

Macht und Abhängigkeit in der Psychotherapie* **

Ulrich Streeck

Einleitung

Wenn von Macht die Rede ist, stellen sich meist auch Gedanken an Zwang ein, an Gewalt, Unterwerfung, Abhängigkeit oder Ohnmacht. Macht gilt als „dirty word“. Wir sprechen von Macht mit einer Geste, als sei Macht per se böse oder als sähen wir uns bedroht (Taureck 1983, S. 11). Dass mit dem Begriff der Macht ein „unangenehmer Beigeschmack“ verbunden ist, hat Norbert Elias (1971) darauf zurückgeführt, dass die bisherige Geschichte eine Geschichte des *Missbrauchs* von Macht ist. Neutraler hatte Immanuel Kant Macht einst „ein Vermögen“ genannt, „welches großen Hindernissen überlegen ist“, eine Fähigkeit, die für menschliches Handeln konstitutiv ist, Macht als Fähigkeit zum Andersmachen der Welt, in einem anthropologischen Sinn etwas, was der Mensch vermag, was er machen kann, die Fähigkeit, sich gegen fremde Kräfte durchzusetzen (Popitz 1992).

Für Max Weber (1922) bedeutete Macht „... jede Chance, innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen, gleichviel, worauf diese Chance beruht“. Danach sind Macht und Abhängigkeit keine Eigenschaften, die einzelne Personen besitzen, keine seelischen Dispositionen, die jemand mit sich herumträgt und die er irgendwann einmal, wenn die Umstände dafür günstig sind, in die Tat umsetzt. Nicht ein Einzelner hat per se Macht. Macht bezeichnet bei Weber ein Verhältnis von Menschen zu Menschen. Danach gibt es Macht ohne den Anderen ebenso wenig wie es Abhängigkeit in sozialer Abgeschiedenheit geben kann. Macht verlangt nicht nur den, der sie vermeintlich besitzt, sondern davon untrennbar den, der Macht zuerkennt und sich ihr unterwirft. „Der Herr ist nur so ein Herr“, heißt es bei Bertolt Brecht, „wie ihn der Knecht es sein lässt“.

** Vortrag bei den Gestalttagen 2012 in Wien zum Thema ‚Macht und Ermächtigung in der Psychotherapie‘

**** Die videographierten Szenen, die im Vortrag unter dem Aspekt von Macht in der therapeutischen Situation untersucht wurden, können hier nur mit Worten angedeutet wiedergegeben werden.

Jede soziale Situation, jedes Verhältnis von Menschen zu Menschen enthält ein potentiell Macht- und Abhängigkeitsgefälle und kann in eine Macht- und Abhängigkeitsbeziehung übergehen. In diesem Sinne hat Norbert Elias (1971) Macht eine „Struktureigentümlichkeit aller gesellschaftlichen Beziehungen“ genannt.

Es mag auf den ersten Blick befremden, Macht und Psychotherapie in einem Atemzug zu nennen, halten wir Macht und Psychotherapie doch meist für zwei miteinander weitgehend unvereinbare Begriffe. Und tatsächlich ist in der Psychotherapie von Macht selten die Rede, es sei denn, von der Macht Anderer. Psychotherapeuten scheinen weder nach Macht zu streben, noch scheinen sie Macht auszuüben. Die therapeutische Beziehung scheint in einem von Macht- und Abhängigkeitsverhältnissen weithin freien Raum angesiedelt zu sein.

Vor vielen Jahren meinte ein Patient zu mir:

„Es ist doch klar, dass hier in der Behandlung Sie es sind, der die Stunden bestimmt. Sie sind die Stimme aus dem Hintergrund. Sie lenken und Sie bestimmen, was hier geschieht und was nicht geschieht und wo es lang geht - durch Ihr Schweigen, durch Ihre Fragen, durch Ihre Kommentare und durch Ihre Deutungen. Hier haben Sie die Macht, auch wenn ich sicher bin, dass Sie Ihre Macht nicht missbrauchen.“

Haben Psychotherapeuten also doch Macht? Verfügen sie über einen privilegierten Zugang zur seelischen Realität ihrer Patienten und haben darin Macht? Haben sie vielleicht Macht, weil sie in der Lage sind, diese seelische Realität kontrolliert und vorhersagbar zu verändern?

Jean Paul Sartre hat einmal die Tonbandaufzeichnung eines Gespräches veröffentlicht, zu dem ein ehemaliger Patient seinen Psychoanalytiker einige Zeit nach Abschluss seiner Behandlung genötigt hat. In dem Gespräch hatte der Patient versucht, die Rollen umzukehren und das Verhalten seines ehemaligen Analytikers nun seinerseits zu deuten. In der Präambel zu diesem Dialog, bei dem der ehemalige Patient den Analytiker unerbittlich in die Enge treibt, schreibt Sartre (1969):

„...der Analytiker als unsichtbarer und schweigsamer Zeuge verwandelt schon im Mund des Patienten das Wort und diesen selbst in ein Objekt, aus dem einfachen Grund, weil es zwischen dem Mann mit abgewandtem Rücken und dem auf der Couch liegenden Patienten keine Wechselwirkung gibt. Ich weiß“ so Sartre weiter „der Kranke muß sich selbst emanzipieren. Aber die Schwierigkeit ... liegt darin, daß er sich als etwas Passives entdeckt – durch diesen Blick des Analytikers, den er nicht einfangen kann und der ihn doch beobachtet ... In dieser Situation ist die Gewalt latent vorhanden, damit auch die Unterwerfung des Patienten ...“.

Hier ist Macht nicht an die *Absicht* der Person gebunden, nicht dem Umstand geschuldet, dass die Person wie bei Max Weber „den eigenen Willen .. gegen Widerstreben durchsetzt“. Die Macht, von der hier die Rede ist, ist der Situation eingeschrieben, der Art und Weise, wie Patient und Psychoanalytiker sich – aus wohl überlegten Gründen - mit ihrer Körperlichkeit zueinander positionieren, eine – mit Elias ausgedrückt - Struktureigentümlichkeit, konstituiert durch den *einseitigen* Blick, der den Psychoanalytiker zum Beobachter des Patienten, den Patienten zum beobachteten Objekt des Psychoanalytikers macht.

Macht und Abhängigkeit in der Psychotherapie - aus mikroskopischer Perspektive

Im psychotherapeutischen Alltag spielen weder Zwang noch Unterwerfung eine nennenswerte Rolle, weder Gewalt noch Ohnmacht, weder Unterdrückung noch Ausbeutung. Patient und Psychotherapeut stützen sich bei der gemeinsamen Arbeit gewöhnlich auf keine anderen Mittel als die, die ihrer Verständigung dienen, auf ihr sprachliches und nichtsprachliches Verhalten. Mit sprachlichen und nichtsprachlichen Mitteln bringen sie gemeinsame Objekte der Aufmerksamkeit, des Wissens und der Veränderung hervor, Schritt für Schritt und von Augenblick zu Augenblick. Dabei kann jedes für den Anderen sichtbare und hörbare Verhalten ein Zug im Kontext des vorangegangenen Verhaltens des Anderen sein und kann selbst wiederum einen nächsten Zug des Anderen nach sich ziehen und zur Abwicklung des interaktiven Geschehens wichtig sein. Will man untersuchen, *wie* das geschieht, muss sich die

Aufmerksamkeit somit auch auf die subtilen Elemente sprachlichen und körperlichen Verhaltens richten.

So möchte ich Sie einladen, Ihre Aufmerksamkeit auf einige gänzlich unspektakuläre, flüchtige und scheinbar ganz und gar beiläufige Phänomene zu richten, wie sie sich im Verhältnis von Patienten und Psychotherapeuten ständig ereignen. Es sind Phänomene, die bei genauer Betrachtung einige Aspekte dessen erkennen lassen, wie und mit welchen kommunikativen Mitteln und Prozeduren es Patienten und Psychotherapeuten gelingt, das Gegenüber zu einem bestimmten Verhalten zu veranlassen. Dabei spielen weder Zwang noch Unterwerfung eine Rolle, weder Gewalt noch Ohnmacht, weder Unterdrückung noch Ausbeutung. Die Situationen können so flüchtig sein, dass wir sie unter Umständen bewusst nicht einmal registrieren, kurzlebige unscheinbare Enactments. Gleichwohl setzen Patient und Psychotherapeut mit diesen subtilen Elementen eine von Macht und Abhängigkeit bestimmte Beziehung in Szene.

Daten

Ein erstes Beispiel aus meiner Praxis:

Mir war eines Tages aufgefallen, dass ich einer Patientin im Unterschied zu anderen Patienten nach der Verabschiedung häufiger die Tür öffnete, die vom Praxisraum nach draußen führte. Das war ein wenig umständlich, weil es sich aufgrund der räumlichen Verhältnisse anbot, dass die Patienten, wenn sie weggingen, die Tür selbst öffneten und ich die Tür nach der Verabschiedung hinter ihnen schloss. Nachdem ich für dieses kleine Ereignis aufmerksam geworden war, fiel mir auf, dass die Patientin jedes Mal, wenn ich ihr die Tür öffnete, kurz vor der Tür ihre Bewegungen kaum merklich verlangsamt hatte und für Bruchteile einer Sekunde zu zögern schien. Durch dieses minimale Abwarten sah ich mich aufgefordert, an ihr vorbei ihr die Tür zu öffnen, wenn ich nicht unhöflich sein wollte. Eines Tages kam die Patientin ungewohnt missmutig zur Behandlung und verhielt sich schweigend und abweisend. Dann beschwerte sie sich mit dem Ausdruck von Empörung darüber, dass ich ihr die Tür nicht geöffnet, sondern sie – wie sie meinte - wie ein kleines Mädchen behandelt hatte statt als

Frau, der man die kleinen Ehrerbietungen des Alltags entgegenbringt. Solange ich ihr die Tür geöffnet hatte, war ich ihr wie einer erwachsenen Frau mit Aufmerksamkeit und der gebührenden Beachtung begegnet.

Ohne zu wissen, wie sie das tat, hatte die Patientin es mit ihren kaum wahrnehmbaren körperlichen Gesten, mit der Verlangsamung ihrer Bewegungen und ihrem kurzen Zögern vor der geschlossenen Tür, fertiggebracht, mich zu einem erwünschten Verhalten zu veranlassen.

In dieser beiläufigen Szene war es der Patientin somit gelungen, mit ihrem subtilen Verhalten zu bestimmen, was als nächstes auf meiner Seite geschehen sollte.

Aber wie war das möglich?

Flüchtige Enactments werden oft mit Hilfe von subtilen körperlich-gestischen Mitteln in Gang gesetzt. Obwohl subtil, können die dabei eingesetzten sprachlichen und nichtsprachlichen Mittel eine zwingende Wirkung haben und das Gegenüber zu einem bestimmten Verhalten veranlassen.

Oftmals werden solche kurzlebigen Episoden, wenn sie denn überhaupt bemerkt werden, dahingehend interpretiert, dass der Patient versucht, den Therapeuten zu provozieren oder ihn zu einem bestimmten Verhalten oder zur Übernahme einer bestimmten Rolle zu drängen. Man muss aber nicht unbedingt psychologische Annahmen, zumal keine Annahmen über unbewusste Handlungsabsichten bemühen, um zu erklären, wie solche Enactments zustande kommen, und man muss auch nicht davon ausgehen, dass nichtsprachliches Verhalten und körperliche Gesten, die dabei eingesetzt werden, seelisches Erleben - etwa Wünsche oder unbewusste Absichten - *zum Ausdruck bringen*. Viel eher könnte man bei dem geschilderten Beispiel sagen, dass die unbewussten Wünsche der Patientin sich bestimmte Prozeduren einer Sinn- und Ordnungsmontage (Sacks 1995) zunutze gemacht haben, um ihr Ziel zu erreichen – in diesem Sinne Macht auszuüben.

Prozeduren einer Sinn- und Ordnungsmontage - was ist mit diesem abstrakten und technisch klingenden Ausdruck gemeint?

In sozialer Interaktion sind meine Äußerung oder meine Handlung nicht nur meine Äußerung oder meine Handlung. Immer und regelhaft erzeugen sie auch eine normative Erwartung im Hinblick auf eine unmittelbar nachfolgende Äußerung bzw. eine Handlung von Seiten meines Gegenübers (Bergmann 1987/88, 1991). Indem ich in bestimmter Weise handle, kann ich eine Verpflichtung für die andere Person erzeugen, ihrerseits im nächsten Zug eine bestimmte Handlung zu vollziehen. Der einfachste Fall ist eine Frage, die eine Antwort oder ein Gruß, der einen Gegengruß normativ erwarten lässt. Die Person, die die Handlung des Grüßens vollzieht, macht für ihr Gegenüber kenntlich, dass sie sich auf die Erwartung eines Gegengrußes bezieht, und das Gegenüber seinerseits weiß, dass dies die Erwartung der grüßenden Person ist. Auf diese Weise können sich Beteiligte auf eine gemeinsame prozedurale soziale Ordnung berufen und ihre Begegnung geordnet über die Bühne bringen.

Dass sie sich dabei tatsächlich auf normative Erwartungen beziehen, wird spätestens dann klar, wenn die normative Erwartung, die mit der ersten Handlung erzeugt wird, nicht erfüllt wird, auf den Gruß kein Gegengruß erfolgt, die Frage ohne Antwort bleibt, die Einladung nicht mit einer Gegeneinladung beantwortet wird. Das verlangt Erklärungen, Rechtfertigungen, Entschuldigungen oder zumindest Ausflüchte, solange die Interaktion aufrechterhalten bleiben und verhindert werden soll, dass die Interaktionsordnung zusammenbricht.

Solche prozeduralen Ordnungen sind so selbstverständliche Grundlagen unseres sozialen Handelns, dass nur im abweichenden Fall erkennbar wird, dass grundlegende normative Organisationsprinzipien sozialen Handelns verletzt wurden.

Die Frage, aus welchen psychischen Absichten der Gegengruß oder die Antwort ausgeblieben sein mögen oder anders als erwartet ausgefallen sind, muss nicht uninteressant sein, ist in diesem Zusammenhang aber sekundär. Auf jeden Fall muss man von der Patientin in dem Beispiel nicht annehmen, dass sie mit dem kaum merklichen Verlangsamten ihrer Schritte und mit ihrem flüchtigen Zögern an der Tür symbolische Gesten – etwa Gesten der Macht oder der Bedürftigkeit - verwendet hat oder dass sie per Agieren Erfahrungen handelnd ausgedrückt hat. Die Patientin hat mit dem Verlangsamten ihrer Schritte und mit ihrem Zögern vielmehr eine Sequenzierung der Interaktion von ihr und mir an der Tür vorgenommen, und *damit* hat sie mir den Part des Türöffnens zugewiesen. Sie musste diese Aufforderung nicht

als solche deutlich machen oder einen Wunsch - wie versteckt und mit welchen Mitteln auch immer - *ausdrücken*, weil sie sich im Zuge des Verabschiedungsrituals auf die *zeitliche Ordnung* derartiger habitueller, normativ geregelter Interaktionsepisoden verlassen konnte.

Ein ähnliches Beispiel dafür, wie unbewusste Wünsche das Ordnungsprinzip der sequenziellen Organisation sozialer Interaktion für ihre Zwecke ausbeuten können und Macht in diesem Sinne eine Funktion des Dialoges ist:

Bei einem Kollegen mussten die Patienten, um zu seiner Praxis zu gelangen, einen etwas längeren Weg von der Gartenpforte bis zur Haustür zurücklegen. An der Gartenpforte war eine Klingel, aber das Tor stand immer weit auf; außerdem war die Klingel am Rand durch wuchernde Büsche etwas verdeckt. Den meisten Besuchern fiel nicht auf, dass es da eine Klingel gab, und sie gingen durch die geöffnete Gartenpforte und betätigten die Klingel an der Haustür.

Eine seiner Patientinnen klingelte jedoch regelmäßig an der Gartenpforte. Während sie auf dem Gartenweg auf das Haus zuzuging, stand ihr Therapeut an der Haustür und sah ihr auf ihrem Weg zum Haus entgegen. An einem kühlen, regnerischen Tag, als er sich etwas krank fühlte und fröstelte, lehnte der Therapeut, nachdem die Patientin geklingelt hatte, die Haustür an und wartete im warmen Praxisraum auf sie. Sie betrat das Behandlungszimmer sichtlich erzürnt und schwieg und machte durch ihr Verhalten klar, dass sie es für ausgeschlossen hielt, sich an diesem Tag auf die Couch zu legen. Es stellte sich heraus, dass für sie durch diese kleine Szene klar geworden war, dass sie unerwünscht war. Der Therapeut hatte sie nicht empfangen und sie nicht wie sonst mit interessierten Blicken empfangen und auf ihrem Weg durch den Garten begleitet.

Man muss auch bei diesem kleinen Beispiel nicht auf Absichten oder psychische Dispositionen zurückgreifen, um das Geschehen zu erklären. Man muss nicht davon ausgehen, dass die Patientin mit ihrem Verhalten, dem Klingeln an der Gartenpforte, einen Wunsch zum Ausdruck gebracht hat, und man muss auch nicht annehmen, dass der Therapeut ihren Wunsch unbewusst verstanden hat und sich zum Mitagieren hat verführen lassen, um ihren Wunsch zu erfüllen. Vielmehr kann sich

die Patientin darauf verlassen, dass ihr Klingeln die Funktion einer Aufforderung hat und damit Teil einer habituellen sozialen Organisation ist, erster Teil einer Handlungssequenz, damit eine Beantwortung durch das Gegenüber initiiert und ein korrespondierendes Verhalten normativ erwartbar macht.

In einer Episode, die Sandler (1976) unter anderen Vorzeichen in seiner Arbeit über 'Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme' geschildert hat, kommt es in der Behandlung zu einer Episode, die gewisse Ähnlichkeiten mit den zuvor geschilderten Episoden hat.

Sandler schildert, dass er in dieser Behandlung seinem Eindruck nach mehr geredet hätte, als er das üblicherweise tat. Er konnte dafür auf den ersten Blick keinen besonderen Grund finden, bis ihm nach einiger Zeit an der Art und Weise, wie der Patient sprach, etwas auffiel: der Patient hob am Ende seiner Äußerungen seine Stimme ein wenig an, so, als wenn er seine Mitteilungen in eine Frage münden ließ, obwohl er keine Fragen stellte. Mit dieser geringfügigen Veränderung gelang es dem Patienten, ohne dass er selbst wusste, dass er das tat, Sandler dazu zu bringen, für seine Verhältnisse ungewöhnlich viel zu reden. Das wiederum hatte zur Folge, dass der Patient seine Angst verlor, er könne sein Gegenüber gegen sich aufgebracht haben.

Auch dieser Patient hat mit seiner Intonation keinen Wunsch ausgedrückt, den sein Therapeut verstanden und erfüllt hätte. Eher hätte der Therapeut sich vermutlich weniger beredt verhalten, wenn der Patient seinen Wunsch symbolisch und verstehbar mitgeteilt hätte. Ohne dass das seine Absicht gewesen sein muss, hat der Patient mit der geringfügigen Veränderung seines Tonfalls, die seine Äußerungen wie Fragen erscheinen ließen, das Prinzip der Sequenzialität sozialer Handlungen geltend gemacht. Über die Frageintonation funktioniert seine Äußerung als sequenzeröffnender erster Zug, der konditionelle Relevanz für entsprechende zweite Züge auf Seiten des Therapeuten etabliert und dessen Aktivität normativ erwartbar macht.

Die Inszenierungen oder Mikroinszenierungen sind hier keine Ausdruckshandlungen.

Die Akteure können sich vielmehr darauf verlassen, dass ihre ersten Züge normative Erwartungen im Hinblick auf die Realisierung nachfolgender Handlungen der anderen Person, hier des Therapeuten etablieren. Solche ersten Züge können in der therapeutischen Situation minimale, scheinbar ganz und gar belanglose habituelle Vorkommnisse wie geringfügige Veränderungen des Tonfalls, ein länger als üblich andauerndes Schweigen, Blickwendungen, hörbares Atmen u.ä. sein. Damit kann Macht in dem Sinne ausgeübt werden, dass der Handlungsspielraum des Gegenübers auf bestimmte Antworthandlungen eingeengt wird.

Enactments von Macht und Unterwerfung

Der Patient, um den es im Folgenden gehen soll, hatte mit diffusen Ängsten zu tun, mit Zwangsgedanken, depressiven Verstimmungen und funktionellen Magen-Darmbeschwerden. Der Patient hatte bei der Aufnahme geschildert, wie er mit Dienstvorgesetzten und Kollegen am Arbeitsplatz immer wieder in Auseinandersetzungen geriet, obwohl er sich nach seiner eigenen Überzeugung sehr bemühte, den an ihn gestellten Erwartungen zu entsprechen. Dadurch sah er sich in einen fortdauernden Stresszustand versetzt. In der letzten Zeit hatten die Probleme dermaßen zugenommen, dass er seinen Arbeitsplatz zu verlieren drohte.

Die Eingangssequenz beginnt mit einem über 30 Sekunden andauernden Schweigen. Um zu verstehen, was da geschieht, bedarf die Szene einer genaueren Untersuchung:

Der Therapeut setzt sich hin und schaut den Patienten an, der seinerseits den Therapeuten bereits anschaut. Warum ist das von Interesse? Wenn in einer Gesprächssituation, in der zuvor nicht gesprochen wurde, der Blick einer Person auf eine andere Person fällt, die ihr zuvor schon den Blick zugewendet hat, dann findet sich die erste Person, die den Blick zuwendet, in einer Sprecherposition, die andere, die den Blick schon zugewandt hatte, in der des Hörers. Man kann also durch Blickzuwendung einem anderen die Rolle des Sprechers zuweisen, sich selbst die des Hörers. Und das tut der Patient hier und kann somit erwarten, dass der Therapeut etwas sagt. Der aber schweigt, genauer: er verweigert, etwas zu sagen. Damit entsteht eine Konstellation, die der in dem Kinderspiel vergleichbar ist, in dem es darum geht, wer den

anderen länger anstarren kann, ohne zu blinzeln. Es ist ein stiller Kampf um die Frage, wer zuerst reden muss bzw. wer den anderen zum Reden zwingen kann.

In dieses Anstarren hinein kratzt sich der Therapeut am Nasenwinkel. Dieses körperliche Verhalten des Therapeuten dürfte primär seiner Selbstregulierung dienen. Es hat für sich genommen keinerlei symbolische Bedeutung. Ein ähnliches Verhalten des Patienten muss ebenfalls für sich genommen nichts bedeuten; der Patient kratzt sich am Unterschenkel, und auch das dürfte primär seiner Selbstregulierung dienen.

Ein ganz anderes Bild entsteht, wenn man das körperliche Verhalten beider im Zusammenspiel sieht.

Jetzt sieht es so aus, dass Patient und Therapeut sich mit der Art und Weise, wie sie sich mit ihrem körperlichen Verhalten in ein Verhältnis zueinander setzen, einen Aspekt ihrer Beziehung darstellen. Aus dem beiderseitigen Verhalten wird eine szenische Darstellung ihres augenblicklichen Verhältnisses. Der Patient vollzieht mit seiner Selbstberührung aus einem schweigenden Anstarren eine körperliche Handlung, die der zuvor vollzogenen Handlung des Therapeuten analog ist. Insofern verhält er sich gleich wie der Therapeut. Der Therapeut hatte seine Handlung jedoch „oben“ und in aufrechter Position vollzogen. Dagegen wählt der Patient einen „unteren“ Körperteil und begibt sich damit, während er seine korrespondierende Handlung ausführt, in eine dem Therapeuten gegenüber gebeugte Position. Auf diese Weise scheinen Patient und Therapeut mit der Konfiguration ihrer zwei Selbstberührungen für den Betrachter, der die Szene von außen sieht, in diesem Moment wie pantomimisch ihre Beziehung darzustellen, als ein Verhältnis, das ebenso von Aspekten bestimmt ist, die mit Gleichheit und Gleichrangigkeit verbunden sind wie mit einer Zuordnung von „oben“ und „unten“, von aufrechter und gebeugter Haltung, im weiteren Sinne von Dominanz und Unterwerfung.

Man könnte darüber spekulieren, ob der Patient mit seinem körperlichen Verhalten, das sich unmittelbar an das Verhalten des Therapeuten anschließt,

diesen nicht ironisch zitiert und gleichsam körperlich darstellt, wie er sich über ihn lustig macht.

Bemerkenswert ist nun, wie die Beiden ihren sprachlichen Dialog fortführen.

Der Patient beginnt als erster zu reden. Er interpretiert das Schweigen des Therapeuten zutreffend als Ausdruck der Erwartung, dass er, der Patient, etwas sagen solle, und der Therapeut bestätigt das. Damit ist der Kontext des nachfolgenden Geschehens hergestellt. In die bestätigende Äußerung des Therapeuten hinein kommt es dann erstmals zu Schwierigkeiten beim Sprecherwechsel: der Patient schließt seine Nachfrage („bidde?“) ohne Pause an die Äußerung des Therapeuten an („womit Sie wohl hier sind heute“). Als der Therapeut daraufhin den letzten Teil seiner Äußerung wiederholt, nutzt der Patient die kurze Pause zu einer erneuten Nachfrage („womit?“) und platziert sie in die Äußerung des Therapeuten hinein.

Pat.: Sie wolln was von mir hörn

(4.0)

Th.: Jao (-) hab grade überlegt womit Sie wohl hier sind heute=

Pat.: =bidde?

Th.: Womit Sie wohl hier sind (-) heute

Pat.: [Womit?

Th.: Hmm

Pat.: (.hh) ich mich würde schon mal intrressiern (-) ääh (-) wie Ihre Diagnose aussieht

In der nächsten Sequenz sieht es so aus, als hätte der Patient zu Ende gesprochen („...von einem Fachmann zu hören“), dann schweigt er. Der Therapeut behandelt dieses Schweigen des Patienten als Hinweis auf die

Beendigung seines Redebeitrages und beginnt seinerseits etwas zu sagen („Das könnten Sie ...“). Daraufhin fällt ihm der Patient ins Wort:

Pat.: Würde mich schon intressiern das von einem Fachmann zu hörn

(2.5)

Th.: Das könn ten Sie

[

Pat.: weil so die Erfahrung hab ich ja auch gemacht das (-)
wird draußen doch oft (---) sind da gewisse Ressentiments dass
man also doch nicht soo das sagt demjenigen (--)

Aufschlussreich ist die Art und Weise, *wie* der Patient den Therapeuten hier unterbricht: Er intoniert seine Unterbrechung so, als würde er eine begonnene Äußerung mit seinem „weil so die Erfahrung ...“ nur fortsetzen. Er äußert sich also so, als sei er derjenige, der nicht zu Ende hätte reden können. Das macht er auch damit kenntlich, *wie* er seine Äußerung gestaltet: indem er mit einem „weil“ anschließt, zeigt er an, dass seine Äußerung noch nicht abgeschlossen war und er sie nun lediglich zu Ende führt.

Mit der Pause, die auf seine Äußerung „würde mich schon intressiern das von einem Fachmann zu hörn“ folgt, hat er den Therapeuten in eine Falle gelockt, und der Therapeut tappt in diese Falle hinein: jetzt ist er in der Position desjenigen, der eine Gesprächsnorm verletzt, den Patienten unterbrochen und ihm scheinbar verwehrt hat, seine Äußerung zu Ende zu führen.

Noch etwas Weiteres spricht dafür: Nachdem der Patient wieder am Ball ist und das Rederecht mit dem „weil so die Erfahrung hab ich ja auch gemacht“ zurückerobert hat, gerät er in Schwierigkeiten: er hat Probleme, seine Äußerung geordnet zu Ende zu führen („das (-) wird draußen doch oft (--) sind“).

Unmittelbar darauf kommt es erneut zu Verwicklungen: Nachdem der Patient seine Äußerung („das is der Letzte ne“) beendet hat, tritt ein ungewöhnlich langes Schweigen ein. Auch hier interpretiert der Therapeut das Schweigen

des Patienten wieder als Ausdruck dessen, dass er seine Äußerung beendet hat und er deshalb sprechen kann. Jedoch fällt der Patient ihm erneut ins Wort:

Pat.: Daß man (-) eben genauso doch (-) .hhh insgeheim nhä .hh (--)
ja alles oke: alles ne wunderbar und nun stelln °()° das is der
Letzte ne°

(8.0)

Th.: So was °()° uns beiden

Pat.: [Dass man nich ehrlich is (-) daß daß man nich dass man nich
ehrlich halt is und im

Th.: [Hm

Th.: Umgang mit (-) einem (--) oder mit jemandem

Ein **letztes Beispiel** zum Thema ‚Macht im psychotherapeutischen Dialog‘ zeige ich aus Zeitgründen weitgehend kommentarlos. Hier hat der Therapeut schon vor geraumer Zeit angekündigt, dass die Zeit um sei und man zum Schluss kommen müsse. Der Patient macht jedoch keine Anstalten, der Aufforderung zu folgen. Und auch als der Therapeut mit seinem körperlichen Verhalten zum Aufbruch mahnt, folgt der Patient der Aufforderung nicht, sondern zeigt mit seinem körperlichen Verhalten ganz im Gegenteil, dass er keineswegs vor hat, das Gespräch zu beenden.

Schluss

Macht in dem Sinne, dass das Gegenüber zu einem bestimmten Verhalten veranlasst oder gedrängt wird, kann ebenso der Patient wie der Psychotherapeut haben. Macht in der Psychotherapie, so hoffe ich gezeigt zu haben, ist ein Produkt des therapeutischen Dialoges.