

## Nerven bewahren in der Akutpsychiatrie<sup>1</sup>

Andreas Manteufel

### Vorbemerkung

In meinem Buch „Nerven bewahren“ habe ich meinen alltäglichen Begleiter am Arbeitsplatz, mein Sudelheft, sprechen lassen. Seit Dienstantritt im allgemeinspsychiatrischen Krankenhaus im Jahre 1992 notiere ich mir besondere Situationen, Äußerungen, Dialoge oder Sprachspiele, die mir im Arbeitsalltag begegnen. Mein Augenmerk liegt darauf, wie im Kontext einer psychiatrischen Behandlung von Patienten und von uns Mitarbeitern kommuniziert wird. Was ich mir notiere, sind häufig, aber nicht immer, „Bonmots“, die mich zum Schmunzeln veranlassen. Zum Beispiel:

*Dialog zwischen zwei Patienten, vom Chefarzt unbeobachtet mitgehört und weitererzählt:*

*„Na, was sagt der Doktor?“*

*„Der hat gesagt, ich habe eine Psychose.“*

*„Und das lässt du dir einreden? Bist du verrückt?“*

Oder der folgende, von mir selbst bezeugte Wortwechsel, in dem ein junger Patient einen Neuankömmling, den er schon von früheren Aufenthalten kennt, auf Station begrüßt:

*„Na, was machst du denn hier? Wieder Drogen genommen?“*

*„Drogen? Ne!“*

*„Haste Psychose?“*

*„Psychose? Ne!“*

*„Was willst du dann hier?“*

*„Na, gesund werden.“*

Zunächst fiel mir in dieser Szene auf, dass die beiden ersten Antworten des Neuankömmlings nach Stand der Krankenakte falsch waren. Könnte er nicht wenigstens gegenüber einem Mitpatienten ehrlich sein? Dann rührte mich der Abschlussatz. Ich erlebte ihn nicht als Floskel, sondern als ehrliche Erwartung eines hilflosen Menschen an die Klinik. Natürlich fehlten ihm eine kritische Selbstwahrnehmung, ein Gefühl für die Zusammenhänge seines Leids mit seinem eigenen Verhalten und sicher auch die rhetorische Geschliffenheit, seine

1) Dieser Artikel erschien in: Manteufel, A. (2012). Nerven bewahren: Alltag in der Akutpsychiatrie – Aus dem Sudelheft eines Psychologen, Neumünster: Paranus. Wir danken dem Autor und dem Verlag für die freundliche Genehmigung des Abdrucks.

komplexe Motivationslage als Klinikpatient in Worte zu fassen. So wirkte es auf mich einfach ehrlich zu sagen: ich will gesund werden – auch wenn ein klares Konzept von Gesundwerden fehlt.

Über verwirrende, paradoxe, „schräge“ Situationen und Formulierungen lachen zu können, gehört für mich zum vielleicht wesentlichsten „Überlebensmittel“ in diesem Beruf: Humor. Humor schafft „liebevoller Distanz“, die wir brauchen, um uns beispielsweise nicht in Beziehungsspiele verwickeln zu lassen, um größere Zusammenhänge überhaupt zu sehen („der Blick von der Galerie“) oder um uns von den eigenen Gefühlen nicht überwältigen zu lassen. Mit diesem Überlebensmittel ausgestattet, können wir uns umso eher unseren Patienten und der Welt außergewöhnlicher Kommunikationen nähern.

Betrachten Sie also mit mir einige Sprachblüten auf der Spielwiese allzu menschlicher Kommunikation, wie sie im Alltag eines psychiatrischen Krankenhauses anzutreffen ist. In den folgenden Ausschnitten aus meinem Buch betrachte ich zuerst das sehr ernste Thema „Macht und Gewalt in der Sprache“ und beleuchte dann einzelne, sehr kunstvolle Metaphern aus kurzen, meist Visitendialogen.

### Gewalt in der Sprache

Es verwirrte mich als Berufsanfänger zutiefst, dass gerade dann, wenn wir die Patienten am meisten in ihrer Bewegungsfreiheit einschränken, nämlich in der Notfallmaßnahme der Fixierung, gerne der aktive Sprachmodus gewählt wird: „Der Patient ging in die Gurte“. Entfernter von der Realität als die hier suggerierte Gemütlichkeit kann ein Euphemismus kaum sein. Abgesehen davon, dass von einer freien Entscheidung auf Seiten des Patienten in der Regel nicht ausgegangen werden kann.

Gewalt in der Sprache geschieht häufig völlig unbedacht. Wie schnell passiert es uns, dass wir gegenüber den belasteten Patienten oder ihren Angehörigen einen falschen Ton treffen. Mal sind wir zu streng, mal zu bemutternd, mal zu allgemein, mal zu direkt. Dafür ernten wir manchmal sehr heftige Reaktionen, weil wir von vornherein in einer eher machtvollen Rolle gesehen werden. Entsprechend einem alten Bonmot, nachdem auch Ratschläge Schläge sein können, sehen wir uns nicht selten in der Rolle eines verbalen Schlägers, ohne es gewollt zu haben. Ziemlich häufig erlebe ich, dass die frohe Nachricht über eine bevorstehende Entlassung empört zurückgewiesen wird. Ich erinnere mich an eine Patientin, die mir noch wochenlang ernsthaft entrüstet entgegenhielt: „Und Sie glauben also, ich könnte entlassen werden?“, nachdem ich ihr in einer Visite einen Entlassungstermin in Aussicht gestellt habe. Es gelang später völlig komplikationsfrei, die Patientin an einem von ihr gewählten Termin zu entlassen. Nicht der unzureichende psychische Befund machte den

Unterschied. Die „Beleidigung“ bestand offensichtlich darin, dass ich die Entscheidungsbefugnis einseitig an mich gerissen hatte. Das mag man zwar als berechtigt ansehen und mancher Patient braucht auch einen mehr oder weniger großen Anstoß für das Wagnis der Entlassung. Und doch: Die Schlüsselgewalt über den Eintritt und auch den Austritt aus der stationären Behandlung rückt uns in eine Position, die von vielen als machtvoll erlebt wird.

Da wo den Patienten aber mit offener Gewalt begegnet wird, wird unsere Sprache süßlich, harmlos. So „gehen sie in die Gurte“, statt angebunden zu werden. Geschlossene Stationen nennen wir „geschützt“, was manchmal den Kern trifft, manchmal aber auch die Erfahrungen der Patienten dort konterkariert. Der „Vormund“ mutierte schon lange zum „gesetzlichen Betreuer“. Aber natürlich machen sich die Patienten keine Illusionen darüber, was ihnen da gut gemeint angeboten wird. Erscheint nun ein Betreuer mit dicken Akten zum Erstkontakt mit seinem Betreuten, erweckt das weniger den Eindruck professioneller Dienstleistung als doch eher den eines Verwalters finanzieller und seelischer Insolvenz.

Die Macht in der Sprache liegt also keineswegs darin, dass wir uns irgendwelcher unangemessenen Kraftausdrücke bedienen würden. Es ist häufig genug sowohl das aktiv verharmlosende als auch das ganz ehrlich harmlos gemeinte Wort, mit dem wir Patienten oder auch Angehörige erschrecken, ängstigen oder mutlos machen. Der Umgang mit Sprache, in kaum einem Beruf spielt er vielleicht eine so existenzielle Rolle wie in unserem.

### „Wir haben den Patienten dreimal in der Woche angefahren.“ (Sprachlicher Unfall eines Mitarbeiters des Betreuten Wohnens)

Zwang in der Psychiatrie wird gerne mit Metaphern der freien Entscheidung kaschiert. Umgekehrt fallen da, wo man die „Freisetzung“ von Patienten aus der Klinik meint und eigentlich Metaphern der freien Bewegung zu erwarten sind, häufig Metaphern des Festhaltens. Kein Wunder vielleicht, dass Mitarbeiter des Betreuten Wohnens, die Patienten zu Hause aufsuchen, oder gar „an-fahren“, nicht immer als gern gesehene Gäste erlebt werden. „Wo ist der Patient ambulant angebunden?“ lautet sehr häufig die Frage des Chefarztes vor seiner Unterschrift unter den Entlassbrief. Fixiert werden nicht Patienten, sondern Termine, und zwar so früh wie möglich. Vernetzt zu sein, kann Sicherheit bedeuten, aber auch Gefangen-sein.

Im Rahmen einer internen Fortbildung sprach ich einmal mit Kolleginnen und Kollegen über die Chaostheorie. Zunächst gingen wir das Thema alltagssprachlich an. Ich vermutete damals, dass auf geschlossenen Stationen ein besonderes Ausmaß an Chaos herrschen müsse und das für Patienten besonders schwer auszuhalten sei. Ich erfuhr dann aber, dass für manche Patienten der geschlossene Rahmen einer geschützten Station auch als Befreiung

erlebt werden konnte. Hier können sie sich ihr manisches oder psychotisches Verhalten viel eher leisten als außerhalb, denn es wird weniger sanktioniert. Nennen wir es ruhig eine Art „Narrenfreiheit“, die dadurch entsteht, dass durch den Krankenstatus auch „verrückte“ Verhaltensweisen viel eher toleriert werden als außerhalb einer psychiatrischen Klinik. Solche Patienten leiden nicht unter dem nach außen hin chaotisch anmutenden Treiben der Station. Nach Verlegung auf die offene Station wird diesen Patienten manchmal bewusst, dass sie nun auch viel mehr zur Eigenstrukturierung aufgefordert sind. Das ist vielleicht gerade ihr Problem. „Ich bin doch jetzt auf der Offenen“, heißt es oft trotzig, wenn wir den Patienten das umfangreiche Tagesprogramm vorstellen und die zuverlässige Einhaltung und eigenständiges An- und Abmelden von Station bei uns abverlangen. Da wird die Zunahme an Eigenverantwortung nicht nur als Zunahme an Freiheit begrüßt. Auch nach der Klinikentlassung wollen manche Patienten mit Therapeuten und Betreuern schlicht und einfach nichts mehr zu tun haben. Manche fühlen sich im Netz der Sozialpsychiatrie sicher aufgehoben, manche fühlen sich darin eher gefangen. Für diese Ambivalenz ist die Anbindungsmetapher wie geschaffen. Sie kann Fesselung und Freiheitsentzug ausdrücken, oder aber auch Verbindung, Struktur, Sicherheit.

**„Jetzt werfen Sie mir schon wieder vor, dass es mir besser geht“, sagt der junge Psychosepatient zu seiner Stationsärztin.**

In dieser für Außenstehende zunächst verwirrenden Beschwerde des Patienten steckt eine für psychiatrische Krankenhäuser spezifische Problematik: Während die Entlassung aus dem Krankenhaus für uns Mitarbeiter das erklärte Ziel aller Bemühungen ist, stellt sie für viele Patienten ein Schreckgespenst dar. Viele erleben die Klinik als eine Oase der Kommunikation und des Umsorgtwerdens bei häuslicher Isolation, Armut und Trostlosigkeit. Ein noch junger Patient eröffnete uns einmal bei seiner stationären Aufnahme, dass er sicherlich seit Wochen mit keinem Menschen ein Wort gewechselt habe. Die Wohnsituation vieler Patienten ist erbärmlich, zudem regieren Ängste ihren Alltag, den sie gerne für eine Zeit gegen das geschützte und wohlstrukturierte Leben auf einer offenen Station eintauschen. Gespräche über Entlassung können also sehr heikel sein. Ich erinnere an die oben erwähnte Patientin, die mir noch lange vorhielt: „Und Sie glaubten also, ich könnte entlassen werden“, nachdem ich in der Visite einen baldigen Austritt aus der Klinik in Aussicht gestellt hatte. Andere Patienten verhalten sich gegenüber „drohender“ Entlassung eher passiv, beweisen „Sitzfleisch“ und würden auch die Erlaubnis, einen eigenen Entlassungstermin vorzuschlagen, im Sande verlaufen lassen. Manchen müssen wir schlicht und einfach eine Vorgabe machen. Und häufig wird das als Hilfe zur Standortbestimmung auch honoriert. Es kann sinnvoll sein, weit im Voraus, eigentlich jenseits der eigenen Prognosemöglichkeiten und mögen es Zeiträume von mehreren Wochen sein, Entlassetermine festzusetzen.

Die Aussage des jungen Mannes gegenüber seiner Stationsärztin ist aber darüber hinaus auf einer anderen Ebene zu sehen. Immer wieder geschieht es, dass Interaktionen über Entlassungstermine, aber auch bereits über Befundeinschätzungen in eine Art Machtkampf abgleiten. Im vorliegenden Beispiel geht es offenbar um den beiderseitigen Verdacht fehlenden Verständnisses. Die Ärztin fühlte sich kritisiert, in ihrer fachlichen Einschätzung konterkariert. Der Patient erlebte sich offenbar falsch eingeschätzt oder er befürchtete, dass ärztliche Rückmeldungen über Befundbesserung der subtile Beginn einer Entlassungsstrategie sein könnten. Er hörte in der Äußerung der Ärztin einen Vorwurf: „Glauben Sie, ich mache Ihnen etwas vor?“, klingt in seiner Replik an. In einer solchen Situation bedarf es dringend eines Ebenenwechsels, um aus der drohenden wechselseitigen Verstrickung herauszufinden. Die einfachste therapeutische Strategie, einen solchen Wechsel der Beobachtungsperspektive einzuläuten, ist das ehrliche Ansprechen und die Frage: Warum ist das so? „Warum erleben Sie meine Äußerung als Vorwurf? Was habe ich vielleicht übersehen? Was muss ich offenbar zusätzlich wissen, um Sie richtig einzuschätzen? Was lässt mich aber auch wahrnehmen, dass es Ihnen besser geht? Woran erinnert Sie diese Situation?“, solche Fragen könnten dabei hilfreich sein.

**Oberärztin-Visite:**

**Oberärztin: „Wie geht es Ihnen?“**

**Patient: „Ich bin der Chef der Klinik, das wissen Sie ja!“**

**Oberärztin: „Ja“**

**Patient: „Sie interessieren sich wohl für mich?“**

**Oberärztin: „Ja“**

Das Thema der Polyphonie in der Visite spiegelt sich in weiteren Einträgen in meinem Sudelheft wieder. Die Visitensituation ist ungleichgewichtig. Der einzelne Patient sieht sich einer Armada von Fachleuten gegenüber, die ja alle zumindest auch nonverbal kommunizieren. Was ein Patient in der Visite sagt, ist immer auch im Kontext dieser besonderen Situation zu betrachten, etwa diese Eröffnung einer Oberärztinvisite.

Das Thema, Chef der Klinik zu sein, durchzog die Krankengeschichte dieses älteren Patienten. Ob diese Vorstellung nun der Ausgangspunkt (Wahn) oder die Folge seiner Kommunikation mit Ärzten und Therapeuten war, ließ sich nicht rekonstruieren. Mit unbestechlicher Autorität kehrt er jedenfalls in diesem Visitenausschnitt die klassische Rollenverteilung zwischen dem, der fragt, und dem, der Rechenschaft über sich abzulegen hat, um. Die Oberärztin ist entwaffnet. Und dies mit bewundernswerter Knappheit und Klarheit. Viele benötigen für ein ähnliches Unterfangen sehr viele Worte und verstricken sich mit den Gesprächspartnern in unangenehme Dialoge, in denen es ständig um die Vorherrschaft geht. So etwas hatte unser damaliger Patient, ein Mann mit Strenge und Würde in seinem Auftreten, nicht nötig.

**„Was hat Sie in die Klinik geführt?“, fragt der Chefarzt die ihm noch unbekannt Patientin.**

**„Schizophrenie“, antwortet die Patientin mit fester Stimme.**

**„Aha, und welche Symptome der Krankheit hatten Sie denn?“**

**„Nichts.“ (noch lauter als vorhin)**

Es brachte mich zum Schmunzeln, mit welcher schnörkellosen Einfachheit die Patientin unsere Hoffnung auf eine zügige Visite zerstörte. Unsere Idealvorstellung besteht darin, in einem linear dahintratternden Prozess Informationen aufzusammeln, um auf direktem Wege zum Ziel zu gelangen, ganz so wie sich Hänsel und Gretel im unwegsamen Wald an den von ihnen selbst gestreuten Steinchen nach Hause orientieren. Gerne hätte der Chefarzt hier die relevanten Stichworte zu Vorerkrankung, Ausgangsbeschwerde und Behandlungsindikation zu einer Kette aneinandergereiht, aus der sich dann in der Nachbesprechung die erforderlichen Maßnahmen formulieren lassen. Steigt die Patientin, kaum hat die Visite begonnen, aus dieser Logik aus, müssen die Kollegen einspringen. Natürlich stehen sie sofort parat, um die Sache aufzuklären und wieder in die eigene Logik zu übersetzen. Die könnte hier zum Beispiel darin bestehen, dass die Patientin nicht richtig verstanden hat, was gefragt wurde oder mit einer adäquaten Antwort überfordert ist. Eine Möglichkeit besteht auch darin, dass wir sie bei ihrem Antwortverhalten bereits als „denkgestört“ entlarvt haben. Eine ebenso berechnete Sichtweise der Situation ist aber auch die: Der Weg in die Klinik führte gar nicht in direkter Linie über eigene Beschwerden und einen eigenen Behandlungsauftrag, sondern vielleicht über Betreuungs- oder Versorgungsprobleme. Liegt bereits eine psychiatrische Diagnose vor, werden die Versorgungsprobleme und die Diagnose gerne im Schnellschuss in einen kausalen Zusammenhang miteinander gestellt. Dann ist schnell jemand gefunden, der eine sofortige Klinikeinweisung veranlasst.

**„Ich habe seit fünf Minuten eine Psychose.“ (Patientin in der Visite, nachdem sie kurz davor am Telefon eine unangenehme Nachricht erhalten hat)**

In der erzwungenen Kürze, gepaart mit dem Ziel hoher Informationsdichte und Entscheidungsdruck, entstehen in unseren Visiten Sprachblüten von größter Eleganz und mit komischen Überraschungseffekten, so wie in diesem Beispiel.

Die Vorstellung, dass Psychosen wie Kopfschmerzen angefliegen kommen, entspringt sicherlich einer eigenwilligen Definition dieser Krankheit. Gemeint ist oft, dass man in einer Belastungssituation plötzlich meint, den Boden unter den Füßen zu verlieren. Vielleicht handelte es sich in der hier zitierten Situation einfach um ein Überstrapazieren ihres diagnostischen Etiketts von Seiten der Patientin. Andererseits kam sie auch unserem visitenspezifischen Bedürfnis nach schneller und prägnanter Aufklärung des psychischen Befunds

bereitwillig entgegen. Manche Patienten wollen es uns sicherlich Recht machen, wenn sie unseren Jargon aufzunehmen versuchen. „Ich habe auch Suizid“, sagen Patienten schon mal. Von einem Heidelberger Familientherapeuten ist mir in Erinnerung, dass er auf die Bemerkung: „Ich habe eine Psychose“ entgegnet haben soll: „Und, haben Sie sie dabei?“ Auf humorvolle Art erschütterte er damit die Vorstellung, dass Psychose einen dinghaften Charakter hat und mit dem Wort alles gesagt sei, was der Arzt wissen will.

Wir sollten in solchen Fällen uns selbst und unsere Patienten in langsames Fahrwasser rudern und wieder nach konkreten Beschreibungen statt nach Schlagworten fragen. Ich habe es mir angewöhnt, bei einer plötzlichen Krise immer erst einmal zu fragen: „Was ist denn passiert?“ Fast immer findet sich ein belastendes Ereignis als Auslöser und man kann dann nicht nur über Psychopathologie und Symptome sprechen, sondern über die darin auch enthaltenen menschlichen Reaktionen auf Stress: Wut, Trauer, Gekränktheit, Protest, Verweigerung, Erschöpfung, um nur einige zu nennen.

**„Jetzt habe ich mich entschieden, Antrieb zu haben“, bekundet eine Patientin im Visitengespräch.**

Wir kennen solche spontanen Richtungsänderungen der Motivation zum Beispiel aus dem Kontakt mit süchtigen Menschen, die oft sehr schnell der festen Überzeugung sind, dass sich das Thema der Abhängigkeit mit einem Mal für sie erledigt hat. Dann reagieren wir mit großer Skepsis auf die oft feierlich vorgetragenen Absichtserklärungen. Dieses Visitenzitat lässt zunächst einen formallogischen Widerspruch zwischen einer kognitiven Ebene des bewussten Entscheidens und einer eher leiblichen Ebene des vitalen Antriebs vermuten. Dies könnte wieder ein Ergebnis unseres ungeheuren Zeitdrucks in der Visite sein, der keine Zeit für Erklärungen, Abwägen und Zweifel lässt. Aber hat diese Patientin nicht Recht? Muss nicht auch der sogenannte Antrieb, letztlich ein mechanistisches Konzept aus Phänomenologie und Tiefenpsychologie, mit dem Willen gekoppelt werden, um der eigenen Steuerung wieder zugänglich zu werden? Muss man nicht mit so etwas wie „Disziplin“ schon mal der leiblichen Schwere des Liegen-bleiben-Wollens entgegenwirken? Und eigentlich ist es ja genau das, was wir in unserer Therapie von den Patienten erwarten. Trotz der depressiven Antriebsstörung motivieren wir sie ja tagesin tagaus dazu, sich den entscheidenden Schubs zu geben, um dem Rückzugsort des Bettes oder des Zimmers zu entfliehen und sich den alltäglichen Aktivitäten zu stellen.

**„Ich muss wohl wollen“, lautet das ehrliche Fazit einer Patientin auf die Nachfrage, ob sie sich mit dem Gedanken an eine gesetzliche Betreuung auseinandergesetzt habe.**

Ist der freie Wille nicht ohnehin eine Illusion, wie manche Vertreter der modernen Hirnforschung postulieren? In den Experimenten von Benjamin Libet ließ sich schon vor langer Zeit zeigen, dass elektrophysiologische Hirnaktivität stattfindet, bevor eine Versuchsperson sich dazu entscheidet, eine bestimmte Reaktion durchzuführen. Daraufhin diskutieren manche Neurobiologen, ob der Gedanke, freier Wille entspringe auf jeden Fall zuerst einer geistigen Ebene, ehe von dort auf eine neurobiologische Aktivität übergegangen wird, nicht relativiert werden müsse. Allerdings geht es bei den erwähnten Experimenten lediglich um die „freie Entscheidung“, eine bestimmte Taste zu drücken. Große Lebensentscheidungen, die langes Abwägen erfordern und nicht in einer einzelnen Reaktion umgesetzt werden, etwa Berufswahl, Heirat, Arbeitsplatzwechsel, werden mit solchen Experimenten nicht erklärt. Letztlich kommt es ja darauf an, was für ein Freiheitsbegriff zugrunde gelegt wird.

Viel schöner jedenfalls als in irgendwelchen gekünstelten Experimenten vermag diese Patientin die „Relativität“ einer freien Entscheidung auszudrücken. Sie hat ganz genau erkannt, dass man auf ihre formale Freiwilligkeit für die Betreuung warten, sie aber nicht in Ruhe lassen wird, bis sie das getan hat. Der Begriff der „Freiwilligkeit“ ist in der Psychiatrie nicht nur im Sinne einer autonomen Entscheidung des Individuums zu sehen, sondern häufig genug als juristische Kategorie. Wer sich zur formalen Freiwilligkeit gedrängt fühlt, wird das nicht als Freiheit der Entscheidung erleben.

**„Kontrollfürsorge“ nennt eine Patientin das überfürsorgliche Verhalten der Eltern ihr gegenüber.**

Das Zusammenziehen von eigentlich nicht miteinander zu Vereinbarem macht die Eleganz vieler gelungener Sprachblüten oder Wortneuschöpfungen, sogenannte Neologismen, aus. Das funktioniert auch in der Wissenschaft. So machte sich der Psychiater Luc Ciompi mit dem Begriff der „Affektlogik“ einen Namen.

Das Wort von der Kontrollfürsorge hat fast etwas Liebevolleres gegenüber den Eltern, die als fürsorglich erlebt werden, aber auch als kontrollierend. Ob die eine oder die andere Seite der Medaille überwiegt, erlebt die Patientin ambivalent, mal so und mal so. Vielleicht braucht sie auch beides. Und auch auf Seite der Eltern würde ich von einer gespaltenen Motivationslage ausgehen, die wie Schlüssel und Schloss mit der Tochter zusammenpassen.

Ihre Wortbildung trifft auch auf das zu, was Patienten im Versorgungsrahmen einer psychiatrischen Klinik vorfinden. Über „Kontrollfürsorge“ zu sprechen, kann dazu dienen, mit Patienten über die Spannung zwischen den beiden Bedürfnissen zu sprechen. In der Regel sind phantasierte Lösungen entweder die Trennung oder die Verschmelzung. Wir möchten vermitteln, dass die Lösung auch dazwischen liegen kann, also in einer gesunden Nähe-Distanz-Regulierung. Nichts liegt näher, als dass wir in der Gestaltung unseres „kontrollfürsorglichen“ Umgangs mit den Patienten ein gutes Beispiel setzen.

**Andreas Manteufel, Dr. phil., ist psychologischer Psychotherapeut, Promotion bei Günter Schiepek (Systeme spielen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1998), seit 1992 in der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie 1 der LVR-Klinik Bonn tätig, schreibt Rezensionen oder Artikel zu systemischen Themen.**