

Evidenz und Zweifel – ein Plädoyer fürs Fragenstellen

Klagen von Patientinnen¹, Fall-Schilderungen von Kollegen, Diagnostik- und Therapieleitlinien sowie Fachveröffentlichungen erzeugen mitunter den Eindruck, dass sich die Psychotherapie von einer fragenden in eine apodiktische Disziplin verwandelt hat. *Apodiktisch* oder *Apodiktik* nenne ich die Haltung, die eigene Position für absolut zu halten und keinen Widerspruch zuzulassen. Das Bewusstsein hingegen, stets nur über vorläufiges oder gar fragliches Wissen zu verfügen, kann dementsprechend als *hypothetisch* bzw. *Hypothetik* bezeichnet werden.

An eine weitere Unterscheidung möchte ich erinnern: *Nomothetisch* nennt man die wissenschaftlichen Verfahren, welche über empirische Forschung zu Gesetzmäßigkeiten zu gelangen suchen, bspw. Naturwissenschaften oder die Entwicklung evidenzbasierter Therapie-Methoden.

Als *idiografisch* bezeichnet man Vorgehensweisen, die sich dem Einzelfall zuwenden, etwa in der Geschichtsforschung oder in verstehenden und non-direktiven psychotherapeutischen Methoden.

Auf den ersten Blick könnte man vermuten, dass sich Apodiktik vorwiegend aus der nomothetischen Ausrichtung herleitet. Eine solche Annahme greift allerdings zu kurz; denn auch aus idiografischen (tiefenpsychologischen, erlebnisorientierten oder hermeneutischen) Psychotherapie-Verfahren sind apodiktische Töne zu vernehmen.

Jürgen Daviter hat in einer sorgfältigen Analyse² herausgearbeitet, dass ein Erkenntnisanspruch der Hermeneutik epistemologisch nicht haltbar ist. Anders gewendet: Jede auf Empathie, Verstehen, Interpretation oder Intuition beruhende Erkenntnis kann nur hypothetischer Natur sein und hat nur dann Berechtigung, wenn sie als Hypothese, Frage oder Interpretations-Angebot verabreicht wird.

Im Folgenden steht die empirische Psychotherapieforschung auf dem Prüfstand, gerade weil naturwissenschaftlich erhobene Befunde einen absoluten Realitätsgehalt suggerieren. Zunächst sind es Statistiker, die gegen Verabsolutierungen von empirischen Befunden mahnend die Stimme erheben. Daran anschließend wird für eine Haltung des Zweifelns und Fragens plädiert, die sich erkenntnistheoretisch besser fundieren lässt.

Vom Forschen und Wissen

Die heutige Psychotherapie würde sich, wenn ihre augenscheinliche Apodiktik überhaupt zur Diskussion stünde, auf ihre differenzierte empirische und statistische Methodik berufen. Eine solche kann durchaus konstatiert werden; wie aber Befunde in der Praxis zustande kommen, ob Forschungs-Gütekriterien³ eingehalten, welche Skalenniveaus zugrundegelegt werden, interessiert spätestens dann keine Anwenderin mehr, wenn die Methode im Glanze einer hohen Effektstärke erstrahlt.

Heutzutage gründet sich zwar alle ernst zu nehmende empirische Forschung auf den *Kritischen Rationalismus* Karl Poppers; die zentrale Annahme dieser Erkenntnis- und Wissenschaftstheorie besteht darin, dass jeglichem empirisch erhobenem Befund wegen der logischen Unmöglichkeit von Induktionsschlüssen⁴ Hypothesen-Charakter zukommt. Was jedoch ihre Beachtung in der wissenschaftlichen Praxis angeht, urteilt Popper selbst skeptisch:

¹ Besonders nach meinem Eintritt in den Ruhestand wenden sich viele Betroffene an mich und berichten von haarsträubenden Verhaltensweisen und Äußerungen ihrer Behandler. Das mögliche Argument, dies seien doch nur Projektionen ihrer kranken Seelen, scheint mir auf genau die therapeutische Haltung zurückzugehen, die hier diskutiert wird; zudem lässt sie die Frage offen, was denn bloß zu einer derartig negativen „Projektion“ der Patientin geführt haben mag.

² Daviter, J., 2020: Gadamer's Hermeneutik: Verstehen als Wahrheitssuche. In: Plädoyer für eine realistische Erkenntnistheorie. Tredition, Hamburg, S. 193-296

³ Objektivität, Reliabilität sowie die stets gegenläufige Validität, also Übertragbarkeit von der Labor- in die Therapiesituation

⁴ Induktion bedeutet das Schließen von singulären beobachteten Einzelfällen auf eine Gesetzmäßigkeit.

„Wir wissen nichts – das ist das Erste. Deshalb sollten wir sehr bescheiden sein – das ist das Zweite. Daß wir nicht behaupten zu wissen, wenn wir nicht wissen – das ist das Dritte. Das ist so ungefähr die Einstellung, die ich gerne popularisieren möchte. Es besteht wenig Aussicht dafür.“⁵

Diesen geheimnisvollen Prozess des impliziten und unhinterfragten Verwandelns von Hypothesen in vermeintlich harte Fakten kann man als ontologische *Reifikation* (Vergegenständlichung) bezeichnen. Ontologische Reifikation scheint im heutigen psychotherapeutischen Wissenschafts- und Anwendungsbetrieb das kritisch-rationalistische Bewusstsein so weit ersetzt zu haben, dass bereits Statistiker warnend aufmerken:

Im Jahr 2019 veröffentlichte *The American Statistician*⁶ eine Sonderausgabe ihrer Zeitschrift mit dem Titel: „Statistical Inference in the 21st Century: A World Beyond $p < 0.05$ “.⁷ Sie enthält eine Arbeit von Ronald L. Wasserstein, Allen L. Schirm & Nicole A. Lazar: Moving to a World Beyond “ $p < 0.05$ ”.⁸ Deren Conclusio lautet:

„We conclude, based on our review of the articles in this special issue and the broader literature, that it is time to stop using the term “statistically significant” entirely. Nor should variants such as “significantly different,” “ $p < 0.05$,” and “nonsignificant” survive, whether expressed in words, by asterisks in a table, or in some other way [...] Statistical significance was never meant to imply scientific importance [...] And so the tool has become the tyrant [...] For example, no p -value can reveal the plausibility, presence, truth, or importance of an association or effect. Therefore, a label of statistical significance does not mean or imply that an association or effect is highly probable, real, true, or important.“

Heute ist in der empirischen Psychotherapieforschung statt von *Signifikanzniveaus* eher von *Effektstärken* die Rede, was in noch höherem Maße absolute Befunde und kausale Wirkungen, frei von jeglicher Hypothetik, suggeriert.

Die Apodiktik der heutigen Psychotherapieforschung schlägt sich nicht nur in Diagnostik- und Behandlungsleitlinien nieder, deren Nichtbefolgung als Kunstfehler betrachtet wird; sie scheint sich auch in die Therapeutinnenseele einzugravieren und in jener Zweifellosigkeit zu zeigen, die immer mehr Patienten beklagen. Sei es das Attestieren eines unbewussten Konfliktes, eines Behandlungswiderstandes, eines Krankheitsgewinns⁹, sei es die schwer nachvollziehbare Festlegung auf eine Diagnose, ein Verfahren der Wahl oder darauf, was für ihr Gegenüber gut oder nicht gut sei: Erläuterungen oder gar ein Hinterfragen, worauf denn diese „Wahrheit“ basiere, teilen sich der Patientin nicht mit. Bspw. kommt nicht selten in der Ausübung von Gestalttherapie, einer ursprünglich als dia-logisch, existenziell und gar anarchistisch konzipierten „Philosophie“, die therapeutische Intuition, Emotion oder Erfahrung als Maß aller Dinge daher. Dies ist etwa der Fall, wenn die Therapeutin dem

⁵ Popper, Karl R., 1999: Die evolutionäre Position der Evolutionären Erkenntnistheorie. In: Alles Leben ist Problemlösen. Über Erkenntnis, Geschichte und Politik. München: Piper, S. 144. Popper zeigt sich gerade nicht als pessimistisch hinsichtlich Möglichkeit und Nutzen (hypothetischen) Wissens, sondern vielmehr hinsichtlich des Gebrauchs des Kritischen Rationalismus durch Anwender und Nachfolgerinnen.

⁶ offizielles Organ der *American Statistical Association* (ASA)

⁷ Volume 73, Issue sup1

⁸ Abrufbar unter: <https://doi.org/10.1080/00031305.2019.1583913> - letzter Aufruf am 19.01.2022.

⁹ Derartige Konzepte, wie auch das unten angeführte Konstrukt der *Kontaktunterbrechung*, bezeichne ich als Falsifikations-Blocker im Dienste des Erhalts von Lehrmeinungen; vgl. dazu meine erkenntnistheoretischen Veröffentlichungen

trauernden Patienten mitteilt: *In Wirklichkeit [sic!] sind Sie nicht traurig, sondern aggressiv! Sein Befremden darüber wird dann gerne mit dem Hinweis auf seine Kontaktunterbrechung ausgehebelt.* Die Gestalttherapie soll hier jedoch nicht allein gebrandmarkt werden; das Einschwören auf ein grundlegendes Erklärungs- und Behandlungsparadigma ist auch in anderen Therapieschulen zu vernehmen. Unhinterfragte Gewissheiten können sich in Therapeuten-Äußerungen wie den folgenden manifestieren: *Hinter Ihrer Trauer steht unausgelebte Wut. – Wenn Sie Ihren Partner nicht verlassen, werden Sie niemals gesund! – Sie müssen durch die Angst hindurchgehen! – Eine Heilung des Patienten wird durch Krankheitsgewinn/ Widerstand/ unbewusste Konflikte/ eine larvierte Persönlichkeitsstörung verhindert.*

Alles in Allem scheint Psychotherapie mehr Glaubensbekenntnis zu sein, als dass sie behutsame Anwendung hypothetischen Wissens ist. Eine „Verbibelung“ der Wissenschaftskultur mag Lehrstuhlinhaberinnen, Ausbilder und Therapeuten Macht und Status verleihen; der Patientin ist damit nicht gedient.

Hält man sich dann noch fragwürdige, aber offenbar gängige Praktiken heutiger Wissenschaft vor Augen¹⁰, so darf man sich nicht wundern, dass der Begriff der *Fake Sciences* nicht nur in aller Munde ist, sondern auch die Reputation seriöser Wissenschaft bedroht.

Die Anerkennung einer grundlegenden Hypothetik würde keinesfalls den Ausschluss empirischer Forschung bedeuten. Sie würde deren Ergebnisse aber relativieren, Offenheit für Widerspruch erzeugen, ihnen Absolutheit, Strenge und Schärfe nehmen. Ja, ein wichtiges therapeutisches Agens könnte (wieder) Anerkennung finden: die Bereitschaft, das eigene Tun und Denken zu hinterfragen und mit dem Gegenüber in ein echtes Gespräch einzutreten. Das kann schmerzhaft sein; ein Gewinn ist es aber immer.

Vom Zweifeln und Fragen

Vor einiger Zeit war im Deutschen Ärzteblatt PP¹¹ von einem empirischen Befund zu lesen, demzufolge diejenigen Therapeutinnen die besten Erfolge erzielen, die „gleichzeitig [...] ihre therapeutische Arbeit stets hinterfragten.“ Dazu zähle bspw. Zweifel, ob „man als Therapeut etwas bewirken könne“ oder auch die Unsicherheit, „was dem Patienten am besten helfen würde [...] Berufliche Selbstzweifel helfen dabei, offen zu bleiben [...] und stets nach geeigneteren Methoden Ausschau zu halten.“

Das Zweifeln an der Möglichkeit therapeutischer Erkenntnis, die den Vorgängen des Diagnostizierens genauso zugrunde liegt wie der Behandlungsplanung, Testauswertung, Prognostik oder Evaluation, ist von großer Relevanz: Woher denn weiß der Behandler eigentlich? Wie kommt *Wahrheit* in die Therapie?

Ohne sich in allzu tiefeschürfenden philosophischen Erörterungen zu verlieren, sollen hier einige erkenntnistheoretische Aspekte aufgeführt werden:

1. Einer Erkenntnis geht immer voraus, dass man einen (von vielen möglichen) Standpunkt(en) (eine Perspektive) *wählt*. Insofern ist die gewählte Perspektive sowohl beschränkt als auch zufällig oder willkürlich. Deshalb kann Erkenntnis niemals umfassend oder absolut sein. *Die Wahrheit* oder *die Re-*

¹⁰ Beispiele sind: bilaterale Zitierversprechen, nachträgliche Erhöhung der Probanden-Anzahl, bei Bedarf Löschung von Extremwerten, Vorhalten einer „heimlichen“ Experimentalgruppe, Zurückhalten negativer Befunde (Pharma-Industrie; laut Popper ebenso bedeutsam wie positive Resultate), mangelnde Berücksichtigung von Skalenniveaus, Erfindung von Daten.

¹¹ Referiert (ms): Berufliche Selbstzweifel nützen der Therapie. Dtsch Arztebl PP 2017, 5, S. 231

alität kann nicht in absoluter Weise erkannt werden. Philosophen würden sagen: Man kann dem *heuristischen Zirkel* nicht entkommen. Bzw.: Per Induktionsschluss kann niemals Gewissheit erlangt werden.¹²

2. Auch wenn aus erkenntnistheoretischen Aussagen über das Sein schwerlich Maximen über das Sollen abgeleitet werden können, kann zumindest ein Bindeglied zwischen Erkennen und Ethik benannt werden: Weil Erkennen immer eine *Wahl* bedeutet, sind sowohl die Wahl des Standpunktes als auch die Inhalte des Erkennens zu *ver-antworten*. Hiermit kommt, neben der berufspolitisch verordneten *allgemeinen* (Listen-) Ethik, immer – ob man will oder nicht – eine *persönliche* Moral ins Spiel, der man auch dann nicht entkommt, wenn man alles „richtig“ macht, sprich: der Berufsethik und den jeweiligen Therapieleitlinien entsprechend handelt. Wenn man sich nur auf Letzteres beruft und sich nicht gleichzeitig einer (manchmal diesen widersprechenden) persönlichen Moral verpflichtet fühlt, bettet sich der Behandler auf das bequeme und sichere Polster des Berufsethos und erklärt: *Ich konnte nicht anders handeln! Ich musste dies tun!* Dies mag fürs eigene Gewissen hilfreich sein und vor Disziplinarverfahren und Strafverfolgung schützen; ob es aber der Patientin nützt, ist eine ganz andere Frage.

3. Die Orientierung des therapeutischen Denkens und Handelns an einem *Kritischen Konstruktivismus*¹³ soll hier nahe gelegt werden. Eine seiner wichtigen Thesen lautet, dass kein topografisches (die metrische Beschreibung räumlicher Lageverhältnisse betreffendes) Verhältnis zwischen einer subjektiven Wirklichkeit und der als absolut angenommenen Realität vorausgesetzt werden kann. Das klingt recht abstrakt, will aber nur Folgendes zum Ausdruck bringen: Die Behauptung, dass ein Jemand (eine Fachfrau) oder ein Etwas (eine wissenschaftliche Theorie oder Behandlungsmethode) der absoluten Realität *näher* sei als ein Anderer oder etwas Anderes (ein Laie, eine Patientin, eine subjektive Erklärung), könnte nur durch einen Machtanspruch, aber nicht durch ein erkenntnistheoretisch fundiertes Argument unterfüttert werden. Das bedeutet: Der Therapeutin und dem Patienten sind von vornherein *gleiche Wahrheitsfähigkeit* bzw. *gleiche Realitätsnähe* zu attestieren.

Die Wirklichkeiten von Fachleuten sind in der Regel *differenzierter*, ihre Erkenntnisbereiche *umfangreicher* als von Laien, aber nicht *näher* an einer angenommenen absoluten Realität.¹⁴ Eine Erkenntnistheorie wie der *Kritische Konstruktivismus* lässt sich ebenfalls nicht argumentativ oder logisch beweisen. Man kann ihn vielmehr für *plausibel* erachten, im wahrsten Wortsinne also: Beifall verdienend. Mehr nicht. Auch dieser ist eine Wahl, die zu *ver-antworten* ist.

Die Relevanz, die sich aus dem erkenntnistheoretischen Diskurs für das psychotherapeutische Handeln ergibt, kann hier nur in einigen Schlaglichtern erhellt werden wie: *Therapeutische Wahrheit ist das Ergebnis eines gemeinsamen Prozesses. – Die Therapeutin ist der Wahrheit nicht näher als der Patient. – Wahrheit erfordert immer das Zweifeln. – Wenn Wahrheit nicht offen für dialogische Veränderung ist, ist sie Dogma oder Gewalt. – Wahres therapeutisches Erkennen und Handeln entspringt nicht der Anwendung von „Leitlinien“; vielmehr bedeutet es, mit der Patientin gemeinsam ihren individuellen Weg zur Heilung zu suchen und zu (er)finden.*

¹² Dem ist hinzuzufügen: Selbst die im Kritischen Rationalismus verankerte Vorstellung, man könne der Wahrheit (der Realität) *näher* oder *ferner* sein, würde voraussetzen, dass man ebendiese in absoluter Weise verorten könnte.

¹³ Zusammenfassung in Mehrgardt M, Mehrgardt E-M, 2001: *Selbst und Selbstlosigkeit*. Köln: Edition Humanistische Psychologie. S. 191-217. Früher habe ich diesen auch als *Dialektischen Konstruktivismus* bezeichnet, eine Benennung, die offensichtlich unerwünschte Konnotationen wachruft und deshalb Verwirrung stiftet.

¹⁴ Betrachtet man moderne Physiker, verfügen diese heute über sehr viel mehr Befunde – über Quarks, Elektronen-Unschärfe, dunkle Materie etc. – aber eo ipso auch über viel mehr Widersprüchliches. Näher an „der wahren/ eigentlichen Weltformel“ o. Ä. fühlen diese sich sicherlich nicht. Einige von ihnen wenden sich demzufolge gar philosophischen oder spirituellen Fragen zu.

Therapeutinnen und Therapeuten sind nicht Wissende oder des Heilens Kundige, sondern Suchende. Sie sind Fachleute darin, ihre Patientinnen und Patienten zu begleiten.

Was sie sehr gut können, ist: Zweifeln, Zuhören und Fragen stellen. Üben wir uns mit Popper also wieder in erkenntnistheoretischer Demut, statt in Stein gemeißelte Gewissheiten zu verkünden!

© Michael Mehrgardt, 2022