

FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform

# POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“  
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für  
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien  
und Kreativitätsförderung“

2001 gegründet und herausgegeben von Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold,  
Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St.  
Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

## In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,  
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale  
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

(Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper** † 26.9.2020, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale  
Gesundheit, Hückeswagen)

1972 – 2022 > 50 Jahre FPI und 40 Jahre EAG > Integrative Therapie, Agogik, Kulturarbeit  
und Öko-care

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 19/2024

Zu Grenzen der Psychotherapie

*Lisbeth Bieri*, CH - Sursee \*

---

\* Aus der „Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Integrative Therapie“ (SEAG). Die SEAG bietet u.a. eine akkreditierte Postgraduale Weiterbildung für Integrative Psychotherapie an. Wissenschaftliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Dr. phil. Katharina Rast-Pupato, lic. phil. Lotti Müller, MSc. mail-to: [info@integrative-therapie-seag.ch](mailto:info@integrative-therapie-seag.ch); oder: [EAG.FPI@t-online.de](mailto:EAG.FPI@t-online.de), Information: [www.integrative-therapie-seag.ch](http://www.integrative-therapie-seag.ch), EAG-Weiterbildung ‚Integrative Psychotherapie‘. Betreuerin/Gutachter: Ulrike Mathias-Wiedemann, Dipl.-Päd. / Prof. Dr. Hilarion G. Petzold.

## **Inhalt**

- 1. Einführung**
- 2. Grenzen der Therapeutin**
- 3. Grenzen des Patienten**
- 4. Grenzen der therapeutischen Beziehung**

## **Literatur**

### **1. Einführung**

«Der schönste Moment im Arbeitsleben eines Psychotherapeuten (Analytikers) liegt im zufriedenen Abschied seines optimistisch gewordenen Patienten, wenn er sich neugierig und doch gelassen seinem Alltag und seiner Zukunft gewachsen fühlt und nun ohne die klärende Unterstützung seines Therapeuten zurechtkommen kann, seine eigene Lebensgestaltung mit all den üblichen Problemen ohne Angst und Schrecken bewältigen mag, sich sogar neue Herausforderungen sucht. Er fühlt sich nun so wohliger ausgerüstet, dass er sich seinen Alltag, seine Partnerschaft, seinen Umgang mit Freunden und Kollegen, seine beruflichen Aufgaben zutraut und dies nun endlich ohne die früher so belastenden Einbrüche körperlicher oder seelischer Art. ... Nun also kann sich der Patient nach der Therapie mit der inneren Sicherheit verabschieden, sein Leben wieder in der Hand zu haben: Das notwendige Handwerkszeug für die allfälligen Problemlösungen nimmt er aus der Therapie für sich mit.» Zitat *Wunderlich* 2002, S. 9

Dieses Zitat aus dem Buch von *Gesa Wunderlich* «Grenzen der Psychotherapie» stellt eine Art Idealfall eines Abschieds aus einer gelungenen Psychotherapie dar. Nicht immer kommt es jedoch zu solch positiven Resultaten, ja man könnte fragen: Ist die Darstellung vielleicht nicht insgesamt etwas idealisierend? Ausgehend von einer Supervisionssituation wurde dem Thema «Grenzen der Psychotherapie» auf die Spur gegangen.

In dieser Supervision wurde der Prozess eines damals 19-jährigen Patienten besprochen, welcher aufgrund hypochondrischer Ängste immer wieder den Notfall des örtlichen Spitals oder die Hausarztpraxis aufsuchte. Tatsächlich lagen bei ihm somatische Probleme vor, welche lange Zeit unerkannt blieben. So war er durch eine Thyreoidektomie von einer täglichen Einnahme der Schilddrüsenhormone abhängig. Seine Ängste wurden durch ihn selber und durch seine Eltern (vor allem die Mutter, mit welcher eine sehr enge Beziehung bestand) auf die ungenügend gute Einstellung der Hormone attribuiert. Der Patient zeigte sich sehr passiv und in der sozio-emotionalen Entwicklung noch nicht seinem Alter entsprechend entwickelt. Vom Umfeld (Eltern, Hausärztin, IV-Eingliederungsbeauftragte, Regional-Ärztlicher Dienst der IV) wurden hohe Erwartungen an die Therapeutin gestellt, was einen grossen Druck auslöste.

Diese Situation wurde in die Supervision eingebracht. Gemeinsam mit der Supervisorin wurden die auftretenden Phänomene eingeordnet und geklärt, welches therapeutische Angebot in diesem Falle angeboten werden könnte, und welche Bedingungen dafür gestellt werden dürften, resp. sollten; zum Beispiel, dass der Patient ohne seine Mutter in die Therapie käme. **So** konnte das Angebot in einer Klarheit unterbreitet werden, und der Patient konnte entscheiden, ob er dieses Angebot annehmen möchte oder nicht. In diesem Prozess wurden die Grenzen der Möglichkeiten in diesem speziellen Zusammenhang klar, was eine grosse Erleichterung auslöste. Gerade in der Ausbildung im *Integrativen Verfahren* mit seinem breiten Therapieverständnis, dem Konzept der *Heilung und Förderung*, der *14 + 3 Heil- und Wirkfaktoren*, den verschiedenen Modalitäten, seiner breiten theoretisch und methodisch abgestützten Konzepte und Möglichkeiten, seinem komplexen Verständnis der Therapeutischen Beziehung (*Petzold, 2003a*) u.s.w., zeigt sich ein breites Feld der Möglichkeiten. Durch die Erfahrung in der Supervision wurde bewusst, wie wichtig auch das Bewusstsein und das Ergründen der eigenen Grenzen im Zusammenhang mit den jeweils einzigartig auftretenden komplexen Phänomenen ist, damit das Therapieangebot im intersubjektiven Dialog besser kommuniziert werden kann, und dass eine Therapeutin mit dieser Tätigkeit längerfristig gesund bleiben kann und nicht überlastet wird.

Es folgte eine Literaturrecherche zu der Thematik der Grenzen in der Psychotherapie. Es finden sich Artikel zu Grenzen einzelner Therapierichtungen, zu Grenzen in der Behandlung bestimmter Störungsbilder, Grenzen verschiedener Therapiesettings, Grenzen in der therapeutischen Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund, etc. Für den Vortrag und das vorliegende Handout sollen jedoch die weniger gut fassbaren Grenzen, welche in der Persönlichkeit und dem Erleben und Verhalten der Therapeutin und des Patienten und dadurch

im Zusammenspiel in der therapeutischen Beziehung diskutiert werden. Es soll der Frage nachgegangen werden, wann eine Psychotherapie nicht sinnvoll (vielleicht gar schädlich) ist, und wann und ob die Therapeutin eine Psychotherapie beenden oder gar nicht erst beginnen soll, muss oder darf. In der Literatur wird diese Thematik spärlich behandelt. Die gefundenen Aussagen sollen mit Konzepten des Integrativen Verfahrens in Beziehung gesetzt und kritisch diskutiert werden.

## 2. Grenzen der Therapeutin

Auf TherapeutInnenseite ist es wichtig, die eigenen Erwartungen an sich selber und seine Möglichkeiten als Therapeutin zu klären (*Wunderlich, 2002*). Laut *Wunderlich (2002)* besteht die Gefahr unrealistischer und illusionärer Erwartungen an sich selbst, für sämtliche Probleme zuständig zu sein und mit der angebotenen Behandlung alle glücklich zu machen. Auch *Reimer, Eckert, Hautzinger und Wilke (2007)* betonen, dass kein Therapeut von sich fordern sollte, mit jedem Patienten und jedem Phänomen arbeiten zu können.

*Leitner und Märrens (2012)* berichten in ihrem Artikel zu Risiken, Nebenwirkungen und Schäden in der Psychotherapie von einer Wahrnehmungsverzerrung der Therapeuten zugunsten eigener Fähigkeiten. Auch *Reimer et al. (2007)* sowie *Wunderlich (2002)* berichten von einer Selbstüberschätzung der eigenen Fähigkeiten sowie einer Überschätzung der Wirksamkeit, der von ihnen angewandten Methoden. *Reimer et al. (2007)* merken an, dass vor allem zu Beginn der Ausbildung zum Psychotherapeuten eine Idealisierung des gewählten Verfahrens stattfindet, welche einer Verliebtheit gleiche und überwunden werden müsse, damit die Wirksamkeit realistischer eingeschätzt werden könne.

Die breite theoretische Abstützung und die vielfältigen Methoden des *Integrativen Verfahrens* bergen sicherlich die Gefahr, die Erwartungen an sich selber als Therapeutin zu hoch zu setzen, da vom Verfahren her ein sehr breites Behandlungsspektrum vielfältiger Phänomene möglich ist. Mit den verschiedenen Modalitäten in der *Integrativen Therapie* wird nicht nur das Gewicht auf Heilung und Beseitigung von Symptomen gelegt, sondern beispielsweise auch die konservativ-stützende, palliative Modalität, sowie auf Salutogenese. Das Bewusstsein für die verschiedenen Modalitäten kann sicherlich schon Druck bezüglich «Heilungserfolg» herausnehmen. Dies erfordert im gesamten therapeutischen Prozess eine immer wiederkehrende möglichst realistische (Neu-) Einschätzung der aktuellen

Möglichkeiten. Ausserdem sieht das Integrative Verfahren die Therapie als «Begleitung auf dem Weg» (*Petzold und Orth, 1990a*).

Weiter beschreiben *Gandras (2021)* sowie *Reimer et al. (2007)* und *Leitner und Märten* (2012) dass eine hohe emotionale Bedürftigkeit des Therapeuten sowie eine mangelnde soziale Integration zu Missbrauch geschehen bzw. zur Befriedigung eigener Bindungsbedürfnisse vor allem in einem subtilen Feld von Intimität, Beziehung und Abhängigkeit, welche schwer erkennbar und benennbar sind, führen können.

Persönliche Probleme des Therapeuten können die Präsenz und Aufnahmefähigkeit einschränken und vor allem, wenn sie unbewusst bleiben, sich negativ auf das therapeutische Geschehen und die Beziehung auswirken (*Gandras, 2021; Küchenhoff & Vogel, 2020*). Auch Überforderung durch die Thematik (*Gandras, 2021*) sowie eine anhaltende Aversion, Antipathie und Angst gegenüber dem Patienten (*Reimer et al., 2007*) können eine Grenze in der Behandelbarkeit durch den Therapeuten darstellen.

*Sieper und Petzold (2001b)* beschreiben, dass der Therapeut eine engagierte Bereitschaft mitbringen soll, sich aus einer intersubjektiven Grundhaltung mit dem Patienten als Person und mit seiner Lebenslage sowie der Netzwerksituation auseinanderzusetzen hat, weiterhin nicht nur mit seinen Leiden, seinen Störungen und Belastungen, sondern auch mit der Bereitschaft des Patienten, mit seinen Ressourcen und seinen Kompetenzen, an seiner Gesundheit und seiner Persönlichkeitsentwicklung mitzuarbeiten. Falls der Therapeut dabei trotzdem an seine (unüberwindbaren) Grenzen stösst, z. Bsp. aufgrund nicht vereinbarter Werthaltungen, sollte dies im integrativen Sinne im intersubjektiven Dialog transparent gemacht werden.

### **3. Grenzen des Patienten**

In der Literatur findet sich in der Beschreibung der Grenzen in der psychotherapeutischen Arbeit, welche sich auf Seiten der Patienten finden, an erster Stelle die fehlende Therapiemotivation (*Gandras, 2021; Wunderlich, 2002; Strauss & Geier, 2006; Reimer et al. 2007*). Die Realität zeigt jedoch, dass sich Patienten häufig aus Anregung oder Druck von aussen auf eine Psychotherapie einlassen, indem sie beispielsweise vom Ehepartner dazu gedrängt werden oder auf Empfehlung vom Hausarzt und dessen Zuweisung eine Psychotherapie beginnen. Weiter wird bei *Wunderlich (2002)* beschrieben, dass Erwartungen des Patienten, der Therapeut werde ihn/sie «heilen», ohne dass er mit Eigenarbeit etwas dazu

beizutragen habe, als begrenzender Faktor zu sehen ist, welcher häufig auf Fehlinformationen beruht. Besonders Menschen, die bislang noch nie mit Psychotherapie zu tun hatten oder aus benachteiligten oder bildungsfernen sozialen Schichten kommen, können eine solche Ausrichtung mitbringen, denn man geht ja seit Kindertagen zum Doktor, damit die Beschwerden beseitigt werden. Manche Psychotherapeuten tendieren zuweilen dazu, solche Haltungen zu unterschätzen oder sie negativ zu bewerten, statt psychoedukative Hilfen für ein Verstehen der psychotherapeutischen Arbeit zu vermitteln. *Gandras (2021)* und *Reimer et al. (2007)* beschreiben die Wichtigkeit einer minimalen sozialen Integration in Nachbarschaft, Arbeit, Familie, damit ein Transfer der Erfahrungen in der therapeutischen Beziehung möglich sei. Weiter werden die Faktoren externale Attribuierung (*Gandras, 2021; Reimer et al. 2007*), mangelnde Fähigkeit zu Selbstreflexion und Selbstexploration (*Wunderlich, 2002; Reimer et al. 2007; Leitner & Märrens, 2021; Gandras, 2021; Küchenhoff & Vogel, 2020*) und fehlender Genesungswille (*Gandras, 2021; Wunderlich, 2002*) als die therapeutische Arbeit begrenzende Faktoren genannt.

Der Patient bringt prinzipielle Bereitschaft mit, sich in seiner Therapie mit sich, seiner Störung, ihren Hintergründen, und seiner Lebenslage sowie (problembezogen) mit dem Therapeuten und seinen Anregungen partnerschaftlich auseinanderzusetzen. Das geschieht in einer Form, in der er – seinen Möglichkeiten entsprechend – seine Kompetenzen/Fähigkeiten und Performanzen/Fertigkeiten, seine Probleme und seine subjektiven Theorien einbringt, Verantwortung für das Gelingen seiner Therapie mit übernimmt und er die Integrität des Therapeuten als Gegenüber und Belastungsfähigen professional nicht verletzt (*Sieper & Pertzold, 2001b*).

#### **4. Grenzen in der therapeutischen Beziehung**

Therapie findet primär immer im Rahmen der therapeutischen Beziehung statt, dabei aber auch in den Zeiten und Bereichen zwischen den Therapiesitzungen (intersession effects), Auch hier ist dem therapeutischen Tun eine Grenze gesetzt. Vielmehr wird die Zeit zwischen den Sitzungen, und damit auch das Umfeld der Patienten, einen grossen Einfluss auf das Therapiegeschehen und damit auf den Therapieerfolg bzw. –misserfolg haben (*Hartmann, Orlinsky & Zeeck, 2016; Zeeck, Hartmann & Orlinsky, 2004*).

Die Trennung von Therapeuten- und Patientenvariablen ist als theoretisch zu betrachten und zu problematisieren.

In der Psychotherapieforschung wird die therapeutische Beziehung als einer der wichtigsten, wenn nicht der bedeutendste Wirkfaktor von Psychotherapie beschrieben. Ausserdem ist die Förderung oder Herstellung der Beziehungsfähigkeit ein wichtiges therapeutisches Ziel, welches jedoch einen zumindest rudimentär beziehungsfähigen Patienten und auch Therapeuten (*Küchenhoff* und *Vogel*, 2020) voraussetzt. Beziehungsgrenzen zeigen sich jedoch auch auf beiden Seiten, sowohl auf der Seite des Patienten (situativ, therapeutenbezogen oder habituell) sowie auf Seiten des Therapeuten (situativ, patientenbezogen oder habituell) (*Küchenhoff* und *Vogel*, 2020).

Grenzen und Schwierigkeiten können sich auch bei der Passung des therapeutischen Angebots und dem Patienten sowie bei der Einigung über Behandlungsziele und das konkrete Vorgehen ergeben (*Küchenhoff* und *Vogel*, 2020)

*Küchenhoff* und *Vogel* (2020) betonen die Wichtigkeit der «Passung» von Patient und Therapeut, und meinen damit eine gegenseitige emotionale Verfügbarkeit und Abgestimmtheit. Therapieerfolg stelle sich ein, wenn eine optimale Passung vom Behandlungsmodell des Therapeuten mit der Störung des Patienten mit den therapierelevanten Merkmalen des Therapeuten mit den therapierelevanten Merkmalen des Patienten bilde. *Gandras* (2021) merkt an, dass die therapeutische Beziehung im ambulanten Setting noch mehr Gewicht erhält, da oft keine multimodale Behandlung, bei welcher mehrere Personen, ja ganze Teams beteiligt sind, angeboten wird.

*Küchenhoff* und *Vogel* (2020) weisen darauf hin, dass nicht per se der Patient Erziehungsschwierigkeiten hat, sondern dass aus intersubjektivitätsorientierter Sicht Beziehungsprobleme dem therapeutischen Paar zugeordnet werden können. Dazu schreibt *Jaenicke* (2006) S. 29:

«Tatsächlich beurteilen wir die Analysierbarkeit (Therapierbarkeit) nicht auf der Basis der Pathologie eines Patienten, sondern vielmehr als intersubjektives Phänomen des Zueinander-Passens von Patient und Analytiker (Therapeut). Anders formuliert: Unsere Fähigkeit, jemanden zu behandeln, hängt von unserer emotionalen Verfügbarkeit für das jeweilige Individuum ab. Intersubjektivität meint also zusammenfassend: Zwei Menschen kreieren in einem gemeinsamen, ko-konstruktiven Prozess Beziehung, Sinn und Bedeutung. Die dazugehörige Frage lautet: Ist es uns gemeinsam möglich, in eine förderliche Beziehung einzutreten, und was kann mein Anteil dazu sein?»



Demgegenüber steht in der Integrativen Therapie der Aspekt des Konvois, und dass wir immer in Polyaden unterwegs sind, auch wenn wir uns zu zweit begegnen, sind immer auch die interiorisierten Anderen in uns anwesend (Petzold, 2004a, m) und sprechen durch uns im Sinne eines Polylogen mit. Überhaupt tut sich mit dem Modell der Relationalität in der therapeutischen Beziehung ein mehrdimensionales, transversales Modell auf. Im Sinne der Emergenz ist Beziehung mehr als «ich und du» (Buber, 1923). Die Grenzen zwischen Patient und Therapeut werden mit dem Konzept der «Andersheit des Anderen» und somit mit einem respektvollen Blick auf den Anderen beschrieben (Petzold 1996k).

In der Literatur zur *Integrativen Therapie* werden die Grenzen der therapeutischen Arbeit zwar nicht spezifisch explizit gemacht, aber doch in der therapeutischen **Grundregel** deutlich ausgedrückt. Auf dem Hintergrund einer ethischen Grundhaltung, welche Integrität und Würde der Patienten im Fokus hat, stellt die therapeutische Grundregel eine offene und dennoch konkrete Orientierungshilfe für eine engagierte Humantherapie dar. Sie soll zu Sicherheit und Unbedenklichkeit in der gemeinsam gestalteten Therapie beitragen und gründet in Konzepten entlang des 'Tree of Science' wie die „Andersheit des Anderen“, „der doppelten Expertenschaft“ u.a. und ist aufgebaut auf dem zugrunde liegenden Ko-Respondenzmodell. Positionen und Verantwortlichkeiten als Patient, als Therapeut und als therapeutisches Paar, sowie Grundhaltungen bezüglich Setting und Methoden bieten Richtlinien und somit auch Grenzen (Petzold, 2000). Um mit dem Patienten in ko-kreativer Weise die Behandlung als auch die therapeutische Beziehung zu gestalten, bietet es sich an, die Grundregel konkret mit ihm zu besprechen, was je nach Patient sprachliche Anpassungen erfordert. Ein anschauliches Beispiel, wie die Grundregel beispielsweise mit einem LKW-Fahrer, welcher im Strassenbau arbeitet und an chronifizierten Spannungskopfschmerzen leidet, findet sich bei Petzold (2000a).

Patientenwürde als „client dignity“ ist nicht nur in der konkreten therapeutischen Begegnung im Blick zu behalten. Institutionen, Strukturen des Gesundheitssystems, Politik und Fach- und Berufsverbände mit ihren Machtgefügen wirken in die therapeutische Situation hinein und führen zu Begrenzungen, welche erkannt und reflektiert werden müssen und Engagement im Sinne der „client dignity“ erfordern (Petzold, 2000d). Um diese Positionen zu reflektieren, werden im Text von H. G. Petzold (2003i) Fragen zur individuumsgerichteten Mikroebene und zur strukturellen Meso- und Makroebene vorgestellt und vertieft, welche sich damit auseinandersetzen, wie, ob und inwiefern Psychotherapie Menschen gerecht wird. Petzold, Gröbelbaur und Gschwend (1998) besprechen in einem transkribierten Radiointerview unter anderem die Wichtigkeit einer flexiblen Regulierung von Nähe und Distanz von Seiten des



Therapeuten, der menschlichen Begegnung auf Augenhöhe, welche Verdinglichung und Objektivierung innerhalb des Rollengefüges der Psychotherapie entgegenwirkt. Intersubjektivität, Information und gemeinsame Ko-Kreation des therapeutischen Prozesses im „informed consent“ lassen die Patienten als Gegenüber nicht als „Fall“ sondern als kompetentes menschliches Gegenüber erscheinen.

Da es sich in der Psychotherapie um Beziehungsprozesse im Nahraum handelt, ist in diesem Raum die Thematik der Grenze immer schon als Angrenzung vorhanden. Grenzen und Positionen müssen ausgehandelt werden. Anders als in der freudschen Arbeitsbeziehung mit dem empfohlenen Arbeitsstil der Abgrenzung, empfahl *Ferenczi* Mutualität, Angrenzung und Prozesse der Zuwendung und Annahme des Gegenübers mit einem Bewusstsein der (eigenen und denjenigen des Gegenübers) Grenzen. Dies wurde in der oben beschriebenen **integrativen Grundregel** aufgenommen, eine Angrenzung im Aushandeln von Grenzen und Positionen, damit „patient dignity“ gewährleistet ist. Nur so kann ein konvivialer Raum geschaffen werden, wo Entwicklung, enlargement, enrichment und empowerment möglich ist. Der Umgang mit der Angrenzung verlangt Regulationsfähigkeit im Sinne des partiellen Engagements, wo der Therapeut sich auf sein eigenes Erleben, dasjenige des Patienten und auf die Themen, welche der Patient in die Therapie einbringt, einlässt. So kann eine gute Affiliation entstehen, welche vom Patienten als wichtige menschliche Beziehung erlebt und interiorisiert werden kann, um dann im Alltag Beziehungen bewusster gestalten zu können. Auch für den Therapeuten ist jede therapeutische Beziehung ein Wagnis und eine Gelegenheit, sich selber im Umgang mit der Thematik der Grenze auseinanderzusetzen, bewusster zu werden und damit zu einer Haltung und Handlungsfähigkeit zu gelangen, welche Integrität und Würde des Menschen gewährt und schützt (*Petzold*, 2012c).

In den Arbeiten zu Risiken und Nebenwirkungen sowie Misserfolg in der Therapie (*Märtens*, *Petzold* 2002) werden überschneidende Themen vertieft.

Es stellt sich die Frage, ob durch ein Bewusstsein der Grenzen (der eigenen als Therapeutin, der Grenzen des Patienten und der Grenzen als therapeutisches Paar) Risiken, Nebenwirkungen und Misserfolge verhindert werden könnten. Das Erkennen der Grenzen, auch in Ko-Respondenz mit dem Patienten, könnte dazu führen, weitere Fachpersonen (Sozialberatungsstelle, psychiatrische Spitex, Physiotherapie, Ergotherapie, Ernährungsberatung) in die Behandlung mit einzubeziehen, um so auch im Austausch eine bestmögliche Behandlung zu ermöglichen. Weiter werden gerade im Integrativen Verfahren

die Wichtigkeit der «flankierenden Massnahmen» betont. Ausserdem könnte es für den Patienten einen Gewinn darstellen, wenn er beispielsweise durch den Therapeuten an eine spezialisierte Fachstelle weitergeleitet wird. So betonen auch *Strauss und Geyer* (2006), dass ein Weiterverweisen eines Patienten nicht als Scheitern betrachtet werden sollte, da Patienten häufig zufällig zu uns finden und es bei einem anderen Therapeuten zu einer besseren Passung und damit zu einer erfolgreicherer Therapie kommen könnte. Ausserdem sehen *Küchenhoff und Vogel* (2020) die Fähigkeit, einen Patienten abzulehnen auch als Kompetenz des Therapeuten an und als Ausdruck von Professionalität und Selbstfürsorge anstelle von mangelnder beruflicher Kompetenz. *Reimer et al.* (2007) merken an, dass psychotherapeutische Erfahrung wichtig ist, im Bewusstsein der eigenen begrenzten Ressourcen und im Sinne der Psychohygiene, um die Entscheidung zu treffen, ob ein Patient in die Behandlung aufgenommen werden soll. Dies kann durchaus mit einem Integrativen Verständnis einhergehen. Dessen Grundlagen können mit folgendem Text umrissen und verdeutlicht werden\*:

„**Du, Ich, Wir** in Kontext/Kontinuum, **Wir, Du, Ich** in Lebenszusammenhang und Geschichte, in diesen Konstellationen gründet das Wesen des Menschen, denn er ist vielfältig verflochtene Intersubjektivität, aus der heraus er sich in **Polylogen** und **Ko-responsenzen** als Konsens-/Dissensprozessen, im ‘Aushandeln von Grenzen [und Positionen] Freiräume’ findet und Leben gestaltet – gemeinschaftlich für Dich, für sich, für die Anderen. Menschen entspringen einer polylogischen Matrix und begründen sie zugleich im globalen Rahmen dieser Welt. In der Erarbeitung von demokratischen Grundordnungen und Menschenrechtskonventionen haben sie sich einen metaethischen Rahmen geschaffen, der noch keineswegs abgeschlossen ist und als ‘work in progress’ betrachtet werden muss, denn die Menschen sind in ihrer **Hominität**, ihrem Menschenwesen, und ihrer **Humanität**, ihrer Menschlichkeit, ihrem Verständnis von Menschenwürde, Freiheit, fundierter Gerechtigkeit, Gemeinwohl und der konkreten Umsetzung dieser Werte in beständiger Entwicklung“ (*Petzold* 1988t hier aus *Petzold. Müller* 2007, 29).

Das muss in Überlegungen zur therapeutischen Beziehung bedacht werden: zu *Angrenzungen* und zum *Aushandeln von Grenzen und Positionen*, zu *Abgrenzungen* natürlich (die leider viel zu oft als priorisierte Strategie empfohlen werden, etwa bei BPS-Patienten und da oft in falscher Weise, vgl. *Zanarini* 2018) oder zu *Eingrenzungen* (als Hilfen bei überschießendem Verhalten) und schließlich bei den seltenen Fällen notwendiger Ausgrenzungen (bei massiven Grenzverletzungen). Das Thema des ‘Umgangs mit Grenzen’ als *personalisierte* Gestaltung von Therapieprozessen als schöpferischem Geschehen (*Orth* 2024) wird **das** Kernthema der Psychotherapie bleiben, und das muss heißen: j e d e r Psychotherapie! (HP, UMW)

Geschlossen werden soll mit einem Zitat von *Gaetano Benedetti* (1964/1984, S.7):

«Psychotherapie bleibt Grenzerfahrung, ein Können an der Grenze des Nichtkönnens, ein Mitsein an der Grenze des Fremdbleibens, ein Verstehen an der Grenze des Unverständlichen, ein sympathetisches Mitgehen an der Grenze der undurchdringlichen Geschiedenheit.»

---

\* Redanktionelle Einfügung *Hilarion Petzold HP* und *Ulrike Mathias-Wiedemann UMW*

## **Zusammenfassung: Zu Grenzen der Psychotherapie**

Das Thema Grenzen und Umgang mit Grenzen von und in der Psychotherapie wird als ein Kernthema dieser Disziplin insgesamt, und j e d e r Psychotherapie im einzelnen erörtert: Grenzen des Patienten/der Klienten, des Therapeuten/der Therapeutin, Grenzen der therapeutischen Beziehung – man könnte noch hinzufügen Grenzen des Settings (Praxis, Klinik), des Kontexts (Familie, Freunde) usw. Es werden verschiedene Positionen aus der Literatur dargestellt und mit integrativen Positionen abgeglichen. Die jeweiligen Grenzen müssen «personalisiert» mit allen an therapeutischen Prozessen Beteiligten bestimmt und dann spezifisch und prozessorientiert umgesetzt werden, um Patientenwürde, Patientinnenintegrität und Patientensicherheit und Therapieerfolg so gut wie irgend möglich zu gewährleisten. Schematisierte Lösungen wird es zu diesem Thema nicht geben, sondern nur Rahmenrichtlinien, wie in der Integrativen Therapie die therapeuethische und klinischpragmatische «Grundregel integrativer Therapie» (Petzold 2000a)

**Schlüsselwörter:** Grenzen der Psychotherapie, Grenzen der PatientInnen und der TherapeutInnen, Grenzen von Therapieprozessen, Patientenintegrität, *Integrative Therapie*

## **Summary: On the limits of psychotherapy**

The topic of limits/boudaries and dealing with limits/boudaries of and in psychotherapy is discussed as core topic of the discipline as a whole, and of e v e r y individual psychotherapy: Limits/boundaries of the patient/client, of the therapist, limits/boundaries of the therapeutic relationship – one could add boundaries/limits of the setting (private practice, clinic), of the context (family, friends), etc. Various positions from the literature are presented and compared with integrative positions. The respective limitations/boundaries must be explored "personalized" with all those involved in therapeutic processes and then implemented specifically and process-oriented in order to ensure patient dignity, patient integrity, and patient safety, and the success of therapy as solidly as possible. There will be no schematized solutions to this topic, but as in integrative therapy only framework guidelines, such as the therapy-ethical and clinically pragmatic "basic rule of integrative therapy" (Petzold 2000a)

**Keywords:** Limits of Psychotherapy, Limits of Patients and Therapists, Limits of Therapy Processes, Patient Integrity, *Integrative Therapy*

## **Literatur**

*Benedetti G.* (1964/1984). *Der psychisch Leidende und seine Welt*. Fischer: Frankfurt a.M.

*Buber M.* (1923): *Ich und Du*. Insel: Leipzig

*Gandras G.* (2021): *Die Therapeutische Beziehung in der Psychotherapie*. Springer: Berlin

*Hartmann, A., Orlinsky, D., Zeeck, A.* (2016): The structure of intersession experience in psychotherapy and its relation to the therapeutic alliance. *J Clin Psychol.* 9,:861-79. doi: 10.1002/jclp.22293.

*Jaenicke C.* (2006): *Das Risiko der Verbundenheit – Intersubjektivitätstheorie in der Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta

*Küchernhoff, J. & Vogel R. T.* (2020): *Psychotherapie an der Grenze des Machbaren*. Stuttgart: Kohlhammer

*Leitner A. & Märtens M.* (2012): *Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden. Zur Förderung der Unbedenklichkeit von Psychotherapie*. Endbericht. Department für

Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit Donau-Universität Krems, Fakultät Gesundheit und Medizin.

Märtens, M., Petzold; H.G. (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald.

Petzold H. (1996k): Der «Andere» - Das Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anlässlich des Todes von Emmanuel Lévinas (1906-1995). *Integrative Therapie* 2-3, 319-349.

Petzold, H. G. (2000): Einführung zu einer Grundregel für die IT. Gehalten auf dem Arbeitstreffen „Psychotherapie und Ethik“, Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, 1. Mai 2000. Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen *Textarchiv H. G. Petzold* Jg. 2000. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>. - und in: Petzold, H. G., Orth, I. Sieper, J. (2010a): Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben - Themen und Werte moderner Psychotherapie. Wien: Krammer. 2010, 437-460. 2015 Neuaufl. Bielefeld: Aisthesis.

Petzold, H.G. (2000a): **Eine „Grundregel“** für die Integrative Therapie als Verpflichtung zur Transparenz und Anstoß, „riskanter Therapie“, Fehlern und Ungerechtigkeiten in der Psychotherapie entgegenzuwirken. Vortrag an der EAG, Düsseldorf/Hückeswagen Mai 2000. Bei *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 1/2000. [http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold\\_2000a\\_grundregel\\_polyloge\\_01\\_2000.pdf](http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold_2000a_grundregel_polyloge_01_2000.pdf). - Ergänzt 2006 um weitere Ethik-Texte: Updating 04/2005. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-01-2006-petzold-h-g-2000a-upd-2006.html> und in: Petzold, H. G., Orth, I. Sieper, J. (2010a): Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben - Themen und Werte moderner Psychotherapie. Wien: Krammer, 2015 Neuaufl. Bielefeld: Aisthesis.

Petzold, H.G. (2000d): Client Dignity konkret - PatientInnen und TherapeutInnen als Partner in „kritischer Kulturarbeit“ - eine Initiative. *Integrative Therapie* 2/3, 388 – 396; [https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold\\_petzold-2000d-client-dignity-konkret-patientinnen-therapeutinnen-als-partner-kritische-kulturarbeit.pdf](https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_petzold-2000d-client-dignity-konkret-patientinnen-therapeutinnen-als-partner-kritische-kulturarbeit.pdf).

Petzold H. (2003a): Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie. Junfermann: Paderborn.

Petzold, H.G. (2003i): Psychotherapie, die Menschen „gerecht“ wird? – Einige Überlegungen zu „Just therapy“ und „PatientInnenwürde“. (Langversion von 2003h): *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 12/2009. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-12-2009-petzold-h-g-2003i.html>

Petzold, H.G. (2004a): Mit alten Menschen arbeiten. Erweiterte und überarbeitete Neuauflage von 1985a in zwei Bänden. Bd. I: Konzepte und Methoden sozialgerontologischer Praxis. Bd. II: Psychotherapie – Lebenshilfe – Integrationsarbeit. 2005, München: Pfeiffer, Klett-Cotta.

Petzold, H.G. (2004m): KERNKONZEPTE und Zentrale Modelle DER „INTEGRATIVEN THERAPIE“ II - Ein „biopsychosozialökologischer“ Ansatz. Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit. Überarbeitete Neueinstellung: *Polyloge* <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/01-2011-petzold-h-g-upd-2011e-integrative-therapie-kompakt-2011-definitionen-und-kondensate.html>

- Petzold, H.G. (2004o): Die "Grundregel" im Integrativen Ansatz der Arbeit und Zusammenarbeit mit alten Menschen. In: Petzold, H.G. (2004a): Mit alten Menschen arbeiten. Bd. I: Konzepte und Methoden sozialgerontologischer Praxis. München Pfeiffer, Klett-Cotta, S. 361-366.*
- Petzold, H. G. (2012c): Psychotherapie – Arbeitsbündnis oder „Sprache der Zärtlichkeit“ und gelebte Konvivialität? Intersubjektive Nahraumbeziehungen als Prozesse affilialer „Angrenzung“ statt abgrenzender „Arbeitsbeziehungen“, Integrative Therapie 1, 73-94. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2012c-psychotherapie-arbeitsbuenndnis-oder-sprache-der-zaertlichkeit-und.html>*
- Petzold, H.G., Gröbelbauer, G., Gschwend, I. (1998): Patienten als "Partner" oder als "Widersacher" und "Fälle". Über die Beziehung zwischen Patienten und Psychotherapeuten - kritische Gedanken und Anmerkungen. Gestalt (Schweiz) 32, 15-41 und in: Petzold, Orth (1999a) 363-392 sowie in: Psychologische Medizin (Österr.) 1/1999 (S. 32.39) u. 2/1999 (S. 30-35). <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-groebelbauer-g-gschwend-i-1998-patienten-als-partner-oder-als-widersacher.html>*
- Petzold H. & Orth I. (Hrsg.) (1990a): Die neuen Kreativitätstheorien. Handbuch der Kunsttherapie. 2 Bde. 3. Aufl. (2007). Bielefeld: Aisthesis*
- Reimer C., Eckert J., Hautzinger M. & Wilke E. (2007): Grenzen der Psychotherapie. In: Reimer C., Eckert J., Hautzinger M. & Wilke E. (2007) 3. Auflage. Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. Heidelberg: Springer*
- Sieper, J., Petzold, H.G. (2001b): Der Therapeut – ein „kreatives Medium“, Identitätsarbeit – ein kreativer Prozess, Integrativer Therapie, 1, 201-203.*
- Strauss B. & Geyer M. (2006): Grenzen psychotherapeutischen Handelns. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht*
- Wunderlich G. (2002): Grenzen der Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer*
- Zeeck, A., Hartmann, A., Orlinsky, D. (2004): Inter-Session-Prozesse. Ein vernachlässigtes Thema der Psychotherapieforschung Inter-Session-Processes. A Neglected Area of Psychotherapy Research. *Psychother Psych Med* 6,236-242; DOI: 10.1055/s-2003-814790).*