

Forschungskritische Arbeiten

„Allgemeine Psychologie“ versus „Klinische Psychologie“: Eine plausible, aber unnötige Unterscheidung

RALF KOHNEN/HANS-PETER KRÜGER

1 Plausible Antinomien in der Diskussion

Der ursprüngliche Titel dieser Arbeit hieß „Allgemeinpsychologische Modelle in der Klinischen Psychologie“. Bei der Bearbeitung des Themas stellte sich heraus, daß der Beitrag so nicht zu schreiben ist, weitergehend, daß sich hinter diesem Thema insofern ein fach- und wissenschaftspolitisches Dilemma verbirgt, als es Einleisigkeit des Wissenstransports von der Allgemeinen hin zur Klinischen Psychologie suggeriert. In solchem Verständnis tradiert es den konnotativen Hof beider Disziplinen, erwachsen und gefestigt in der Sozialisation der Psychologie Treibenden in Studium und Beruf.

Auf den ersten Blick gibt es genügend Gründe für die Unterscheidung beider Disziplinen. Einige dieser „augenscheinvaliden“ Antinomien seien aufgezählt:

- (1) experimentell-nomothetischer versus deskriptiv-idiographischer Zugang
- (2) allgemeingültige versus differentiell gültige Aussagen
- (3) theoretisch-grundwissenschaftliche versus praktisch-angewandte Orientierung
- (4) Untersuchung „normalen“ versus Untersuchung von gestörtem Verhalten
- (5) Beschäftigung mit dem „ganzen Menschen“ versus Beschäftigung mit Teilfunktionen.

So einleuchtend diese Unterschiede sind (und so sehr sie damit unser Ausgangsthema „Allgemeinpsychologische Modelle in der Klinischen Psy-

chologie“ rechtfertigen), so wenig halten sie einer näheren Überprüfung stand. Eine Darstellung solcher Modelle mit Hinweis auf Anwendung und Anwendbarkeit in der Klinischen Psychologie heißt, einen Unterschied zwischen beiden Disziplinen zu vertiefen. Möglichkeiten aufzuzeigen, ihn zu überwinden, soll das erklärte Ziel dieser Arbeit sein.

2 Klinische Psychologie zwischen Sezession und Re-Integration

Die Hinweise sind Legion, daß Klinische Psychologie in erster Linie „Psychologie“ und dann erst „Klinische Psychologie“ zu sein habe (pars pro toto; Schmidt 1978). Anlaß derartiger Warnungen ist die Flucht Klinischer Psychologen aus ihrer Heimat Psychologie (als Wissenschaft) hin zu zwar plausiblen, aber noch nicht wissenschaftlich fundierten oder gänzlich unwissenschaftlichen Zugängen (Menschenbilder, Theorien, Methoden) zu Patienten (vgl. Michaelis 1981). Die Gretchen-Frage an den Klinischen Psychologen ist, ob er sich wissenschaftlichen Standards verpflichtet weiß, die sein Handeln leiten, aber auch begrenzen, oder ob er sich vorwiegend an den Bedürfnissen seiner Praxis zu Lasten der wissenschaftlichen Fundierung seines Tuns orientiert.

Historisch ist der Scheideweg des Interesses zwischen „Krankheit“ und „Krankem“ bereits unter Wundt-Schülern angelegt. Kraepelin (1896) repräsentiert die wissenschaftliche Auseinandersetzung: Die Psychologie in der Klinik versucht, auf der Basis von Experiment, Messung und Statistik abweichendes Verhalten zu beschreiben und zu erklären. Witmer (1909) ist Prototyp des Praktikers, der psychologisches Wissen zur Veränderung abweichenden Verhaltens einsetzte (vgl. Pongratz 1977). Transparent wird die unterschiedliche Interessengewichtung in der Klinischen Psychologie in der Bildergeschichte auf Seite 126.

Die Psychologie ist aufgeteilt auf den „Neugierigen“ und den „Helfenden“, den an kausalen Zusammenhängen und den an praktischen Konsequenzen Orientierten. Daß diese Comics ansprechen, liegt nicht zuletzt darin, daß in ihnen ein charakteristisches Merkmal der Wirklichkeit getroffen ist. Die Unterscheidung zweier „Arten“ von (Klinischer) Psychologie ist fachpolitisch und wissenschaftsorganisatorisch problemlos zu untermauern:

(1) Der „Deutschen Gesellschaft für Psychologie“ (DGfP) als der Vertretung wissenschaftlich arbeitender Psychologen gehören nur wenige therapeutisch tätige Psychologen an; diese haben sich vielmehr in eigenen Verbänden organisiert und sezerniert (z.B. DGVT, GwG), nicht zuletzt aus Unzufriedenheit darüber, in der DGfP nicht genügend Raum für berufspraktische Probleme zu finden.

(2) Die Ausbildung und Betreuung klinischer Tätigkeiten (wie die Durchführung von Psychotherapien) wird außerhalb von wissenschaftsverpflich-



Abb. 1: Peanuts-Bildergeschichte. © United Feature Syndicate, Inc.

teten Instanzen (Universität, DGfP) in eigenen Therapieverbänden (DGVT, GwG u.a.) übernommen.

(3) In der Psychologenausbildung ist die klassische Zweiteilung in Vordiplom und Hauptdiplom, die dem Sinne nach eine Einteilung in Propädeutik und Vertiefung ist, in praxi an vielen Universitäten längst zu einer Zweiteilung in „Pflicht“ und „Kür“ degeneriert, wobei im Bewußtsein vieler Studenten bis zum Vordiplom eben das gelernt werden muß, was wichtig für die Zulassung zum Hauptdiplom ist (das sind u.a. allgemeinpsychologische Modelle!), wo die „richtige“ Psychologie dann erst beginnt. Die Studienpläne haben diese Entwicklung sogar noch gefördert, indem sie den Lernstoff (vor allem Methodenlehre, Physiologie und den Fragenkatalog aus Allgemeiner, Differentieller und Sozialpsychologie sowie der Entwicklungspsychologie) ganz in den ersten Studienabschnitt verlegten und den zweiten Studienabschnitt einer Spezialausbildung zum „Klinischen“, „Pädagogischen“ bzw. „Arbeits- und Betriebs-“Psychologen widmeten.

(4) Schließlich sind auch die Inhalte von Tagungen und Kongressen getrennt nach Wissenschafts- oder Praxisorientierung. Während primär an wissenschaftlichen Forschungsinteressen ausgerichtete Klinische Psycho-

logie ihre Heimat nach wie vor in Veranstaltungen der Universitätspsychologen hat (Kongresse der DGfP, Tagungen experimentell arbeitender Psychologen), suchen praktisch arbeitende Psychologen ein eigenes Forum (z.B. in den Berliner Kongressen der DGVT und der GwG).

Bestrebungen, dieser Trennung in eher wissenschaftsorientierte und eher praktisch orientierte Psychologen Einhalt zu gebieten, haben in den letzten Jahren zugenommen: die Anregung zur Gründung einer „Fachgruppe Klinische Psychologie“ innerhalb der DGfP, die Rückkehr zu einer Ausbildung des „Einheitspsychologen“ an den Universitäten, die Einführung eines Postgraduiertenstudiums als (berufsbegleitende) Weiterbildungsphase, schließlich auch Überblickspublikationen (z.B. *Baumann et al.* 1978 ff.; *Wittling* 1980b; *Minsel & Scheller* 1981 ff.) über den wissenschaftlichen Stand der Forschungsarbeiten zu klinischen Fragestellungen, sind Wegmarken zu diesem Ziel der Re-Integration.

Was allen Versuchen, eine Brücke zwischen beiden Lagern zu schlagen, fehlt, ist eine Auseinandersetzung darüber, inwieweit eine Einteilung in verschiedene psychologische Sparten überhaupt noch sinnvoll ist. Die Alternative „Krankheit oder Kranker“ der Gründungsjahre der Klinischen Psychologie und ihrer seitherigen Geschichte wirkte prägend, scheint sich aber aufzulösen in das übergreifende Ziel „Krankheit des Kranken“, in dem sich neugieriges Interesse und engagiertes Helfen wiederfinden können.

3 Was ist „Allgemeine Psychologie“, und was ist sie anderes als „Klinische Psychologie“?

Der Gegenstand der Allgemeinen Psychologie ist die „Uniformität des Verhaltens“ (*Amelang & Bartussek* 1981, p.46), die „Gemeinsamkeit der Menschen“ (*Herrmann* 1969, p. 51); Aussagen der Allgemeinen Psychologie haben nomothetischen Charakter, sie gelten (mit einigen Ausnahmen) für alle Personen. Ziehen wir zusätzlich die Definition aus dem „Psychologischen Wörterbuch“ von *Dorsch* (1970, p. 14) heran:

„Bezeichnung für die grundlegende Disziplin der Psychologie, deren Gegenstand das seelische Geschehen (Wahrnehmung, Gedächtnis, Denken, Fühlen, Wollen) in seiner durchschnittlichen Erscheinungsform beim normalen erwachsenen Menschen ist. Von individuellen Besonderheiten wird abgesehen; diese sind Gegenstand der differentiellen Psychologie bzw. der Persönlichkeitskunde. Weiter gehören die theoretischen Erklärungsversuche der Geschehenszusammenhänge in das Gebiet der A.Ps. In den angelsächsischen Ländern wird meist auch die Entwicklungspsychologie zur A.Ps. (general psychology) gerechnet. *Stern* stellte die A.Ps. den Sondergebieten der Ps. (wie Psychophysik, Differentielle Ps., Entwicklungsps., Charakterologie, Psychopathologie, Angewandte Ps.) gegen-

über. . . Lit.: *Boring, Fröbes, Meili-Rohracher, Pauli-Arnold, Rohracher, W. Stern, Stevens, Woodworth-Schlosberg.*“

Seltsamerweise hat keines der angeführten Werke die Bezeichnung „Allgemeine Psychologie“ im Titel: *Boring, Stevens* und *Woodworth-Schlosberg* verwenden den Begriff „experimental psychology“, ebenso wie *Fröbes* und *Meili-Rohracher* den Titel „experimentelle Psychologie“ wählen. *Pauli-Arnold* und *Rohracher* greifen gar auf den Oberbegriff „Psychologie“ zurück, lediglich das Werk von *W. Stern* hat den Titel „Allgemeine Psychologie auf personalistischer Grundlage“, dessen Formulierung zu verstehen ist aus einer Gegenüberstellung zweier theoretischer Ansätze. Das „Handbuch der Psychologie“ verwendet die Bezeichnung „Allgemeine Psychologie“ lediglich als Oberbegriff über die Kapitel „Wahrnehmung und Bewußtsein“ und „Lernen und Denken“, Abhandlungen zur „Motivation und Emotion“ gehören in diesen Bänden nicht mehr zur Allgemeinen Psychologie. Geht man die Literatur weiter durch, entdeckt man kein Standardwerk, das sich explizit der „Allgemeinen Psychologie“ verschreiben würde.

3.1 Das Kriterium des experimentellen Zugangs

Offensichtlich wird „Allgemeine Psychologie“ schon sehr früh mit „experimenteller Psychologie“ gleichgesetzt (vielleicht noch mit der Einschränkung „am Gesunden“). Der Umkehrschluß gilt freilich nicht: Experimentelle Psychologie erschöpft sich nicht an allgemeinspsychologischen Fragestellungen. Auch zur Klinischen Psychologie liegen Veröffentlichungen vor, die im Titel den Verweis auf die experimentelle Methode haben: „Experimental approaches to psychopathology“ (*Kietzman et al. 1975*), „Psychopathology: Experimental models“ (*Maser & Seligman 1977*).

Inhaltlich wird der experimentelle Ansatz im Vergleich zur dominierenden korrelativen Methode der Datengewinnung eingeführt: „Experimental methods in the laboratory are a solution to the correlation and cause dilemma. . . One popular method is comparing responses by psychiatric and ‚normal‘ groups to controlled situations. . . An alternative laboratory method, the experimental model, has been pursued by the contributors to this book. In this method, psychopathology is not merely brought into the laboratory for study; it is modeled and reproduced there. The advantage of studying a model over observing and comparing two groups is that because the disorder is produced in a lab, we can specify what causes it“ (*Abramson & Seligman 1977, p. 3*).

Forschung in der Klinischen Psychologie ist heute mehr denn je experimentell ausgerichtet. Dies vor allem, weil in den letzten Jahren die wissenschaftstheoretische Diskussion zur Beweisbarkeit des Modelldenken stark in den Vordergrund gebracht hat und damit auch dem Experiment

einen neuen, elementaren Platz in der Wissensgewinnung zugewiesen wurde. Hinzu kommt, daß mittlerweile die Notwendigkeit in der Klinischen Psychologie unbestritten ist, weg von symptomatologischen Katalogen und hin zu pathogenetischen Modellen zu kommen. Diese Schwerpunktverlagerung führt notwendigerweise zu einer verstärkten experimentellen Arbeit. Insoweit also das Attribut „experimentell“ zur Unterscheidung herangezogen wurde, ist Klinische Psychologie heute sicher nicht mehr von Allgemeiner Psychologie zu unterscheiden, sind sie substantiell gleich.

3.2 Das Kriterium des Differentiellen

Das Absehen von individuellen Besonderheiten scheint ein zweites Kriterium der „Allgemeinen Psychologie“ zu sein. Dagegen sei Klinische Psychologie per se „differentiell“ und von daher nicht „allgemein“. Anlaß dazu könnte auch die Definition der „Differentiellen Psychologie“ geben, wie sie von W. Stern (1911, p. 1, 2 und 7) eingeführt wurde.

„Fast alle Bestrebungen der wissenschaftlichen Psychologie hatten bis vor kurzem das Gemeinsame, daß sie das Problem generell faßten. Die Forschungen galten den letzten Elementen, aus denen sich alles psychische Leben aufbaut, den allgemeinen Gesetzen, nach denen sich die seelischen Vorgänge vollziehen. Man sah ab von der unendlichen Mannigfaltigkeit . . . , bezog seine Ergebnisse . . . auf *das* Seelenleben, nicht auf diese oder jene psychische Varietätenbildung. . . Man erkannte, daß die seelische Differenzierung das gleiche Anrecht auf psychologische Erforschung habe wie die allgemeingültigen Tatsachen, und so entstanden aus der Seelenforschung selbst heraus differentiell-psychologische Fragestellungen und Ergebnisse. . . Die differentielle Psychologie als angewandte Wissenschaft hat sich zwei Ziele zu setzen: Menschenkenntnis (Psychognostik) und Menschenbehandlung (Psychotechnik).“

Die Absicht Sterns ist klar: er reklamierte einen neuen Forschungsgegenstand, der sich nicht nur die Unterschiedlichkeit, sondern auch die Ähnlichkeit der Unterschiede zum Gegenstand macht. Inwieweit wird er damit allerdings einer „Allgemeinen Psychologie“ gerecht? Die Suche nach den „letzten Elementen“ blieb ergebnislos. Spätestens seit der Gestaltpsychologie war klar, daß es solche nicht geben kann. War mit ihr der Elementarismus in der Allgemeinen Psychologie (und mit Lewin dann auch in der Sozialpsychologie) überwunden, so hat die heutige „kognitive Psychologie“ den Elementarismus der behavioristischen Lernpsychologien (der sich trotz der gestalttheoretischen Ergebnisse noch entwickeln konnte) erneut als nicht gegenstandsadäquat widerlegen können. Allgemeine Psychologie ist so sicherlich keine Psychologie der „letzten Elemente“ mehr.

Wie steht es nun mit dem Argument der „seelischen Differenzierung“? Ist Allgemeine Psychologie „generelle Psychologie“? Ihr Beginn wird

traditionellerweise dem Astronomen *Bessel* zugeschrieben, der in der Sternbeobachtung zur „persönlichen Gleichung“ fand. Am Anfang stand also bezeichnenderweise die Feststellung eines Unterschieds, der systematisiert wurde. Um bei diesem Beispiel der Psychophysik zu bleiben: Mit *Weber* und *Fechner* wurden diese Unterschiedsschwellen systematisch untersucht und (zumindest von *Fechner*) in ein theoretisches Gerüst einer allgemeinen Empfindungslehre eingeordnet. Die Systematik des *Weberschen* wie des *Fechnerschen* Gesetzes (wenngleich letzteres nie endültig bewiesen wurde und schon in *Plateau* und später vor allem in *Stevens* energische Gegner fand) ist eine klassische allgemeinspsychologische Tatsache, die lediglich durch einen „freien Parameter“ differentiell wird.

3.2.1 Der „freie Parameter“

Eine logisch stringente Unterscheidung zwischen allgemein- und differentialpsychologischen Sätzen hat *Bredenkamp* (1972) aufgemacht. Für ihn ist der Satz

$$\forall(i) \{Y_i = a X_i + b\} \quad (1)$$

ein allgemeinspsychologischer Satz, da eine bestimmte Funktion $f(X_i)$ für alle Individuen gilt, wobei das Fehlen des Index bei a darauf hinweist, daß für alle Individuen der gleiche Parameter gilt. Ein solcher Satz wird auch differentialpsychologisch, wenn die Parameter selbst indiziert werden. Das kann auf zwei Arten geschehen:

$$\forall(i) \{Y_i = a_i X_i + b\} \quad (2)$$

$$\forall(i) \{Y_i = a_i X_i + b_i\} \quad (3)$$

Die Sätze unterscheiden sich in der Zahl der indizierten Parameter, über die die Art der Funktionalität bestimmt wird, wobei aber die Qualität der Funktionalität erhalten bleibt. Satz (3) ist von größerer Unbestimmtheit als Satz (2), ist sozusagen „weniger allgemein“.

Wann wird nun ein Satz „differentialpsychologisch“? Er wird es genau in dem Moment, in dem die Funktionalität der Beziehung selbst gebunden ist an die im Alloperator gebundene Variable i , die Person. Wenn die Ausprägung eines Merkmals X an einer Person i Einfluß hat auf die Art der funktionellen Verknüpfung von X und Y , kann kein „allgemeingültiger“ Satz mehr aufgestellt werden. Aus einer anderen Optik entspricht dies dem Auftreten eines Wechselwirkungsglieds. Entsprechende Beispiele sind in Moderatorvariablen zu finden (vgl. z.B. *Gebert* 1977).

Das zeigt, daß die Berücksichtigung individueller Parameter allein noch nicht berechtigt, von „differentialen“ Unterschieden zu sprechen. Es dürfte kein „allgemeinspsychologisches Gesetz“ (was immer das auch sein mag) existieren, das ohne einen freien Personparameter auskommt. Die Skalierung von physikalischen In- und Extensitäten (immer ein Parade-

beispiel für die Allgemeinpsychologie) führt grundsätzlich zwar bei verschiedenen Vpn zu vergleichbaren Funktionalitäten, wobei aber für die psychophysische Übersetzungsregel (vgl. *Heller & Krüger 1976*) stets freie Parameter (wie Steigung oder Krümmung der Funktion) offengehalten werden müssen. Allgemeinpsychologie ist von daher auch immer differentiell, da sie nur die bestimmte Ausprägung an einer Vp, nicht das „reine“ Gesetz formulieren kann.

Selbstverständlich ist es möglich, experimentelle Anordnungen zu konstruieren, in denen keine freien Parameter vonnöten sind. Werden ein 1 cm großer und ein 10 cm großer Kubus Vpn vorgelegt mit der Frage, den größeren der beiden zu erkennen, wird man mit hoher Sicherheit ein Ergebnis ohne Streuung erhalten, mithin rein „allgemeinpsychologisch“ sein. Daß eine Veränderung dieser Anordnung auf 1 cm und 1,1 cm Kantenlänge dann Streuung erbringt, kann wohl nicht den Übergang von der Allgemeinen zur Differentiellen Psychologie bedeuten.

Weder „gemeinsame Funktionalität“ noch „individuelle Ausprägung“ sind somit geeignet, die Allgemeinpsychologie einzugrenzen. Das gilt auch umgekehrt: Die „Klinische Psychologie“ ist zwar eine „Psychologie des Individuums“, sucht aber Ansätze, die genau der Formulierung *Bredenkamps* in Formel (3) entsprechen. *Abramson & Seligman (1977)* stellen in der bereits oben erwähnten Arbeit folgende vier Kriterien für experimentelle Modelle in der Psychopathologie auf:

- (1) genaue experimentelle Analyse des Laborphänomens hinsichtlich Auslösebedingungen und Beeinflußbarkeit;
- (2) empirische Bestimmung der Ähnlichkeit zwischen Auswirkungen des Modells und natürlich auftretenden Symptomen;
- (3) eine im Experiment kontrollierte Ähnlichkeit in physiologischen Prozessen, Ursachen, Behandlung und Vorbeugung zwischen Labormodell und natürlicher Krankheit;
- (4) Vergleich des Labormodells mit allen beobachtbaren Formen eines Krankheitsbildes hinsichtlich der Frage nach Repräsentativität bzw. Subgruppenspezifität des untersuchten Phänomens.

Aus diesen Kriterien geht nicht hervor, wo der beschriebene Zugriff anders ist als der der Allgemeinpsychologie. Gerade die Klinische Psychologie kann nicht daran interessiert sein, Modelle zu formulieren, in denen nur Gesetzmäßigkeiten auftauchen, die für jedes Individuum unterschiedlich sind. Ein entsprechendes Interventionshandeln wäre damit unmöglich. Daß Behandlungsstrategien aus (lern- oder kognitionspsychologischen) Modellen abgeleitet werden konnten, die gesetzmäßig das Einsetzen oder Fortbestehen klinischer Phänomene wie Phobien oder Depressionen beschreiben können, darf als ein Meilenstein in der Anerkennung Klinischer Psychologie als wissenschaftlicher Disziplin betrachtet werden. Allerdings ist die Struktur der Psychopathologiemodelle gleich gebildet wie die der Lern- und Kognitionsmodelle innerhalb der Allgemeinen Psychologie.

3.2.2 Die Untersuchung der Gesamtpopulation versus die Untersuchung von Teilpopulationen

Wenn schon das Kriterium des Differentiellen nicht zur Abgrenzung ausreicht, könnte weitergehend die untersuchte Population als Unterscheidungskriterium herangezogen werden. Allgemeinpsychologie wäre dann eine Psychologie, die jede Vp „unbesehen“ in das Labor läßt, während Klinische Psychologie bestimmte Selektionskriterien anwendet.

Diese Argumentationsform ist gleich aus mehreren Gründen falsch. Man kann keine Allgemeinpsychologie treiben ohne Berücksichtigung des „Vpn-Guts“. Eine Untersuchung zur Skalierung von Tonhöhen ist notwendigerweise darauf angewiesen, vorher die „Normalhörigkeit“ der Vpn nachzuweisen, ebenso wie bei der Untersuchung von Farben die Farbsichtigkeit geprüft werden muß. Bei Leistungsuntersuchungen ist sehr viel Sorgfalt darauf zu verwenden, den Einfluß von Vorerfahrung und Intelligenz zu kontrollieren. Das „Vpn-Gut“ der Allgemeinpsychologie ist damit bereits ein hoch selektiertes (vgl. auch die z.B. bei *Bungard* (1980) berichteten Befunde der Artefaktforschung).

Damit entfällt ebenso das häufig gehörte Argument, daß Allgemeine und Differentielle Psychologie (die hier als „Vorform“ der Klinischen Psychologie verstanden wird) sich dadurch unterscheiden, daß in der Differentiellen Psychologie Personvariablen explizit in die Untersuchungen eingebracht werden, während Allgemeinpsychologie dies nur implizit tut. Der Unterschied zwischen beiden „Psychologien“ wird damit reduziert auf „organismische Variablen“ (*Edwards* 1971, p. 9) als faktorielle Variablen. Das erscheint zu dünn, um eine Unterscheidung zu rechtfertigen, wenn man gleichzeitig bedenkt, daß das allgemeinpsychologische Experiment von der Selektion der Vpn lebt, dies allerdings nicht „differentielle Psychologie“, sondern „Versuchskontrolle“ nennt.

In methodisch stringenter Weise hat *Sixtl* (1981) aufgezeigt, daß die angeblichen Unterschiede zwischen „allgemeinem“ und „differentiellem“ Zugang tatsächlich überhaupt nicht existieren. Seine Argumentation soll hier etwas ausführlicher dargestellt werden:

„Was wir jedoch nicht herbeischaffen können, das ist die standardisierte Versuchsperson. Wir betrachten meistens Reaktionen von Versuchspersonen (Vpn), die wir zufällig ausgewählt haben. Zufällig ausgewählt bedeutet, daß die Organismusvariable, von der die Reaktion abhängt, nicht unter Kontrolle ist. Von kontrollierten Versuchsbedingungen kann daher nicht die Rede sein. Die Reaktionen verschiedener Versuchspersonen sind auch nicht ‚Realisierungen ein und derselben Zufallsvariablen‘, wie im statistischen Modellexperiment vorgesehen. Jede einzelne Reaktion entstammt vielmehr einer eigenen, von den anderen im allgemeinen verschiedenen Reaktionsverteilung, deren *Überlagerung* das ergibt, was als Reaktionsverteilung verschiedener Vpn das Ausgangsmaterial unserer Auswertungen bildet. – Es wird zu zeigen sein, daß solche durch Über-

lagern entstehenden Verteilungen auch nicht annähernd den Verteilungen gleichen, die wir durch Wiederholen eines Experiments unter identischen Bedingungen erhalten. . . Mittelwert und Varianz der überlagerten Reaktionshäufigkeiten hängen, wie man leicht erkennt, nicht von der Organismusvariablen p ab, sondern von Mittelwert und Varianz der Verteilung der Organismusvariablen, sind also durch die Beschaffenheit der Population von V_{pn} bestimmt. Man überzeugt sich unschwer, daß die Anzahl n der Versuchswiederholungen unter diesen Umständen nicht dieselbe Wirkung hat, die wir bei Wiederholungen unter identischen Bedingungen kennen: die Varianz der relativen Häufigkeiten strebt mit wachsender Anzahl der Wiederholungen nicht gegen null. Bei zufällig variierender Organismusbedingung geht sie gegen die Varianz von p , die voraussetzungsgemäß größer null ist“ (Sixtl 1981, p. 58 ff.).

Wenn dies gilt, ist es überhaupt nicht möglich, einen allgemeinspsychologischen Satz zu formulieren. Jedes Ergebnis ist „bezugsgruppenabhängig“ – eine Tatsache, auf die innerhalb der Testtheorie von seiten der *Rasch*-Metriker immer hingewiesen wurde. Diese Bezugsgruppenabhängigkeit ist psychologischen Ergebnissen immanent, einerlei, ob sie sich als „allgemeinspsychologische“, „differentielle“ oder „klinische“ gerieren. Oder anders formuliert: Die gerade in der Klinischen Psychologie so häufig geführte Diskussion um die Berechtigung des Transfers von Ergebnissen an Gesunden auf den Kranken ist nicht genuin ein klinisches Problem, sondern kann und muß mit gleicher Berechtigung im Bereich der Allgemeinen Psychologie geführt werden. Es werden grundsätzlich Subpopulationen untersucht. Das Problem des Generellen rekurriert damit zu einer Frage der Größe der Varianz der Organismusvariablen p . Ist diese klein, liegt eher eine allgemeinspsychologische Fragestellung vor, ist sie groß, eher eine differentialpsychologische. In *Allports* Worten: „Die Differentielle Psychologie beschäftigt sich durchaus nicht mit dem Besonderen, sondern mehr mit Variationen des Allgemeinen“ (Allport 1949, p. 10).

Wiederum erscheint es unbefriedigend, den Unterschied an der Größe einer Quantität festzumachen. Die Möglichkeit der Erkenntnisgewinnung und die Aussagefähigkeit der Ergebnisse ist in keinem Teilbereich der Psychologie substantiell anders. Von daher sind denn auch keine Unterschiede sinnvoll zu machen.

3.3 Die Unterscheidung „Theorie“ versus „Praxis“

Die eingangs unter dem Gesichtspunkt einer Beschreibung der Psychologielandschaft eingeführte Dichotomie Theorie/Praxis ist neu aufzugreifen. Anlaß bieten Definitionen der Klinischen Psychologie, die den Praxisaspekt – ähnlich wie Definitionen der Allgemeinen Psychologie den Aspekt des Experimentellen – explizit aufgreifen.

„Klinische Psychologie ist jener Zweig der Psychologie, der die Diagnostik, Modifikation und Prävention von sozialbedingten und sozialrelevanten Störungen des Erlebens und Verhaltens in Forschung, Lehre und Praxis zum Gegenstand hat“ (Pongratz 1977, p. 44).

„Wir glauben aber, daß die Klinische Psychologie als praktische und theoretische Wissenschaft Diagnostik, Therapie, Sozialtherapie, empirische Forschung und kritische Gesellschaftstheorie umfassen sollte. . . Forschung ist damit nicht nur Suche nach Erkenntnissen, sondern letztlich Hilfe am Menschen“ (Schraml & Baumann 1974, p. 22).

„Klinische Psychologie ist die eigenständige Anwendung und Entwicklung von Theorien, Methoden und Techniken der Psychologie und ihrer Nachbardisziplinen. . . Dabei werden in der Praxis psychologische Methoden der Prävention, Diagnostik, Beratung, Rehabilitation und Therapie eingesetzt. . . Neben den Praxisbezügen seien Forschung und Lehre ausdrücklich als wesentliche Bestandteile der Klinischen Psychologie angeführt“ (Schmidt 1978, p. 4 f.).

„Praxis“ und „Hilfe am Menschen“ werden somit in die Definition der Wissenschaft aufgenommen. Das erscheint plausibel, ist aber nicht zwingend notwendig, womöglich auch nur als eine Festschreibung eines historischen und/oder gegenwärtigen Zustandes zu sehen. Positives Verständnis des Praxisbezugs könnte bedeuten: Anforderungen und Probleme der Praxis sowie Bewährung und Mißlingen psychologischen Handelns dort lassen das entstehen, was Klinische Psychologie heißt. So wäre etwa die Entwicklung der Klinischen Psychologie von einer „Psychologie am Krankenbett“ sensu Hellpach (1949) hin zu einer „Psychologie des Kranken“ im Sinne moderner Klinischer Psychologie zu deuten. Demgegenüber geht Allgemeine Psychologie so vor, daß sie aufgrund theoretischer Annahmen oder schlicht in Weiterentwicklung von experimentellen Versuchsanordnungen zu neuen Fragen und Lösungen kommt.

Wiederum ist auf die Forschungspraxis zurückzugreifen. Die Untersuchung allgemeinspsychologischer Phänomene geht in der Regel von der Beobachtung dieser Phänomene im natürlichen Umfeld (der „Praxis“) aus; Witte (1970) bezeichnet dies als Phänomenanalyse (vgl. auch die oben angesprochenen, von Abramson & Seligman (1977) aufgestellten Kriterien). Beispielhaft für dieses Vorgehen scheint das DFG-Forschungsprojekt über die „Wirkungen des Lärms“ zu sein. Sicherlich liegt hier eine allgemeinspsychologische Fragestellung vor; doch die Untersuchung begann in der Praxis und wurde ununterbrochen in Betrachtung der Praxis fortgeführt: Wie wirkt Lärm am Arbeitsplatz, was sind die Klagen der Betroffenen, welche Krankheiten treten unter Lärm auf, wie wird in der Praxis gegen Lärm vorgegangen usw.? Die Nachbildung natürlicher Situationen im Labor ist eine der Hauptaufgaben der Allgemeinen Psychologie. Wie anders geht die Klinische Psychologie vor?

Es kommt noch ein Zweites hinzu. Mit wohl kaum einem Wort wurde, in den letzten Jahren soviel Politik gemacht wie mit dem Wort Praxis.

Um in unserem obigen Beispiel zu bleiben: die Theorie/Praxis-Diskussion vertiefte die Gräben, die seit *Kraepelin/Witmer* angelegt waren. Problematisch ist, daß der Praxisbezug dazu herangezogen wird, eine bestimmte Methodik (die der empirischen Wissenschaften) zu disqualifizieren. Psychologie kann sich aber nicht mit „unmethodischer Praxisbetrachtung“ zufrieden geben (ebensowenig wie es eine „praxislose Methodenanwendung“ geben kann). Das Bekenntnis zu einer Wissenschaft ist das Bekenntnis zu einem gemeinsamen Handeln, nicht das Bekenntnis zu einem Handlungsort.

Es spricht vieles dafür, die Dichotomie Theorie/Praxis einfach zu begreifen als Ausfluß zweier ganz verschiedener Persönlichkeitsotypen, die Psychologie betreiben („*Kraepelin* war ein wissenschaftlicher Kopf . . . *Witmer* hingegen war vor allem ein Praktiker“; *Pongratz* 1977, p. 23). Der Fehler der Wissenschaft Psychologie besteht darin, die Unterschiede in ihren Adepten zu ihrem eigenen Problem zu machen. Dieselben Unterscheidungen mit denselben sozialpsychologischen und fachpolitischen Problemen finden sich in anderen Wissenschaften auch: man denke an den Ton, in dem „reine Mathematiker“ über „angewandte Mathematiker“ bzw. „Statistiker“ oder aber wie Physiker über Ingenieure reden. Was aber haben verschiedene Intelligenztypen (man denke an das *Amthauersche* „W“ gegenüber dem „M“) in der Definition einer Wissenschaft zu suchen? Ebenso: Wieso darf ein bestimmtes Persönlichkeitsprofil sich in einer Definition der Psychologie verewigen? Abgesehen davon, daß Psychologie meist das ist, was man selber macht, bleibt von der Unterscheidung „Praxis“ — „Theorie“ nicht sehr viel übrig, wenn man betrachtet, unter welchen Gesichtspunkten im allgemeinspsychologischen Labor geforscht wird und wie „theoretisch“ eine ernstzunehmende Klinische Psychologie arbeitet.

3.4 „Normales“ versus „gestörtes“ Verhalten

Formal betrachtet, liegt in diesem Gegensatzpaar der deutlichste Unterschied vor: die durchschnittliche Ausprägung am „normalen“ Menschen bzw. die besondere Ausprägung am „kranken“ Menschen zu erfassen, sind die erklärten Ziele Allgemeiner bzw. Klinischer Psychologie.

Historisch interessant ist, daß die Ausweitung des Gegenstandsbereichs der Klinischen Psychologie auf psychische und psychosomatische Störungen, auf den „psychisch Kranken“ also, sich erst in der zweiten Hälfte des Jahrhunderts durchsetzte (in *Pongratz*' Definition sind psychosomatische Störungen immer noch ausgeklammert). Vorher war Klinische Psychologie auf den „Normalen im Krankenstand“ bzw. Probleme der Klinik begrenzt. So findet sich im ersten Lehrbuch der Klinischen Psychologie folgende Definition: „Gegenstand der Klinischen Psychologie sind alle Arten seelischen Verhaltens bei körperlichen Erkrankungen“

(Hellpach 1949, p. 1); wenig später wird Klinische Psychologie definiert als „Anwendung der Psychologie auf klinische Probleme“ (E.Stern 1954, p. 14), womit Stern ausdrücklich Probleme der Klinik (= Krankenhaus) meint. Modifiziert bleibt diese Gegenstandsbestimmung auch in neueren Vorschlägen erhalten, so z.B. bei Eysenck (1972, p. 587): Klinische Psychologie heißt „Anwendung psychologischer Prinzipien und Methoden auf Probleme der Psychiatrie.“

Klinische Psychologie ist in diesen Definitionen nichts anderes als die Psychologie insgesamt, die Wissenschaft vom „normalen“ Menschen. Wissenschaft vom „normalen“ Menschen bleibt sie aber auch dann, wenn, wie in neueren Definitionen geschehen, „sozialbedingte und sozialrelevante Störungen“ (Pongratz 1977, p. 44) oder „Störungen oder Krankheiten . . . , die sich im psychischen (Verhalten und Erleben) und/oder somatischen Bereich manifestieren“ (Schmidt 1978, p. 4), zum Gegenstand gemacht werden. Ins Haus geholt hat sich die Klinische Psychologie mit solchen Ortsbestimmungen lediglich schwierige Probleme mit geeigneten Störungs- und Krankheitsmodellen, in denen der Übergang von „normal“ nach „gestört“ thematisch ist, ob dieser nun qualitativ oder auch quantitativ zu sehen sei (vgl. z.B. Szasz 1961; Keupp 1972).

In zahlreichen neueren Arbeiten, insbesondere der (kognitiv angereicherten) Verhaltenstherapie, sind Belege dafür zu finden, daß auch das gestörte Verhalten mit allgemeinspsychologischen Prinzipien und Methoden erschöpfend untersucht werden kann. Ein Beispiel: Bekanntlich betrachten Lewinsohn und Mitarbeiter (Lewinsohn et al. 1982) Depression als Konsequenz einer niedrigen Rate response-kontingenter positiver Verstärkungen. Zurückgegriffen wird dabei auf ein allgemeinspsychologisch bestens abgesichertes Verhaltensmodell, das gestörtes Verhalten als quantitativ unterschiedlich zu normalem Verhalten versteht. Die Aporien des Modells sind bekannt: angenehme Tätigkeiten (als wirksame positive Verstärker) verändern depressive Verstimmungen nicht prinzipiell.

In einer Würdigung des Modells schreibt McLean (1982, p. 27 f.): „Were these ‘pleasant activities’ sufficiently valued to be reinforcing in the first place? Presumably, what is reinforcing to individuals when they are not depressed may be perceived as unreinforcing when they are depressed. The notion of variable appeal (reinforcement) as applied to the same activity at different times does support the view that the reinforcing value of events is determined, at least in part, by mood. But this does not detract in theory from the viability of Lewinsohn’s position. It suggests simply that mood, reinforcement value, and rate of engagement in ‘pleasant’ activities are interactive, and that in practice a therapist may have to look harder to find events that are still reinforcing, despite the client’s veil of negative perception.“

Die Hinwendung zum „gestörten“ Verhalten bedeutet nicht einen Bruch zwischen Allgemeiner und Klinischer Psychologie, sondern allenfalls eine Erweiterung der Streuung, die für das allgemeinspsychologische

Modell in Rechnung zu stellen ist. Damit ist einem interaktiven Zusammenwirken von Allgemeiner und Klinischer Psychologie das Wort geredet: der Wissens- und Erfahrungstransport ist wechselseitig, nicht länger einseitig; die Bewährung und gegebenenfalls die Erweiterung des Modells im klinischen Feld stützt das Modell selbst.

Von einigen Autoren wurde der Wert dieser sogenannten Kontinuitätsannahme bezweifelt (z.B. *Westmeyer* 1978), weil sich die idealen Anwendungsbedingungen grundwissenschaftlicher Theorien in der klinischen Praxis nicht verwirklichen lassen. Markantes Gegenbeispiel zu den oben angegebenen Beispielen ist die Schizophrenieforschung. *Cohen & Plaum* (1981) stellen in einer Zusammenfassung bisheriger Forschungsarbeiten, die ausdrücklich allgemeinspsychologische Modelle einbeziehen, die vielfältigen Unterschiede im Verhalten Schizophrener und Gesunder heraus, die schlicht als qualitativ zu betrachten sind (z.B. für den Zusammenhang zwischen Kennwerten autonomer Aktivierung und Leistung). Der Schluß vom Gesunden auf den Kranken wird in einigen Untersuchungsfeldern unhaltbar. Dennoch stellen diese Befunde die – allgemeinspsychologisch fundierte, auf dem Experiment beruhende – Forschungsperspektive nicht in Frage: „Eine wissenschaftlich vertretbare Alternative ist nicht erkennbar. Gleichermäßen orientiert an dem breiten, phänomenologisch fundierten Erfahrungsschatz der Kliniker, wie den Spezifizierungen allgemeiner Problemstellungen und intraindividuelle Forschungsstrategien müßten sich durch die experimentelle Forschung in der Klinischen Psychologie Verbesserungen im Verständnis psychischer Störungen erreichen (lassen), die unerläßliche Voraussetzung für die Erfassung spezifischer ätiologischer Gegebenheiten sowie prophylaktischer und therapeutischer Maßnahmen sind“ (*Cohen & Plaum* 1981, p. 279 f.).

Ob sich also allgemeinspsychologische Modelle auf das gestörte Verhalten übertragen lassen oder eigene klinische Modelle, die ihrerseits möglicherweise die allgemeinspsychologische Modellbildung beeinflussen, zu entwickeln sind, kann derzeit nicht definitiv begründet werden. Weitgehend ungenutzt für die Psychologie sind beispielsweise Beobachtungen, die die Überlegenheit von Kranken gegenüber Gesunden in verschiedenen Merkmalen belegen (vgl. *Kietzman & Sutton* 1977; *Spring & Zubin* 1978).

Unbestritten scheint aber, daß in beiden Feldern die gleiche Methodik zugrunde liegt. Deutlich wird dies nicht nur an Studien, die ihren Ausgangspunkt am Kranken nehmen, sondern auch in Untersuchungen am Gesunden. Zu denken ist – neben den Analogstudien – an eine klassische Vorgehensweise der Allgemeinen Psychologie: das Verständnis eines Prozesses bei Gesunden ist häufig nur dadurch zu erhalten, daß man den normalen Prozeß stört. Man denke etwa an die Untersuchung der *Eysenck*-schen Postulate zur Extraversion: der Abspeichervorgang bei verschiedenen Persönlichkeitstypen wird dadurch transparent, daß eine Störung des normalen Einprägungsvorgangs erfolgt, indem eine andere Tätigkeit interpoliert wird.

3.5 „Ganzer Mensch“ versus Teilfunktionen

Diese Antinomie ist in etwa so zu fassen: Die Klinische Psychologie ist als praxisorientierte Wissenschaft in der Regel mit dem ganzen Menschen konfrontiert, dessen Entwicklungsgeschichte, aktuelle Situation und prospektive Weiterentwicklung in eine adäquate Behandlung einbezogen werden muß. Mehr noch: Der zu Behandelnde ist innerhalb einer jeweils spezifischen Umgebung zu betrachten, die auf sein Verhalten einwirkt. Die Allgemeine Psychologie kann sich isolierte Funktionen (etwa den Wahrnehmungsraum unter bestimmten Umgebungsbedingungen) herauslösen und diese an völlig heterogenen Personen untersuchen.

Wer je Wahrnehmungspsychologie betrieben hat, weiß, daß so bestimmt keine validen Ergebnisse zu erhalten sind. Vor allem ist die Motivation der Versuchsperson zum Versuch und im Versuch maßgebend, die Vorfahrung muß häufig als expliziter Faktor in die Betrachtungen miteinbezogen werden. Es war lange Zeit ein Argument gegen die Allgemeine Psychologie, daß sie den Lernaspekt zu wenig eingebracht habe, sei es das kurzfristige Lernen im Versuch wie die Übung der Versuchsaufgabe durch die Versuchsperson vor dem Versuch. Im Zuge dieser Diskussion hat sich mehr und mehr die Forderung nach der „geübten Versuchsperson“ durchgesetzt; der Selbstversuch steht, man kann es, ohne Prophet zu sein, voraussagen, bald wieder vor einer neuen Blüte. Methodisch kommt das einer Einschränkung der Personvarianz gleich, die gegenüber dem experimentellen Effekt verringert werden muß.

Was unterscheidet nun dieses Vorgehen von dem des Klinischen Psychologen, der durch Heranziehen aller ihm zugänglichen Daten versucht, die an der aktuellen Person vorliegenden Schwierigkeiten einzugrenzen und sie zum „personalen Haupteffekt“ zu machen? Sein ganzes Tun ist darauf ausgerichtet, die Personvarianz der klinischen Störungsmodelle zu verringern und zur individuellen Situation vorzudringen. Die psychologische Aufgabe, die „gleiche Situation für alle“ zu schaffen, wie sie die Allgemeine Psychologie hat, ist identisch mit der Aufgabe, die „gleiche Situation für den Einzelnen“ herzustellen, die ihn erst einordenbar macht in das Gebäude der klinischen Theorien und damit zum Beispiel Hinweise für seine Behandlung gibt. Es mag sein, daß die Konzentrierung auf viele verschiedene Bereiche der Persönlichkeit in der Klinischen Psychologie ausgeprägter ist als in der Allgemeinen Psychologie, doch kann die Quantität hier wohl kaum eine andere Qualität schaffen: substantiell ist das Vorgehen beider Disziplinen nicht unterschieden.

Ein weiteres Argument gegen den Unterschied Teil versus Ganzes: es ist in der Klinischen Psychologie noch lange nicht ausgemacht, inwieweit es sinnvoll ist, bei jeder Therapie die Gesamtperson einzubeziehen. Viel ist darüber geredet worden, ob vor allem in Kurztherapien nicht nur einzelne Störungen isoliert behandelt werden sollen. Man denke etwa an die Überlegungen zum Training von „social skills“, die explizit den Bezug zur

Gesamtpersönlichkeit nicht verlangen. Ein ganzer Bereich der Klinischen Psychologie hat sich sogar diese Begrenzung zum Thema gemacht: die Behandlung von Teilleistungsstörungen, die nicht grundsätzlich zu einer Behandlung der Gesamtperson führen müssen.

4 Einige Zukunftsperspektiven

Verschiedene Gesichter: Allgemeines und Klinisches, aber eine Wissenschaft; Psychologie, geeint in einer gemeinsamen Methodik. Die Ausgangsfrage, ob denn Klinische Psychologie sich von der Allgemeinen Psychologie unterscheide, hat sich als Scheinfrage erwiesen: Klinische und Allgemeine Psychologen leben in der gleichen Wissenschaft, haben die gleichen Ziele und die gleichen Mittel, diese Ziele zu erreichen. Es gibt nur *eine* Psychologie. Diese wird hier nicht nur verstanden als das, was an den Universitäten gedacht (geforscht und gelehrt) wird, sondern sie umfaßt eben auch alle Handlungen, die in ihrem Namen ausgeführt werden (diagnostizieren, beraten, behandeln usw.).

4.1 Das „Psychologische“ am Tun der Psychologen

Was macht einen Psychologen aus? Es ist oft und viel darüber geschrieben worden, daß Psychologie sein die Basis sei, von der aus nach draußen gegangen werden könnte, in die wissenschaftliche Arbeit ebenso wie in praktische. In der Regel sind diese Besinnungen warnend gemeint, sich nicht an andere Disziplinen auszuliefern und damit sein Spezifikum – das des Psychologen – zu verlieren. Zur Wahrung der Identität als Psychologe wird empfohlen, sich an spezifischen Methoden und an spezifischen Kenntnissen, eben denen der Psychologie, zu orientieren.

Implizit wird häufig Psychologie mit psychologischer Forschung, ihren Methoden und ihren Ergebnissen gleichgesetzt. So sieht etwa *Garfield* (1966) die Abgrenzung von Psychologen gegenüber anderen therapeutisch arbeitenden Berufsständen in wissenschaftlicher Grundhaltung und Forschungsarbeiten gewährleistet. Die Verpflichtung auf Wissenschaft und Forschung ist aber nur eine notwendige, nicht aber hinreichende Bedingung für Psychologie. Ein Beispiel: Die physiologische Psychologie ist konfrontiert mit den Problemen, aber auch der Faszination einer aufwendigen Technik und nicht minder aufwendigen Datensätzen. Die Lösung dieser Probleme, die Bewältigung der Faszination können als die eigentlichen Aufgaben gesehen werden; mit Psychologie haben sie allerdings noch gar nichts zu tun. Das technische „handling“ eines Parameters ist ein Problem, dessen Implikationen für die Psychologie erst die eigentliche psychologische Frage. Erinnerung sei etwa an die lange geführte und noch nicht beendete Diskussion um die psychologische Bedeutung der

Herzfrequenz, deren Messung und EDV-mäßige Verarbeitung kaum noch Probleme macht: Liegt damit ein psychophysiologischer Indikator der Aktivierung vor, ist er spezifisch oder generell zu interpretieren, welche anderen psychologischen Zustände bildet er ab (vgl. *Bartenwerfer* 1963; *Janke* 1969; *Legewie* 1969)? Gewonnen ist auch nach mehr als 20 Jahren Forschungsarbeit freilich erst eine (recht inkonsistente) korrelative Beziehung zwischen Merkmalen der Psyche und des Soma. Inwieweit diese Beziehung (kausal) erklärbar wird, welche Modelle hier hinreichend Erklärungswert haben, ist noch nicht entschieden (*Kohnen* 1980). Allerdings, und wir nehmen hier unsere eigene Forschungsarbeit nicht aus: einen Effekt in der Pulsfrequenz (und das heißt ja auf einem „objektiven“ Meßinstrument) nachweisen zu können, gibt das befriedigende Gefühl, ein wichtiges Ergebnis gefunden zu haben.

Die Diskussion dieses Einwands, Psychologie nicht generell mit psychologischer Forschung gleichzusetzen, wurde mit Bedacht in einem eher allgemeinspsychologischen Bereich geführt, um zu verdeutlichen, daß es sich hier um ein grundlegendes Problem der Psychologie handelt. Selbstverständlich wird dieses Problem auch im Bereich der Klinischen Psychologie durchdacht. Angewandt auf die sogenannte Psychotherapieschwemme (vgl. z.B. *Heinerth* 1981; *Michaelis* 1981) wäre beispielsweise zu fordern, daß nach der Aneignung der „Technologie“ durch den Therapeuten und vor ihrer Anwendung an Patienten die „Psychologie“ der therapeutischen Handlung kritisch betrachtet wird, etwa: Welche psychischen Prozesse evozieren bestimmte Maßnahmen? Wie kann eine Veränderung innerhalb psychologischer Theorien gedeutet werden? Beispielhaft ist dieses Vorgehen für verschiedene etablierte Kurztherapieverfahren in dem Werk von *Rush* (1982) vorgeführt. Leider stehen aber auch im klinischen Feld vieles und viele der Beantwortung dieser Fragen der Psychologie im Wege: Wenn z.B. in einem Handbuch der Klinischen Psychologie, das neuere Psychotherapieformen vorstellt, nur empirisch untersuchte Therapieverfahren besprochen werden (vgl. *Wittling* 1980a), wird dies in einem Distributionsorgan von Psychologie in die Praxis als „einseitige“ Auswahl (*Wenninger* 1982, p. 83) disqualifiziert. Psychologie scheint zu sein, was dem Psychologen (dem „Therapeuten“) frommt.

Einen Psychologen macht also aus, daß er psychologische Fragen stellt und darauf psychologische Antworten sucht. Verhalten und Erleben von Organismen sind zu hinterfragen, zu beschreiben und einer Erklärung im Sinne auslösender und steuernder Bedingungen zuzuführen. Nur in diesem Sinne wäre eine Gleichsetzung von Psychologie und Forschung erlaubt. In diesem Sinne ist freilich auch der Praktiker, der an seinem Patienten diese Fragen diskutiert, ein Forscher und Psychologe. Die Meßqualität und -dignität eines Parameters (dazu gehören auch psychometrische Verfahren) nachzuweisen, Möglichkeiten seiner EDV-mäßigen und statistischen Verarbeitung anzugeben, ist dagegen noch keine genuin psychologische Arbeit.

4.2 Das „Methodische“ am Tun des Psychologen

Die „methodische Klammer“, die alle Psychologen zusammenhalten soll, wurde beschrieben im Sinne *Wittes* (1970) als Adäquanz von psychologischer Frage (dem Phänomen) und einem geeigneten und jedermann erläuterbaren empirischen Zugang zu ihr (der Methode). Der Fremdbestimmung klinischer Arbeit durch eine Absolutsetzung der Methodik ist gewehrt. Es geht nicht darum, Versuchspläne und Meßmethoden aus Methodiklehrbüchern herauszusuchen oder sie aus der Allgemein- und Sozialpsychologie zu übernehmen. Solches Vorgehen muß Kritik in Kauf nehmen wie die von *Petermann* (1980, p. 287): „Laborexperimente, nichtinterpretierbare Vorher-Nachher-Designs ohne Kontrollgruppen, engherzige Variablenauswahl, globale Persönlichkeitstests, unspezifische Korrelationsstudien usw. sprechen gegen das Vorliegen von ausgearbeiteten klinischen Forschungsstrategien.“

Die ganz auf Psychologie ausgerichtete Zielorientierung ist mit dem kritischen Einwand konfrontiert, „ob die wissenschaftlichen Spielregeln für irgendeine Sparte der angewandten Psychologie bislang überhaupt (angemessen) formuliert“ (*Petermann* 1980, p. 287) seien und daß klinisch-psychologische Forschung „die Spezifik, die eine angewandte Wissenschaft besitzt, zu berücksichtigen“ (*Juhl & Kruse* 1980, p. 303) habe. Die Einwände leben davon, den „garstigen Graben“ (*Kierkegaard*) zwischen Grundlagen- und angewandter Wissenschaft als Trennlinie zweier psychologischer Welten zu sehen.

Einer Aufteilung der Psychologie in Grundlagen und Anwendung wurde oben kritisch begegnet. Zu ergänzen bleibt, daß Forschung nicht ausschließlich experimentelle Forschung ist. Wenn es für Fragestellungen der Klinischen Psychologie zutreffen sollte, daß sie (zunächst nur) auf relativ globaler Ebene zu untersuchen sind, so spricht nichts gegen einen Einstieg in die Problematik über Feldexperimente oder Korrelationsstudien. Es konnte z.B. bei depressiven Personen und Patienten ein Zusammenhang zwischen Depressionswert und Sozialstruktur vermutet und gesichert werden (*Blöschl* 1976; *Blöschl & Rossmann* 1982). Für den Praktiker scheint viel gewonnen, kann er doch für die Validierung seiner Diagnose „Depression“ die Sozialstruktur eines als depressiv eingeschätzten Patienten heranziehen. Ist tatsächlich viel gewonnen? Kann er darauf verzichten, nach der Psychologie dieser Korrelation zu fragen und damit etwas von Depression zu verstehen? In weiteren Korrelations- und Feldstudien wurde die Struktur dieser Beziehung gedeutet als eine merkmals-typische Ausgestaltung der psychologischen Dimension „soziale Nähe bzw. Distanz“ (z.B. *Krüger* 1979). Depression scheint also etwas zu tun zu haben mit der Art und Weise, wieviel Personen, welche Personen ich wie nahe an mich herankommen lasse bzw. auf wieviele und welche ich wie nahe hingehe. Nähe und Distanz als psychologische Dimensionen sind aber zu variieren und auf variierende Auswirkungen zu untersuchen.

Der methodische Zugang ist das (traditionell jetzt sozialpsychologisch genannte) Experiment. Auf der Folie so erhaltener Ergebnisse ist dann die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Depression und Nähe/Distanz neu zu diskutieren und gegebenenfalls – z.B. mittels Einzelfalexperimenten (vgl. *Huber* 1973, 1978) – an Merkmalsträgern empirisch zu untersuchen.

Das Beispiel verdeutlicht die Einheit von differentiellem, sozial- und klinisch-psychologischem Zugang zu einer ursprünglich klinischen Frage. Von Medizinern wird längst als unverzichtbar angesehen die Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen wie eben der Psychologie. Solche Ansätze zur Kooperation liegen gerade in der Psychologie noch in ihren Anfängen, auch im Hinblick auf die Zusammenarbeit der Psychologen untereinander. In einigen Bereichen wie z.B. der Depressions- und der Schizophrenieforschung wird diese Zusammenarbeit gesucht (vgl. z.B. *Cohen & Plaum* 1981), in anderen wie z.B. der Psychotherapieforschung stehen ihr gerade methodische Vorurteile (s.o.) im Wege.

Der weitere Einwand, klinische Probleme wären so differenziert, daß methodische Zugänge entweder scheitern oder nur reduzierte Phänomene erfassen könnten, bedarf der geringsten Diskussion. An einem Beispiel verdeutlicht: Für *Auckenthaler* (1980, p. 317) ist eine Therapiekontrolle (z.B. durch den Klienten) nicht mit dem Persönlichkeitsmodell der Gesprächspsychotherapie (*Rogers* 1951) zu vereinen. „Statt dessen bietet sich für die GT eine Möglichkeit der ‚Daten‘ kontrolle durch die Kongruenz des Therapeuten an. Kongruenz des Therapeuten bedeutet, daß der Therapeut sich seiner selbst bewußt ist und daß ihm seine Gefühle und Erfahrungen zugänglich sind. Garantie dafür . . . ist durch eine regelmäßige Supervision gegeben.“ Einmal abgesehen davon, daß man ein erfolgreicher Therapeut sehr leicht dadurch werden kann, daß man seine Supervisionsgruppe richtig wählt, wird ja in der Abhängigkeit des Ausmaßes an erlebter Kongruenz vom „Rating“ der Supervisionsteilnehmer prinzipiell ein methodischer Zugang der Therapiekontrolle eröffnet. Was spricht dagegen, erlebte Selbstkongruenz, statt sie als individuell erlebbaren Tatbestand zu postulieren, zu einer eigenen empirischen Forschungsvariablen zu erheben und ihre Bedingungsvariation zu prüfen?

Die Klinische Psychologie hat über einen langen Zeitraum und in weiten Teilen offensichtlich

- (1) selten einen expliziten methodischen Anspruch erhoben,
- (2) die empirische Sicherung eines Modells und seiner Konsequenzen (z.B. einer Therapiekonzeption) immer der inhaltlichen Idee nach- oder sogar untergeordnet.

Ein Blick zur Medizin ist hier hilfreich. Sie steht vor sehr ähnlichen Problemen wie die Klinische Psychologie. Die Anstrengungen, die dort unternommen werden, um Therapiemaßnahmen zu entwickeln und zu rechtfertigen (in der Regel, bevor sie angewandt werden), haben Modell-

charakter auch für Psychologen (vor allem, wenn der Anspruch auf Anerkennung als Heilberuf erhoben wird).

In welcher Form man methodische Kompetenz und positive Einstellung zur Methodik vermittelt und stabilisiert, sind offene Fragen. Die Diskussion in der DGfP kann als erster Beitrag im Sinne unserer Argumentation verstanden werden. Ob man dafür ein eigenes Label braucht wie „Das Modell des Wissenschaftlers und Praktikers“ (vgl. Schmidt 1978, p. 18), mag als ein formales Problem betrachtet werden.

Offen ist auch die Frage nach Theorien der Klinischen Psychologie. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt stellt sich insbesondere das Problem der Übertragung bzw. der Erweiterung grundwissenschaftlicher Theorien auf klinisch-psychologische Phänomene (vgl. die Diskussion bei Westmeyer 1978; Michaelis 1981). Die Kontinuitätsannahme (vom Tierversuch im Labor über Analogiestudien am Gesunden bis hin zur Therapie des Patienten; vgl. Hilgard & Bower 1966; Stampfl & Levis 1967, 1968; Buchwald & Young 1969) macht die Klinische Psychologie zur Validierungsinstanz irgendwelcher Forschungsergebnisse und stützt die Einteilung in Grundwissenschaft und Anwendungspraxis. Idealtypisch wäre ein Wechselwirkungsprozeß, der, beginnend mit einer klinisch-psychologischen Frage, zu theoretischen Weiterentwicklungen in der Psychologie insgesamt führt.

5 Was bleibt an Unterschied?

Kann die Allgemeine Psychologie Modelle geben, die in Forschung und Praxis innerhalb der Klinischen Psychologie angewendet werden? Die sicherlich nicht vollständige Argumentation dieses Beitrags konnte an keiner Stelle aufzeigen, daß ein qualitativer Unterschied zwischen psychologischer Betätigung unter dem Label „Allgemeine Psychologie“ und der unter der Bezeichnung „Klinische Psychologie“ besteht. Ebensowenig ließ sich ein Unterschied entdecken zwischen allgemeinspsychologischem Zugang und klinischem Zugang zu einschlägigen Fragestellungen. Gefunden werden konnten lediglich quantitative Unterschiede in der Zahl der einbezogenen Dimensionen, in der Zahl der gleichzeitig betrachteten Merkmale.

Der postulierte Unterschied stammt aus einem Geist, der überwunden werden muß: Verschiedene Disziplinen teilen den Menschen jeweils auf in Teilaspekte, die dann getrennt untersucht werden, kommen hierbei zu Ergebnissen, die sie anderen Teildisziplinen vorenthalten, worauf diese in berechtigter Entrüstung darauf verweisen, daß wieder nur ein Teil untersucht worden wäre und andere Dimensionen sicherlich das Geschehen oder den untersuchten Gegenstand in wesentlichem Maße modifizieren. Gerade dies ist der Stil vieler Diskussionen auf unseren Kongressen ge-

worden: Nachdem sich das Argument der Skalendignität abgenützt hatte und man nicht mehr grundsätzlich gefragt wird, ob die Varianzanalyse nun auch wirklich das richtige statistische Modell sei, kommen diese inhaltsbezogenen Fragen wieder zum Vorschein, die den anderen jeweils zum „Fachidioten“ stempeln.

Es ist an der Zeit, diese Unterschiede aufzugeben und wieder zurück zur Einheitswissenschaft mit verschiedenen Aufgaben zu finden. In erster Linie ist jeder Psychologe, in zweiter Linie bestimmt ihn das, was er täglich tut. Das verbindende Element muß der gleichartige Zugang zu den jeweils anstehenden Fragen sein: jeder muß verstehen, warum man gerade diesen Zugang gewählt hat. Das verbindende Element ist die Methodik. Auf dieser Basis kann es nur „psychologische Modelle“ geben, die für bestimmte Untersuchungsgegenstände repräsentativ sind, und ihnen ist sowohl der Allgemeine wie der Klinische Psychologe verpflichtet. Die etwas provokative Frage: „Sind die heute anerkannten psychologischen Prinzipien und Methoden auch denkbar, wenn es nur Klinische Psychologie gegeben hätte?“ ist selbstverständlich mit einem prinzipiellen Ja zu beantworten.

6 Zusammenfassung

Die Annahme, daß zwischen Allgemeiner und Klinischer Psychologie Unterschiede zu machen seien, wird an folgenden Schnittstellen kritisch hinterfragt: dem methodischen Zugang, dem Geltungsbereich ihrer Aussagen, ihren Inhalten, den untersuchten Populationen und speziellen Forschungsstrategien. Die Analyse einschlägiger Argumente führt zu der Folgerung, daß Allgemeine Psychologie wie auch Klinische Psychologie ohne prinzipiellen Unterschied einer gemeinsamen Wissenschaft Psychologie zugehören. Grundbedingungen für die Wissenschaftlichkeit einer so verstandenen Einheitspsychologie werden an Beispielen aus der Wissenschaftspraxis erläutert. Ziel dieser Analyse ist es, eigenständige Forschungsarbeit der Klinischen Psychologie zu initiieren.

Literatur

Abramson, L.Y. & Seligman, M.E.P. 1977. Modeling psychopathology in the laboratory: History and rationale. In: *Maser, J.D. & Seligman, M.E.P.* (Eds.) *Psychopathology: Experimental models*. San Francisco: Freeman. p. 1–26. – *Allport, G.W.* 1949. *Persönlichkeit. Struktur, Entwicklung und Erfassung der menschlichen Eigenart*. Stuttgart: Klett. – *Amelang, M. & Bartussek, D.* 1981. *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung*. Stuttgart: Kohlhammer. – *Auckenthaler, A.* 1980.

- Möglichkeiten der Evaluation von klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie in der Praxis. In: *Schulz, W. & Hautzinger, M.* (Eds.) *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Bd. 2: Indikation, Diagnostik, Psychotherapieforschung. München: Steinbauer & Rau. p. 311–321.
- Bartenwerfer, H.* 1963. Über Art und Bedeutung der Beziehung zwischen Pulsfrequenz und skalierter psychischer Anspannung. *Zeitschrift für Experimentelle und Angewandte Psychologie* 10, 455–470. – *Baumann, U., Berbalk, H. & Seidenstücker, G.* (Eds.) 1978 ff. *Klinische Psychologie. Trends in Forschung und Praxis*. Bd. 1 (1978), Bd. 2 (1979), Bd. 3 (1980), Bd. 4 (1981), Bd. 5 (1982). Bern: Huber. – *Blöschl, L.* 1976. Zur intra- und extrafamiliären Kontaktstruktur depressiver Patientinnen. Eine empirische Analyse in verstärkungspsychologischer Sicht. *Psychologische Beiträge* 18, 465–480. – *Blöschl, L. & Rossmann, P.* 1982. Zur Kontaktstruktur Depressiver: Eine Replikations- und Ergänzungsstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 11, 81–97. – *Bredenkamp, J.* 1972. Der Signifikanztest in der psychologischen Forschung. Frankfurt/M.: Akademische Verlagsgesellschaft. – *Buchwald, A.M. & Young, R.D.* 1969. Some comments on the foundation of behavior therapy. In: *Franks, C.M.* (Ed.) *Behavior therapy. Appraisal and status*. New York: McGraw-Hill. p. 607–624. – *Bungard, W.* (Ed.) 1980. Die „gute“ Versuchsperson denkt nicht. Artefakte in der Sozialpsychologie. München: Urban & Schwarzenberg.
- Cohen, R. & Plaum, E.* 1981. Schizophrenie. In: *Baumann, U., Berbalk, H. & Seidenstücker, G.* (Eds.) *Klinische Psychologie. Trends in Forschung und Praxis*. Bd. 4. Bern: Huber. p. 260–286.
- Dorsch, F.* (Ed.) 1970⁸. *Psychologisches Wörterbuch*. Stichwort „Allgemeine Psychologie“. Hamburg: Meiner. p. 14.
- Edwards, A.L.* 1971. Versuchsplanung in der psychologischen Forschung. Weinheim: Beltz. – *Eysenck, H.J.* 1972³. *Klinische Psychologie. Aufgaben und Methoden der klinischen Psychologie*. In: *Katz, D. & Katz, R.* (Eds.) *Kleines Handbuch der Psychologie*. Basel: Schwabe. p. 587–625.
- Garfield, S.L.* 1966. Clinical psychology and the search for identity. *American Psychologist* 21, 353–362. – *Gebert, A.* 1977. Konfigurale Moderatoren und differentielle Validität bei klinisch-psychologischen Fragebogenitems. Demonstriert an einem Elternfragebogen zur Erfassung kindlicher Verhaltensauffälligkeiten. Hamburg: Universität Hamburg (Dissertation, Photodruck).
- Heinrich, K.* 1981. Neuere psychotherapeutische Verfahren und ihre Indikation. In: *Minsel, W.-R. & Scheller, R.* (Eds.) *Brennpunkte der Klinischen Psychologie*. Bd. 1: Psychotherapie. München: Kösel. p. 126–148. – *Heller, O. & Krüger, H.-P.* 1976. *Experimentelle Psychologie. Wahrnehmung. Ein programmiertes Lehrsystem mit Selbstversuchen*. Lehrbuch. Bern: Huber. – *Hellpach, W.* 1949². *Klinische Psychologie*. Stuttgart: Thieme. – *Herrmann, T.* 1969. *Lehrbuch der empirischen Persönlichkeitsforschung*. Göttingen: Hogrefe. – *Hilgard, E.R. & Bower, G.H.* 1966³. *Theories of learning*. New York: Appleton-Century-Crofts. – *Huber, H.P.* 1973. *Psychometrische Einzelfalldiagnostik*. Weinheim: Beltz. – *Huber, H.P.* 1978. Kontrollierte Fallstudie. In: *Pongratz, L.J.* (Ed.) *Klinische Psychologie (= Gottschaldt, K., Lersch, P., Sander, F. & Thomae, H.* (Eds.) *Handbuch der Psychologie in 12 Bänden, Bd. VIII/2*). Göttingen: Hogrefe. p. 1153–1199.
- Janke, W.* 1969. Methoden der Induktion von Aktiviertheit. In: *Schönplug, W.* (Ed.) *Methoden der Aktivierungsforschung*. Bern: Huber. p. 29–93. – *Juhl, K. & Kruse, F.O.* 1980. Über einige Probleme im Verhältnis von Psychotherapieforschung und Praxis. In: *Schulz, W. &*

- Hautzinger, M.* (Eds.) *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Bd. 2: Indikation, Diagnostik, Psychotherapieforschung. München: Steinbauer & Rau. p. 303–310.
- Keupp, H.* (Ed.) 1972. Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie. Darstellung einer Kontroverse (= *Bergold, J.B., Birbaumer, N., Florin, I., Kallinke, D., Schulte, D. & Tunner, W.* (Eds.) *Fortschritte der Klinischen Psychologie*, Bd. 2). München: Urban & Schwarzenberg. – *Kietzman, M.L. & Sutton, S.* 1977. Reaction time as a psychophysical method in psychiatric research. *Schizophrenia Bulletin* 3, 429–436. – *Kietzman, M.L., Sutton, S. & Zubin, J.* (Eds.) 1975. Experimental approaches to psychopathology. New York: Academic Press. – *Kohnen, R.* 1980. Hemmen oder fördern Tranquilizer die Psychotherapie? In: *Hautzinger, M. & Schulz, W.* (Eds.) *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Bd. 3: Depression, Psychosomatik. München: Steinbauer & Rau. p. 193–205. – *Kraepelin, E.* (Ed.) 1896. *Psychologische Arbeiten*. Bd. 1: Der psychologische Versuch in der Psychiatrie. Leipzig: Engelmann. – *Krüger, H.-P.* 1979. Die personale Dimension der sozialen Interaktion. Würzburg: Philosophische Fakultät der Universität Würzburg (Habilitationsschrift, Photodruck).
- Legewie, H.* 1969. Indikatoren von Kreislauf, Atmung und Energieumsatz. In: *Schönflug, W.* (Ed.) *Methoden der Aktivierungsforschung*. Bern: Huber. p. 157–194. – *Lewinsohn, P.M., Sullivan, J.M. & Grosscup, S.J.* 1982. Behavior therapy: Clinical applications. In: *Rush, A.J.* (Ed.) *Short-term psychotherapies for depression*. Chichester: Wiley. p. 50–87.
- Maser, J.D. & Seligman, M.E.P.* (Eds.) 1977. *Psychopathology: Experimental models*. San Francisco: Freeman. – *McLean, P.* 1982. Behavioral therapy: Theory and research. In: *Rush, A.J.* (Ed.) *Short-term psychotherapies for depression*. Chichester: Wiley. p. 19–49. – *Michaelis, W.* 1981. Die Psychotherapieschwemme – zufällig oder zwangsläufig? In: *Minsel, W.-R. & Scheller, R.* (Eds.) *Brennpunkte der Klinischen Psychologie*. Bd. 1: Psychotherapie. München: Kösel. p. 74–125. – *Minsel, W.-R. & Scheller, R.* (Eds.) 1981 ff. *Brennpunkte der Klinischen Psychologie*. Bd. 1 (1981), Bd. 2 (1981), Bd. 3 (1982), Bd. 4 (1982), Bd. 5 (1983), Bd. 6 (1983). München: Kösel.
- Petermann, F.* 1980. Übertragung von klinischen Forschungsansätzen in die therapeutische Praxis. In: *Schulz, W. & Hautzinger, M.* (Eds.) *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Bd. 2: Indikation, Diagnostik, Psychotherapieforschung. München: Steinbauer & Rau. p. 287–302. – *Pongratz, L.J.* 1977. Einleitung: Geschichte, Gegenstand, Grundlagen der Klinischen Psychologie. In: *Pongratz, L.J.* (Ed.) *Klinische Psychologie* (= *Gottschaldt, K., Lersch, P., Sander, F. & Thomae, H.* (Eds.) *Handbuch der Psychologie* in 12 Bänden, Bd. VIII/1). Göttingen: Hogrefe. p. 1–59.
- Rogers, C.R.* 1951. Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory. Boston: Houghton Mifflin. – *Rush, A.J.* (Ed.) 1982. *Short-term psychotherapies for depression*. Chichester: Wiley.
- Schmidt, L.R.* 1978. Klinische Psychologie. Definitionen, Tätigkeitsfelder, Geschichte, Ausbildung und berufsständische Situation. In: *Schmidt, L.R.* (Ed.) *Lehrbuch der Klinischen Psychologie*. Stuttgart: Enke. p. 3–28. – *Schraml, W.J. & Baumann, U.* 1974. Einleitung. In: *Schraml, W.J. & Baumann, U.* (Eds.) *Klinische Psychologie II. Methoden, Ergebnisse und Probleme der Forschung*. Bern: Huber. p. 21–25. – *Sixtl, F.* 1981. Kritik des verhaltenswissenschaftlichen Experimentierens und Grundzüge einer wirksamen Forschungsstrategie. In: *Janke, W.* (Ed.) *Beiträge zur Methodik in der differentiellen, diagnostischen und klini-*

schen Psychologie. Festschrift zum 60. Geburtstag von G.A. Lienert. Königstein/Ts.: Hain. p. 58–67. – *Spring, B.J. & Zubin, J.* 1978. Attention and information processing as indicators of vulnerability to schizophrenic episodes. In: *Wynne, L.C., Cromwell, R.L. & Matthyse, S.* (Eds.) The nature of schizophrenia: New approaches to research and treatment. New York: Wiley. p. 366–375. – *Stampfl, T.G. & Levis, D.J.* 1967. Essentials of implosive therapy: A learning-theory-based psychodynamic behavioral therapy. *Journal of Abnormal Psychology* 72, 496–503. – *Stampfl, T.G. & Levis, D.J.* 1968. Implosive therapy – a behavioral therapy? *Behavior Research and Therapy* 6, 31–36. – *Stern, E.* (Ed.) 1954. Die Tests in der klinischen Psychologie. In: *Stern, E.* (Ed.) Handbuch der klinischen Psychologie in 2 Bänden, Bd. I/1. Zürich: Rascher. – *Stern, W.* 1911. Die Differentielle Psychologie in ihren methodischen Grundlagen. Leipzig: Barth. – *Szasz, T.S.* 1961. The myth of mental illness, foundations of a theory of personal conduct. New York: Harper & Row.

Wenninger, G. 1982. Beständige Bestandsaufnahme. *Psychologie heute* 9, Heft 10, 81–84. – *Westmeyer, H.* 1978. Wissenschaftstheoretische Grundlagen Klinischer Psychologie. In: *Baumann, U., Berbalk, H. & Seidenstücker, G.* (Eds.) *Klinische Psychologie. Trends in Forschung und Praxis.* Bd. 1. Bern: Huber. p. 108–132. – *Witmer, L.* 1909. Is the psychology taught at Harvard a national peril? *Current Literature* 46. – *Witte, W.* 1970⁸. Mathematischer Anhang. Einführung in die mathematische Behandlung psychologischer Probleme. In: *Dorsch, F.* (Ed.) *Psychologisches Wörterbuch.* Hamburg: Meiner. p. 525–594. – *Wittling, W.* (Ed.) 1980(a). *Handbuch der Klinischen Psychologie.* Bd. 2: Psychotherapeutische Interventionsmethoden. Hamburg: Hoffmann und Campe. – *Wittling, W.* (Ed.) 1980(b). *Handbuch der Klinischen Psychologie.* 6 Bde. Hamburg: Hoffmann und Campe.