

Einige Anmerkungen zur epistemischen Struktur der Diagnostik und Behandlung in der Humanmedizin und der Psychotherapie

Zepf, Siegfried; Hartmann, Sebastian

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Zepf, S., & Hartmann, S. (2003). Einige Anmerkungen zur epistemischen Struktur der Diagnostik und Behandlung in der Humanmedizin und der Psychotherapie. *Journal für Psychologie*, 11(4), 413-419. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-17479>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Aktuelles Thema

Einige Anmerkungen zur epistemischen Struktur der Diagnostik und Behandlung in der Humanmedizin und der Psychotherapie

Siegfried Zepf und Sebastian Hartmann

Zusammenfassung

Die Autoren vergleichen die epistemische Struktur der Basisdaten in der Humanmedizin und Psychotherapie. Sie zeigen, dass sich die Psychotherapie schon aufgrund ihrer Basisdaten jener nomologischen Überprüfung ihrer Effizienz entzieht, welche vom wissenschaftlichen Beirat „Psychotherapie“ gefordert wird.

Schlagwörter

Diagnostik, Psychotherapie, Humanmedizin, Wissenschaftstheorie, Evaluation.

Summary

Some Remarks on the Epistemic Structure of Diagnostics and Therapy in Human Medicine and Psychotherapy

The authors compare the epistemic structure of the primary data in human medicine and in psychotherapy. They demonstrate that on account of the structure of the primary data in psychotherapy their efficiency cannot be verified in those nomologically designed investigations demanded by the scientific advisory board „psychotherapy“.

Keywords

Diagnostics, psychotherapy, human medicine, theory of science, evaluation.

Der wissenschaftliche Beirat „Psychotherapie“ verleiht das qualifizierende Prüfsiegels „wissenschaftlich anerkannt“ psychotherapeutischen Verfahren, wenn für sie eine störungsspezifische Wirksamkeit in nomologisch angelegten Prüfverfahren nachgewiesen wurde (Zepf u. Hartmann 2002). Am Beispiel der psychoanalytischen Psychotherapie wollen wir im Folgenden zeigen, dass sich die Psychotherapie aufgrund der Eigentümlichkeiten ihrer Basisdaten einer nomologischen Überprüfung ihrer Erfolge bzw. Mißerfolge prinzipiell entzieht.

Wir wollen zunächst die Struktur des nomologischen Ansatzes an einem einfachen Beispiel aus der Humanmedizin darstellen. Ein Patient klagt über Herzjagen, Zittern, allgemeine Unruhe, Schweißausbrüche. Nach dem gezielten Frage- und Antwortspiel der Anamnese und der klinischen Untersuchung wird der Arzt versuchen, auf der Grundlage seiner pathophysiologischen Kenntnisse das organische Substrat dieser Beschwerden mit Hilfe eines bestimmten diagnostischen Instrumentariums zu ermitteln. Findet er bspw. bei der klinischen Untersuchung eine diffuse Struma, wird er sich veranlaßt sehen, die Schilddrüsenfunktion seines Patienten zu überprüfen. Ist die Hormonproduktion erhöht, wird er im nächsten Schritt nach den Bedingungen suchen, die dafür verantwortlich sind. Er wird durch weitere labortechnische Untersuchungen zu klären haben, ob ein toxisches Adenom, ein M. Basedow, eine primäre oder sekundäre Hyperthyreose vorliegt usw. Wird eine primäre Hyperthyreose diagnostiziert, wird er entsprechend seinen pathophysiologischen Vorstellungen zuzüglich zu einem Thyreostatikum Thyroxin rezeptieren, wobei die Dosierung auch von den individuellen Besonderheiten des Patienten mitbestimmt wird. Die Dosierung wird z. B. davon abhängig sein, ob beim Patienten zugleich eine Herzinsuffizienz, eine gestörte Nierenfunktion vorliegt, ob angenommen werden kann, dass der Patient seine Medikamente regelmäßig einnimmt und auch regelmäßig zu Kontrollen erscheint.

Diesem Beispiel kann unmittelbar entnommen werden, dass in diesem Verfahren Sprache in ihrem gegenständlichen, denotativen Bezug verwendet wird. Sprache verweist auf Zusammenhänge, die außerhalb der Vorstellungswelt des Patienten liegen. Der Patient macht Aussagen über seinen körperlichen Zustand, und diese Aussagen wendet der Arzt gemeinsam mit dem klinischen Untersuchungsbefund in eine Hypothese. Diese Hypothese wird durch die diagnostischen Untersuchungen falsifiziert bzw. verifiziert und schließlich im Lichte der Pathophysiologie in einer Diagnose gefasst. Mit der Bildung der Diagnose wird ein Aggregat von Befunden unter ein begrifflich-fixierten Idealbild einer bestimmten Krankheitseinheit subsumiert, die durch spezifische pathophysiologische Prozesse – allgemeine Gesetze – gekennzeichnet ist. Dem jeweiligen idealtypischen Krankheitsbild entnimmt er die Anweisungen für sein praktisch-therapeutisches Handeln, welches durch noch vorliegende

weitere körperliche Erkrankungen wie auch durch die persönlichen Eigentümlichkeiten des Patienten modifiziert wird.

Man kann dieses Verfahren, das auch bei noch lückenhaften pathophysiologischen Kenntnissen angestrebt wird, mit folgenden Punkten charakterisieren:

- Sprache wird in ihrem gegenständlich, denotativen Bezug verwendet.
- Das Erkenntnisinteresse richtet sich auf Kausalverbindungen somatischer Abläufe.
- Die Basisdaten, auf die sich die Diagnose stützt, sind objektiv und allgemein zugänglich. Jeder, der dieselbe Untersuchungsmethode verwendet, wird auch dieselben Daten erheben können.
- Die Datensammlung ist hypothesengeleitet und insofern kontrolliert. Sie erfolgt im Hinblick auf jene pathophysiologischen Prozesse, die in der vermuteten Erkrankung eine Rolle spielen könnten.
- Zwischen verschiedenen Diagnosen kann prinzipiell durch weitere Untersuchungen entschieden werden.
- Das therapeutische Handeln orientiert sich am Allgemeinen, am idealtypischen Krankheitsbild. Die konkret-einmalige Erkrankung des Patienten bestimmt nicht das Wesen der Therapie. Individualspezifisches hat den Rang sog. Begleitbedingungen, die als bloße Zufälligkeiten in die konkrete Form eingehen, in der bei einem bestimmten Patienten eine bestimmte therapeutische Strategie angewandt wird. Die therapeutische Strategie wird dadurch bloß modifiziert, aber nicht qualitativ bestimmt.

Vergleicht man diese nomologische Vorgehensweise mit der psychoanalytischen, lassen sich Differenzen nicht übersehen. Schon das „Setting“ dieses Verfahrens unterscheidet sich im Wesentlichen von demjenigen, in dem auf objektivierbare Körperbefunde abgehoben wird. Es findet kein Frage- und Antwortspiel wie bei der Anamneseerhebung statt und das Erkenntnisinteresse des Therapeuten richtet sich nicht auf Objekte und Personen, wie sie unabhängig vom Patienten existieren, sondern auf seine Beziehungen zu ihnen, auf die Art und Weise, wie sie vom Patienten erlebt wurden bzw. werden. Das für die Diagnosenstellung wesentliche Merkmal ist, dass dem Patienten für eine locker assoziierende Selbstdarstellung ein möglichst freier Raum gelassen wird. Dem Patienten wird eine offene Situation angeboten, die er selbst nach eigenen Wünschen strukturieren kann. Werden Fragen gestellt, so sind sie nicht hypothesengeleitet, sondern offen und indirekt, wobei die Art seiner Darstellungen ebenso beachtet wird, wie die Art und Weise, in der die Untersuchungssituation strukturiert und mit dem Therapeuten umgeht. Auf Seiten des Therapeuten entspricht der *assoziierenden Selbstdarstellung* des Patienten eine sog. *gleichschwebende Aufmerksamkeit*, die neben den Mitteilungen des Patienten auch die als Gegenübertragung beschriebenen eigenen Reaktionen registrieren soll, die im Therapeuten auf die Mitteilungen und das Verhalten des Patienten hin erfolgen.

In diesem Setting erfährt der Therapeut etwas über die früheren und heutigen Beziehungen des Patienten. Darüber hinaus erlebt der Therapeut den Patienten und sich selbst in der Untersuchungssituation. Seine Informationen interpretiert er bspw. als einen ödipalen Konflikt. Auf der Grundlage seiner theoretischen Kenntnisse ordnet er diese Informationen noch unter genetischen und strukturtheoretischen Aspekten, d. h. er stellt einen Zusammenhang her zwischen der Primärsozialisation des Patienten, seinem Konflikt und dessen Erscheinungsformen.

Man muss dieses Beispiel nicht weiter ausführen, um deutlich zu machen, dass diese Erkenntnisbildung nicht nomologisch vor sich geht. Nicht nur, dass die Daten nicht im Hinblick auf eine Hypothese erhoben werden. Die Forderung nach einer „gleichschwebenden Aufmerksamkeit“ auf Seiten des Therapeuten verbietet dies geradezu. Bei den für die Diagnosen wesentlichen Daten handelt es sich auch nicht um Tatsachen, die in nomologischem Sinne objektivierbar wären. Sie sind nichts anderes als Äußerungen und Darstellungen des Erlebens des Patienten und auf ihrem Fundament werden Diagnosen gebildet.

Da die Daten nicht objektiv sind, können Diagnosen auch nicht in nomologischem Sinn verifiziert bzw. falsifiziert werden. Weil die Interpretationen in die aktuelle, als Übertragung bezeichnete Beziehung zwischen Patient und Therapeut eingebunden sind und die Datensammlung von der jeweiligen Subjektivität des Therapeuten mitgetragen wird, ist auch das Datenmaterial nicht allgemein zugänglich. Ferner kennt der Therapeut die „wirkliche“ Primärsozialisation des Patienten ebenso wenig wie dessen wirkliche, momentane reale Lebenssituation. Beides kennt er nur aus den Schilderungen des Patienten.

Daraus folgt, dass der Therapeut in seiner Diagnose auch keine Kausalverbindungen herstellen kann. Die wirklichen Ursachen eines bestimmten psychischen Phänomens sind mit der psychoanalytischen Methode nicht zu erfassen. Dass sich die Wirklichkeit, wie sie unabhängig vom Patienten existiert, dem psychoanalytischen Verfahren entzieht, geht schon daraus hervor, dass im psychoanalytischen Verfahren nichts anderes geschieht als ein „Austausch von Worten“ (Freud, 1916/17, 9). Natürlich findet dieser Austausch auch in der ärztlichen Untersuchungssituation statt; während dort aber die Worte über ihre sog. denotative Bedeutungen auf Gegenstände referieren, wie sie in der Wirklichkeit existieren, und von ihren konnotativen Bedeutungen – den Erfahrungen, die der Patient mit diesen Gegenständen gemacht hat – abstrahiert wird, ist die Sachlage in der psychotherapeutischen Diagnostik umgekehrt. Hier steht die erlebnismäßige Bezogenheit des Patienten, stehen die konnotativen Bedeutungen der Sprache im Vordergrund, während von ihren denotativen Bedeutungen abgesehen wird.

Die Diagnose „ödipaler Konflikt“ verweist mithin nicht auf allgemeine Gesetze, die im Patienten wirksam wurden und die eine bestimmte Form der Therapie begründen könnte. Sie hat lediglich den Status einer verallgemeiner-

ten Lebenserfahrung, einer allgemeinen Interpretation, die nicht – wie Gesetze – einen *notwendigen*, sondern lediglich einen *möglichen* Zusammenhang formuliert. Sie steht nicht am Ende, sondern am Beginn des Erkenntnisprozesses. Indem sie dazu auffordert, Antworten auf die Fragen zu finden, ob – und wenn ja – wie sich dieser Konflikt im Leben des Patienten entwickelte und sich so darstellt, wie er sich präsentiert, eröffnet sie eine Perspektive für die Erkenntnis des Einzelnen.

Genau diese Fragen werden im therapeutischen Prozess beantwortet. Wohl wissend, dass seine Diagnose nichts weiter als eine Vermutung ist, dass es in diesem Fall auch anders sein kann, tritt der Therapeut unter der lebenspraktischen Vorannahme einer ödipalen Problematik in diesen Prozess ein, stellt in seinem Verlaufe diese Annahme immer wieder in Frage, korrigiert bzw. präzisiert sie, indem er den Patienten und sich selbst über die konkret-einmaligen Bedingungen aufklärt, die hier zu dieser oder einer anderen als der angenommenen Problematik führten und sie so erscheinen lassen, wie sie erscheint. Gelingt dieser Prozess, ist die Lebensgeschichte des Patienten nicht erklärt, sondern begriffen.

Die wesentlichen Unterschiede zwischen dem psychotherapeutischen und dem humanmedizinischen Untersuchungs- und Therapieverfahren lassen sich in folgenden Punkten zusammenfassen: In der Psychotherapie

- sind Basisdaten *nicht* objektive Befunde, sondern das, was der Patient in Anwesenheit des Therapeuten sagt, wie er mit dem Therapeuten umgeht und wie der Therapeut darauf antwortet und reagiert (z. B. Busch 1995, Tuckett 1983),
- sind die Basisdaten, auf die sich die Diagnose stützt, *nicht* allgemein zugänglich, sondern werden von der jeweiligen Subjektivität des Therapeuten mitgetragen,
- ist die Datensammlung *nicht* kontrolliert und von Hypothesen, sondern vom Bestreben angeleitet, das aufzufinden, was sich in den sprachlichen Äußerungen und dem Umgang des Patienten mit dem Therapeuten verbirgt und mystifiziert darstellt,
- fokussiert der Therapeut *nicht* auf die denotativen, sondern die konnotativen Bedeutungen der Sprache,
- richtet sich das Erkenntnisinteresse *nicht* auf Kausalverbindungen, sondern auf das Begreifen der inneren Entwicklungslogik einer konkret einmaligen Lebensgeschichte (Zepf 2000, 426),
- orientiert sich das therapeutische Handeln *nicht* am Allgemeinen, am idealtypischen Krankheitsbild, sondern an der konkreten Einmaligkeit des Patienten. Individualspezifisches hat hier nicht den Rang von Begleitbedingungen, die als bloße Zufälligkeiten in die konkrete Form eingehen, in der bei einem bestimmten Patienten eine bestimmte therapeutische Strategie angewandt wird, sondern steht im Zentrum der Therapie. Abhängig von der einzigartigen Konstellation von Patienten und Therapeutencha-

rakteristika wird in jedem Einzelfall die Behandlung ganz unterschiedlich sein.

Überprüft man trotz dieser Differenzen ein gesprächsgebundenes Therapieverfahren wie das psychoanalytische in nomologisch angelegten Untersuchungsgängen, ist es etwa so, als würde man eine Schilddrüsenerkrankung vor und nach der Behandlung entlang ästhetischer Kriterien auf ihre Besserung überprüfen. Anstatt die Psychotherapieforschung auf eine einheitswissenschaftliche Methodologie zu verpflichten, wäre der wissenschaftliche Beirat – sofern er das Epitheton „wissenschaftlich“ für sich selbst weiter in Anspruch nehmen möchte – gut beraten, wenn er das Verhältnis von Theorie, Behandlungsmethode und -gegenstand prüfen und daraus verfahrensspezifische Kriterien für die Durchführung empirischer Untersuchungen und die Evaluation der Ergebnisse entwickeln würde. Wenn der wissenschaftliche Beirat jedenfalls zur Kenntnis nähme, dass die „*Essenz*“ psychoanalytischer Behandlungen in der jeweils einmaligen Konstellation von Patient, Therapeut und Verfahren besteht (Strupp 1996), könnte er bei einigem Nachdenken auch dahinter kommen, dass sich diese Behandlungen einer nomologisch-statistischen Überprüfung prinzipiell entziehen. Während bei der Verwendung statistischer Methoden das Einzelne zum Unwesentlichen und das Allgemeine zum Wesentlichen wird, ist in psychoanalytischen Behandlungen das Allgemeine unwesentlich und das je einzelne Verfahren wesentlich. In einer Prüfung der Wirksamkeit dieser Behandlungen, die als wissenschaftlich gelten will, kann somit auch nicht das unwesentliche Allgemeine im Zentrum stehen. Vielmehr wäre der Nachweis zu führen, daß ihre Wirksamkeit in der Verschiedenheit der abstrakt identischen Verfahren in eben der jeweils einzigartigen Konstellation von Patient, Therapeut und Verfahren gründet. Epistemisch soweit vorgedrungen, könnte dem wissenschaftlichen Beirat dann auch die Einsicht dämmern, dass dieser Nachweis nur aggregierten Kasuistiken entnommen werden kann.

Literatur

- Busch, Fred (1995): Beginning a psychoanalytic treatment: Establishing an analytic frame. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 43, 449–468.
- Freud, Sigmund (1916/17): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In *Gesammelte Werke XI*. Frankfurt/Main: Fischer.
- Hartmann, Sebastian (2002): Wissenschaftliche Prüfung und wissenschaftliche Anerkennung psychotherapeutischer Verfahren. Einige grundsätzliche Anmerkungen zu den Prüfkriterien des wissenschaftlichen Beirats „Psychotherapie“. *Psychotherapeut*, 47, 278–284.
- Strupp, Hans (1996): Nachhaltige Lektionen aus der psychotherapeutischen Praxis und Forschung. *Psychotherapeut*, 41, 84–87.

- Tuckett, David (1998): Evaluating psychoanalytic papers. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 431–448.
- Zepf, Siegfried (2000): *Allgemeine psychoanalytische Neurosenlehre, Psychosomatik und Sozialpsychologie*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Zepf, Siegfried u. Sebastian Hartmann (2002): Wissenschaftliche Prüfung und wissenschaftliche Anerkennung psychotherapeutischer Verfahren. Einige grundsätzliche Anmerkungen zu den Prüfkriterien des wissenschaftlichen Beirats „Psychotherapie“. *Psychotherapeut*, 47, 278–284.

Prof. Dr. med. Siegfried Zepf, Institut für Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Universitätsklinikum, D-66421 Homburg/Saar.
E-Mail: ppszep@med-rz.uni-sb.de

Emeritiert. Lehranalytiker (DPG, DGPT) am Saarländischen Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie in der DPG.

Arbeitsschwerpunkte: Erkenntnistheorie, Psychoanalyse, analytische Sozialpsychologie.

Dr. med. Sebastian Hartmann, Institut für Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Universitätskliniken des Saarlandes, D-66421 Homburg/Saar.
E-Mail: s.hartmann@rz.uni-sb.de

Komm. Leiter des Instituts für Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Universitätskliniken des Saarlandes.

Arbeitsschwerpunkte: Psychotherapieforschung, psychoanalytische Theorie.

Manuskriptendfassung eingegangen am 24. Dezember 2002.