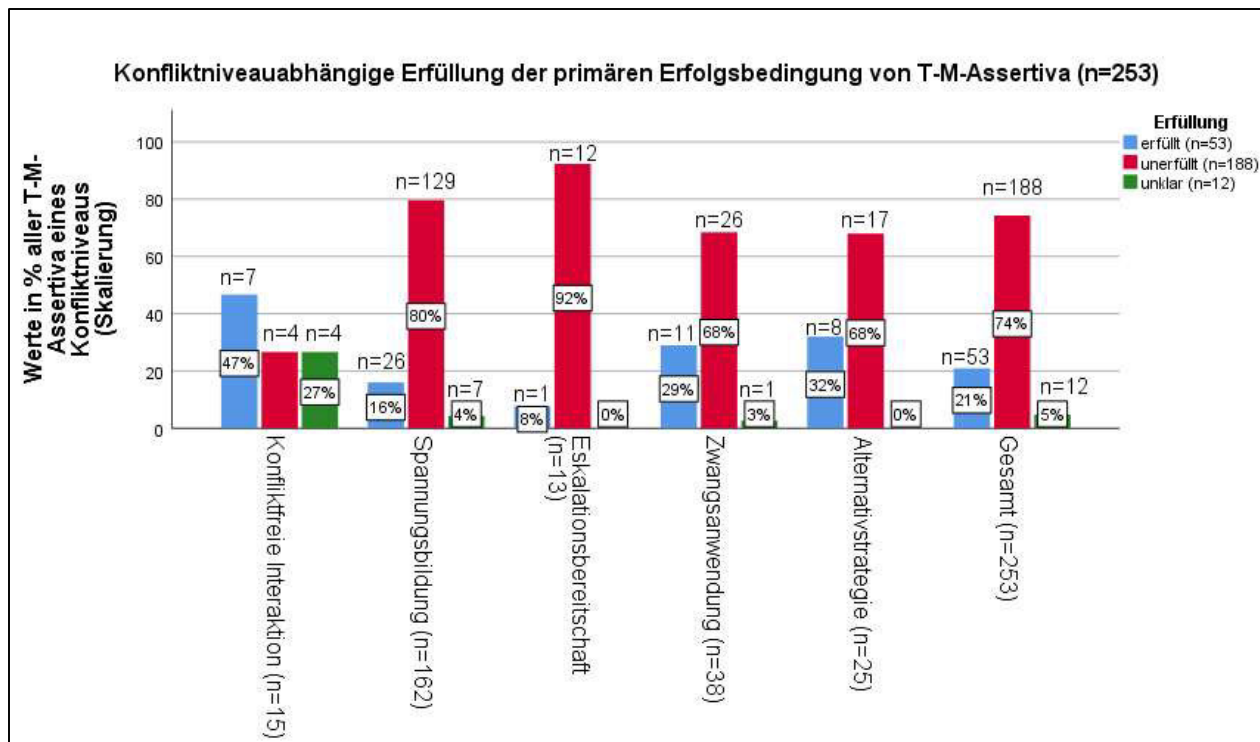


Diagramm 44: 2-stufiges Balkendiagramm mit den Variablen „Konfliktniveau“ V_{Kfl} und „primäre Erfolgsbedingung“ V_{PE} unter den Bedingungen, dass $V_{M-ST} = M\text{-Assertiv}$ und $V_S = T$.

Diagramm 44 zeigt den Zusammenhang der zwei Variablen „Konfliktniveau“ V_{Kfl} und „primäre Erfolgsbedingung“ V_{PE} unter der Bedingung, dass $V_{M-ST} = M\text{-Assertiv}$ und $V_S = T$. Die Skalierung erfolgte auf T-M-Assertiva eines Konfliktniveaus.

Konfliktniveauunabhängig zeigt sich, dass der Anteil von M-Assertiva mit unerfüllter primärer Erfolgsbedingung am höchsten ausfällt: $F_{M-ST(M-Ass)} | (V_{PE} = \text{unerfüllt}) = 74\%$ vs. $F_{M-ST(Ass)} | (V_{PE} = \text{erfüllt}) = 21\%$ vs. $F_{M-ST(M-Ass)} | (V_{PE} = \text{unklar}) = 5\%$.

Konfliktniveauabhängig zeigt sich, dass der Anteil von T-M-Assertiva mit erfüllter primärer Erfolgsbedingung bei konfliktfreien Interaktionen, Zwangsanzwendungen und Alternativstrategien am höchsten ausfällt: $F_{PE(erfüllt)}^{Konfliktfrei} | (V_{M-ST} = M\text{-Ass}) (V_S = T) = 47\%$, $F_{PE(erfüllt)}^{Alternativstrategie} | (V_{M-ST} = M\text{-Ass}) (V_S = T) = 32\%$ und $F_{PE(erfüllt)}^{Zwangsanzwendung} | (V_{M-ST} = M\text{-Ass}) (V_S = T) = 29\%$. Die Rate an M-Assertiva mit erfüllter primärer Erfolgsbedingung fällt bei den übrigen Konfliktniveaus niedriger aus: $F_{PE(erfüllt)}^{Spannungsbildung} | (V_{M-ST} = M\text{-Ass}) (V_S = T) = 16\%$ und $F_{PE(erfüllt)}^{Eskalationsbereitschaft} | (V_{M-ST} = M\text{-Ass}) (V_S = T) = 8\%$.

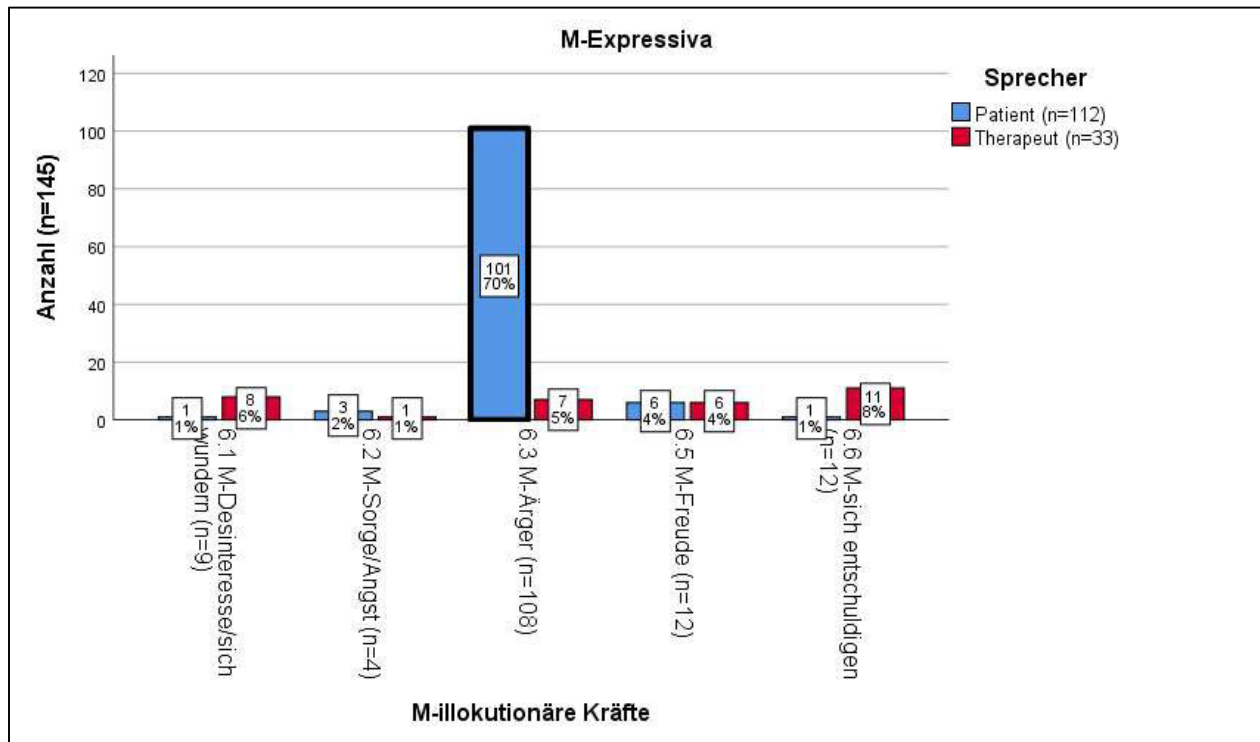


Diagramm 45: 2-stufiges Balkendiagramm mit den Variablen „M-Expressiva“ $V_{M-ILL}^{M-ST=Exp}$ und „Sprecher“ V_S

Diagramm 45 zeigt die zweidimensionale absolute Häufigkeitsverteilung der Variablen „M-Expressiva“ $V_{M-ILL}^{M-ST=Exp}$ und „Sprecher“ V_S an. Die Skalierung erfolgte auf die M-Stammkategorie „M-Expressiva“ (n = 145 Sprechakte).

Das Relevanzkriterium von 14 Sprechakten pro Sprecher wird nur bei „P-M-Ärger-ausdrücken“ erreicht.

Im Ergebnis zeigt sich, dass die M-Kategorie „Ärger ausdrücken“ 70% aller M-Expressiva ausmacht. M-Expressiva kommen viel häufiger beim Patienten als beim Therapeuten vor ($p^{**} < 0,001$).

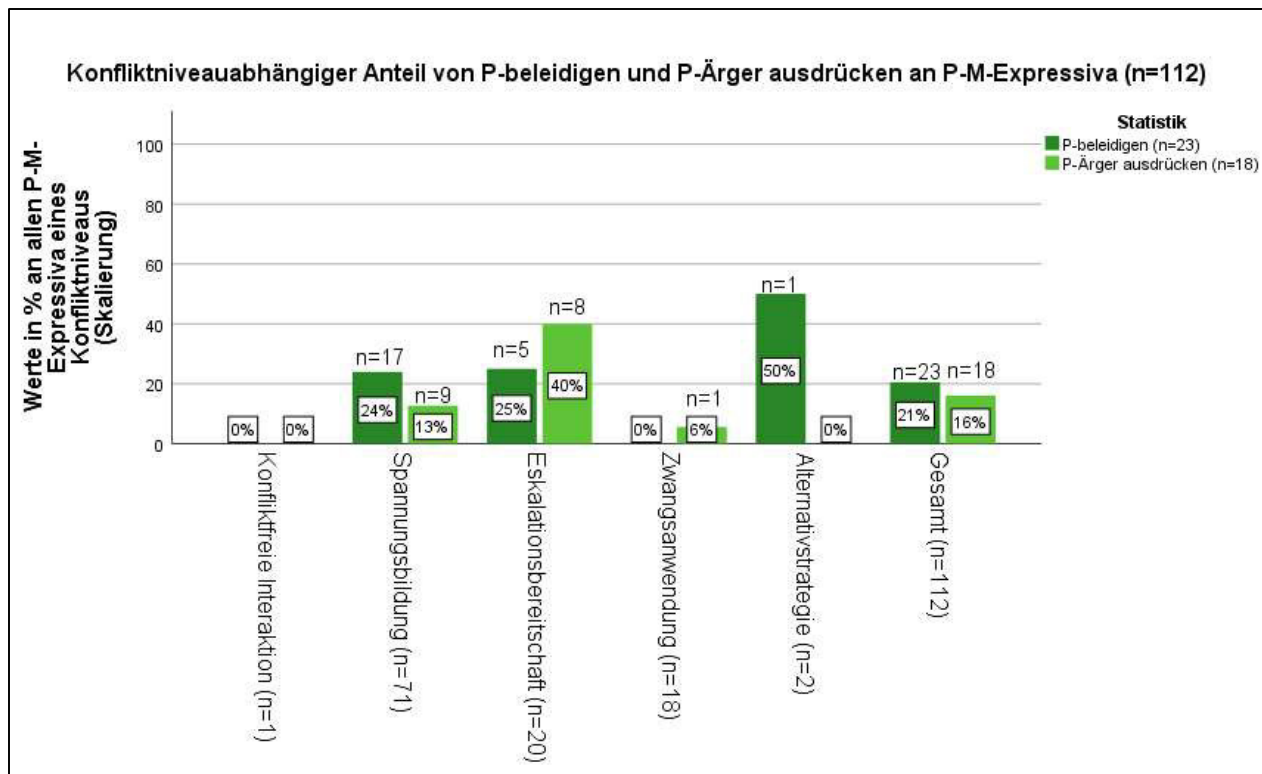


Diagramm 46: 2-stufiges Balkendiagramm mit den Variablen „Konfliktniveau“ V_{Kf} und „illokutionäre Kraft“ V_{ILL} = „beleidigen“ oder „Ärger ausdrücken“ unter der Bedingung, dass $V_S = P$.

Diagramm 46 zeigt den Zusammenhang der zwei Variablen „Konfliktniveau“ V_{Kf} und „illokutionäre Kraft“ V_{ILL} unter der Bedingung, dass $V_S = P$. Die Skalierung erfolgte auf P-M-Expressiva eines Konfliktniveaus, die Gewichtung auf P-M-Expressiva (n=112).

Im Ergebnis zeigt sich, dass P-beleidigen und P-Ärger ausdrücken konfliktniveauabhängig 21% respektive 16% aller P-M-Expressiva ausmachen: $N_{ILL}(P, \text{beleidigen}) = 23$ und $N_{ILL}(P, \text{Ärger}) = 18$.

Konfliktniveauabhängig zeigt sich, dass der Anteil von P-Ärger ausdrücken an den P-M-Expressiva von der Spannungsbildung zur Eskalationsbereitschaft hin ansteigt: $F_{P, \text{Ärger ausdrücken}}^{Spannungsbildung} | (V_{M-ST} = \text{Exp}) = 13\%$ vs. $F_{P, \text{Ärger ausdrücken}}^{Eskalationsbereitschaft} | (V_{M-ST} = \text{Exp}) = 40\%$. Der Anteil von P-beleidigen verändert sich nicht: $F_{P, \text{beleidigen}}^{Spannungsbildung} | (V_{M-ST} = \text{Exp}) = 24\%$ vs. $F_{P, \text{beleidigen}}^{Eskalationsbereitschaft} | (V_{M-ST} = \text{Exp}) = 25\%$. Bei den anderen Konfliktniveaus unterschreiten P-beleidigen und P-Ärger ausdrücken das Relevanzkriterium.

Tabelle 57: Kreuztabelle Spannungsbildung/Eskalationsbereitschaft und P-beleidigen/P-ärger

			P-beleidigen + P-ärger vs. übrige P-Akte		Gesamt
			P-beleidigen + P-ärger	Übrige P-Akte	
Konfliktniveau	Übrige Konfliktniveaus	Anzahl	2	354	356
		Anteil innerhalb der P-Akte eines Konfliktniveaus	0,6%	99,4%	100%
		Anteil innerhalb Konfliktniveau	4,9%	26,3%	25,7%
		Anteil innerhalb aller P-Akte	0,1%	25,5%	25,7%
	Spannungsbildung + Eskalationsbereitschaft	Anzahl	39	992	1031
		Anteil innerhalb der P-Akte eines Konfliktniveaus	3,8%	96,2%	100%
		Anteil innerhalb Konfliktniveau	95,1%	73,7%	74,3%
		Anteil innerhalb aller P-Akte	2,8%	71,5%	74,3%
Gesamt		Anzahl	41	1346	1387
		Anteil innerhalb der P-Akte eines Konfliktniveaus	3%	97%	100%
		Anteil innerhalb Konfliktniveau	100%	100%	100%
		Anteil innerhalb aller P-Akte	3%	97%	100%

Tabelle 57 zeigt das konfliktniveauabhängige Auftreten von P-beleidigen und P-Ärger ausdrücken an. Bei vorliegender Spannungsbildung und Eskalationsbereitschaft (Entscheidungsphasen für Zwang oder Alternativstrategie) zeigt sich ein höherer Anteil an P-beleidigen und P-Ärger ausdrücken im Vergleich zu den anderen Konfliktniveaus (3.8% vs. 0.6%, $p^{**} = .002$).

Kommissiva

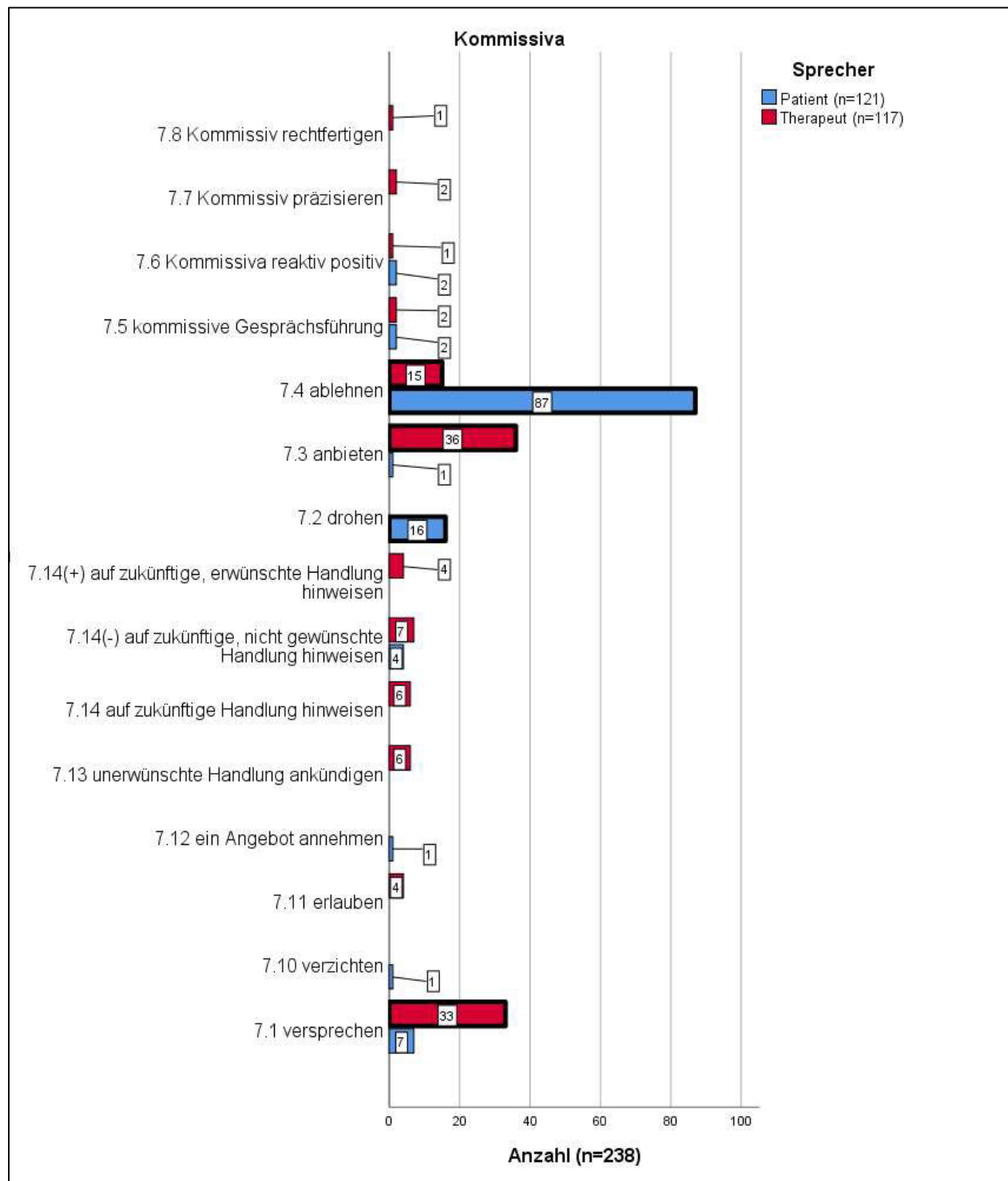


Diagramm 47: 2-stufiges Balkendiagramm mit den Variablen „Kommissiva“ $V_{ILL}^{ST=K}$ und „Sprecher“ V_s

Diagramm 47 zeigt die zweidimensionale absolute Häufigkeitsverteilung der Variablen „Kommissiva“ $V_{ILL}^{ST=Kom}$ und „Sprecher“ V_S an.

Das Relevanzkriterium von 14 Sprechakten pro Sprecher wird nur bei „ablehnen“, „P-drohen“, „T-anbieten“ und „T-versprechen“ erreicht.

Im Ergebnis zeigt sich, dass Kommissiva sprecherunabhängig realisiert werden: $N_{ST(T, Kom)} = 117$ vs. $N_{ST(P, Kom)} = 121$. Auf Ebene der Illokutionen können aber Unterschiede aufgezeigt werden. Negative Kommissiva wie Drohen und Ablehnen sind häufiger auf Seiten der Patienten zu finden ($N_{ILL(T, ablehnen)} = 15$ vs. $N_{ILL(P, ablehnen)} = 87$ und $N_{ILL(T, drohen)} = 0$ vs. $N_{ILL(P, drohen)} = 16$), Versprechungen und Angebote hingegen häufiger beim Therapeuten ($N_{ILL(T, anbieten)} = 36$ vs. $N_{ILL(P, anbieten)} = 1$ und $N_{ILL(T, versprechen)} = 33$ vs. $N_{ILL(P, versprechen)} = 7$).

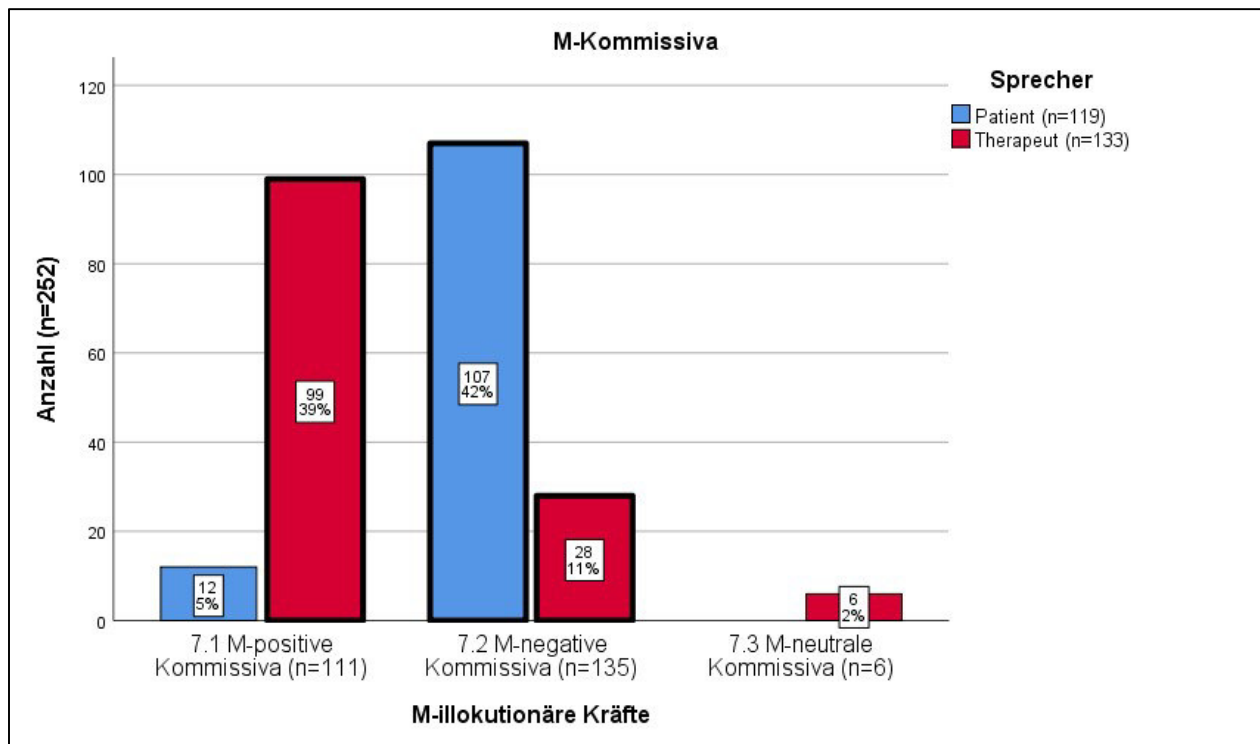


Diagramm 48: 2-stufiges Balkendiagramm mit den Variablen „M-Kommissiva“ $V_{M-ILL}^{M-ST=Kom}$ und „Sprecher“ V_S

Diagramm 48 zeigt die zweidimensionale absolute Häufigkeitsverteilung der Variablen „M-Kommissiva“ $V_{M-ILL}^{M-ST=Kom}$ und „Sprecher“ V_S an.

Positive M-Kommissiva entsprechen einer Selbstverpflichtung auf Ziele, die sich der Adressat wünscht bzw. die im Interesse des Adressaten sind. Negative M-Kommissiva hingegen entsprechen einer Selbstverpflichtung auf Ziele, die nicht im Interesse des Adressaten sind.

Das Relevanzkriterium von 14 Sprechakten pro Sprecher wird nur bei „negativen M-Kommissiva“ und „T-M-Kommissiva positiv“ erreicht.

Im Ergebnis zeigt sich, dass M-Kommissiva sprecherunabhängig realisiert werden: $N_{M-ST}(T, Kom) = 133$ vs. $N_{M-ST}(P, Kom) = 119$. Negative M-Kommissiva allerdings kommen häufiger beim Patienten vor ($N_{M-ILL}(T, Kom\ neg) = 28$ vs. $N_{M-ILL}(P, Kom\ neg) = 107$), positive M-Kommissiva häufiger beim Therapeuten ($N_{M-ILL}(T, Kom\ pos) = 99$ vs. $N_{M-ILL}(P, Kom\ pos) = 12$).

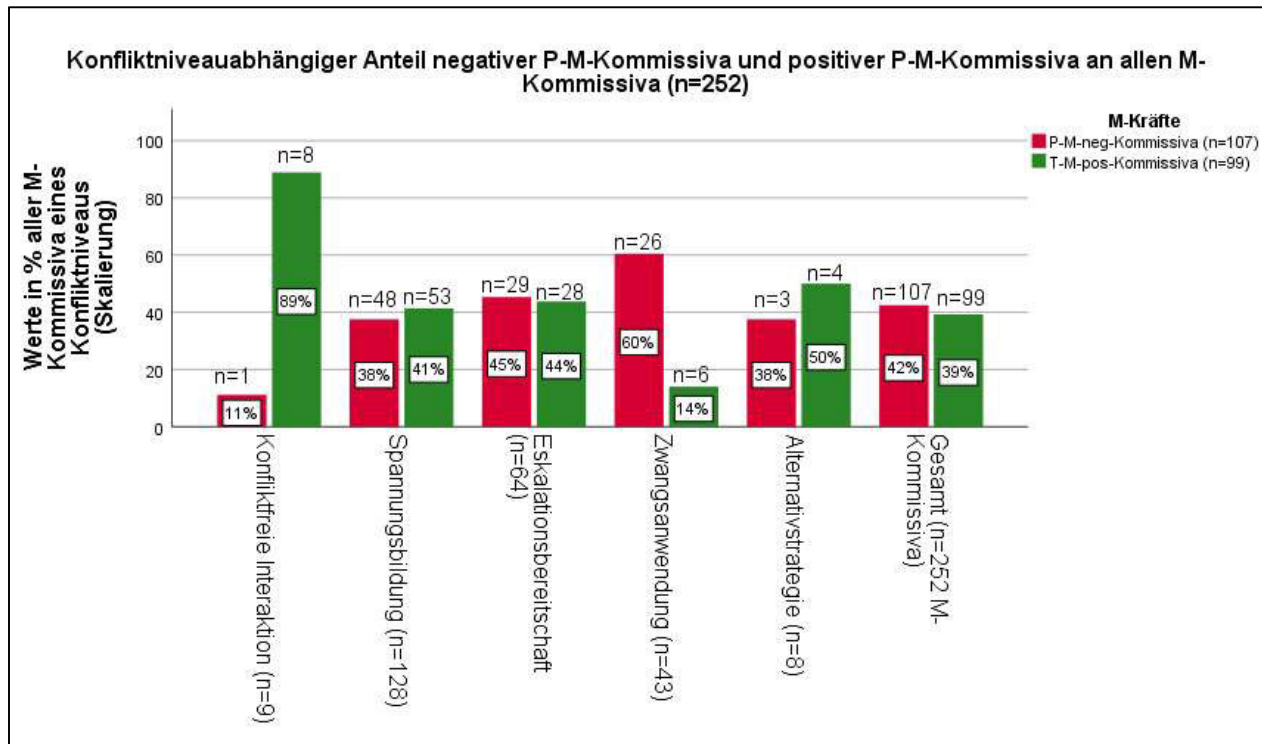


Diagramm 49: 2-stufiges Balkendiagramm mit den Variablen „Konfliktniveau“ V_{Kfl} und „M-illokutionäre Kraft“ V_{M-ILL} = „negatives M-Kommissiv“ | $V_S = P$ und „positives M-Kommissiv“ | $V_S = T$

Diagramm 49 zeigt den Zusammenhang der Variablen „Konfliktniveau“ V_{Kfl} und „M-illokutionäre Kraft“ V_{M-ILL} = „negatives M-Kommissiv“ | $V_S = P$ und „positives M-Kommissiv“ | $V_S = T$. Die Skalierung erfolgte auf M-Kommissiva eines Konfliktniveaus, die Gewichtung auf M-Kommissiva ($n=252$).

Konfliktniveauabhängig zeigt sich, dass der Anteil von negativen P-M-Kommissiva von der konfliktfreien Interaktion zur Zwangsanzwendung hin ansteigt: $F_{P, negatives Kommissiv}^{konfliktfreie Interaktion} | (V_{M-ST} = Kom) = 11\%$ vs. $F_{P, negatives Kommissiv}^{Spannungsbildung} | (V_{M-ST} = Kom) = 38\%$ vs. $F_{P, negatives Kommissiv}^{Eskalationsbereitschaft} | (V_{M-ST} = Kom) = 45\%$ vs. $F_{P, negatives Kommissiv}^{Zwangsanzwendung} | (V_{M-ST} = Kom) = 60\%$. Der Anteil positiver T-M-Kommissiva sinkt demgegenüber mit ansteigendem Konfliktniveau: $F_{T, positives Kommissiv}^{konfliktfreie Interaktion} | (V_{M-ST} = Kom) = 89\%$ vs. $F_{T, positives Kommissiv}^{Spannungsbildung} | (V_{M-ST} = Kom) = 41\%$ vs. $F_{T, positives Kommissiv}^{Eskalationsbereitschaft} | (V_{M-ST} = Kom) = 44\%$ vs. $F_{T, positives Kommissiv}^{Zwangsanzwendung} | (V_{M-ST} = Kom) = 14\%$.

Tabelle 58: Konfliktniveauabhängiges Auftreten von T-versprechen

Spannungsbildung_Eskalationsbereitschaft * T_versprechen_vs_Rest Kreuztabelle				
		T_versprechen_vs_Rest		Gesamt
		Rest	T7.1 versprechen	
Übrige Konfliktniveaus	Anzahl	356	2	358
	% innerhalb von Spannungsbildung_Eskalationsbereitschaft	99,4%	0,6%	100%
	% innerhalb von T_versprechen_vs_Rest	26,4%	6,1%	25,9%
	% der Gesamtzahl	25,8%	0,1%	25,9%
Spannungsbildung + Eskalationsbereitschaft	Anzahl	991	31	1022
	% innerhalb von Spannungsbildung_Eskalationsbereitschaft	97,0%	3,0%	100%
	% innerhalb von T_versprechen_vs_Rest	73,6%	93,9%	74,1%
	% der Gesamtzahl	71,8%	2,2%	74,1%
Gesamt	Anzahl	1347	33	1380
	% innerhalb von Spannungsbildung_Eskalationsbereitschaft	97,6%	2,4%	100%
	% innerhalb von T_versprechen_vs_Rest	100%	100%	100%
	% der Gesamtzahl	97,6%	2,4%	100%

Tabelle 58 zeigt das konfliktniveauabhängige Auftreten von T-Versprechen an. Es zeigt sich ein höheres Vorkommen von T-Versprechen bei Spannungsbildung und Eskalationsniveau im Vergleich zu den anderen Konfliktniveaus (3% vs. 0.6%, $p = .008$). Bei Zwangsanwendungen und Alternativstrategien wird das Relevanzkriterium unterschritten. Dieser Befund bestätigt sich auch auf Ebene der Stammkraftfamilie (Kommissiva, siehe Diagramm 23).

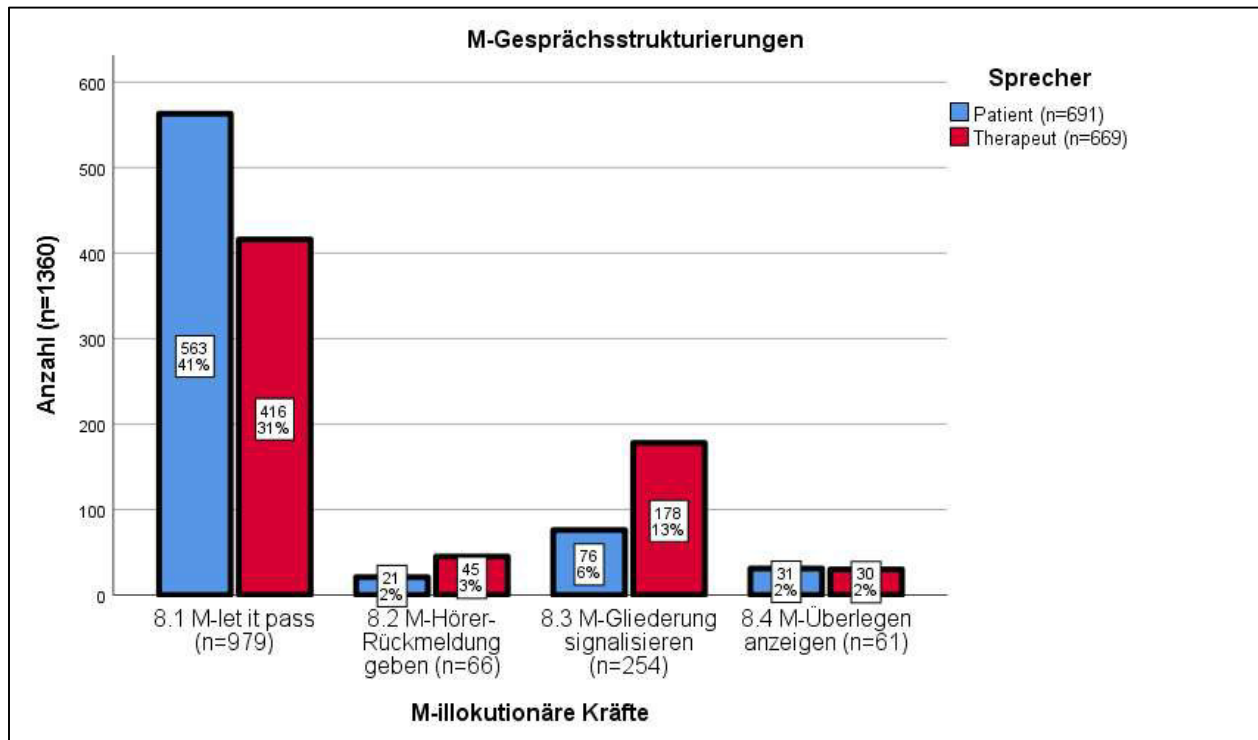


Diagramm 50: 2-stufiges Balkendiagramm mit den Variablen „M-Gesprächsstrukturierungen“ $V_{M-ILL}^{M-ST=Ges}$ und „Sprecher“ V_S

Diagramm 50 zeigt die zweidimensionale absolute Häufigkeitsverteilung der Variablen „M-Gesprächsstrukturierungen“ $V_{M-ILL}^{M-ST=Ges}$ und „Sprecher“ V_S an. Die Gewichtung erfolgte auf M-Gesprächsstrukturierungen (n=1360).

„Hörer-Rückmeldung geben“ entspricht einer M-Gesprächsstrukturierung, wohingegen „Hörer-Rückmeldung fordern“ einem M-Direktiv entspricht.

Das Relevanzkriterium von 14 Sprechakten pro Sprecher wird bei allen „M-Gesprächsstrukturierungen“ erreicht.

Im Ergebnis zeigt sich, dass M-Gesprächsstrukturierungen sprecherunabhängig realisiert werden: $N_{M-ST(T, Ges)} = 669$ vs. $N_{M-ST(P, Ges)} = 691$.

Tabelle 59: Sprecherabhängige Anzahl von M-LIP

	Sprecher		Gesamt
	P	T	
M-LIP	563	416	979
Übrige Akte	824	964	1788
Gesamt	1387	1380	2767

Tabelle 59 zeigt die sprecherabhängige Anzahl von M-LIP an.

Im Ergebnis zeigt sich, dass M-LIP häufiger durch Patienten realisiert werden: $N_{M-ILL(T, LIP)} = 416$ vs. $N_{M-ILL(P, vermut)} = 563$ ($p^{**} < 0,001$).

Tabelle 60: Sprecherabhängige Anzahl von M-Gliederung-signalisieren

	Sprecher		Gesamt
	P	T	
M-Gliederung signalisieren	76	178	254
Übrige Akte	1311	1202	2513
Gesamt	1387	1380	2767

Tabelle 60 zeigt die sprecherabhängige Anzahl von M-Gliederung-signalisieren an.

Im Ergebnis zeigt sich, dass M-LIP häufiger durch Therapeuten realisiert werden: $N_{M-ILL(T, Glied sig)} = 178$ vs. $N_{M-ILL(P, Glied sig)} = 76$ ($p^{**} < 0,001$).

Tabelle 61: Sprecherabhängige Anzahl von M-Hörerrückmeldung-geben

	Sprecher		Gesamt
	P	T	
M-Hörerrückmeldung geben	21	45	66
Übrige Akte	1366	1335	2701
Gesamt	1387	1380	2767

Tabelle 61 zeigt die sprecherabhängige Anzahl von M-Hörerrückmeldung-geben an.

Im Ergebnis zeigt sich, dass M-Hörerrückmeldungen häufiger durch Therapeuten realisiert werden: $N_{M-ILL} (T, HRM \text{ geb}) = 45$ vs. $N_{M-ILL} (P, HRM \text{ geb}) = 21$ ($p^{**} = 0,003$).

Auch Hörer-Rückmeldungen fordern wird häufiger durch Therapeuten angewandt (siehe Diagramm 36).

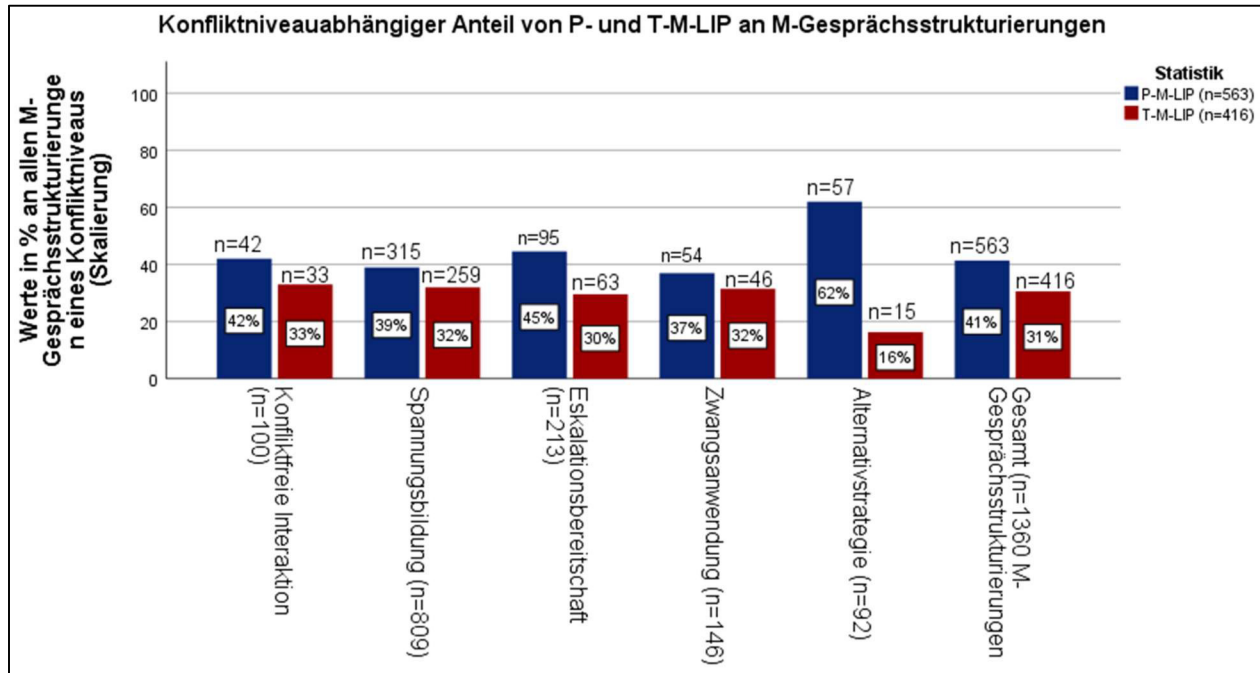


Diagramm 51: 2-stufiges Balkendiagramm mit den Variablen „Konfliktniveau“ V_{Kfl} und „M-illokutionäre Kraft“ $V_{M-ILL} = „LIP“ | V_S = P$ und „LIP“ | $V_S = T$

Diagramm 51 zeigt den Zusammenhang der Variablen „Konfliktniveau“ V_{Kfl} und „M-illokutionäre Kraft“ $V_{M-ILL} = „LIP“ | V_S = P$ und „LIP“ | $V_S = T$. Die Skalierung erfolgte auf M-Gesprächsstrukturierungen eines Konfliktniveaus, die Gewichtung auf M-Gesprächsstrukturierungen ($n=1360$).

Konfliktniveauabhängig zeigt sich, dass der Anteil von P-M-LIP bei vorliegender Alternativstrategie im Vergleich zu den anderen Konfliktniveaus (insbesondere Zwangsanwendungen) am höchsten ausfällt: $F_{P, LIP}^{Alternativstrategie} | (V_{M-ST} = \text{Ges}) = 62\%$ vs. $F_{P, LIP}^{Zwangsanwendung} | (V_{M-ST} = \text{Ges}) = 37\%$ (Anteil P-LIP bei Alternativstrategien vs. übrige Konfliktniveaus $p^{**} = .001$). Gegenteilig verhält es sich beim Therapeuten: $F_{T, LIP}^{Alternativstrategie} | (V_{M-ST} = \text{Ges}) = 16\%$ vs. $F_{T, LIP}^{Zwangsanwendung} | (V_{M-ST} = \text{Ges}) = 32\%$.

Werden die Anteile von T-Gesprächsstrukturierungen in konfliktfreien Interaktionen gegen alle anderen Konfliktniveaus getestet, zeigt sich ein statistisch signifikanter Unterschied (Anteil T-Gesprächsstrukturierungen in konfliktfreien Interaktionen vs. Anteil T-Gesprächsstrukturierungen in allen anderen Konfliktniveaus $p^{**} = .043$).

Diese Befunde können bei auch Einzelszenen erhoben werden, bei denen Alternativstrategien zum Einsatz kommen (Teilszene 13.3 und 14.6):

Tabelle 62: Teilszenenabhängige Anteile von LIP am Sprechaktkorpus in Szene 13

	Szene 13		Szene 13.3	
	Patient	Therapeut	Patient	Therapeut
Häufigkeit der Akte inkl. LIP	101	98	37	36
Häufigkeit LIP	49	22	21	6
Häufigkeit der Akte ohne LIP	52	76	16	30
Anteil LIP	49%	22%	57%	17%
Anteil der Akte ohne LIP (gerundet)	51%	78%	43%	83%

Tabelle 62 zeigt die teilszenenabhängigen Anteile von LIP am Sprechaktkorpus von Szene 13 und Teilszene 13.3 an.

Im Ergebnis zeigt sich, dass der Anteil von T-LIP in Teilszene 13.3 (Erprobung Hilfs-Ich-Strategie) niedriger ausfällt als in der Gesamtszene 13: $F_{M-ILL(T, LIP)}^{Teilszene\ 13.3} = 17\%$ vs. $F_{M-ILL(T, LIP)}^{Szene\ 13} = 22\%$.

Tabelle 63: Teilszenenabhängige Anteile von LIP am Sprechaktkorpus in Szene 14

	Szene 14		Szene 14.6	
	Patient	Therapeut	Patient	Therapeut
Häufigkeit der Akte inkl. LIP	217	217	74	75
Häufigkeit LIP	75	83	40	18
Häufigkeit der Akte ohne LIP	142	134	34	57
Anteil LIP	35%	38%	54%	24%
Anteil der Akte ohne LIP (gerundet)	65%	62%	46%	76%

Tabelle 63 zeigt die teilszenenabhängigen Anteile von LIP am Sprechaktkorpus von Szene 14 und Teilszene 14.6 an.

Im Ergebnis zeigt sich, dass der Anteil von T-LIP in Teilszene 14.6 (Erprobung Hilfs-Ich-Strategie) höher ausfällt als in der Gesamtszene 14: $F_{M-ILL(T, LIP)}^{Teilszene\ 14.6} = 24\%$ vs. $F_{M-ILL(T, LIP)}^{Szene\ 14} = 38\%$.

Werden die Anteile von T-Gesprächsstrukturierungen in konfliktfreien Interaktionen gegen alle anderen Konfliktniveaus getestet, zeigt sich ein statistisch signifikanter Unterschied (Anteil T-Gesprächsstrukturierungen in konfliktfreien Interaktionen vs. Anteil T-Gesprächsstrukturierungen in allen anderen Konfliktniveaus $p^{**} = .043$).

3.4.2. Duale Short-Term-Interaktionen

Relevante Short-Term-Interaktionen

Tabelle 64: Vergleich zwischen M-Schema (Illokutionen), Stammkraftfamilien und Illokutionen (jeweils Ausgangsschema)

	M-Schema	Ausgangsschema	
		Stammkraftfamilien	Illokutionen
Interaktionshäufigkeit	2790		
Relevanzkriterium (mind. 1% aller Interaktionen)	28 Interaktionen		
Anzahl relevanter Interaktionen	1232	2209	425
Anteil relevanter Interaktionen (gerundet)	44%	79%	15%
Anzahl relevanter Interaktionen ohne LIP respektive gesprächsstrukturierende Akte (Stammkräfte)	0	161	0
Anteil relevanter Interaktionen ohne LIP respektive gesprächsstrukturierender Akte (gerundet)	0%	6%	0%

Tabelle 64 zeigt, dass der Anteil relevanter Interaktionen von der Körnigkeit des Klassifikationsschemas abhängt. Je gröber ein Klassifikationsschema Illokutionen differenziert, desto höher fällt der Anteil relevanter Interaktionen aus (Stammkraftfamilien 79%, M-Schema 44% und Illokutionen des Ausgangsschemas 15%). Signifikant vorkommende Interaktionen ohne LIP kommen ausschließlich bei den Stammkraftfamilien vor. Der Anteil relevanter Illokutionen fällt im Vergleich zu den Einzelszenen erheblich geringer aus (siehe Anhang, Einzelszenenratings).

Tabelle 65: Relevante Interaktionen und deren Häufigkeiten

Start-Kennung	Ziel-Kennung	Häufigkeit	Anteil
5 T Assertiva	8 P Gesprächsstruktur	223	8,0%
8 P Gesprächsstruktur	5 T Assertiva	223	8,0%
5 P Assertiva	8 T Gesprächsstruktur	203	7,3%
8 T Gesprächsstruktur	5 P Assertiva	183	6,6%
8 P Gesprächsstruktur	3 T Direktiva	172	6,2%
3 T Direktiva	8 P Gesprächsstruktur	165	5,9%
8 T Gesprächsstruktur	8 P Gesprächsstruktur	117	4,2%
8 P Gesprächsstruktur	8 T Gesprächsstruktur	104	3,7%
8 T Gesprächsstruktur	3 P Direktiva	86	3,1%
8 P Gesprächsstruktur	7 T Kommissiva	82	2,9%
6 P Expressiva	8 T Gesprächsstruktur	78	2,8%
7 P Kommissiva	8 T Gesprächsstruktur	73	2,6%
7 T Kommissiva	8 P Gesprächsstruktur	73	2,6%
8 T Gesprächsstruktur	6 P Expressiva	72	2,6%
8 T Gesprächsstruktur	7 P Kommissiva	64	2,3%
3 P Direktiva	8 T Gesprächsstruktur	60	2,2%
5 T Assertiva	5 P Assertiva	51	1,8%
3 T Direktiva	5 P Assertiva	42	1,5%
6 T Expressiva	8 P Gesprächsstruktur	38	1,4%
5 P Assertiva	3 T Direktiva	36	1,3%
5 P Assertiva	5 T Assertiva	32	1,1%
8 P Gesprächsstruktur	6 T Expressiva	32	1,1%

Tabelle 65 zeigt sprecherabhängig alle Interaktionen auf Ebene der Stammkraftfamilien an, die in mindestens 1% der Fälle (28 Sprechakte) auftreten und damit das Relevanzkriterium erfüllen. Relevante Interaktionen beinhalten in den meisten Fällen Gesprächsstrukturierungen. Das heißt, dass Interaktionen mehrheitlich ohne Sprecherwechsel erfolgen, da die häufigste Illokution der gesprächsstrukturierenden Akte LIP entspricht (siehe Diagramm 50). Hörer machen also nicht immer von ihrem Rederecht Gebrauch, sondern lassen den Sprecher gleichsam „passieren“. Bei

vorliegender Zwangsanwendung verringert sich der Anteil an T-LIP im Vergleich zu niedrig-gra-
digeren Eskalationsniveaus (siehe Diagramm 50).

Dominante P-Nachfolgeprozesse

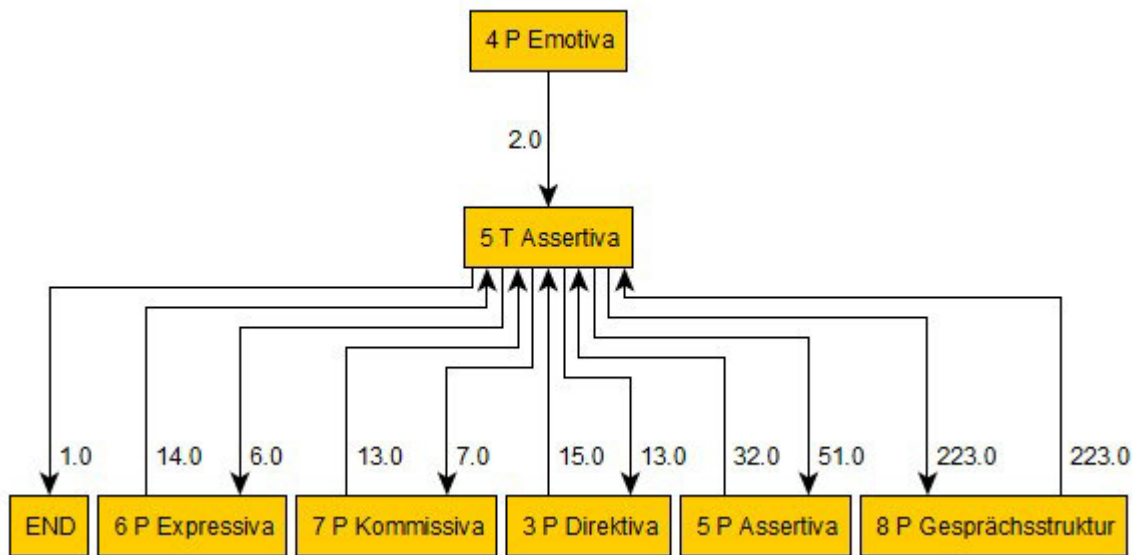


Diagramm 52: Nachbarschaft T-Assertiva

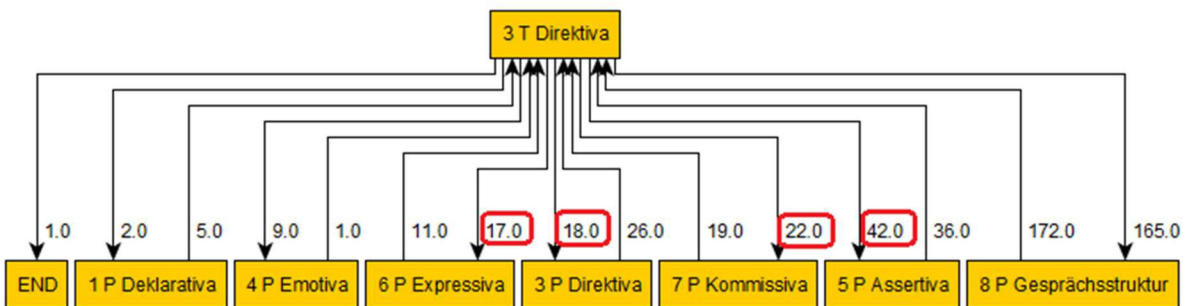


Diagramm 53: Nachbarschaft von T-Direktiva

Die Diagramme 52 und 53 zeigen die illokutionäre Nachbarschaft von T-Assertiva und T-Direktiva an, den einzigen T-Stammkraftfamilien, bei denen 28 Nachfolge-Akte einer identischen P-Stammkraftfamilie zu beobachten sind. Die häufigsten Nachfolge-Akte entsprechen P-Assertiva, alle anderen P-Stammkraftfamilien mit Ausnahme der Gesprächsstrukturierungen kommen in weniger als 1% aller Interaktionen vor.

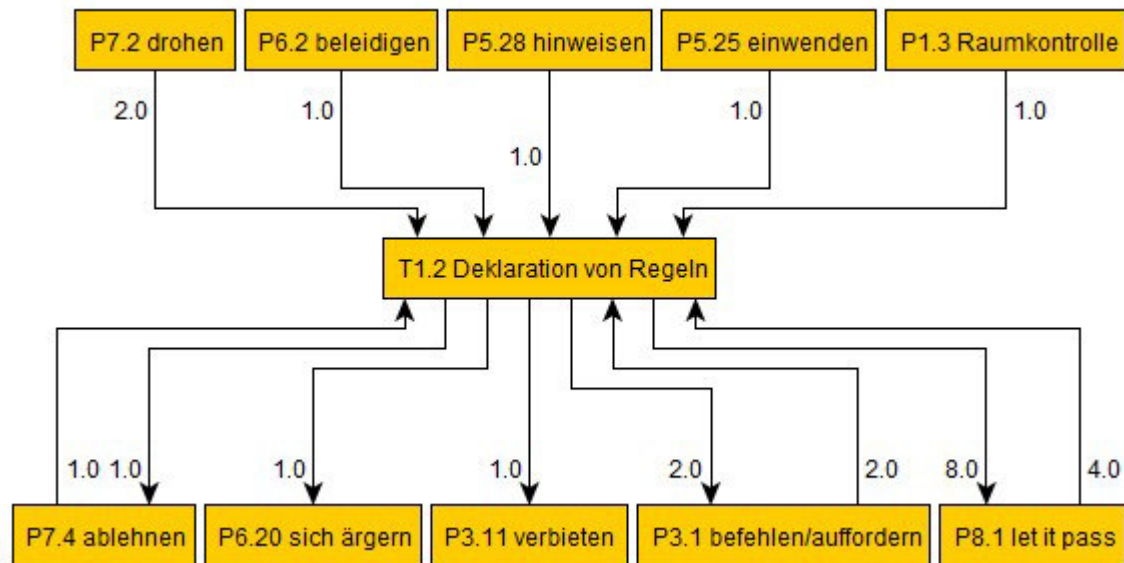


Diagramm 54: Nachbarschaft von T-Deklaration von Regeln

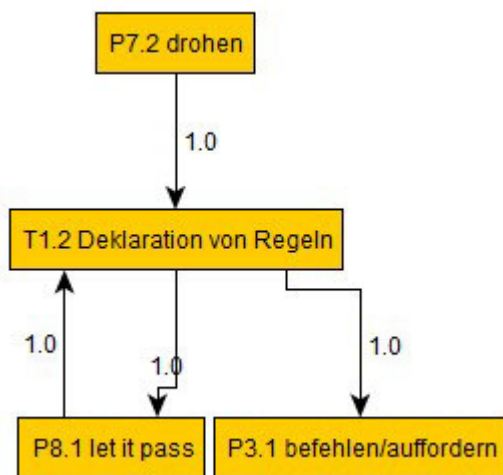


Diagramm 55: Nachbarschaft von T-Deklaration von Regeln, Szene 12

Das Diagramm 54 zeigt die illokutionäre Nachbarschaft von T-Regel-Deklarationen an.

Im Ergebnis zeigt sich, dass das Deklarieren von Regeln, was üblicherweise den Stationsfrieden bewahren soll, P-LIP oder P-Widerstand hervorruft. Dieser Befund bestätigt sich in Szene 12 (siehe Diagramm 55). Der Drohung des Patienten wird die Deklaration einer Regel entgegengesetzt, was der Patient wiederum passieren lässt oder mit einer Aufforderung quittiert.

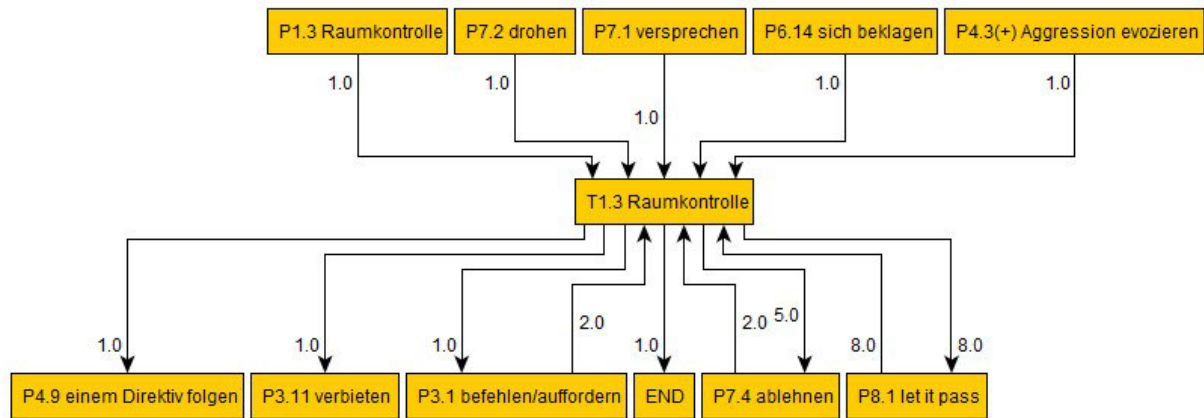


Diagramm 56: Illokutionäre Nachbarschaft von T-Raumkontrolle

Das Diagramm 56 zeigt die illokutionäre Nachbarschaft von T-Raumkontrolle an. P-Reaktionen umfassen neben P-LIP vor allem ablehnende Illokutionen. Dieser Befund bestätigt sich in Szene 11 (siehe Anhang, Diagramm A360).

Dominante T-Nachfolgeprozesse

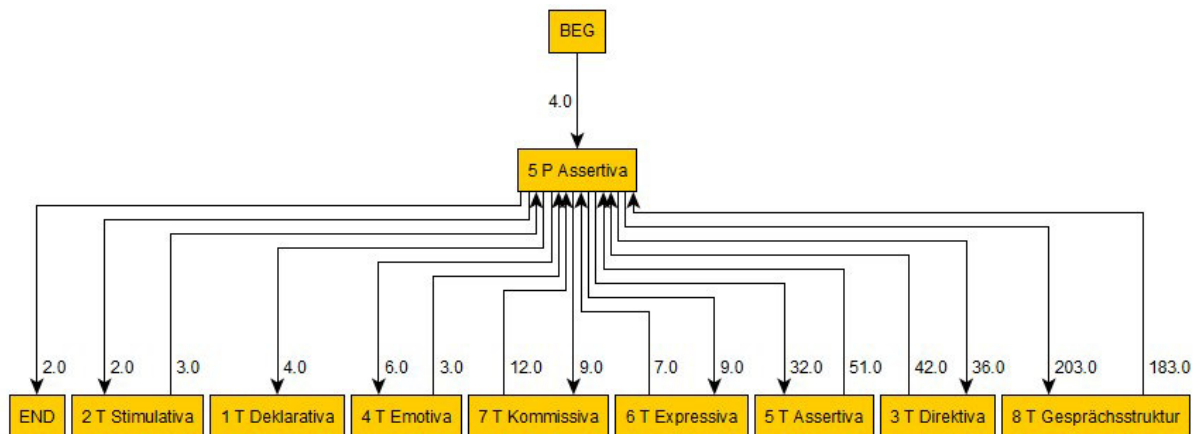


Diagramm 57: Nachbarschaft von P-Assertiva

Diagramm 57 zeigt die illokutionäre Nachbarschaft von P-Assertiva an. Relevante T-Nachfolgeprozesse finden sich in T-Assertiva und T-Direktiva. Alle anderen T-Stammkraftfamilien mit Ausnahme der Gesprächsstrukturierungen kommen in weniger als 1% aller Interaktionen vor.

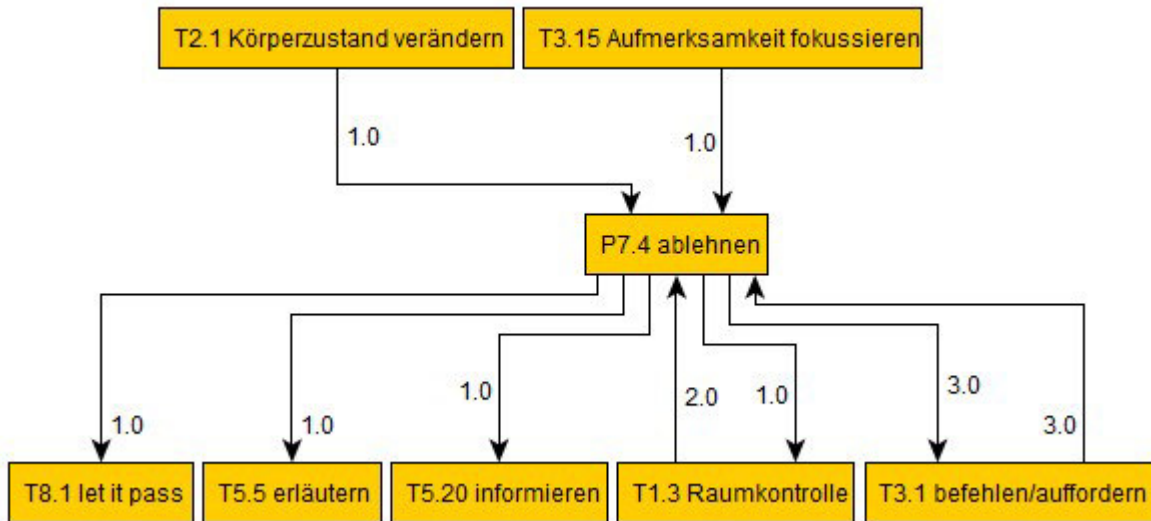


Diagramm 58: Nachbarschaft von P-ablehnen, Szene 11

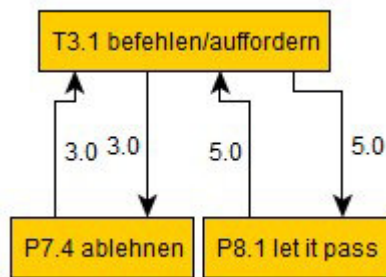


Diagramm 59: Nachbarschaft von T-auffordern, Szene 11

Die Diagramme 58 und 59 entstammen Szene 11, in der es zur Fixierung einer Patientin kommt, die sich nicht glaubhaft von selbstverletzendem Verhalten distanzieren kann. Charakteristisch an der Szene ist der Umstand, dass sich die Patientin ausschließlich nonverbal zu verstehen gibt.

Diagramm 58 zeigt die Nachbarschaft von P-ablehnen an. P-ablehnen entspricht neben P-einem Direktiv folgen sowie Eigen- und Fremdgefährdung einer P-Illokution, die das Relevanzkriterium erfüllt und nicht P-LIP entspricht. Die häufigste Reaktion auf P-ablehnen besteht in T-Aufforderungen. Diagramm 59 zeigt, dass T-Aufforderungen nicht nur Reaktionen auf P-ablehnen sind, sondern ihnen auch vorausgehen. Weitere vorausgehende Illokutionen von T-auffordern außer P-LIP lassen sich nicht zeigen. P-ablehnen und T-auffordern präsentieren sich in dieser Szene als tit-for-tat-Sequenz.

3.4.3. Hypothesen

Basierend auf den obigen Ergebnissen können folgende explorative Arbeitshypothesen expliziert werden.

1. *Graph-editor*

- 1.1. Die häufigste Stammkraftfamilie in Interaktionen wird durch Gesprächsstrukturierungen repräsentiert (siehe Tabelle 65). Das heißt, ein großer Anteil der Interaktionen beruht darauf, dass die Akteure ihre Akte wechselseitig koordinieren, sei es durch abwartendes LIP, durch Sprecherwechsel oder ähnliches.
- 1.2. Dominante P-Nachfolgeprozesse umfassen überwiegend P-Assertiva (siehe Diagramme 52-53).
- 1.3. Dominante T-Nachfolgeprozesse umfassen überwiegend T-Assertiva und T-Direktiva (siehe Diagramm 57).
- 1.4. Wenn P-ablehnen mittels T-auffordern quittiert wird (tit-for-tat), dann kann dies zur Eskalation einer PGS beitragen (siehe Graph 58).
- 1.5. Wenn Therapeuten Regeln deklarieren, die üblicherweise den Stationsfrieden bewahren sollen, dann ist mit P-LIP oder P-Widerstand zu rechnen (siehe Diagramm 54).
- 1.6. Wenn Therapeuten Raumkontrolle ausüben, dann ist mit P-Widerstand zu rechnen (siehe Diagramm 56).

2. *Illokutionäre Indikatoren*

- 2.1. Konventionelle illokutionäre Indikatoren liegen vor allem bei Direktiva, Assertiva und Expressiva vor (siehe Diagramm 9).
- 2.2. Sprechakte werden überwiegend indexikal indiziert (siehe Tabelle 23).
- 2.3. Bei Vorliegen eines konventionellen illokutionären Indikators handelt es sich tendenziell häufiger um T- als um P-Akte (siehe Tabelle 24).

3. *Stammkraftfamilien*

- 3.1. Expressiva werden häufiger durch Patienten als durch Therapeuten genutzt (siehe Diagramm 45).
- 3.2. Emotiva und Direktiva kommen häufiger bei den Therapeuten als den Patienten vor (siehe Diagramm 21).
- 3.3. Assertiva, Kommissiva und Deklarativa weisen keine sprecherabhängigen Dominanzen auf (siehe Diagramm 21).
- 3.4. Stimulativa werden durch Therapeuten verwendet (siehe Diagramm 21).

4. *M-Schema*

- 4.1. Patienten nutzen LIP häufiger als Therapeuten, bei Gliederungs-Signalen und Hörer-Rückmeldungen verhält es sich umgekehrt (siehe Diagramm 50).

- 4.2. Positive (z.B. anbieten) und neutrale M-Kommissiva kommen häufiger beim Therapeuten als beim Patienten vor, bei negativen M-Kommissiva verhält es sich umgekehrt (siehe Diagramm 47-48).
- 4.3. Negierende M-Assertiva werden häufiger durch Patienten als durch Therapeuten genutzt (siehe Diagramm 43).
- 4.4. Neutrale M-Assertiva werden tendenziell häufiger durch Patienten als durch Therapeuten genutzt (siehe Diagramm 43).
- 4.5. M-Vermutungen, M-Vorhersagen und affirmative M-Behauptungen finden sich häufiger bei den Therapeuten als bei den Patienten (siehe Diagramm 43).
- 4.6. M-Expressiva werden häufiger durch Patienten als durch Therapeuten genutzt und umfassen hauptsächlich M-Ärger ausdrücken (siehe Diagramm 45).
- 4.7. Auffordernde M-Direktiva mit Sprecherpräferenz treten häufiger bei den Patienten als bei den Therapeuten auf, bei Bitten, Fragen und Ratschlägen verhält es sich umgekehrt (siehe Diagramm 35).
- 4.8. M-Emotiva werden häufiger durch Therapeuten als durch Patienten genutzt und umfassen hauptsächlich M-Freude evozieren (siehe Diagramm 39).
- 4.9. M-Bitten und M-Fragen führen die primäre Erfolgsbedingung eher herbei als bindende M-Aufforderungen mit Sprecherpräferenz (siehe Diagramm 38).
- 4.10. Das Ankündigen von Organisationshandlungen erfolgt einzig durch Therapeuten. Raumkontrollen hingegen kommen tendenziell häufiger bei Patienten vor (siehe Diagramm 34).
- 4.11. Je größer ein Klassifikationsschema Illokutionen differenziert, desto höher fällt der Anteil relevanter Interaktionen aus (siehe Tabelle 64).

5. *Konfliktniveau*

- 5.1. Je konfliktreicher eine Interaktion, desto weniger wird monologisiert (siehe Tabellen 42 und 43).
- 5.2. Je konfliktreicher eine Interaktion, desto erfolgloser verlaufen Emotiva (siehe Diagramme 40-42).
- 5.3. Je konfliktärmer eine Interaktion, desto häufiger treten T-Expressiva auf (siehe Diagramm 23 und Tabelle 47). Möglicherweise fühlen sich Therapeuten in konfliktfreien Interaktionen sicherer und verleihen eher ihren Emotionen Ausdruck. Dies könnte auch einen Deeskalationsmarker darstellen: Je höher der Anteil an T-Expressiva, desto deeskalierter die Gesprächssituation.
- 5.4. Je konfliktreicher eine Interaktion, desto geringer fällt der Anteil an T-LIP aus (siehe Diagramm 18).
- 5.5. Vor der Entscheidung, ob Zwang oder eine Alternativstrategie angewandt wird, sinkt der sprecherunabhängige Anteil an Assertiva zugunsten steigender Kommissiva, Direktiva und Deklarativa (siehe Diagramm 22 sowie die Tabellen 44 und 47).
- 5.6. Vor der Entscheidung, ob Zwang oder eine Alternativstrategie angewandt wird, sinkt der therapeutenabhängige Anteil an Expressiva zugunsten steigender Kommissiva, Direktiva und Deklarativa (siehe Diagramm 23 sowie die Tabellen 45 und 47).

- 5.7. Vor der Entscheidung, ob Zwang oder eine Alternativstrategie angewandt wird, sinkt der patientenabhängige Anteil an Assertiva zugunsten steigender Kommissiva, Direktiva und Deklarativa (siehe Diagramm 24 sowie die Tabellen 46 und 47).
- 5.8. Vor der Entscheidung, ob Zwang oder eine Alternativstrategie angewandt wird, steigt die illokutionäre Diversität zulasten der Assertiva an (siehe Diagramme 22-24).
- 5.9. Der Anteil indirekter Sprechakte fällt bei der Realisierung von Zwangsanwendungen im Vergleich zu niedriggradigeren Konfliktniveaus höher aus (siehe Diagramm 31 und Tabelle 48).
- 5.10. P-gesprächsstrukturierende Akte inkl. P-LIP kommen bei der Anwendung von Alternativstrategien häufiger als bei anderen Konfliktniveaus vor (siehe Diagramm 24 sowie die Tabellen 46 und 47).
- 5.11. T-gesprächsstrukturierende Akte inkl. T-LIP kommen bei der Anwendung von Alternativstrategien seltener als bei anderen Konfliktniveaus vor (siehe Diagramm 23 sowie die Tabellen 45 sowie 47).
- 5.12. T-Direktiva und T-Assertiva kommen bei der Anwendung von Alternativstrategien häufiger als bei anderen Konfliktniveaus vor (siehe Diagramm 23 sowie die Tabellen 45 und 47).
- 5.13. Nonverbale Akte unterschreiten bei Alternativstrategien im Vergleich zu anderen Konfliktniveaus das Relevanzkriterium (siehe Diagramm 9 und Tabelle 40).
- 5.14. Je konfliktärmer eine Interaktion, desto geringer fällt der Anteil nonverbaler T-Akte aus (siehe Diagramm 10 und Tabelle 41).
- 5.15. Je eskalierter eine Interaktion, desto geringer fällt der Anteil primär erfolgreicher T-Direktiva aus (siehe Diagramm 37).
- 5.16. P-LIP tritt konfliktniveauabhängig am häufigsten bei Alternativstrategien auf. In den übrigen Konfliktniveaus unterscheiden sich die Anteile von P-LIP nicht untereinander (siehe Diagramm 51).
- 5.17. Bei konfliktfreien Interaktionen kommen außer T-LIP keine T-Gesprächsstrukturierungen vor (siehe Diagramm 19).
- 5.18. Vor der Entscheidung, ob Zwang oder eine Alternativstrategie angewandt wird, steigt der Anteil an T-Versprechen an. Oder: Je eher eine Eskalation zu eskalieren droht, desto eher sehen sich Therapeuten gezwungen, Versprechen abzugeben (siehe Diagramm 49 und Tabelle 58).
- 5.19. Vor der Entscheidung, ob Zwang oder eine Alternativstrategie angewandt wird, steigt der Anteil an P-beleidigen und P-Ärger ausdrücken tendenziell an (siehe Diagramm 46 und Tabelle 57).

6. *Direktheit von Sprechakten*

- 6.1. Indirekte Sprechakte werden vornehmlich mittels Assertiva realisiert (siehe Diagramme 25-26).
- 6.2. Hinter jedem drittem sekundären Assertiv und Emotiv verbergen sich divergierende Stammkraftfamilien (siehe Diagramm 26).
- 6.3. Mindestens drei von vier Assertiva, Deklarativa, Direktiva und Stimulativa werden direkt vollzogen (siehe Diagramm 28).

- 6.4. Indirekte Akte werden eher durch Therapeuten vollzogen (siehe Diagramm 30).
- 6.5. Therapeuten vollziehen Emotiva und Kommissiva indirekter als Patienten (siehe Diagramme 28-29).
- 6.6. Emotiva und Expressiva werden mehrheitlich indirekt vollzogen (siehe Diagramm 28).

7. *Illokutionäre Kräfte*

- 7.1. Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) spielen bei PGS keine und Stimulativa eine sehr untergeordnete Rolle (siehe Tabelle 48).
- 7.2. Therapeuten bedienen sich häufiger der Hörer-Rückmeldung (sowohl Rückmeldung fordern als auch Rückmeldung abgeben), als dies Patienten tun (siehe Diagramm 36 und 50).

8. *Interaktionsparameter*

- 8.1. Sprechakte werden überwiegend verbal geäußert (siehe Tabelle 39).
- 8.2. Nonverbal erfüllen einzig Deklarativa das Relevanzkriterium (siehe Diagramm 19).
- 8.3. P-Akte misslingen stammkraftunabhängig häufiger als T-Akte (siehe Diagramm 10).
- 8.4. Assertiva und Kommissiva machen absolut betrachtet den größten Anteil misslungener Akte aus (siehe Diagramm 10).
- 8.5. Sprechakte misslingen überwiegend auf Grund nicht erfüllter vorbereitender Bedingungen (siehe Diagramm 12).
- 8.6. Therapeuten vermögen es eher als Patienten, die beabsichtigte Primärwirkung von Direktiva herbeizuführen (siehe Diagramm 12).
- 8.7. Unklar eingetretene beabsichtigte Primärwirkungen finden sich häufiger bei den Therapeuten als bei den Patienten (siehe Diagramm 12).
- 8.8. Wenn die beabsichtigte Primärwirkung eintritt, dann ist dies mehrheitlich auf den getätigten Sprechakt zurückzuführen (siehe Tabelle 28).
- 8.9. Eine eingetretene Primärwirkung bei unerfüllter primärer Erfolgsbedingung tritt vor allem bei Assertiva auf (siehe Diagramm 15).
- 8.10. Sprecher agieren fast ausschließlich aufrichtig (siehe Tabelle 26).
- 8.11. Sprecher intendieren, dass die beabsichtigte Primärwirkung durch den getätigten Sprechakt eintritt (siehe Tabelle 29).
- 8.12. Hörer verstehen zu 60% die Absicht hinter Sprechakten (siehe Tabelle 31).
- 8.13. Es ist mehrheitlich unklar, ob Patienten die Absichten der Therapeuten verstehen (siehe Diagramm 56).
- 8.14. Therapeuten tendieren eher als Patienten dazu, unaufrichtige Akte zu realisieren (siehe Tabelle 34).
- 8.15. Deklarativa weisen das höchste Risiko eines nicht kommunikativen Reflexionsniveaus auf (siehe Diagramm 17).
- 8.16. Sprecher legen ihre Absicht fast immer offen (siehe Tabelle 33).
- 8.17. Der Hauptgrund einer unklar erfüllten Erfolgsbedingung der Kommunikation liegt in einer unerfüllten primären Erfolgsbedingung begründet (siehe Tabelle 28).

9. Aktdichte

9.1. Hilfs-Ich-Interventionen führen zu einer tendenziell geringeren Aktdichte (siehe Tabelle 38).

3.4.4. Clusteranalysen

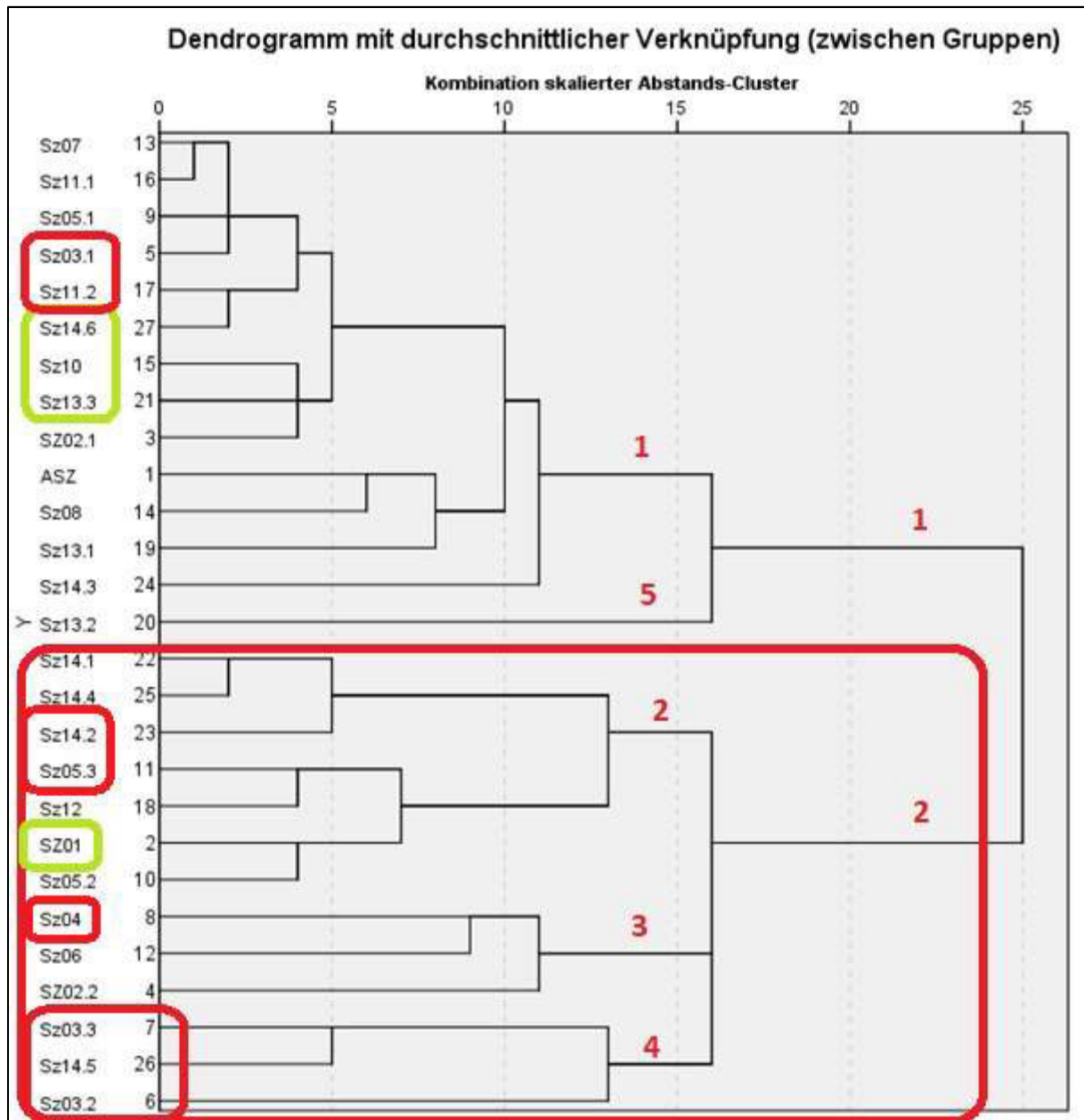


Diagramm 60: Teilszenenähnlichkeiten abhängig von der Häufigkeit der illokutionären Kräfte

Diagramm 60 zeigt Teilszenenähnlichkeiten basierend auf der Auftretenshäufigkeit illokutionärer Kräfte an. Je weniger weit verzweigt unterschiedliche Teilszenen sind, desto ähnlicher darf deren

illokutionäres Profil angesehen werden. Entsprechend verhält es sich umgekehrt: Je weiter Teilszenen auseinanderliegen, desto unähnlicher sind sie.

Für die Teilszenen lassen sich Cluster-Zugehörigkeiten abbilden, von theoretisch einem Cluster, in dem alle Teilszenen zusammengefasst sind, bis zu 27 Clustern, wobei jede Szene einem Cluster entspräche. Die Frage an obiges Dendrogramm besteht darin, ob sich abhängig vom Konflikt-niveau einer Szene charakteristische Cluster-Zugehörigkeiten zeigen lassen und welche Anzahl an Cluster hierfür erforderlich erscheint.

Werden zwei Cluster zugrunde gelegt, zeigt sich, dass drei von vier Szenen, in denen konfliktfreie Interaktionen respektive erfolgreich durchgeführte Alternativstrategien vorliegen (grüner Rahmen), im ersten Cluster erfasst werden. Sechs der acht Teilszenen, in denen es zu Zwangs-anwendungen kommt (roter Rahmen), sind demgegenüber im zweiten Cluster zu finden.

Werden vier Cluster zugrunde gelegt, zeigt sich der erste Cluster nahezu deckungsgleich mit demjenigen, der zwei Clustern zugrunde liegt. Cluster 5 beinhaltet nur eine Szene und wird vernachlässigt. Von Cluster 2 bis 4 zeigt sich ein stetig steigender Anteil an Teilszenen, in denen Zwangs-anwendungen vorliegen: In Cluster 2 trifft dies für zwei von sieben Teilszenen zu, außerdem ist eine Teilszene mit konfliktfreier Interaktion enthalten. Im dritten Cluster weist eine von drei Szenen eine Zwangs-anwendung auf. Für die übrigen zwei im Cluster enthaltenen Teilszenen trifft das zwar nicht zu, sie stellen jedoch Situationen mit hohem Konfliktpotenzial dar, die auch in Zwangs-anwendungen hätten münden können. In Cluster 4 schließlich sind ausschließlich Szenen mit Zwangs-anwendungen enthalten. Weitere Untersuchungsergebnisse inklusive einer kanonischen Diskriminanzfunktion sind an anderer Stelle zu finden (Radovic und Debus 2019).

3.5. Güte/M-Schema

In der Prozesscharakterisierung liegen keine missing values vor.

Ergebnisse der Reliabilitätsstudien

Für die achte Szene liegen Ratings von vier Untersuchern vor: Gruppe 1 (G1), Gruppe 3 (G3), Marco Radovic (MR) und Masterstudentin (MS).

Untersucherabhängig zeigt sich eine Spannweite von 142 bis 170 Turns: $N_{\text{Turns MS}} = 156$, $N_{\text{Turns Gruppe 1}} = 170$, $N_{\text{Turns Gruppe 3}} = 142$ und $N_{\text{Turns MR}} = 145$. Das untersucherunabhängige Gesamtrating, das sich aus den Chunkings der vier Untersucher zusammensetzt, umfasst 205 Turns: $N_{\text{Turns gesamt}} = 205$.

Tabelle 66: Inter-Rater-Reliabilitäten in Bezug aufs Chunking $V_{IR(CHUNK)}$

Nummerierung Inter-Rater-Paar	Inter-Rater-Paar	$N_{IR(CHUNK)} = \text{Anzahl übereinstimmender Chunks}$	$F_{IR(CHUNK)} = \text{Anteil an } N_{\text{Turns gesamt}}$
1	MR vs. G1	129	63%
2	MR vs. G3	130	63%
3	MR vs. MS	131	64%
4	G1 vs. G3	173	84%
5	G1 vs. MS	171	83%
6	G3 vs. MS	172	84%
Arithmetisches Mittel $F_{IR(CHUNK)}$			74%

Tabelle 66 zeigt die Inter-Rater-Reliabilitäten der unterschiedlichen Rater-Paare in Bezug auf das Chunking an.

Im Ergebnis zeigt sich, dass sich die Chunkings der Inter-Rater-Paare G1/G3, G1/MS und G3/MS in 83% bis 84% decken: $F_{IR(CHUNK)}^{G1 \text{ vs. } G3} = 84\%$, $F_{IR(CHUNK)}^{G1 \text{ vs. } MS} = 83\%$ und $F_{IR(CHUNK)}^{G3 \text{ vs. } MS} = 84\%$. Bei den Inter-Rater-Paaren G1/G3, G1/MS und G3/MS beträgt der Deckungsgrad demgegenüber 63% bis 64%: $F_{IR(CHUNK)}^{MR \text{ vs. } G1} = 63\%$, $F_{IR(CHUNK)}^{MR \text{ vs. } G3} = 63\%$ und $F_{IR(CHUNK)}^{MR \text{ vs. } MS} = 64\%$. Die Inter-Rater-Reliabilität sinkt also um 20%, sobald MR an Inter-Rater-Paaren beteiligt ist. Im arithmetischen Mittel aller Anteile ergibt sich eine Inter-Rater-Reliabilität von 74%: $F_{IR(CHUNK)} = 74\%$. Das heißt, im Mittel werden knapp drei von vier Akten deckungsgleich gechunkt.

Tabelle 67: Stammkraftabhängige Inter-Rater-Reliabilitäten $V_{IR(ST)}$

Stammkraftfamilie	Inter-Rater-Reliabilität $F_{IR(ST)}$	Arithmetisches Mittel stammkraftunabhängig
Deklarativa	Nicht errechnet	52%
Stimulativa	Nicht errechnet	
Direktiva	68%	
Emotiva	37%	
Assertiva	46%	
Expressiva	38%	
Kommissiva	31%	
Gesprächsstrukturierungen	93%	

Tabelle 67 zeigt die stammkraftabhängigen Inter-Rater-Reliabilitäten an.

Am besten fallen die Inter-Rater-Reliabilitäten bei Gesprächsstrukturierungen aus, gefolgt von Direktiva: $F_{IR (ST=Ges)} = 93\%$ und $F_{IR (ST=Dir)} = 68\%$. Bei Assertiva, Expressiva, Emotiva und Kommissiva lassen sich niedrigere Reliabilitäten feststellen: $F_{IR (ST=Ass)} = 46\%$, $F_{IR (ST=Exp)} = 38\%$, $F_{IR (ST=Emo)} = 37\%$ und $F_{IR (ST=Kom)} = 31\%$.

Bei Deklarativa und Stimulativa können keine Inter-Rater-Reliabilitäten angegeben werden, da sie zu selten im Untersuchungskorpus vorkommen. Stammkraftunabhängig liegt eine Inter-Rater-Reliabilität von 52% vor: $F_{IR (ST)} = 52\%$. Das heißt, dass nur jeder zweite Turn von unterschiedlichen Untersuchern einer deckungsgleichen Stammkraftfamilie zugeordnet wird.

M-Schema

Tabelle 68: Kategorien des mittleren Klassifikationsschemas (M-Schema) mit $N_M = 8$

1.	M-Deklarativa	$N_{M-O} = 3$
1M.1	Raum- und Zeitkontrolle	
1M.2	Organisationshandlungen ankündigen	
1M.3	Situationsverändernde Akte	
2.	M-Stimulativa	$N_{M-S} = 3$
2M.1	Medikamentengabe	
2M.2	Wahrnehmungskanäle beeinflussen	
2M.3	Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)	
3.	M-Direktiva	$N_{M-D} = 4$
3M.1	M-Aufforderungen mit Präferenz, bindend	
3M.2	M-Bitten mit Präferenz ohne Bindung	
3M.3	Fragen	
3M.4	M-Ratschläge ohne Präferenz, nicht bindend	
4.	M-Emotiva	$N_{M-E} = 6$
4M.1	Intentionales Grundgefühl	
4M.2	M-Angst	
4M.3	Aggression provozieren	

4M.4	M-Trauer	
4M.5	Freude (positive Gefühle) evozieren	
4M.6	beschuldigen/Schuld zuweisen	
5.	M-Assertiva	$N_{M-A} = 8$
5M.1	Behaupten Affirmation	
5M.2	Argumentieren affirmativ	
5M.3	Behaupten – Negation	
5M.4	Argumentieren - Negation	
5M.5	Behaupten: Neutral	
5M.6	Argumentieren-Neutral	
5M.7	Assertiva ohne Nachdruck, ohne Meinungsänderung, ohne festen Wahrheitsanspruch	
5M.8	Sachbezug herstellen	
6.	M-Expressiva	$N_{M-F} = 6$
6M.1	Interesse ausdrücken	
6M.2	Sorge/Angst ausdrücken	
6M.3	Ärger ausdrücken	
6M.4	Trauergefühle ausdrücken	
6M.5	Freude ausdrücken	
6M.6	Sich Entschuldigen	
7.	M-Kommissiva	$N_{M-K} = 3$
7M.1	Positive Kommissiva	
7M.2	Negative Kommissiva	
7M.3	Neutrale Kommissiva	
8.	M-Gesprächsstrukturierung	$N_{M-C} = 4$

8M.1	M-LIP	
8M.2	M-Hörer-Rückmeldung geben	
8M.3	M-Gliederung signalisieren	
8M.4	Überlegen anzeigen	
		$\Sigma N = 37$

Tabelle 68 zeigt alle Kategorien des mittleren Klassifikationsschemas an.

Dem Anhang ist ein ausführlicheres M-Schema mit Häufigkeitsangaben und Literaturhinweisen zu entnehmen.

Die illokutionären Kräfte des Ausgangsschemas (siehe Abschnitt Methodik, Tabelle 11) und Kategorien des M-Schemas dürfen als Entwürfe für Sprechaktinventare gelten.

Das Ausgangsinventar dient hierbei als alltagssprachlich-allgemeiner Ausgangspunkt für beliebige Situationen. Zugrundeliegend sind auf theoretischen Überlegungen basierende Sprechakt-schemata (Rolf 1997). Das M-Schema stellt eine Optimierung dar, die speziell für PGS geeignet sein soll.

Tabelle 69: Anzahl an illokutionären Kräften pro Stammkraftfamilie beim Ausgangs- und M-Schema im Vergleich

Ausgangsschema			M-Schema		
Stammkraftfamilien	Kodierung	Anzahl	M-Stammkategorien	Kodierung	Anzahl
Deklarativa	N _{cat-O}	8	M-Deklarativa	N _{M-O}	3
Stimulativa	N _{cat-S}	5	M-Stimulativa	N _{M-S}	3
Direktiva	N _{cat-D}	24	M-Direktiva	N _{M-D}	4
Emotiva	N _{cat-E}	15	M-Emotiva	N _{M-E}	6
Assertiva	N _{cat-A}	38	M-Assertiva	N _{M-A}	8
Espressiva	N _{cat-F}	27	M-Espressiva	N _{M-F}	6
Kommissiva	N _{cat-K}	15	M-Kommissiva	N _{M-K}	3
Gesprächsstruktur	N _{cat-C}	8	M-Gesprächsstruktur	N _{M-C}	4
	ΣN	140		ΣN	37

Tabelle 69 zeigt die Anzahl an illokutionären Kräften pro Stammkraftfamilie beim Ausgangs- und M-Schema im Vergleich an.

Im Ergebnis zeigt sich, dass die 140 im Ausgangsschema berücksichtigten illokutionären Kräften in nur 37 Kategorien des M-Schemas zusammengefasst werden konnten, die Anzahl der Kategorien konnte also nahezu um den Faktor 4 reduziert werden. Insbesondere bei Stammkraftfamilien, die eine Vielzahl illokutionärer Kräfte subsummieren (Assertiva, Expressiva, Direktiva), konnte die Anzahl an illokutionären Kräften pro Stammkraftfamilie stark reduziert werden. Diesem Prozess liegen theoretische Überlegungen (wie zum Beispiel die inhaltliche Verwandtschaft der illokutionären Kräfte „erläutern“ und „erklären“) und Häufigkeitsanalysen zugrunde. Unter neuen M-Stammkategorien wurden illokutionäre Kräfte subsummiert, die im Untersuchungskorpus nicht vorkommen (zum Beispiel „drängen, etwas zu tun“). Zu diskutieren ist die inhaltliche Heterogenität einzelner M-Stammkategorien wie zum Beispiel „M-Gliederung signalisieren“. Die Kategorie umfasst 12 illokutionäre Kräfte aus sechs unterschiedlichen Stammkraftfamilien des Ausgangsschemas. Zusammengefasst sind hier zum Beispiel die illokutionären Kräfte „begrüßen“ und „Hörer-Rückmeldung fordern“.

M-Deklarativa umfassen drei M-Stammkategorien ($N_{M-O} = 3$): Raum-/Zeitkontrolle, Organisationshandeln ankündigen und situationsverändernde Akte. Die Optimierung beinhaltet hier beispielsweise die Zusammenfassung von Raum- und Zeitkontrolle, die beim Ausgangsschema getrennt klassifiziert sind.

M-Stimulativa umfassen drei M-Stammkategorien ($N_{M-S} = 3$): Medikamentengabe, Wahrnehmungskanäle beeinflussen und ATL (Aktivitäten des täglichen Lebens). Die Optimierung besteht hier in der Zusammenfassung aller illokutionären Kräfte des Ausgangsschemas, die die Beeinflussung der Wahrnehmungskanäle betreffen.

M-Direktiva umfassen vier M-Stammkategorien ($N_{M-D} = 4$): Aufforderungen mit Präferenz (bindend), Bitten mit Präferenz ohne Bindung, Fragen und Ratschläge ohne Präferenz (nicht bindend). Die Kategorienbildung orientiert sich an der Sprecherpräferenz sowie dem Bindungsgrad und ist theoretisch basierten Sprechaktschemata entlehnt (Rolf 1997). So können beispielsweise die illokutionären Kräfte des Ausgangsschemas „auffordern“ und „drängen, etwas zu tun“ unter der M-Kategorie „Aufforderungen mit Präferenz (bindend)“ zusammengefasst werden.

M-Emotiva umfassen sechs M-Stammkategorien ($N_{M-E} = 6$): Intentionales Grundgefühl, Angst, Aggression, Trauer, Freude und Schuld. Der Kategorienbildung liegt das Grundgefühlskonzept zugrunde (Machleidt et al. 1989), es können illokutionäre Kräfte zusammengefasst werden, die das gleiche Grundgefühl zum Ziel haben (z.B. „einem Direktiv folgen“ und „anerkennen“).

M-Assertiva umfassen acht M-Stammkategorien ($N_{M-A} = 8$): affirmativ behaupten, negierend behaupten, neutral behaupten, affirmativ argumentieren, negierend argumentieren, neutral argumentieren, Sachbezug herstellen und Assertiva ohne festen Wahrheitsanspruch. Zusammengefasst werden können zum Beispiel die illokutionären Kräfte „erklären“ und „erläutern“ in der M-Stammkategorie „Argumentieren neutral“.

M-Expressiva umfassen sechs M-Stammkategorien ($N_{M-F} = 6$): Interesse, Angst, Ärger, Trauer, Freude und sich entschuldigen. Die Kategorienbildung erfolgte ebenso wie bei den Emotiva anhand des Grundgefühlskonzepts, zusammengefasst werden können zum Beispiel „sich entschuldigen“ und „bedauern“.

M-Kommissiva umfassen drei M-Stammkategorien ($N_{M-K} = 3$): positive, negative und neutrale Kommissiva. Positive M-Kommissiva fassen unter anderem „versprechen“ und „anbieten“ zusammen, negative Kommissiva zum Beispiel „drohen“ und „ablehnen“.

M-Gesprächsstrukturierungen umfassen vier M-Stammkategorien ($N_{M-O} = 4$): let it pass, Hörer-Rückmeldung geben, Gliederung signalisieren und Überlegen anzeigen. Die Stammkategorie enthält illokutionäre Kräfte anderer Stammkraftfamilien des Ausgangsschemas, zum Beispiel wird „Hörer-Rückmeldung fordern“ (subsumiert unter Direktiva im Ausgangsschema) hier unter „M-Gliederung signalisieren“ klassifiziert.

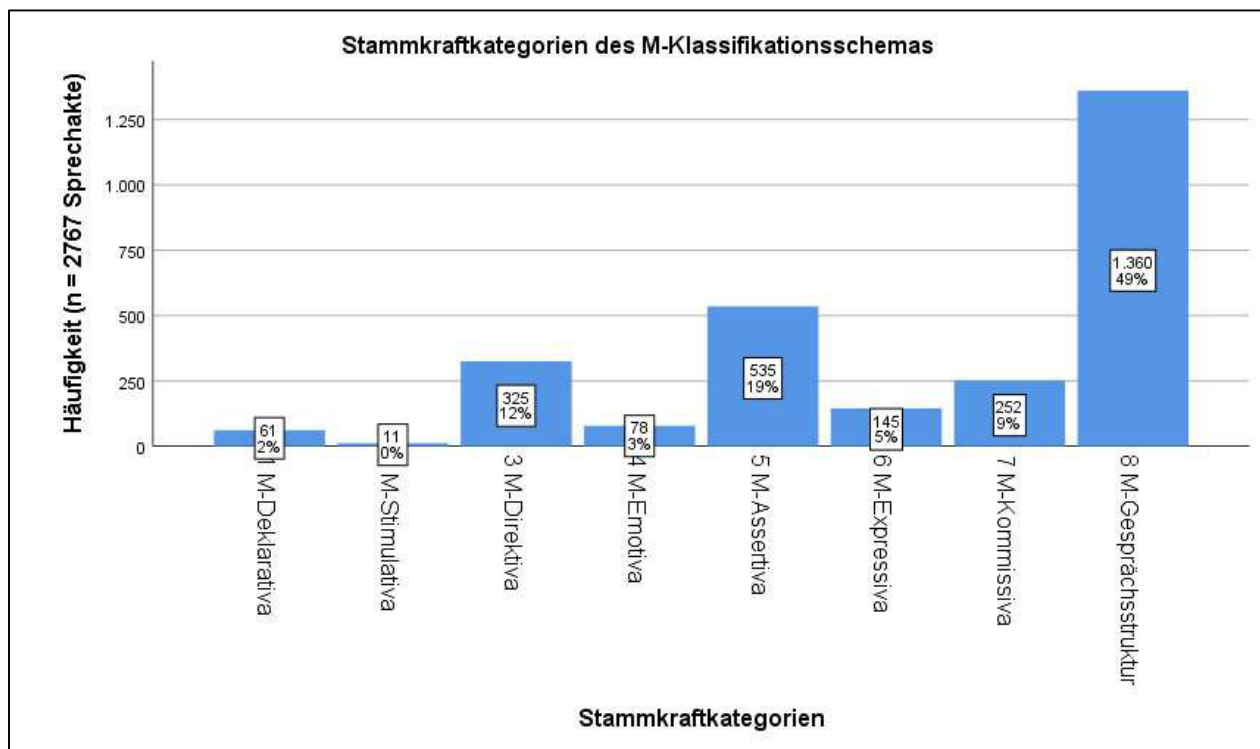


Diagramm 61: Einstufiges Balkendiagramm mit der Variablen „Primäre M-Stammkraftkategorie“ V_{M-ST}

Diagramm 61 zeigt die Häufigkeitsverteilung der Variablen „Primäre M-Stammkraftkategorie“ V_{M-ST} an.

Im Ergebnis zeigt sich, dass N_{M-ST} (Gesprächsstrukturierung) am häufigsten vorkommt (1360 Sprechakte, 49% des Untersuchungskorpus). N_{M-ST} (Assertiva) kommt am zweithäufigsten vor (535 Sprechakte, 19% des Untersuchungskorpus), N_{M-ST} (Direktiva) am dritthäufigsten (325 Sprechakte, 12% des Untersuchungskorpus). Alle übrigen Stammkraftfamilien machen jeweils weniger als 10% des Untersuchungskorpus aus.

Tabelle 70: Häufigkeitsverteilung an Sprechakten pro Stammkraftfamilie beim Ausgangsinventar und M-Schema im Vergleich

Ausgangsinventar			M-Schema			$N_{\text{Inventar}} >> N_{\text{M-Schema}}$
Stammkraftfamilien	N	%	M-Stammkategorien	n	%	
Deklarativa	60	2	M-Deklarativa	61	2	+1
Stimulativa	11	0,4	M-Stimulativa	11	0,4	± 0
Direktiva	439	16	M-Direktiva	325	12	-114
Emotiva	75	3	M-Emotiva	78	3	+3
Assertiva	560	20	M-Assertiva	535	19	-25
Expressiva	184	7	M-Expressiva	145	5	-39
Kommissiva	238	9	M-Kommissiva	252	9	+14
Gesprächsstrukturierung	1200	43	M-Gesprächsstrukt.	1360	49	+160
Σ	2767	100	Σ	2767	100	

Tabelle 70 zeigt die Häufigkeitsverteilung an Sprechakten pro Stammkraftfamilie beim Ausgangs- und M-Schema im Vergleich an.

Bei Deklarativa, Stimulativa und Emotiva zeigen sich keine Unterschiede: $N_{\text{Inventar}}^{\text{Dek}} = 60$ vs. $N_{\text{M-Schema}}^{\text{Dek}} = 61$, $N_{\text{Inventar}}^{\text{Stim}} = 11$ vs. $N_{\text{M-Schema}}^{\text{Stim}} = 11$ und $N_{\text{Inventar}}^{\text{Emo}} = 75$ vs. $N_{\text{M-Schema}}^{\text{Emo}} = 78$. Die Anzahl an M-Direktiva fällt niedriger aus als im Ausgangsinventar: $N_{\text{Inventar}}^{\text{Dir}} = 439$ vs. $N_{\text{M-Schema}}^{\text{Dir}} = 325$. Dies liegt daran, dass einzelne illokutionäre Kräfte, die im Ausgangsschema unter Direktiva subsummiert werden, im M-Schema als Gesprächsstrukturierung klassifiziert werden. So wird die M-Schema-Stammkategorie „M-Gliederung signalisieren“ unter anderem durch die direktiven illokutionären Kräfte „direktive Gesprächsführung“, „Aufmerksamkeit fokussieren“, „Hörer-Rückmeldung fordern“ und „Gliederung signalisieren“ gebildet. Eine niedrigere Anzahl an M-Turns im Vergleich zum Ausgangsinventar findet sich auch bei Assertiva ($N_{\text{Inventar}}^{\text{Ass}} = 560$ vs. $N_{\text{M-Schema}}^{\text{Ass}} = 535$) und Expressiva ($N_{\text{Inventar}}^{\text{Exp}} = 184$ vs. $N_{\text{M-Schema}}^{\text{Exp}} = 145$). Eine höhere Anzahl an M-Kategorien im Vergleich zum Ausgangsinventar findet sich bei Kommissiva ($N_{\text{Inventar}}^{\text{Kom}} = 238$ vs. $N_{\text{M-Schema}}^{\text{Kom}} = 252$) und Gesprächsstrukturierungen ($N_{\text{Inventar}}^{\text{Ges}} = 1200$ vs. $N_{\text{M-Schema}}^{\text{Ges}} = 1360$). Unter M-Gesprächsstrukturierungen sind illokutionäre Kräfte verschiedener Stammkraftfamilien des Ausgangsinventars subsummiert, vor allem Direktiva, Assertiva und Expressiva.

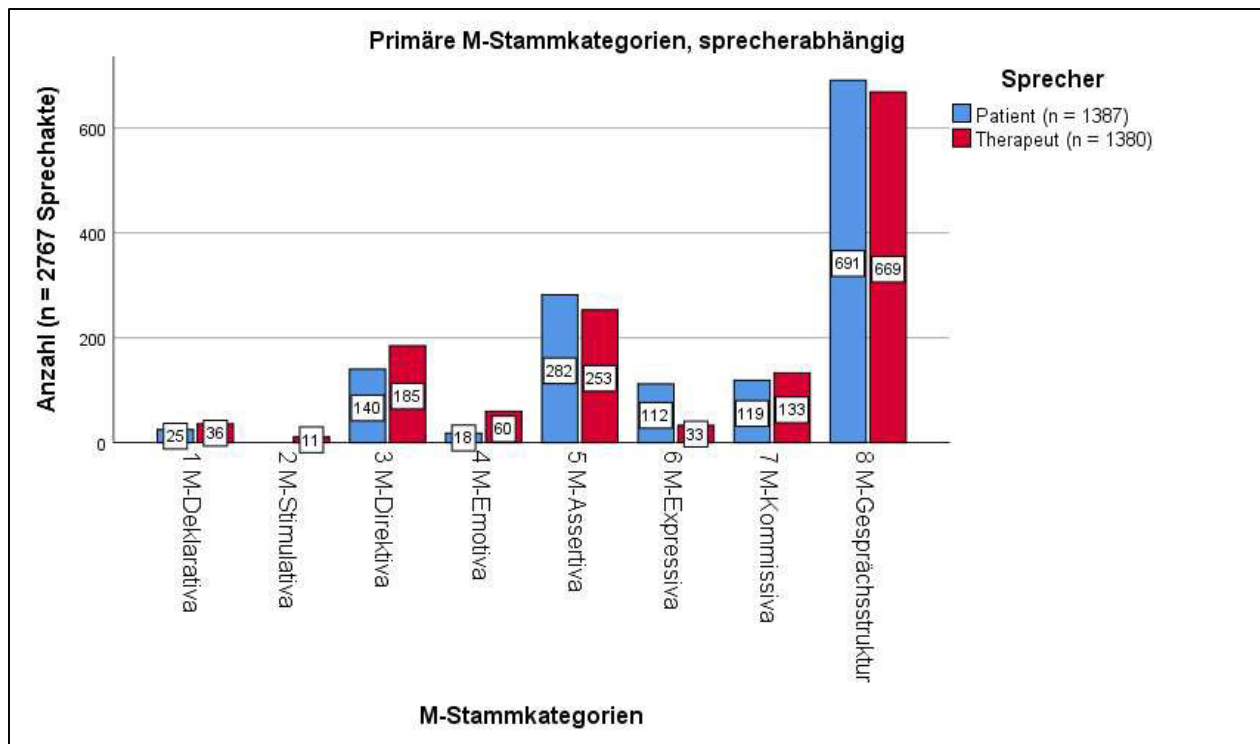


Diagramm 62: Zweistufiges Balkendiagramm mit den Variablen „Primäre M-Stammkraftkategorie“ V_{M-ST} und „Sprecher“ V_S .

Diagramm 62 zeigt die Häufigkeitsverteilungen der Variablen „Primäre M-Stammkraftkategorie“ V_{M-ST} und „Sprecher“ V_S an.

Im Ergebnis zeigt sich, dass M-Gesprächsstrukturierungen sprecherunabhängig am häufigsten vorkommen: $N_{M-ST}(T, \text{Gesprächsstruktur}) = 669$ vs. $N_{M-ST}(P, \text{Gesprächsstruktur}) = 691$. Am zweit- und dritthäufigsten kommen M-Assertiva sowie M-Direktiva vor, dies ebenso sprecherunabhängig: $N_{M-ST}(P, \text{Assertiv}) = 282$ vs. $N_{M-ST}(T, \text{Assertiv}) = 253$, $N_{M-ST}(P, \text{Direktiv}) = 140$ vs. $N_{M-ST}(T, \text{Direktiv}) = 185$. M-Kommissiva erfolgen sprecherunabhängig: $N_{M-ST}(P, \text{Kommissiv}) = 119$ vs. $N_{M-ST}(T, \text{Kommissiv}) = 133$. M-Expressiva werden häufiger durch Patienten realisiert ($N_{M-ST}(P, \text{Expressiv}) = 112$ vs. $N_{M-ST}(T, \text{Expressiv}) = 33$), M-Emotiva hingegen eher durch Therapeuten ($N_{M-ST}(P, \text{Emotiv}) = 18$ vs. $N_{M-ST}(T, \text{Emotiv}) = 60$).

4. Diskussion

4.1. Übersicht

Die vorliegende Arbeit stellt einen Beitrag zur Identifizierung relevanter Sprachhandlungen in PGS dar. PGS können psychodramatisch reinszeniert und dokumentiert werden. Die Untersuchung zeigt, dass die psychodramatische Reinszenierung eine Methode ist, die zur Erprobung innovativer Deeskalationsstrategien angewendet werden kann. Die SOL kann Sprechakte formal beschreiben. Reflexionsniveaus ermöglichen einen Einblick in die Tiefenstruktur zwischenmenschlicher Kommunikation und bereichern die empirische Sprechaktforschung.

Die explorativen Arbeitshypothesen wurden zum Teil mittels Experten-Interviews von Krankenpflegekräften validiert (Restle 2017), sind jedoch mittels Folge-Studien konfirmatorischen Designs zu verifizieren. Eine Vergrößerung des Untersuchungskorpus verspricht einen noch detaillierteren Blick in die Tiefenstruktur der Kommunikation während PGS. Die vorliegende Arbeit kann einen Beitrag zur Entwicklung einer milieurelevanten Handlungsgrammatik darstellen. Zukünftig ist die Evaluation sprechakttheoretisch fundierter Deeskalationstrainings möglich.

4.2. Würdigung und Kritik der Materialgewinnung

Bei der Materialsammlung erfolgte der bewusste Verzicht auf Realaufnahmen auf psychiatrischen Stationen zugunsten des Psychodramas. Die dieser Arbeit vorliegenden dokumentierten PGS stellen den ersten dokumentierten Einsatz des Psychodramas im Rahmen der empirischen Sozialforschung dar. Für das Psychodrama als Methode der Materialgewinnung sprechen folgende Charakteristika (Debus 2019b):

- Das reinszenierende Pflegepersonal agiert als entscheidendes Subjekt, nicht als untersuchtes Objekt.
- Sensibilität und Selbstreflexion des beteiligten Pflegepersonals werden gestärkt.
- Der partizipative Charakter der Materialsammlung kann sich positiv auf die Bereitschaft des Pflegepersonals auswirken, an Projekten zur Simulation und Reduktion von Zwangsanwendungen (z.B. SRZP) mitzuwirken.
- Psychodramatische Reinszenierungen stellen eine Alternative zu datenschutz- sowie arbeitsschutzrechtlich bedenklichen und technisch aufwändigen Realaufnahmen auf Station dar. Realaufnahmen von PGS für eine Fernseh-Dokumentation sind jedoch aus Frankreich bekannt (Klipper 2010).
- Eingrenzend bedarf es ebenfalls der Berücksichtigung des möglichen Beobachterparadoxons, das von William Labov wie folgt beschrieben worden ist: „Ziel linguistischer Erforschung der Sprachgemeinschaft ist herauszufinden, wie Leute sprechen, wenn sie nicht

systematisch beobachtet werden; wir können diese Daten jedoch nur durch systematische Beobachtung finden“ (Labov 1973). Dieses Problem ist sowohl für Realaufnahmen als auch für psychodramatische Reinszenierungen als immanent anzusehen. Die Reinszenierungen sind aber im Rahmen eines mehrtägigen Aufzeichnungszeitraums inklusive eines mehrere Wochen vorher stattgefundenen Probetreffens entstanden. Es ist nicht ausgeschlossen, dass sich die Teilnehmer im Laufe des Aufzeichnungszeitraums an die Beobachtungssituation gewöhnen, sich der situative Einfluss auf die Reinszenierungen also verringert. Aus dem Sharing geht zumindest hervor, dass die reinszenierten PGS vom Pflegepersonal als realistisch wahrgenommen werden (siehe Sharing Szene 1, Seite 8, Zeile 5). Die Abwesenheit von Patienten und die damit wegfallende Verantwortung für den Stationsalltag führt dazu, dass sich Therapeuten auf die Reinszenierung von ZM konzentrieren können.

- Das Psychodrama ermöglicht die Erprobung innovativer Deeskalationsstrategien, sodass Hinweise auf deren Realisierbarkeit gewonnen werden können. Auf diese Weise können theoretisch plausibel erscheinende Strategien auf ihre Durchführbarkeit experimentell erprobt werden. Hierzu liegt die Kasuistik einer reinszenierten PGS vor, innerhalb derer eine innovative Deeskalationsstrategie mittels Psychodrama erprobt worden ist (Debus und Ahrens 2016). Analog zu den Phasen von Medikamentenstudien kann im vorliegenden Fall bei der Erprobung von alternativen Deeskalationsstrategien von einer Phase-I-Studie gesprochen werden. Der Einsatz am Patienten entspräche der Phase II, der Vergleich mit konventionellen Deeskalationsstrategien einer Phase-III-Studie.

Zu diskutieren ist die Methode der Dokumentation in Bezug auf den zu erwartenden Informationsgehalt. In Vorarbeiten empirischer Sprechaktforschung ist die Aufzeichnung in Bild und Ton einer ausschließlich akustischen Aufzeichnung als überlegen eingeschätzt worden (Diegritz und Fürst 1999). Durch den Kameramann ist die Dokumentation in Bild und Ton bei gefäßchirurgischen Eingriffen erprobt worden (Serenari 2011).

Der Verfasser der vorliegenden Arbeit war bei der Reinszenierung der PGS nicht anwesend. Dies mag auf der einen Seite als nachteilig anzusehen sein, da dem Untersucher die Reinszenierungen nur seitens der Videos bekannt sind. Auf der anderen Seite spricht das Vorgehen für die Dokumentationsqualität der reinszenierten PGS. Sie ist nur dann als adäquat einzuschätzen, wenn es Personen, die bei der Reinszenierung nicht anwesend sind, trotzdem gelingt, diese nachzuvollziehen. Dies ist bei der vorliegenden Arbeit gelungen, die sprechakttheoretische Untersuchung war einzig unter Zuhilfenahme der Video-Aufnahmen möglich. Daraus ergibt sich für größer angelegte Folgestudien die Erkenntnis, dass die Untersucher bei der Reinszenierung nicht anwesend sein müssen, was wiederum die Organisation vereinfachen kann.

4.3. Würdigung und Kritik der Datengewinnung

Transkripte

Bei den Transkripten gilt es die Schreibweise zu diskutieren. Während bei der vorliegenden Arbeit eine Fließtextschreibweise analog zum GAT-System angewandt wurde (Ehlich und Rehbein 1979), ist in Vorarbeiten zur empirischen Sprechaktforschung auch die Partitur-Schreibweise angewandt worden (Diegritz und Fürst 1999). Die Partitur-Schreibweise ermöglicht eine sekunden-genaue Dokumentation von verbalen sowie nonverbalen Äußerungen, eine chronologisch korrekte Darstellung sich überlappender Äußerungen und damit Auskunft zur Dynamik einer PGS sowie die Berücksichtigung einer beliebig hohen Anzahl an Sprechern. Redebegleitende Gesten können in Zusammenschau mit verbalen Äußerungen im chronologischen Ablauf einer PGS besser eingeordnet werden. Die Fließtextschreibweise hingegen erfordert eine sinnvolle Reduktion der im Video enthaltenen Informationen, da die Beiträge ohnehin in dichotome Turns transformiert werden müssen (siehe Methodik).

Turns

Eine Materialstrukturierung im Sinne von Turns ausgehend von den illokutionären Kräften der Äußerungsakte ist bereits an anderer Stelle erprobt worden (Diegritz und Fürst 1999). Die vorliegende Arbeit liefert neben anderen Publikationen (Dietrich und Childress 2008) einen substanziellen Beitrag zur empirischen Sprechaktforschung, zumal deutlich mehr Parameterausprägungen als in den Vorarbeiten abgefragt wurden (siehe Ergebnisse, Abschnitt 3.3).

Dialogische Turnfolge

PGS wird in der vorliegenden Arbeit unterstellt, dass sie einen dichotomen Aufbau aufweisen, der durch zwei Akteurgruppen gebildet wird: Patienten und Therapeuten. Die Hypothese hinter diesem Konstrukt besagt, dass auf die Äußerung eines Sprechers stets die Erwiderung des Gegenübers erfolgt, auch bei Monologen. Mittels dieses Verständnisses sind Monologe als Interaktionen zu verstehen, bei denen ein Sprecher Assertiva, Direktiva oder Turns anderer Stammkraftfamilien verwendet, während der Hörer auf ein Interventions- respektive Erwiderungsrecht verzichtet, dem Sprecher also gleichsam zu verstehen gibt, von seinem Rederecht keinen Gebrauch zu machen. Die hierfür geschaffene Stammkraftfamilie der gesprächsstrukturierenden Akte und illokutionären Kraft LIP kommt unseres Wissens in der vorliegenden Arbeit zum ersten Mal zum Einsatz. Bei anderen Publikationen zur empirischen Sprechaktforschung ist auf dialogische Turnfolge verzichtet worden (Diegritz und Fürst 1999) (Dietrich und Childress 2008; Kampf 2013). Auch in der orthodoxen Sprechakttheorie ist die Stammkraftfamilie „Gesprächsstrukturierung“ nicht vorgesehen, siehe weiter unten, Abschnitt „Stammkraftfamilien“.

Hypothesengenerierendes Studiendesign

Bei der vorliegenden Arbeit wird eine abduktive Forschungslogik angewandt, wie im Methodikteil beschrieben. Die abduktiv gewonnenen Hypothesen werden nicht zu allgemeinen Regeln induktiv generalisiert. Auf deduktive Schlüsse, die es mittels konfirmatorischer Designs zu überprüfen gälte, wurde in der vorliegenden Arbeit ebenso verzichtet. Im Rahmen des SRZP-Projekts ist unter Zuhilfenahme von Experten-Interviews jedoch eine Regel-Analyse durchgeführt worden (Restle 2017). Bedingt durch die Tatsache, dass keine Hypothesen zum qualitativen Ablauf von PGS vorliegen (Debus 2019b), bedarf es zunächst der Hypothesengenerierung, wie an dieser Stelle realisiert. Zukünftig bedarf es Studien konfirmatorischen Designs zur statistischen Verifikation respektive Falsifikation der im Ergebnisteil ersichtlichen Arbeitshypothesen.

Eine weitere Limitierung der vorliegenden Arbeit ist in der Identifizierung von impliziten kommunikativen Regeln zu suchen. Auch wenn die Hypothesen zum Teil Regel-ähnlich formuliert sind, erfolgte im Rahmen der vorliegenden Arbeit keine formelle Regel-Analyse, hierfür sei an oben erwähnte Publikation verwiesen (Restle 2017).

Die vorgestellten Ergebnisse verschaffen erste Einblicke in die Möglichkeiten der semiotischen Diskursanalyse, womit prozessuale Differenzierungen zu anderen Milieus, zum Beispiel Schüler-Lehrer-Interaktionen deutlich werden (Debus 2019b). Außerdem können mittels semiotischer Diskursanalysen PGS voneinander differenziert werden respektive Abgrenzungen vom Mittelwert gebildet werden. Zur Diskussion der Cluster- und Diskriminanzanalyse siehe weiter unten. Publierte Vergleichsdaten zu semiotischen Diskursanalysen von PGS liegen unseres Wissens nicht vor.

Zur Begründung der Interaktionsforschung bei PGS sei an eine Vorarbeit des SRZP-Projektleiters verwiesen (Debus 2017a).

Untersuchungskategorie

Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht darin, die kommunikativen Prozesse zwischen Patienten und Therapeuten während PGS zu untersuchen. Der ausgewählte Untersuchungsgegenstand, der kommunikative Sinn einer Äußerung, entspricht im Wesentlichen dem, was ein Sprecher meint, wenn er spricht. Die Arbeitshypothese besteht darin, dass sich mittels der identifizierten Illokutionen PGS adäquat abbilden und im eigentlichen Sinne zusammenfassen respektive voneinander differenzieren lassen. Es wird der Versuch einer Zusammenfassung unternommen (Mayring 2015). Die Angemessenheit der Sprechakttheorie als empirisches Erhebungsinstrument ist unklar, hierzu liegen drei Vorarbeiten in unterschiedlicher Qualität vor (Diegritz und Fürst 1999) (Dietrich und Childress 2008; Kampf 2013). Theoretische Vorarbeiten zur Sprechakttheorie hingegen liegen sowohl in Bezug auf Primär- und Sekundärliteratur vielfach vor (Staffeldt 2009; Hindelang 2010; Austin und Savigny 2010; Searle 2013; Searle und Kemmerling 2004). Derartige Arbeiten helfen bei der empirischen Sprechaktforschung, indem sie Ankerbeispiele für Stammkraftfamilien nennen oder Wörterbücher illokutionärer Kräfte bereitstellen (Rolf 1997). Diese Vorarbeiten können zur theoretischen Begründung empirisch erstellter Klassifikationsschemata herangezogen werden (siehe Ausgangsschema im Methodik-, mittleres Schema im Ergebnisteil und

eine ausführliche Version der Schemata inklusive Literaturhinweise im Anhang). Ein derart erstelltes illokutionäres Klassifikationsschema ist auch in Vorarbeiten realisiert worden (Diegritz und Fürst 1999). Das Ausgangsschema im Rahmen des qualitativen Forschungsprozesses ist zirkulären Veränderungen unterworfen (Döring und Bortz 2016), in der vorliegenden Form also nicht als definitiv für die Beschreibung von PGS, sondern als Arbeitshypothese anzusehen. Eine geringere Anzahl an illokutionären Verben im Vergleich zu systematischen Wörterbüchern ist dabei als immanent und erwünscht anzusehen.

Ob der Einsatz der Sprechakttheorie als empirisches Erhebungsinstrument für PGS Gütekriterien wie Validität, Reliabilität und Objektivität ausreichend entspricht, kann nicht abschließend beurteilt werden. Die Ergebnisse zur Inter-Rater-Reliabilität (siehe Ergebnisse) und Feedback-Kontrolle im Rahmen der Experten-Interviews (Restle 2017) geben aber erste ermutigende Hinweise hierauf.

Stammkraftfamilien

Dem Klassifikationsschema zur Beschreibung der illokutionären Kräfte liegen acht Stammkraftfamilien zugrunde. Die Nützlichkeit von acht Kategorien (und nicht fünf oder neun zum Beispiel) wird sich in Folgestudien erweisen müssen. Möglich wäre zum Beispiel eine zusätzliche Stammkraftfamilie „not-in-contact“, die beinhaltet, dass ein Akteur mit seinem Gegenüber im Rahmen einer PGS nicht gewillt ist, zu kommunizieren. Hierfür gibt es Beispiele im Untersuchungskorpus (Szenen 2, 3 und 14). Derlei Akte sind bislang den gesprächsstrukturierenden Akten oder den Emotiva (Direktiva nicht Folge leisten) zugeordnet. Für den Einsatz von „not-in-contact“ als Stammkraftkategorie bedarf es jedoch Folgestudien.

Die orthodoxe Sprechakttheorie ist unter Zuhilfenahme von Kriterien zur Beurteilung von Klassifikationsschemata ebenfalls kritisch beleuchtet worden (Bremerich-Vos 1981). Auch in Kenntnis derlei kritischer Stimmen gilt die Sprechakttheorie jedoch als etablierte Theorie, die „mit Erfolg“ (Hindelang 2010) in vielen Gebieten angewandt wird, weswegen sie als theoretischer Hintergrund bei der vorliegenden Arbeit zur Anwendung gekommen ist. Die Sprechakttheorie darf mit einer 65-jährigen Wirkungs- und Rezeptionsgeschichte als etablierte Theorie innerhalb der Sprachwissenschaften betrachtet werden.

Bei Deklarativa zeigen sich Unterschiede eines empirisch erstellten milieuspezifischen Sprechaktinventars und einer auf systematischer Vollständigkeit beruhenden theoretischen Aufstellung illokutionärer Verben.

Emotiva und Stimulativa als Unterkategorien der Direktiva sind der orthodoxen Sprechakttheorie nicht bekannt, jedoch „zur Beschreibung milieurelevanter Wirkprozesse“ (Debus 2008) beschrieben. Die vorliegende Arbeit stellt den ersten publizierten empirischen Einsatz dieser Stammkraftfamilien dar. Die Inter-Rater-Reliabilitäten lassen vermuten, dass die Reliabilität nicht signifikant schlechter als bei den übrigen Stammkraftfamilien der orthodoxen Sprechakttheorie ausfällt, die Aussagekraft ist zum Teil jedoch wegen geringer Fallzahlen eingeschränkt. Um die Eignung für die empirische Sozialforschung genauer einschätzen zu können, sind Folgestudien mit größerem Untersuchungskorpus erforderlich.

Die achte und letzte Stammkraftfamilie des für die vorliegende Publikation entwickelten Klassifikationsschemas ist zwar nicht in theoretischen Vorarbeiten zur Sprechakttheorie beschrieben, einzelne hierunter subsummierte illokutionäre Kräfte (z.B. „Hörer-Rückmeldung geben“) finden aber Erwähnung bei Vorarbeiten zur empirischen Sprechaktforschung (Diegritz und Fürst 1999). Diegritz et al. machen in ihrer Arbeit auf das Fehlen derartiger prozessregulierender Illokutionen in der orthodoxen Sprechakttheorie aufmerksam (z.B. „Aufmerksamkeit fokussieren“), entgehen dem Problem der Klassifizierung unter eine Stammkraftfamilie aber damit, dass deren genutztes Klassifikationsschema (SALG – Sprechakttypeninventar zur Analyse von Lehrerinterventionen im Gruppenunterricht) nur auf illokutionären Kräften beruht und keine Stammkraftfamilien expliziert (Diegritz und Fürst 1999). In unserer Arbeit ist die Angabe der Stammkraftfamilie elementarer Bestandteil des SOL-Schemas.

Die Ergebnisse „geben einen ersten Einblick in die Möglichkeiten der semiotischen Diskursanalyse (und helfen,) Kommunikationsprofile zu unterscheiden“ (Debus 2019b). Lehrer verwenden im Vergleich zu Therapeuten mehr Assertiva, Expressiva, Fragen, Hörer-Rückmeldungen und Ratschläge, wohingegen Therapeuten mehr Emotiva, Kommissiva, Stimulativa, Deklarativa, Aufforderungen, Bitten und Aufmerksamkeits-Fokussierungen verwenden (Debus 2019b).

SOL Interaktionsmerkmale

Roland Posners Anatomie der Kommunikation, ein „zeichentheoretischer Fundierungsvorschlag der Sprechakttheorie“ (Rolf 1997), stellt die Grundlage für die Interaktionsmerkmale dar. Sie ist aber lediglich als theoretisches Konstrukt publiziert (Posner 1994), Vorarbeiten, die die Kommunikationsanatomie als empirisches Erhebungsinstrument nutzen, sind bislang nicht bekannt. Die vorliegende Arbeit ist unseres Wissens somit die erste Publikation, bei der die Posnersche Kommunikationsanatomie als empirisches Erhebungsinstrument genutzt wird. Die hierbei genutzten Interaktionsparameter zur Identifizierung des Reflexionsniveaus beruhen auf begrifflich präzisen und streng formalen Definitionen.

Im Gegensatz zum Ausgangsschema der illokutionären Kräfte, das während des Forschungsablaufs steten Veränderungen unterworfen war, standen die Interaktionsmerkmale zu Beginn des Ratings überwiegend fest, sodass während der Konsistenz-Checks nach Abschluss der Untersuchung nur vereinzelt Anpassungen notwendig wurden.

Gegenseitiger Ausschluss der SOL-Kategorien

Die Disjunkтивität des SOL-Schemas hängt, da es im Wesentlichen die Sprechaktinformation enthält, von derjenigen ab, die der orthodoxen Sprechakttheorie zugeschrieben wird. Variablenausprägungen des illokutionären Zwecks, der vorbereitenden Bedingungen oder des explizit performativen Vollzugs für jeden Turn helfen, die Disjunkтивität des SOL-Schemas zu erhöhen.

SOL-Kodierung

Die SOL-Kodierung umfasst Sprecher, illokutionäre Kraft und Reflexionsniveau, wobei das Reflexionsniveau wiederum auf einer erfüllten sekundären Ernsthaftigkeitsbedingung beruht (siehe Tabelle 8). Andere Interaktionsmerkmale finden keine Berücksichtigung, das Ziel der Kodierung besteht darin, Turns derart zu kodieren, dass sie in kodierter Form alle relevanten Informationen enthalten und auf einen Blick lesbar sind, also noch ein handhabbares Format aufweisen. Die hier vorgeschlagenen Parameter, die in die Kodierung eingehen, verstehen sich als theoretisch begründete Auswahl, nicht als definitives Modell. So wäre die Kodierungsformel um weitere Interaktionsparameter erweiterbar. In Vorarbeiten zur empirischen Sprechaktforschung wurden bislang lediglich Sprecher und illokutionäre Kraft kodiert, ohne Berücksichtigung des Reflexionsniveaus (Diegritz und Fürst 1999; Dietrich und Childress 2008; Kampf 2013). Hieran orientiert sich auch die Kodierung fürs mittlere Schema, bei dem das Reflexionsniveau keinen Eingang mehr in die Kodierung gefunden hat, da der Anteil nicht kommunikativer Turns im Untersuchungskorpus nur 5% beträgt (siehe Tabelle 33).

Illokutionäre Indikatoren

Die Differenzierung indexikaler und konventioneller illokutionärer Indikatoren beruht auf implizitem Rater-Wissen. Die formelle Angabe des Indikators ist nur im Zusammenhang mit Aktdiskussionen dokumentiert, findet in der Datenmatrix aber keine explizite Erwähnung. Vorarbeiten mit der systematischen Angabe des illokutionären Indikators im Rahmen empirischer Sprechaktforschung sind unseres Wissens nicht vorhanden. Erwähnung finden die Indikatoren aber als Ankerbeispiele der Sprechakttheorie (Debus 2008) sowie in der empirischen Sprechaktforschung (Diegritz und Fürst 1999).

Gelingen

Zur Abfrage von Gelingensbedingungen liegt keine empirische Publikation vor, auch wenn deren Abfrage als integraler Bestandteil der Bestimmung von Sprechakten angesehen werden kann, da sie hilft, Stammkraftfamilien voneinander zu differenzieren (Staffeldt 2009). Bei der Frage, welche Interaktionsparameter erfüllt sein müssen, damit eine Äußerung als gelungen gewertet werden kann, liegen in Arbeiten zur theoretischen Sprechakttheorie unterschiedliche Vorschläge vor (Staffeldt 2009; Searle 2013). Die von uns ausgewählten und im Wesentlichen auf Staffeldt beruhenden Parameter sind unter der Prämisse ausgewählt worden, dass sie auch als Parameter an sich eine Aussagekraft über den Ablauf von PGS liefern, auch wenn deren Auswahl als „Vorschlag (zu sehen ist), dessen Sinn vielleicht vor allem in der Demonstration einer möglichen Systematisierung“ liegt (Staffeldt 2009). Grundlegende Gelingensbedingungen wie beispielsweise der Sachverhalt, dass Akteure die gleiche Sprache sprechen (Searle 2013), sind im Untersuchungskorpus für alle Turns gewährleistet und eignen sich daher nicht zur Differenzierung der reinszenierten PGS. Die Erfüllung der Aufrichtigkeitsbedingung von Turns hingegen verspricht unabhängig von der Frage des Gelingens einen Erkenntniszugewinn in Bezug auf den Ablauf von PGS.

Wortanzahl

Die sprecherabhängige Erhebung der Wortanzahl ist als unspezifischer Parameter zu sehen. Anhand der fünften Szene konnte jedoch gezeigt werden, dass die Berücksichtigung der Wortanzahl bei der vergleichenden Betrachtung von Teilszenen explorative Arbeitshypothesen zu erstellen hilft (Diagramm 18). Außerdem ist der Parameter einfach zu erheben, weist eine minimale Inter-Rater-Reliabilität auf und ist der automatisierten Untersuchung eines Software-Algorithmus zugänglich.

Aktdichte

Die Aktdichte kann begrenzt zur Generierung von Hypothesen zum Ablauf von PGS herangezogen werden. Zwar haben sich in Szene 13 Hinweise dafür gezeigt, dass die mittlere Aktdichte beim Einsatz von Hilfs-Ich-Interventionen abnimmt, ansonsten konnten jedoch keine Arbeitshypothesen basierend auf diesem Parameter erstellt werden. Einschränkend muss sicher auch die willkürliche Festsetzung von zehn Sekunden für einen Intervall angesehen werden. Außerdem ist die Aktdichte vom Chunking abhängig. Je nach Chunking-Verhalten können sich die Aktdichten stark voneinander unterscheiden (Beispiel Umgang mit wiederholten Turns wie in Szene 14: „Herr Schuster, Herr Schuster, Herr Schuster!“ Transkript S.11, Z. 21f.).

Modalität/Durchsetzungsmodus

Die Modalität gibt in der vorliegenden Arbeit nur an, ob Turns verbal oder nonverbal vollzogen werden.

Der Durchsetzungsmodus charakterisiert einen Parameter zur Beschreibung von illokutionären Kräften neben anderen Interaktionsmerkmalen (Rolf 1997). Der Durchsetzungsmodus gibt an wie ein illokutionärer Zweck erreicht wird und kann hierbei entweder neutral, verstärkt oder vermindert ausfallen. Die Stammkraftfamilien weisen stets einen neutralen Durchsetzungsmodus auf, für illokutionäre Kräfte kann er jedoch variieren. So wird einem Kommando, bei dem dem Hörer das Recht der Zurückweisung versagt bleibt, ein stärkerer Durchsetzungsmodus zugerechnet als einer Bitte oder einem Ratschlag, da hier die Option des Zurückweisens sehr wohl besteht. In der vorliegenden Arbeit ist der Durchsetzungsmodus nicht direkt als Interaktionsparameter genutzt worden, findet jedoch Berücksichtigung bei der Klassifizierung von bindenden und nicht bindenden M-Direktiva. In Folgestudien wäre die Berücksichtigung des Durchsetzungsmodus als konstituierender Parameter von illokutionären Kräften denkbar. So ließen sich Hypothesen zur Verteilung von illokutionären Kräften mit erhöhtem respektive erniedrigtem Durchsetzungsmodus innerhalb von PGS generieren. Dem ist in der vorliegenden Arbeit nur mittels Kreuztabellen von illokutionären Kräften und Konfliktniveaus nachgegangen worden.

Konfliktniveau

Die Anzahl von fünf Konfliktniveaus ist nicht als definitiv anzusehen, sie stellt eher einen Vorschlag zur Einteilung dar, wie sie für PGS sinnvoll sein kann. Die Definition orientiert sich an empirisch gut beobachtbaren Elementen von PGS. Das Vorliegen einer konfliktfreien Interaktion sollte als Normalfall auf psychiatrischen Stationen gelten, auch wenn es im vorliegenden Untersuchungskorpus nur in einer Szene vorkommt. Es liegt kein Interessensgegensatz vor. Spannungsbildung und Eskalationsbereitschaft entsprechen verwandten Konfliktniveaus, in beiden Fällen wird einem Interessensgegensatz zwischen Patienten und Therapeuten Rechnung getragen. Das Vorliegen der Eskalationsbereitschaft könnte ein Äquivalent zum „Umkippen“ von PGS darstellen (Betätigung des Alarmknopfs). Die Existenz des „Umkippens“, das am ehesten den Übergang von therapeutischem zu organisatorischem Handeln beschreibt, also einer Zwangsanwendung unmittelbar vorausgeht, ist wiederholt von SRZP-Akteuren postuliert worden (Radovic und Debus 2019).

Eine definitive Aussage zur Trennschärfe der Konfliktniveaus ist angesichts teilweise sehr geringer Fallzahlen und fehlender Inter-Rater-Reliabilitäten aber nicht möglich. Hierfür bedürfte es Folgestudien.

Brauchbarkeit/Angemessenheit der Untersuchungskategorien

Da Roland Posners Anatomie der Kommunikation in der vorliegenden Arbeit zum ersten Mal als Erhebungsinstrument in der empirischen Sozialforschung eingesetzt wird, bedarf es der besonderen Berücksichtigung der Brauchbarkeit dieses Schemas. Die Brauchbarkeit der Untersuchungskategorien ist partiell schon weiter oben für die einzelnen Bedingungen diskutiert worden. Zusammenfassend seien folgende Aspekte diskutiert:

- Unterscheidung Intention/Handlung: Bei Posner wird bei zwei Reflexionsstufen (Primärabsicht/-handlung sowie Sekundärabsicht/-handlung) zwischen der Intention und Handlung eines Sprechers unterschieden. Fälle, in denen trotz vorliegender Absicht eine intendierte Handlung nicht vollzogen worden ist, lassen sich empirisch aber nicht nachweisen. Dies kann darauf hindeuten, dass der Unterschied zwar theoretisch bedeutsam, empirisch jedoch nicht relevant respektive nur unter erheblichen Aufwand zu erheben ist (Experten-Interviews nach Psychodrama, etc.).
- Differenzierung von Wirkungen und Prozessen: Bei Posner wird bei drei Reflexionsniveaus zwischen Wirkungen und Prozessen unterschieden (Primär-, Sekundär, Tertiärwirkung/-prozess). Der theoretisch begründete Unterschied besteht darin, dass eine Wirkung ohne Angabe der Ursache eintreten kann, der Prozess jedoch erst erfolgt, wenn die Wirkung durch einen Sprecher-Turn eintritt. Diese Unterscheidung spielt zumindest in Bezug auf die Sekundärwirkung keine empirisch begründbare Rolle, da die Sekundärwirkung stets wegen des Sprecher-Turns eintritt, der Sekundärprozess also erfolgt. Hier stünde die Zusammenlegung von Sekundärwirkung und Sekundärprozess für Folgestudien zur Debatte.
- Als weiteres Hemmnis müssen Bedingungen angesehen werden, deren Eintreffen respektive Erfüllung inneren Glaubens- und Überzeugungsprozessen entspricht, was für einen

externen Rater nicht immer eindeutig zu beurteilen ist. Da diese Charakteristik abhängig von der Stammkraftfamilie für acht bis dreizehn Interaktionsparameter pro Turn zutrifft, ist sie als relevant einzuschätzen (Primärabsicht, Primärhandlung, Sekundärwirkung, sekundäre Erfolgsbedingung, Sekundärabsicht, Sekundärhandlung, Kommunikationsbedingung und Erfolgsbedingung der Kommunikation, stammkraftabhängig auch vorbereitende Bedingung I+II, Aufrichtigkeitsbedingung, Primärwirkung sowie primäre Erfolgsbedingung).

- Posners Anatomie weist zehn hierarchisch geordnete Bedingungen auf, die in der vorliegenden Arbeit als Interaktionsparameter genutzt worden sind, von denen jedoch nur zwei relevant für das Reflexionsniveau des SOL-Schemas sind. Für folgende Studien wäre eine sinnvolle Reduktion der Interaktionsparameter zu überlegen, um den Untersuchungsaufwand zu reduzieren.

Das SOL-Schema ist zusammenfassend nicht als definitives Klassifikationsschema zur Beschreibung von PGS zu verstehen, sondern als Arbeitsgrundlage für Folgestudien.

Graph-Editor

Der Graph-Editor ermöglicht die Sequenzanalyse einmaliger Aktabfolgen. Aussage über mehr als eine Aktabfolge sind hingegen nicht möglich, die Methode ist also nicht zur Generierung von Hypothesen geeignet, die auf einer Aktsequenz von mehr als zwei Akten beruhen. Relevante Interaktionen (Anteil an allen Interaktionen einer Szene, Teilszene oder des Untersuchungskorpus >1%) beinhalten häufig LIP. Bei denen als relevant einzuschätzenden Interaktionen kann also ein Großteil nicht der Untersuchung zugeführt werden, da die LIP-beinhaltenden Interaktionen keine Aussagen über die Nicht-LIP-Interaktionen zulassen. Sequenzanalysen über mehr als zwei Sprechakte hinaus sind an anderer Stelle zu finden (Debus und Radovic 2019).

4.4. Würdigung und Kritik der Ergebnisse

Stimulativa

Angesichts dessen, dass unter Stimulativa auch Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) zu verstehen sind, verwundert es, dass die absolute Anzahl an Stimulativa so niedrig ausfällt (elf Turns im Untersuchungskorpus). Eine mögliche Erklärung besteht darin, dass ATL in PGS, wie sie hier reinszeniert vorliegen, eine untergeordnete Rolle spielen.

Beabsichtigte Primärwirkung/primäre Erfolgsbedingung

Tabelle 27 zeigt, dass die beabsichtigte Primärwirkung unter Auslassung gesprächsstrukturierender Akte nur bei jedem zweiten Turn eintritt, bei den verbliebenen Turns tritt die beabsichtigte

Primärwirkung nicht respektive nur unklar ein. Der möglicherweise als gering erscheinende Anteil von 38% primär erfolgreichen Akten (Tabelle 28) ist also im Wesentlichen auf das Ausbleiben der beabsichtigten Primärwirkung zurückzuführen. Tritt die beabsichtigte Primärwirkung ein, ist dies mehrheitlich durch den jeweilig vorausgehenden Turn bedingt, womit die primäre Erfolgsbedingung erfüllt ist. Trotzdem überrascht der Befund, dass die beabsichtigte Primärwirkung nur bei jedem zweiten Turn eintritt. Hierfür lassen sich basierend auf dem Untersuchungskorpus folgende Vermutungen anstellen:

Das Diagramm 13 zeigt detailliert auf, dass vor allem Stammkraftfamilien betroffen sind, deren beabsichtigte Primärwirkung in einem Glaubensinhalt seitens des Hörers besteht. So besteht die beabsichtigte Primärwirkung von Assertiva darin, dass der Hörer einem Sachverhalt Glauben schenkt, diejenige der Expressiva, dass der Hörer glaubt, dass sich der Sprecher in einem bestimmten Zustand befindet und diejenige von Kommissiva, dass der Hörer zur Überzeugung gelangt, dass der Sprecher die von ihm angekündigte Handlung vollzieht. Die beabsichtigte Primärwirkung ist bei diesen Stammkraftfamilien nicht in jedem Fall eindeutig zu erfassen, weswegen sie unklar ausfällt. Das Eintreten der beabsichtigten Primärwirkung ist bei hörerseitigen Verstehens- und Glaubensprozessen nur bedingt dem Untersucher zugänglich. Neben Folge-Äußerungen des Hörers, die Hinweise auf Prozesse dieser Art geben können, können auch Aussagen aus dem Sharing oder sonstige Umgebungsinformationen zur Klärung des Sachverhalts beitragen, ob eine beabsichtigte Primärwirkung eingetreten ist oder nicht.

Direktiva, deren primäre beabsichtigte Primärwirkung eindeutiger ersichtlich ist, da sie sich in einer Hörer-Handlung konstituiert, weisen gegenüber den oben beschriebenen Stammkraftfamilien weniger Turns mit unklar eingetretener beabsichtigter Primärwirkung auf. Besonders eindeutig lässt sich das Eintreten der beabsichtigten Primärwirkung für Aufforderungen und Fragen angeben (siehe Diagramm 38).

Unabhängig von der Stammkraftfamilie fällt auf, dass T-Turns häufiger unklar ausfallen als P-Turns (siehe Tabellen 31 und 32). Dies könnte der Hinweis auf einen möglichen Untersucher-Bias sein, da der Untersucher mit mehrjähriger Vorerfahrung als studentische Hilfskraft auf einer Akutpsychiatrie eher der Gruppe der Therapeuten als derjenigen der Patienten zuzurechnen ist. Dem Untersucher könnten sich Glaubensinhalte von Therapeuten eher als diejenigen von Patienten erschließen. Es wird manchem in der psychiatrischen Krankenpflege tätigen Therapeuten schwerfallen, Aussagen über Glaubens- und Überzeugungsinhalte der Patienten zu generieren.

Primär erfolglose Turns mit eingetretener beabsichtigter Primärwirkung treten vor allem bei Assertiva auf. Dies ist vermutlich durch wiederholt geäußerte Sachverhalte zu erklären, bei denen davon auszugehen ist, dass sie dem Hörer schon bekannt sind, die beabsichtigte Primärwirkung also eingetreten ist, dies jedoch nicht auf Grund eines unmittelbar vorangegangenen Sprecher-Turns, sondern wegen eines länger zurückliegenden Turns.

Der Anteil unklar primär erfolgreicher Turns fällt im Gegensatz zur beabsichtigten Primärwirkung bei den Direktiva am höchsten aus. Dies liegt an Patienten-Handlungen, die dem Willen der Therapeuten entsprechen, ohne das angegeben werden kann, ob die Handlung wegen des Turns oder wegen eines anderen, begleitenden Sachverhalts zustande kommt.

Beabsichtigte Sekundärwirkung

Beim Eintreten der beabsichtigten Sekundärwirkung zeigt sich ein deutlicher Sprecherbezug, so bleibt es bei jedem dritten T-Turn unklar, ob die Sprecher-Absicht vom Hörer verstanden wird. Umgekehrt ist dies nicht der Fall, die Therapeuten scheinen die Sprecherabsicht in neun von zehn P-Turns zu verstehen (siehe Diagramm 56). Im Falle einer unklar eingetretenen beabsichtigten Sekundärwirkung ist es nicht auszuschließen, dass der Hörer die Sprecherabsicht zwar verstanden hat, dies dem Untersucher jedoch nicht gewahr wird. Wie bei der primären Ernsthaftigkeitsbedingung und der beabsichtigten Primärwirkung handelt es sich beim Eintreten der beabsichtigten Sekundärwirkung um einen innerlichen Verstehensprozess, der nicht zwingend expliziert wird. Bei der Beurteilung desselben ist der Untersucher auf Umgebungsfaktoren angewiesen. Dennoch sind die sprecherbedingten Unterschiede nicht allein hierdurch zu erklären. Möglicherweise können Patienten die Absichten hinter T-Turns nicht immer nachvollziehen oder sollen es unter Umständen auch gar nicht, z.B. im Rahmen einer tangentialen Gesprächsführung (Schäfert et al. 2008). Die Absichten des Sprechers bleiben hierbei bewusst im Dunkeln, der Patient soll Problemlösungsstrategien nicht direkt durch den Therapeuten mitgeteilt bekommen, sondern mit Hilfe des Therapeuten selbst Strategien entwickeln.

Hypothesen

Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht in der Generierung von explorativen Arbeitshypothesen. Falsifikation und Verifikation sind angesichts des Pilot-Stadiums der Studie nicht vorgesehen, jedoch bei zukünftigen Studien konfirmatorischen Designs möglich.

Zur Diskussion der im Ergebnisteil erstellten Hypothesen siehe Vorarbeiten der empirischen Sprechaktforschung (Debus 2019b).

4.5. Würdigung und Kritik der Güte

Das Chunking als Methode der qualitativen Sozialforschung hat einen subjektiven Charakter und unterliegt einer Inter-Rater-Reliabilität von 74% (siehe Ergebnisse, Abschnitt 3.5). Die Intra-Rater-Reliabilitäten sind nicht erhoben worden. Dies wäre für zukünftige Studien ein möglicher Parameter, um die Unsicherheiten beim Chunking besser abschätzen zu können.

Urteilsleistung

Die Datenerhebung ist abhängig vom Urteilsvermögen des Untersuchers. Um die Inter-Rater-Reliabilität besser abschätzen zu können, sind für die Folgestudien größere Erhebungen der Inter-Rater-Reliabilität anzustreben.

In der vorliegenden Arbeit liegen Fremdurteile eines externen Untersuchers zum Ablauf von PGS vor. Ein Selbstrating durch die Pfleger wäre nur möglich, wenn diese sprechakttheoretisch

geschult würden. Ein beispielhafter Vergleich zwischen Selbst- und Fremdrating wäre jedoch möglich, um empirische Hinweise für eine methodisch nicht auszuschließende Diskrepanz des primären illokutionären Zwecks bei indirekten Sprechakten zu erlangen. Im Rahmen des SRZP-Projekts sind immerhin Rückschlüsse hierauf mittels der Experten-Interviews (Restle 2017) und des Sharings möglich, um Hinweise auf indirekte Sprechakte zu finden, deren primärer illokutionärer Zweck nur mittels Informationen identifiziert werden kann, die nicht explizit der reinszenierten PGS entnommen werden können.

Die Urteilsgegenstände sind keine Personenmerkmale, sondern Äußerungsakte der Akteure, die der Gruppe der Therapeuten und Patienten zugeordnet werden. Ein mögliches sprechakttheoretisches Schulungsprogramm für Therapeuten könnte diese inter-individuellen Unterschiede aber berücksichtigen, indem individuelle Sprechaktprofile mit einem personenübergreifenden Mittelwert verglichen werden.

Die Urteilsleistung fällt mit $n = 1788$ Turns sprecherunabhängig ohne LIP höher als bei Vorarbeiten zur empirischen Sprechaktforschung aus (Debus 2019b). Dennoch werden in einigen Kreuztabellen Häufigkeiten <5 generiert, deren statistische Aussagekraft beschränkt ist. Für Folgestudien wäre eine höhere Anzahl an Turns wünschenswert, wofür jedoch effizientere Untersuchungsmethoden notwendig werden können, unter Umständen unter Zuhilfenahme von Computerprogrammen.

Für das Urteilsvermögen müssen kulturell gemeinsam geteilte Sprachkompetenzen/ein implizites Sprachwissen seitens der Akteure und Untersucher unterstellt werden. Eine adäquate Sprachkompetenz darf als elementare Eigenschaft eines externen Untersuchers angesehen werden.

Objektivität

In Bezug auf die Objektivität ist zu diskutieren, inwieweit das Studiendesign Einfluss auf den Verlauf der reinszenierten PGS und hiermit auf den Untersuchungskorpus nimmt. Der Psychodramatherapeut hat zwar Einfluss auf den Verlauf der Diskurse, indem er Regie führt, er greift in den Diskursablauf jedoch nicht ein, die Akteure legen Thema und Verlauf fest. Das Transkript wird nach einer etablierten Norm erstellt, sodass alle Turns objektiv nachvollziehbar sind. Das Zuordnen der Turns zu illokutionären Kräften weist Inter-Rater-Differenzen auf, der Prozess wird jedoch durch Ankerbeispiele der theoretischen Sprechakttheorie und einführenden Sekundärliteratur, Vorarbeiten zur empirischen Sprechaktforschung und die formalistische Definition aller Interaktionsparameter objektiviert.

Reliabilität

Bei der vorliegenden Studie liegen Inter-Rater-Reliabilitäten der achten Szene fürs Chunking und die Stammkraftfamilien vor. Für zwei wesentliche Untersuchungsschritte liegen also Daten vor, die einen Eindruck von der Qualität des SRZP-Ausgangsschemas zulassen. Darüber hinaus liegen noch keine Reliabilitätsdaten vor. Für Folgestudien wäre die Erhebung der Inter-Rater-Reliabilität einer größeren Anzahl an Turns sowie die Erhebung der Intra-Rater-Reliabilität

wünschenswert. Möglich wären auch Inter-Rater-Reliabilitäten in Bezug auf Interaktionsparameter, die der Posnerschen Kommunikationsanatomie entstammen. Auf diese Weise wäre die Etablierung der Reflexionsebenen als Erhebungsinstrument der empirischen Sozialforschung möglich. Das Chunking führt zu unterschiedlichen dialogischen Turnfolgen, die nur eingeschränkt miteinander vergleichbar sind. Möglich wäre es, das Chunking bei der Reliabilitäts-Prüfung unberücksichtigt zu lassen.

Validität

Illokutionen gelten als allgemein akzeptierte Bedeutungsaspekte von sprachlichen Äußerungen. Bei der konsensuellen Validität dienen die Akteure als Validitätskriterium. Diese äußern sich im Sinne eines Feedbacks im Rahmen des Sharings zu den reinszenierten PGS. Außerdem liegt dem SRZP ein zyklisches Studiendesign zugrunde, wodurch sich ebenso Hinweise für die konsensuelle Validität finden (Debus 2019b). Die Beurteilung der Validität unseres Sprechakt-Inventars als Erhebungsinstrument für PGS ist aber erst im Rahmen einer konfirmatorischen Folgestudie möglich.

M-Schema

Das M-Schema ist nur qualitativ erstellt. Für illokutionäre Kräfte, die sich zwar aufgrund eines theoretisch begründbaren Sachverhalts voneinander unterscheiden lassen, beim Rating jedoch eine zu geringe Trennschärfe aufweisen, bedürfte es Reliabilitätsstudien, die unseres Wissens aber nicht vorliegen. Mit Ausnahme der erhobenen Inter-Rater-Reliabilität für die achte Szene (rund hundert Turns inklusive LIP) liegen keine Reliabilitäts-Daten vor. Deswegen beruht das M-Schema auf qualitativen Einschätzungen des Verfassers der vorliegenden Arbeit.

4.6. Ausblick

Einen Ausblick stellen Programme zur automatisierten Transkription dar, die in der vorliegenden Arbeit jedoch noch nicht zum Einsatz gekommen sind.

Alternative oder ergänzende Untersuchungsgegenstände für Folgestudien könnten der Kooperationsgrad von Kommunikation (Arielli 2005) oder nonverbale Turns während PGS darstellen.

Der Anwendungsbereich empirischer Sprechaktforschung ist nicht auf PGS begrenzt, die Methode kann auch bei anderen Milieus wie beispielsweise somatischen Krankenhausstationen, Schulen oder Rettungskräften angewandt werden.

In der vorliegenden Arbeit wurden nur solche Szenen untersucht, die sich in eine duale Dialogform einfügen lassen (Sprecherrollen: Patient oder Therapeut). In späteren Projekten könnten mehrere Sprecherrollen unterschieden werden (siehe Abschnitt 2.3.3).

5. Zusammenfassung

Einleitung

Der Untersuchungsgegenstand dieser explorativen Studie ist eine Auswahl psychiatrischer Gefährdungssituationen (PGS) aus dem Behandlungsalltag in drei verschiedenen Akutstationen psychiatrischer Kliniken der Region Hannover. Während zahlreiche Untersuchungen zur Häufigkeit von PGS vorliegen, ist zu den zugrunde liegenden kommunikativen Prozessen so gut wie nichts bekannt. Die Untersuchung konzentriert sich daher auf die Zeitpunkte unmittelbar vor, während und nach der Anwendung von physischen Zwangsmaßnahmen (ZM) und sucht typische Sprechaktmuster (genauer: Illokutionsmuster) der Akteure, in der Rolle von Therapeuten T oder Patienten P. Die Beschreibung und Operationalisierung beobachtbarer Sprachhandlungen basiert auf der Searle'schen Sprechakttheorie und einer daraus abgeleiteten formalen „Semiotic Observation Language“. Das Konfliktniveau von PGS wird durch ein Phasenmodell mit verschiedenen Intensitätsgraden repräsentiert. Die Analyse konzentriert sich auf folgende zentrale Fragestellungen:

Wodurch ist die Kommunikation in PGS gekennzeichnet? Warum eskalieren Interaktionen zwischen Krankenpflegepersonal und Patienten? Und gibt es interaktionelle Strukturen und Risikofaktoren für Gefährdungssituationen?

Methodik

PGS werden mithilfe von teilnehmenden Krankenpflegekräften psychodramatisch reinszeniert und gefilmt. Alle Äußerungen der Akteure werden transkribiert und zu Turns gehunkt (Erstellung segmentierter Textteile aus dem Textkorpus). Insgesamt 2767 Turns aus 13 Haupt- und 26 Teilszenen werden mit Hilfe von Illokutionsinventaren einem Rating unterzogen. Es werden Merkmalsausprägungen von Stammkraftfamilien, illokutionären Rollen, Erfolgsbedingungen und anderen Parametern erhoben.

Zur Einschätzung der Rating-Reliabilität werden Konkordanzen zwischen fünf verschiedenen Ratern berechnet. Die intra- und interszenischen Häufigkeitsverteilungen aller beobachteten Sprachhandlungen (Sprechaktprofile getrennt nach T und P) werden über Balkendiagramme visualisiert. Für die Darstellung der sprachlichen Interaktionen zwischen Akteursgruppen (T, P) werden Sprechakt-Netzwerke genutzt. Hierzu wird mit einem sogenannten Graph-Editor gearbeitet. Um ein Interaktionsnetzwerk zu erstellen, werden Interaktionen zwischen Patienten und Therapeuten (Turnpaare) in einer Pivot-Tabelle tabellarisch mit deren Häufigkeiten aufgelistet. Es werden Sprechaktsequenzen mit unterschiedlichen Sequenztiefen dargestellt (short-term und long-term).

Mittels Cluster- und Diskriminanzanalysen von Sprechaktprofilen sollen erste Einsichten in die kommunikative (Un-)Ähnlichkeit von PGS gewonnen werden: Die Situationen, in denen es zu PGS kommt, werden durch einen Merkmalsvektor charakterisiert, der durch die Häufigkeitsverteilung über ein Kategoriensystem definiert ist. In die Charakterisierung von Situationen geht nicht nur das Sprechaktprofil ein, das aus der Verteilung der Stammfamilien entsteht, sondern auch das Profil aller Unterkategorien des Inventars (Clusteranalyse). Die Diskriminanzanalyse

beantwortet die Frage, welche Sprechaktvariablen aus dem Illokutionsinventar die Gruppen der Clusteranalyse maximal unterscheiden (sogenannten Prädiktorvariablen) und wie gut diese Gruppen diskriminiert werden können.

Ausgehend vom Textkorpus und einer Sammlung performativer Verben wurde zunächst ein vorläufiges Illokutionsinventar entwickelt, das den Ausgangspunkt des Ratings markiert. Durch Löschung irrelevanter, Fusionierung gering besetzter oder Differenzierung „grober“ Kategorien entstand das sogenannte Mittlere Illokutionsschema (genannt: M-Schema), das alle Erfahrungen der in den obigen Abschnitten genannten Methoden berücksichtigt. Damit entstand ein explorativ gewonnener Vorschlag, der hypothetisch behauptet, dass das M-Schema PGS angemessener, zielgenauer und mit einer höheren Differenzierungsfähigkeit beschreibt als das Ausgangsinventar.

Es werden explorative Arbeitshypothesen zu PGS erstellt.

Ergebnisse

Es werden 14 Szenen, 26 Teilszenen, 1628 Transkriptionszeilen und 2767 Sprechakte unter Berücksichtigung von 27 Variablen analysiert (74.709 Variablenausprägungen). Aufbauend auf einem aus der Literatur abgeleiteten Sprechaktinventar (mit anfänglich 140 illokutionären Kategorien), wurde das M-Schema mit 37 Kategorien zur Einschätzung des Sprachverhaltens in PGS entwickelt. Mindestens fünf Situationstypen können mit Hilfe von 18 Prädiktorvariablen unterschieden und zu 96% korrekt klassifiziert werden. Beobachtet werden können überwiegend spannungsgeladene Gesprächssituationen, in denen Patienten und Therapeuten in einen Dialog treten. Die Ergebnisse geben Einblicke z.B. in typische Kommunikationsdynamiken von Direktiva (Anweisungen) und Assertiva (Mitteilungen) als Schleifen negativer Reziprozität sowie in scheinbar paradoxe Dialogverläufe, in denen die Handlungserfolge negativ mit den Ernsthaftigkeitsbemühungen der Krankenpflegenden korrelieren. Direktiva, Kommissiva (Selbstfestlegungen) und bestimmte gesprächssteuernde Akte („Let it pass“) von T nehmen mit zunehmender Eskalation zu, Monologe ab; emotionale Einflussnahmen (Emotiva) werden zunehmend erfolgloser und die Häufigkeit von Expressiva (Gefühlsäußerungen) sinkt.

Diskussion

Die Studie leistet einen Beitrag zur qualitativen und quantitativen Beschreibung von PGS. Erstmals ist es gelungen, empirisch überprüfbare Hypothesen zum Sprachverhalten in PGS zu entwickeln. Literaturvergleiche zeigen die Nützlichkeit der Verfahren auch in anderen Forschungsbereichen (z.B. Schulunterrichtsforschung). Darüber hinaus gibt die Studie wichtige Impulse zur Anwendung des Psychodramas in der supervidierten Nachbesprechung von PGS. Es stellt eine Alternative zu datenschutz- sowie arbeitsschutzrechtlich bedenklichen und technisch aufwändigen Realaufnahmen auf Station dar. Neue Deeskalationsstrategien können im Psychodrama erprobt und mit dem vorgeschlagenen Design dieser Studie hinsichtlich des Kommunikationsverhaltens der Akteure detailgenau im Sekundenbereich analysiert werden.

Die explorativen Hypothesen sind mittels Folgestudien konfirmatorischen Designs zu prüfen.

Schriftenverzeichnis

- Abderhalden, Christoph; Needham, Ian; Dassen, Theo; Halfens, Ruud; Haug, Hans-Joachim; Fischer, Joachim E. (2008): Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards. Randomised controlled trial. In: *Br J Psychiatry* 193 (1), S. 44–50. DOI: 10.1192/bjp.bp.107.045534.
- Ahrens, Ullrich (2011): Psychodramatische Re-Inszenierungen: Von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie. In: *Zeitschrift für Semiotik* (33), S. 55–78.
- Ahrens, Ullrich; Haage, Jens; Luzycki, Thomas; Milark, Susanne; Debus, Stephan (2019): Fallstudie: Entwicklung von symbolischen Alternativen zur physischen Zwangsanwendung in Gefährdungssituationen - PART IV. „Simulation und Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie“ (SRZP). In: *Psychiatrische Praxis* 46 (S 01), S38-S49. DOI: 10.1055/a-0785-6617.
- Ameln, Falko; Gerstmann, R.; Kramer, Josef (2009): Psychodrama. 2. Aufl. s.l.: Springer-Verlag. Online verfügbar unter <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10328767>.
- Arielli, Emanuele (2005): Unkooperative Kommunikation. Eine handlungstheoretische Untersuchung. Techn. Univ., Diss.--Berlin, 2002. Münster: LIT-Verl. (Grundlagen der Kommunikation und Kognition, N.F., 1).
- Atteslander, Peter; Cromm, Jürgen (2010): Methoden der empirischen Sozialforschung. 13., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Erich Schmidt Verlag (ESV basics).
- Austin, John Langshaw; Savigny, Eike von (2010): Zur Theorie der Sprechakte. (How to do things with words). Bibliogr. erg. Ausg., [Nachdr.]. Stuttgart: Reclam (Reclams Universal-Bibliothek, 9396).
- Barwise, Jon; Perry, John (1987): Situationen und Einstellungen Grundlagen der Situationssemantik. Berlin, New York: Walter de Gruyter. Online verfügbar unter <http://www.degruyter.com/doi/book/10.1515/9783110846744>.
- Bastiaan, Peter; Debus, Stephan; Haltenhof, Horst (1998): Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie. Fixierungen auf den psychiatrischen Stationen der Medizinischen Hochschule Hannover. In: *Psychiatrische Praxis*, S. 231–234.
- Beghi, Massimiliano; Peroni, Federica; Gabola, Piera; Rossetti, Aurora; Cornaggia, Cesare Maria (2013): Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry. A systematic review. In: *Rivista di psichiatria* 48 (1), S. 10–22. DOI: 10.1708/1228.13611.
- Bortz, Jürgen; Schuster, Christof (2016): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Extras online. Limitierte Sonderausgabe, 7., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer (Springer-Lehrbuch). Online verfügbar unter <http://www.springer.com/>.
- Boumans, Christien E.; Egger, Jos I. M.; Bouts, Richard A.; Hutschemaekers, Giel J. M. (2015): Seclusion and the importance of contextual factors. An innovation project revisited. In: *International journal of law and psychiatry* 41, S. 1–11. DOI: 10.1016/j.ijlp.2015.03.001.

- Bowers, L. (2014): Safewards. A new model of conflict and containment on psychiatric wards. In: *Journal of psychiatric and mental health nursing* 21 (6), S. 499–508. DOI: 10.1111/jpm.12129.
- Bowers, Len; James, Karen; Quirk, Alan; Simpson, Alan; Stewart, Duncan; Hodson, John (2015): Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards. The Safewards cluster randomised controlled trial. In: *International journal of nursing studies* 52 (9), S. 1412–1422. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001.
- Bowers, Len; Ross, Jamie; Nijman, Henk; Muir-Cochrane, Eimear; Noorthoorn, Eric; Stewart, Duncan (2012): The scope for replacing seclusion with time out in acute inpatient psychiatry in England. In: *Journal of advanced nursing* 68 (4), S. 826–835. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05784.x.
- Bremerich-Vos, Albert (1981): Zur Kritik der Sprechakttheorie, Austin und Searle. Techn. Hochschule, Philos. Fak., Diss.--Aachen, 1979. Weinheim: Beltz (Beltz Forschungsberichte, 26).
- Cornaggia, Cesare Maria; Beghi, Massimiliano; Pavone, Fabrizio; Barale, Francesco (2011): Aggression in psychiatry wards. A systematic review. In: *Psychiatry research* 189 (1), S. 10–20. DOI: 10.1016/j.psychres.2010.12.024.
- Dack, C.; Ross, J.; Papadopoulos, C.; Stewart, D.; Bowers, L. (2013): A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. In: *Acta psychiatrica Scandinavica* 127 (4), S. 255–268. DOI: 10.1111/acps.12053.
- Debus, Stephan (2008): Formen psychiatrischer Milieus. Semiotische Studien zur Methodologie der Milieuforschung. Habilitationsschrift. Medizinische Hochschule Hannover, Hannover. Abteilung Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie.
- Debus, Stephan (2017a): Simulation und Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie (SRZP) - Interaktionsforschung versus Epidemiologie. In: *Soziale Psychiatrie* (157), S. 16–19.
- Debus, Stephan (2017b): Simulation und Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie (SRZP). Zur wissenschaftstheoretischen Begründung für ein multiperspektivisches, arbeitsteiliges und interdisziplinäres Programm der Konflikt-, Gewalt- und Präventionsforschung. In: *Sozialpsychiatrische Informationen* 47 (2), S. 31–38.
- Debus, Stephan (2018): Über das verfügbare Wissen in der S3-Leitlinie zur "Verhinderung von Zwang". In: *Soziale Psychiatrie* 42 (162), S. 31–34.
- Debus, Stephan (2019a): Ein Kommunikationsmodell zur Durchsetzungsmacht in psychiatrischen Gefährdungssituationen – PART V. „Simulation und Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie“ (SRZP). In: *Psychiatrische Praxis* 46 (S 01), S50-S59. DOI: 10.1055/a-0785-6668.
- Debus, Stephan (2019b): Mixed-Methods-Design zur Analyse von Gefährdungssituationen mittels Kommunikationsprofilen – Part I. „Simulation und Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie“ (SRZP). In: *Psychiatrische Praxis* 46 (S 01), S11-S20. DOI: 10.1055/a-0785-6527.
- Debus, Stephan (2019c): Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie – ein Forschungsprogramm. In: *Public Health Forum* 27 (1), S. 69–71. DOI: 10.1515/pubhef-2018-0143.

Debus, Stephan (2019d): Deskriptiv statistische Definition der Grundbegriffe, 27.11.2019 an Marco Radovic.

Debus, Stephan; Ahrens, Ullrich (2016): Das „Hilfs-Ich“ jenseits der „Weißen Wand“. Eine psychodramatische Kasuistik zur Simulation und Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie. In: *Z Psychodrama Soziom* 15 (S1), S. 101–118. DOI: 10.1007/s11620-015-0311-z.

Debus, Stephan; Machleidt, W.; Hinrichs, H. (1994): Das kortikale EEG wird durch fünf Grundgefühle spezifisch moduliert. Ergebnisse einer Replikationsstudie. In: *Klin Neurophysiol* 25 (02), S. 98–110. DOI: 10.1055/s-2008-1060247.

Debus, Stephan; Posner, Roland (2019): Semiotik und Soziale Psychiatrie: Kooperation, Nutzen und Ausblick - PART VI. „Simulation und Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie“ (SRZP). In: *Psychiatrische Praxis* 46 (S 01), S60-S68. DOI: 10.1055/a-0785-6602.

Debus, Stephan; Radovic, Marco (2019): Zur Kommunikationsdynamik von Gefährdungssituationen – PART III. „Simulation und Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie“ (SRZP). In: *Psychiatrische Praxis* 46 (S 01), S29-S37. DOI: 10.1055/a-0785-6587.

Devlin, Keith (1993): Infos und Infone. Die mathematische Struktur der Information. Basel, s.l.: Birkhäuser Basel. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-0348-6239-4>.

DGPPN (Hg.) (2018): S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“. Online verfügbar unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-022.html>, zuletzt aktualisiert am 10.09.2018, zuletzt geprüft am 15.05.2019.

DGPPN (Hg.) (2019): S2k-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“. Online verfügbar unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-023.html>, zuletzt aktualisiert am 13.04.2019, zuletzt geprüft am 27.10.2020.

Diegritz, Theodor; Fürst, Carl (1999): Empirische Sprechhandlungsforschung. Ansätze zur Analyse und Typisierung authentischer Äußerungen. Erlangen: Univ.-Bund Erlangen-Nürnberg (Erlanger Forschungen Reihe A, Geisteswissenschaften, 88).

Dietrich, Rainer; Childress, Traci Michelle (Hg.) (2008): Group interaction in high risk environments. repr. Aldershot: Ashgate.

Donat, Dennis C. (2002): Impact of improved staffing on seclusion/restraint reliance in a public psychiatric hospital. In: *Psychiatric Rehabilitation Journal* 25 (4), S. 413–416. DOI: 10.1037/h0094994.

Döring, Nicola; Bortz, Jürgen (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Unter Mitarbeit von Sandra Pöschl. 5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer (Springer-Lehrbuch). Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>.

Duxbury, J. (2002): An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit. A pluralistic design. In: *Journal of psychiatric and mental health nursing* 9 (3), S. 325–337.

Ehlich, Konrad; Rehbein, Jochen (1979): Erweiterte halbinterpretative Arbeitstranskriptionen (HIAT 2). In: *Linguistische Berichte* (59), S. 51–75.

- Ehrhardt, Claus; Heringer, Hans Jürgen (2011): *Pragmatik*. 1. Aufl. Paderborn: Fink (LIBAC, 3480). Online verfügbar unter <http://www.utb-studi-e-book.de/9783838534800>.
- Fetzer, Anette E.; Steinert, Tilman; Metzger, Wolfram; Fegert, Jörg M. (2006): Eine prospektive Untersuchung von Zwangsmassnahmen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 55 (10), S. 754–766.
- Fingeld-Connett, Deborah (2009): Model of therapeutic and non-therapeutic responses to patient aggression. In: *Issues in mental health nursing* 30 (9), S. 530–537. DOI: 10.1080/01612840902722120.
- Flammer, Erich; Steinert, Tilman (2018): Das Fallregister für Zwangsmaßnahmen nach dem baden-württembergischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz. Konzeption und erste Auswertungen. In: *Psychiatrische Praxis*. DOI: 10.1055/a-0665-6728.
- Forster, P. L.; Cavness, C.; Phelps, M. A. (1999): Staff training decreases use of seclusion and restraint in an acute psychiatric hospital. In: *Archives of psychiatric nursing* 13 (5), S. 269–271.
- Georgieva, Irina; Mulder, Cornelis L.; Noorthoorn, Eric (2013): Reducing seclusion through involuntary medication: a randomized clinical trial. In: *Psychiatry research* 205 (1-2), S. 48–53. DOI: 10.1016/j.psychres.2012.08.002.
- Georgieva, Irina; Vesselinov, Roumen; Mulder, Cornelis L. (2012): Early detection of risk factors for seclusion and restraint. A prospective study. In: *Early intervention in psychiatry* 6 (4), S. 415–422. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2011.00330.x.
- Gonzalez-Torres, Miguel Angel; Fernandez-Rivas, Aranzazu; Bustamante, Sonia; Rico-Vilademoros, Fernando; Vivanco, Esther; Martinez, Karmele et al. (2014): Impact of the creation and implementation of a clinical management guideline for personality disorders in reducing use of mechanical restraints in a psychiatric inpatient unit. In: *The primary care companion for CNS disorders* 16 (6). DOI: 10.4088/PCC.14m01675.
- Gudmundsson, Óttar (2012): Zwangsmaßnahmen in Island. Geschichte einer bemerkenswerten Ausnahme. In: *Psychiatrische Praxis* 39 (6), S. 299–300.
- Harras, Gisela; Proost, Kristel; Winkler, Edeltraud (2007): *Lexikalische Strukturen*. 1. Aufl. s.l.: Walter de Gruyter GmbH Co.KG (Schriften des Instituts für Deutsche Sprache, v.10.2). Online verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=3049390>.
- Harras, Gisela; Winkler, Edeltraud; Erb, Sabine; Proost, Kristel (2004): *Handbuch deutscher Kommunikationsverben*. Teil 1: Wörterbuch. Berlin, New York: Walter de Gruyter (Schriften des Instituts für Deutsche Sprache, 10.1). Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1515/9783110201659>.
- Hindelang, Götz (2010): *Einführung in die Sprechakttheorie*. Sprechakte, Äußerungsformen, Sprechaktsequenzen. 5. Aufl. s.l.: De Gruyter (Germanistische Arbeitshefte, 27). Online verfügbar unter <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10498735>.
- Hirsch, Sophie (2017): Evidenzbasierte nicht-pharmakologische Interventionen zur Reduktion von mechanischen Zwangsmaßnahmen bei Erwachsenen in psychiatrischen Kliniken – ein systematisches Review. Unter Mitarbeit von Universität Ulm.

- Husum, Tonje Lossius; Bjørngaard, Johan Håkon; Finset, Arnstein; Ruud, Torleif (2010): A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. In: *BMC health services research* 10, S. 89. DOI: 10.1186/1472-6963-10-89.
- Ilkiw-Lavalle, Olga; Grenyer, Brin F. S. (2003): Differences between patient and staff perceptions of aggression in mental health units. In: *PS* 54 (3), S. 389–393. DOI: 10.1176/appi.ps.54.3.389.
- Iozzino, Laura; Ferrari, Clarissa; Large, Matthew; Nielssen, Olav; Girolamo, Giovanni de; Li, Suxia (2015): Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients. A Systematic Review and Meta-Analysis. In: *PLoS ONE* 10 (6), e0128536. DOI: 10.1371/journal.pone.0128536.
- James, David V.; Fineberg, Naomi A.; Shah, Ajit K.; Priest, Robert G. (1990): An Increase in Violence on an Acute Psychiatric Ward. In: *Br J Psychiatry* 156 (6), S. 846–852. DOI: 10.1192/bjp.156.6.846.
- Juckel, Georg; Haußleiter, Ida (2015): Die stationäre Unterbringung nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG NRW) - was sind die stärksten Prädiktoren? In: *Psychiatrische Praxis* 42 (3), S. 133–139. DOI: 10.1055/s-0034-1369866.
- Kalisova, Lucie; Raboch, Jiri; Nawka, Alexander; Sampogna, Gaia; Cihal, Libor; Kallert, Thomas W. et al. (2014): Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive measures? Results from the EUNOMIA international study. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 49 (10), S. 1619–1629. DOI: 10.1007/s00127-014-0872-6.
- Kallert, Thomas W.; Glöckner, Matthias; Onchev, Georgi; Raboch, Jiri; Karastergiou, Anastasia; Solomon, Zahava et al. (2005): The EUNOMIA project on coercion in psychiatry. Study design and preliminary data. In: *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 4 (3), S. 168–172.
- Kampf, Robert (2013): Analysis of speech acts in movie dialogues on the example of ridley scott's *Bladerunner*. [Place of publication not identified]: Grin Verlag.
- Kelly, Erin L.; Subica, Andrew M.; Fulginiti, Anthony; Brekke, John S.; Novaco, Raymond W. (2015): A cross-sectional survey of factors related to inpatient assault of staff in a forensic psychiatric hospital. In: *Journal of advanced nursing* 71 (5), S. 1110–1122. DOI: 10.1111/jan.12609.
- Ketelsen, R.; Schulz, M.; Driessen, M. (2011): Zwangsmaßnahmen im Vergleich an sechs psychiatrischen Abteilungen. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 73 (2), S. 105–111. DOI: 10.1055/s-0029-1246181.
- Ketelsen, R.; Zechert, C.; Driessen, M.; Schulz, M. (2007a): Characteristics of aggression in a German psychiatric hospital and predictors of patients at risk. In: *Journal of psychiatric and mental health nursing* 14 (1), S. 92–99. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2007.01049.x.
- Ketelsen, Regina; Staude, Andrea; Godejohann, Frank; Driesen, Martin (2007b): Das beraterteam in der psychiatrischen klinik: aufgaben und erfahrungen im umgang mit aggression und zwang. In: *Psychiatrische Praxis* 34 (6), S. 306–310. DOI: 10.1055/s-2007-986487.

Klipper, Ilan (2010): Alltag in der Psychiatrie: Arte France.

Kuckartz, Udo (2014): Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. Wiesbaden: Springer VS. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-531-93267-5>.

Labov, William (1973): Das Studium der Sprache im sozialen Kontext. In: Wolfgang Klein (Hg.): Aspekte der Soziolinguistik. 3. Aufl., unveränd. Nachdr. der 2. Aufl. von 1972. Frankfurt am Main: Athenäum-Fischer-Taschenbuch-Verl. (Fischer-Athenäum-Taschenbücher @Sprachwissenschaft, 2017), S. 123–206.

Lang, Undine (2013): Innovative Psychiatrie mit offenen Türen. Deeskalation und Partizipation in der Akutpsychiatrie. Berlin, Heidelberg: Springer. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-32030-9>.

Latalova, Klara; Kamaradova, Dana; Prasko, Jan (2014): Violent victimization of adult patients with severe mental illness. A systematic review. In: *Neuropsychiatric disease and treatment* 10, S. 1925–1939. DOI: 10.2147/NDT.S68321.

Lepping, Peter; Masood, Barkat; Flammer, Erich; Noorthoorn, Eric O. (2016): Comparison of restraint data from four countries. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 51 (9), S. 1301–1309. DOI: 10.1007/s00127-016-1203-x.

Machleidt, Wielant; Gutjahr, Leopold; Mügge, Andreas (1989): Grundgefühle. Phänomenologie Psychodynamik EEG-Spektralanalytik. Berlin, Heidelberg: Springer (Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie, 57). Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-83906-1>.

Martin, Veronika; Kuster, Wolfgang; Baur, Manfred; Bohnet, Ulrich; Hermelink, Gottfried; Knopp, Martin et al. (2007): Die Inzidenz von Zwangsmassnahmen als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und -verarbeitung und erste Ergebnisse. In: *Psychiatrische Praxis* 34 (1), S. 26–33. DOI: 10.1055/s-2005-866920.

Masters, Kim James; Wandless, Deborah (2005): Use of pulse oximetry during restraint episodes. In: *PS* 56 (10), S. 1313–1314. DOI: 10.1176/appi.ps.56.10.1313.

Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz (Beltz Pädagogik). Online verfügbar unter http://content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783407293930.

Mohsenian, C.; Verhoff, M. A.; Risse, M.; Heinemann, A.; Püschel, K. (2003): Todesfälle im Zusammenhang mit mechanischer Fixierung in Pflegeinstitutionen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 36 (4), S. 266–273. DOI: 10.1007/s00391-003-0112-2.

Müller, S.; Walter, H.; Kunze, H.; Konrad, N.; Heinz, A. (2012a): Zwangsbehandlungen unter Rechtsunsicherheit. Teil 1: Die aktuelle Rechtslage zu Zwangsbehandlungen einwilligungsunfähiger Patienten mit psychischen Erkrankungen. In: *Der Nervenarzt* 83 (9), S. 1142–1149. DOI: 10.1007/s00115-012-3627-1.

- Müller, S.; Walter, H.; Kunze, H.; Konrad, N.; Heinz, A. (2012b): Zwangsbehandlungen unter Rechtsunsicherheit. Teil 2: Folgen der Rechtsunsicherheit in der klinischen Praxis - Vorschläge zur Verbesserung. In: *Der Nervenarzt* 83 (9), S. 1150–1155. DOI: 10.1007/s00115-012-3628-0.
- Murphy, Tim (2005): Restraint and seclusion. The model of eliminating their use in healthcare. Marblehead, MA: HCPro, Inc.
- Nijman, Henk L. I. (1997): Aggressive Behaviour on an Acute Psychiatric Admissions Ward. In: *European Journal of Psychiatry* 11 (2), S. 106–114.
- Nijman, Henk L. I. (1999): Aggressive behavior of psychiatric inpatients. Measurement, prevalence, and determinants. [S.l.: s.n.].
- Nijman, Henk L. I.; Merckelbach, H. L.; Allertz, W. F.; a Campo, J. M. (1997): Prevention of aggressive incidents on a closed psychiatric ward. In: *PS* 48 (5), S. 694–698. DOI: 10.1176/ps.48.5.694.
- Nitschke-Janssen, Meike; Branik, Emil (2006): Einflussfaktoren auf den Einsatz von Zwangsmassnahmen--Eine retrospektive Auswertung in einer Schweizer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsklinik. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 55 (4), S. 255–270.
- Noorthoorn, Eric; Lepping, Peter; Janssen, Wim; Hoogendoorn, Adriaan; Nijman, Henk; Widdershoven, Guy; Steinert, Tilman (2015): One-year incidence and prevalence of seclusion. Dutch findings in an international perspective. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 50 (12), S. 1857–1869. DOI: 10.1007/s00127-015-1094-2.
- Norredam, M.; Garcia-Lopez, A.; Keiding, N.; Krasnik, A. (2010): Excess use of coercive measures in psychiatry among migrants compared with native Danes. In: *Acta psychiatrica Scandinavica* 121 (2), S. 143–151. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2009.01418.x.
- Nöth, Winfried (2000): Handbuch der Semiotik. 2nd ed. 2000. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.1007/978-3-476-03213-3>.
- Ockenfels, Axel (2015): Wie Du mir, so ich dir. In: *forschung - Das Magazin der deutschen Forschungsgemeinschaft* (2), S. 10–13.
- Odawara, Toshinari; Narita, Hiroyuki; Yamada, Yasuhiro; Fujita, Jyunichi; Yamada, Tomoki; Hirayasu, Yoshio (2005): Use of restraint in a general hospital psychiatric unit in Japan. In: *Psychiatry and clinical neurosciences* 59 (5), S. 605–609. DOI: 10.1111/j.1440-1819.2005.01422.x.
- Ohlenschlaeger, Johan; Nordentoft, Merete; Thorup, Anne; Jeppesen, Pia; Petersen, Lone; Christensen, Torben Ø. et al. (2008): Effect of integrated treatment on the use of coercive measures in first-episode schizophrenia-spectrum disorder. A randomized clinical trial. In: *International journal of law and psychiatry* 31 (1), S. 72–76. DOI: 10.1016/j.ijlp.2007.11.003.
- O'Malley, Jane E.; Frampton, Christopher; Wijnveld, Anne-Marie; Porter, Richard J. (2007): Factors influencing seclusion rates in an adult psychiatric intensive care unit. In: *JPI* 3 (02), S. 321. DOI: 10.1017/S1742646407001124.

- Papadopoulos, C.; Ross, J.; Stewart, D.; Dack, C.; James, K.; Bowers, L. (2012): The antecedents of violence and aggression within psychiatric in-patient settings. In: *Acta psychiatrica Scandinavica* 125 (6), S. 425–439. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2012.01827.x.
- Phillips, D.; Rudestam, K. E. (1995): Effect of nonviolent self-defense training on male psychiatric staff members' aggression and fear. In: *PS* 46 (2), S. 164–168. DOI: 10.1176/ps.46.2.164.
- Popitz, Heinrich (2009): *Phänomene der Macht*. 2., stark erw. Aufl., Nachdr. Tübingen: Mohr.
- Posner, Roland (1993): Believing, Causing, Intending: The Basis for a Hierarchy of Sign Concepts in the Reconstruction of Communication. In: René J. Jorna, Barend van Heusden und Roland Posner (Hg.): *Signs, Search and Communication*. Berlin, Boston: De Gruyter, S. 215–270. Online verfügbar unter https://www.semiotik.tu-berlin.de/fileadmin/fg150/Posner-Texte/Posner-Believing_causing_intending.pdf, zuletzt geprüft am 25.10.2020.
- Posner, Roland (1994): Zur Genese von Kommunikation. Semiotische Grundlagen. In: Karl-Friedrich Wessel und Frank Naumann (Hg.): *Kommunikation und Humanontogenese*. Bielefeld: Kleine (Berliner Studien zur Wissenschaftsphilosophie & Humanontogenetik, 6), S. 384–429.
- Posner, Roland (2005): Was ist Kultur? Zur semiotischen Explikation anthropologischer Grundbegriffe. In: Stephan Debus, Hans-Peter Burmeister, Thomas Floeth und Christian Zechert (Hg.): *Semiotik und Sozialpsychiatrie. Über Sinn und Zeichen einer Fachsprache : Dokumentation einer Tagung der Evangelischen Akademie Loccum in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Hochschule Hannover ... vom 24. bis 26. April 2003*. 1. Aufl. Rehburg-Loccum: Evang. Akad. Loccum (Loccumer Protokolle, 15/03), S. 101–148.
- Posner, Roland; Debus, Stephan (Hg.) (2011): *Semiotische Milieuforschung in der Sozialwissenschaft*. Tübingen: Stauffenburg (Zeitschrift für Semiotik, 33,1/2).
- Posner, Roland; Debus, Stephan (Hg.) (2014): *Neue Methoden der Diskursanalyse*. Tübingen: Stauffenburg (Zeitschrift für Semiotik, 35.2013,3-4).
- Putkonen, Anu; Kuivalainen, Satu; Louheranta, Olavi; Repo-Tiihonen, Eila; Ryyänänen, Olli-Pekka; Kautiainen, Hannu; Tiihonen, Jari (2013): Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. In: *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 64 (9), S. 850–855. DOI: 10.1176/appi.ps.201200393.
- Raboch, Jirí; Kalisová, Lucie; Nawka, Alexander; Kitzlerová, Eva; Onchev, Georgi; Karastergiou, Anastasia et al. (2010): Use of coercive measures during involuntary hospitalization. Findings from ten European countries. In: *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 61 (10), S. 1012–1017. DOI: 10.1176/ps.2010.61.10.1012.
- Radovic, Marco; Debus, Stephan (2019): Zur Kommunikationsstruktur von Gefährdungssituationen – PART II. „Simulation und Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie“ (SRZP). In: *Psychiatrische Praxis* 46 (S 01), S21-S28. DOI: 10.1055/a-0785-6563.
- Renwick, Laoise; Stewart, Duncan; Richardson, Michelle; Lavelle, Mary; James, Karen; Hardy, Claire et al. (2016): Aggression on inpatient units. Clinical characteristics and consequences. In: *International journal of mental health nursing* 25 (4), S. 308–318. DOI: 10.1111/inm.12191.

Restle, Laura (2017): Simulation und Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie - Wie laufen Gefahrensituationen in der Psychiatrie ab und wie können sie deeskaliert werden? Prozessanalyse anhand von Simulationen mit Hilfe des Psychodramas. Bachelorarbeit. Bachelorarbeit/empirische Projektarbeit. Alpen-Adria Universität, Klagenfurt. Fakultät für Kulturwissenschaften.

Robering, Klaus; Posner, Roland; Sebeok, Thomas Albert (1997): Semiotik. Ein Handbuch zu den zeichentheoretischen Grundlagen von Natur und Kultur, Bd.I. Berlin, New York: Walter de Gruyter (Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft, Bd. 13). Online verfügbar unter <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=186394>.

Roche, Eric; Madigan, Kevin; Lyne, John P.; Feeney, Larkin; O'Donoghue, Brian (2014): The therapeutic relationship after psychiatric admission. In: *The Journal of nervous and mental disease* 202 (3), S. 186–192. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000102.

Rohe, T.; Dresler, T.; Stuhlinger, M.; Weber, M.; Strittmatter, T.; Fallgatter, A. J. (2017): Bauliche Modernisierungen in psychiatrischen Kliniken beeinflussen Zwangsmaßnahmen. In: *Der Nervenarzt* 88 (1), S. 70–77. DOI: 10.1007/s00115-015-0054-0.

Rolf, Eckard (1997): Illokutionäre Kräfte. Grundbegriffe der Illokutionslogik. Opladen: Westdt. Verl.

Rüesch, P.; Miserez, B.; Hell, D. (2003): Gibt es ein Täterprofil des aggressiven Psychiatrie-Patienten? In: *Der Nervenarzt* 74 (3), S. 259–265. DOI: 10.1007/s00115-003-1475-8.

Sailas, E.; Fenton, M. (2000): Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. In: *The Cochrane database of systematic reviews* (2), CD001163. DOI: 10.1002/14651858.CD001163.

Schäfer, Rainer; Bölter, Regine; Faber, Rainer; Kaufmann, Claudia (2008): Tangential, nicht frontal. In: *PiD - Psychotherapie im Dialog* 9 (03), S. 252–259. DOI: 10.1055/s-2008-1067481.

Searle, John R. (2013): Sprechakte. Ein sprachphilosophischer Essay. Unter Mitarbeit von R. Wiggershaus. 12. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 458).

Searle, John R.; Kemmerling, Andreas (2004): Ausdruck und Bedeutung. Untersuchungen zur Sprechakttheorie. 1. Aufl., [Nachdr.]. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 349).

Serenari, Massimo (2011): Videoanalyse als Instrument der Datenerhebung und Datenanalyse am Beispiel von drei Karotisoperationen. In: *Zeitschrift für Semiotik* 33 (1-2), S. 79–110.

Staffeldt, Sven (2009): Einführung in die Sprechakttheorie. Ein Leitfaden für den akademischen Unterricht. 2. Aufl. Tübingen: Stauffenburg (Stauffenburg-Einführungen, 19).

Staggs, Vincent S. (2015): Trends in Use of Seclusion and Restraint in Response to Injurious Assault in Psychiatric Units in U.S. Hospitals, 2007–2013. In: *PS* 66 (12), S. 1369–1372. DOI: 10.1176/appi.ps.201400490.

Steinert, Tilman; Hirsch, Sophie (2018): S3-Leitlinie zur Vermeidung von Zwang und Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu Fixierungen. Was ändert sich? In: *Psychiatrische Praxis* 45 (8), S. 399–401. DOI: 10.1055/a-0750-0675.

Steinert, Tilman; Lepping, Peter; Bernhardsgrütter, Renate; Conca, Andreas; Hatling, Trond; Janssen, Wim et al. (2010): Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals. A literature review and survey of international trends. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 45 (9), S. 889–897. DOI: 10.1007/s00127-009-0132-3.

Steinert, Tilman; Whittington, Richard (2013): A bio-psycho-social model of violence related to mental health problems. In: *International journal of law and psychiatry* 36 (2), S. 168–175. DOI: 10.1016/j.ijlp.2013.01.009.

Steinert, Tilman; Zinkler, Martin; Elsässer-Gaißmaier, Hans-Peter; Starrach, Axel; Hoppstock, Sandra; Flammer, Erich (2015): Langzeittendenzen in der Anwendung von Fixierungen und Isolierungen in fünf psychiatrischen Kliniken. In: *Psychiatrische Praxis* 42 (7), S. 377–383. DOI: 10.1055/s-0034-1370174.

van de Sande, R.; Nijman, H. L. I.; Noorthoorn, E. O.; Wierdsma, A. I.; Hellendoorn, E.; van der Staak, C.; Mulder, C. L. (2011): Aggression and seclusion on acute psychiatric wards. Effect of short-term risk assessment. In: *Br J Psychiatry* 199 (6), S. 473–478. DOI: 10.1192/bjp.bp.111.095141.

Walter, Gernot; Nau, Johannes; Oud, Nico (Hg.) (2012): Aggression und Aggressionsmanagement. Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. 1. Aufl. Bern: Huber (Pflegepraxis Psychiatrische Pflege). Online verfügbar unter http://sub-hh.ciando.com/book/?bok_id=339023.

Whittington, R.; Wykes, T. (1996): Aversive stimulation by staff and violence by psychiatric patients. In: *The British journal of clinical psychology* 35 (Pt 1), S. 11–20.

Whittington, Richard; Richter, Dirk (2005): Interactional aspects of violent behaviour on acute psychiatric wards. In: *Psychology, Crime & Law* 11 (4), S. 377–388. DOI: 10.1080/10683160500255372.

Wullschleger, Alexandre; Vandamme, Angelika; Ried, Jennifer; Pluta, Mara; Montag, Christiane; Mahler, Lieselotte (2019): Standardisierte Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen auf psychiatrischen Akutstationen. Ergebnisse einer Pilotstudie. In: *Psychiatrische Praxis* 46 (3), S. 128–134. DOI: 10.1055/a-0651-6812.

yWorks GmbH (2019): yED Graph Editor. Version 3.19.1. Tübingen: yWorks GmbH. Online verfügbar unter <https://www.yworks.com/downloads#yEd>, zuletzt geprüft am 25.10.2019.

Zun, Leslie S. (2003): A prospective study of the complication rate of use of patient restraint in the emergency department. In: *The Journal of emergency medicine* 24 (2), S. 119–124. DOI: 10.1016/S0736-4679(02)00738-2.

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die der
Medizinischen Hochschule Hannover
zur Promotion eingereichte Dissertation mit dem Titel

Empirische Sprachhandlungsuntersuchung von psychiatrischen Gefährdungssituationen

in der Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie

unter Betreuung von PD Dr. Stephan Debus

ohne sonstige Hilfe durchgeführt und bei der Abfassung der Dissertation keine anderen als die
dort aufgeführten Hilfsmittel benutzt habe.

Die Gelegenheit zum vorliegenden Promotionsverfahren ist mir nicht kommerziell vermittelt
worden.

Insbesondere habe ich keine Organisation eingeschaltet, die gegen Entgelt Betreuerinnen und
Betreuer für die Anfertigung von Dissertationen sucht oder die mir obliegenden Pflichten hin-
sichtlich der Prüfungsleistungen für mich ganz oder teilweise erledigt.

Ich habe diese Dissertation bisher an keiner in- oder ausländischen Hochschule zur Promotion
eingereicht. Weiterhin versichere ich, dass ich den beantragten Titel bisher noch nicht erworben
habe.

Ergebnisse der Dissertation wurden in folgendem Publikationsorgan

Psychiatrische Praxis

veröffentlicht.

Hannover, den 14. Juli 2021