

Psychotherapeutische Verfahren im wissenschaftlichen Vergleich*

Klaus Grawe, Bern

Zusammenfassung. Es wird gezeigt, daß Übersichtsarbeiten zur vergleichenden Wirkung verschiedener Psychotherapieformen zu irreführenden Aussagen gelangen, wenn sie die in der Gesamtheit der durchgeführten Studien zu der jeweiligen Therapieform gefundenen mittleren Effektstärken als Vergleichsbasis nehmen. Die zu den verschiedenen Therapieformen vorliegenden Untersuchungen unterscheiden sich in einer Vielzahl von Merkmalen wie zum Beispiel der Meßmethodik so sehr voneinander, daß die zu den einzelnen Therapieformen möglichen Ergebnisaussagen ganz unterschiedliche Voraussetzungen haben. Darüber hinaus gibt es Hinweise dafür, daß der einfache Mittelwertsvergleich, der bisher die Basis für Vergleichsaussagen bildet, ein ungenügendes Mittel darstellt, um tatsächlich vorhandene Wirkungsunterschiede sichtbar zu machen. Es wird über eine eigene Untersuchung berichtet, in der jede einzelne bisher durchgeführte kontrollierte Therapiestudie an klinischen Populationen detailliert im Hinblick auf alle Aspekte analysiert wird, die für die Einschätzung der Wirkung und Wirkungsweise der jeweiligen Therapie von Bedeutung sein könnten.

Widersprüchliche Ergebnisse über die Wirkungen von Psychotherapie

Die Frage nach den Effekten der Psychotherapie erhitzt die Gemüter schon seit über 30 Jahren. 1952 eröffnete Eysenck die Diskussion über diese Frage mit einem Paukenschlag: Er behauptete, es gebe keinerlei Belege dafür, daß Psychotherapie überhaupt bedeutsame Effekte bewirke. Mangels kontrollierter Untersuchungen stützte er diese Behauptung auf einen Vergleich der Besserungsraten von 24 unkontrollierten Erfolgsberichten mit den spontanen Remissionsraten aus zwei Studien, die den natürlichen Verlauf psychischer Störungen untersuchten (Landis 1936; Denker 1946). Später (1961, 1977) versuchte er seine Ar-

*Nach einem Vortrag bei den Lindauer Psychotherapiewochen 1987

Die im Text berichteten Originaldaten stammen aus einer Untersuchung, die vom Schweizerischen Nationalfonds für wissenschaftliche Forschung mit den Forschungsbeiträgen Nr. 1.634–0.82, 1.700–0.83 und 1.269–0.85 unterstützt wurde

gumentation mit den Ergebnissen aus weiteren, nun auch kontrollierten Studien zu untermauern.

Noch 1977 faßte Eysenck den Forschungsstand mit folgenden Worten zusammen: „Es gibt noch immer keine Beweise für irgendwelche therapeutischen Wirkungen der Psychotherapie insgesamt oder der Psychoanalyse im besonderen, wenn man im Vergleich dazu die spontanen Remissionen betrachtet, die sich ohne Behandlung bei der großen Mehrzahl der neurotischen Störungen einstellen“ (1977, S. 40).

Die Ergebnisse der ersten kontrollierten Psychotherapiestudien waren Wasser auf Eysencks Mühlen. So konnte die in den 40er Jahren durchgeführte, 1951 von Powers und Witmer als Buch veröffentlichte Cambridge-Somerville Youth Study keine bedeutsamen Effekte einer im Durchschnitt fünfjährigen psychoanalytisch orientierten Beratung bei über 250 jugendlichen Delinquenten im Vergleich zu einer ebenso großen unbehandelten Kontrollgruppe feststellen. Dabei war in dieser gut geplanten Studie bereits mit sehr differenzierten Methoden versucht worden, die vermuteten Auswirkungen der Intervention zu erfassen. Über das Ergebnis der Studie waren verständlicherweise auch die Autoren selbst sehr enttäuscht. Wie hätte sich Eysenck aber erst bestätigt gefühlt, hätte er damals schon die Ergebnisse einer inzwischen publizierten 30jährigen Katamnese gekannt (McCord 1978). Hatte man damals noch gehofft, die Effekte der Intervention würden sich eventuell erst längerfristig zeigen, so ist die Desillusionierung 30 Jahre später komplett. 30 Jahre nach der Behandlung unterschieden sich die ehemals Behandelten von den Nichtbehandelten dadurch, daß sie in der Zwischenzeit

öfter mehr als ein Delikt begangen hatten,
eine größere Neigung zum Alkoholismus zu erkennen gaben,
mehr Anzeichen für eine ernsthaftere psychische Störung aufwiesen,
häufiger schon in jüngerem Alter gestorben waren,
häufiger einen hohen Blutdruck und Herzbeschwerden hatten,
Berufe mit einem geringeren sozialen Prestige erreicht hatten
und häufiger mit ihrer Arbeitssituation unzufrieden waren.

Zwar sind dies nur 7 signifikante Unterschiede in 57 erhobenen Maßen und die meisten Informationen beruhen auf Angaben der ehemaligen Klienten, so daß nicht auszuschließen ist, daß manche der Unterschiede auf eine größere Offenheit der ehemals Therapierten zurückgehen. Aber als Fazit dieser aufwendigen Untersuchung bleibt doch bestehen: In keinem der erhobenen Maße hat sich unmittelbar nach der Behandlung und 30 Jahre später eine bedeutsame Überlegenheit der Behandlungsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe nachweisen lassen. Irritierend ist allerdings, was die damals Behandelten, nun Personen in reifen Jahren, in freier Form über ihre damalige Behandlung sagten. Die Mehrzahl von ihnen äußerte sich noch 30 Jahre danach ausgesprochen positiv über die damalige Therapie, manche stellten sie sogar als einen entscheidenden Einschnitt in ihrem Leben dar.

Was ist mit diesen Menschen los? Wissen sie etwa nicht, was gut für sie ist? Was ist mit all den anderen Menschen, die in immer wachsender Zahl Hilfe bei Psychotherapeuten suchen? Merken sie nicht, daß sie Scharlatanen aufsitzen, daß sie teures Geld für etwas bezahlen, das in Wirklichkeit nicht mehr wert ist

als ein Placebo? Oder ist etwa der Unterhaltungswert psychotherapeutischer Sitzungen allein so attraktiv, ganz unabhängig von dem, was dabei herauskommt? Aber kann das wiederum erklären, daß ehemalige Klienten diese Therapiesitzungen noch 30 Jahre später als einschneidende Wende in ihrem Leben hinstellen?

Wir stehen hier vor *widersprüchlichen Informationen* über die Effekte von Psychotherapie. Wie sich die Konsumenten von Psychotherapie tatsächlich verhalten und was sie über die Bedeutung dieser Erfahrung für sich sagen, scheint im Widerspruch zu stehen zu den Befunden, die man erhält, wenn man die Effekte der Therapie zu objektivieren versucht. Glücklicherweise, so möchte man fast sagen, haben sich Therapeuten und Klienten bisher weitgehend unabhängig von den Ergebnissen der Psychotherapieforschung verhalten. Hätten sie sich wissenschaftsgläubig an Eysencks Behauptungen über den angeblichen Stand der Psychotherapieforschung orientiert, so wäre vielen Menschen Hilfe versagt geblieben, die sie inzwischen tatsächlich gefunden haben.

Inzwischen, das heißt genauer *bis Ende 1983*, liegen nämlich schon *etwa 3500 kontrollierte Studien* über die Wirkungen verschiedener Formen von Psychotherapie vor, davon allein 897 an erwachsenen Patienten oder Klienten mit erheblichen Beeinträchtigungen. In diesen 897 Studien an klinischen Populationen sind 740 Kontrollbedingungen mit 2016 Behandlungsbedingungen verglichen worden. Wir wissen nun aus 740 Kontrollgruppen, für welche die Veränderungen in den jeweiligen Erfolgskriterien sorgfältig gemessen wurden, daß spontane Remissionen in den Zeiträumen, über die sich die gleichzeitig untersuchten Therapien erstreckten, tatsächlich sehr viel geringer sind als Eysenck behauptet. In der ganz großen Mehrzahl von Studien, in denen eine oder mehrere psychotherapeutische Behandlungsbedingungen mit einer oder mehreren Kontrollbedingungen verglichen wurden, haben sich bedeutsame Unterschiede zugunsten der jeweiligen Behandlungsbedingungen gefunden. Es besteht auch kein Grund zu der Annahme, daß diese Effekte vorübergehender Natur wären. Über die Hälfte aller Studien hat Katamnesen durchgeführt und in aller Regel gefunden, daß die Effekte aufrechterhalten bleiben. *Fast jede* einigermaßen bekannte *Therapiemethode* kann inzwischen auf *stichhaltige Belege für ihre Wirksamkeit* im Vergleich zu einer Kontrollbedingung verweisen. Auf jeden Fall gilt dies für die von Eysenck so geschmähten „verbalen Psychotherapien“. Bis Ende 1983 lagen 93 kontrollierte Untersuchungen zur Wirksamkeit humanistischer und 85 Untersuchungen zur Wirksamkeit psychodynamischer Therapien an klinischen Populationen vor, und die meisten dieser Untersuchungen haben signifikante Nachweise für die Wirksamkeit der untersuchten Therapien erbracht.

Die Zahlen und Ergebnisse, die ich hier ohne weitere Quellenangabe berichte, stammen übrigens aus einem umfangreichen *Forschungsprojekt*, das wir während der letzten 6 Jahre an der Universität Bern durchgeführt haben. In diesem Projekt haben wir alle bis Ende 1983 veröffentlichten kontrollierten Therapiestudien an klinischen Populationen sehr detailliert mit einem 975 Items umfassenden Beurteilungsbogen ausgewertet. An der Auswertung waren 18 geschulte Beurteiler beteiligt. Die Auswertung einer Studie erforderte im Durchschnitt 9 Stunden. Alle so ausgewerteten Informationen wurden in eine Datei eingegeben, die nun *sämtliche Informationen über die bis Ende 1983 publizierten Therapiestudien* enthält. Besonderes Gewicht wurde bei der Auswertung auf die genaue Erfassung der Meß- und Auswertungsmethoden sowie aller Ergebnisaspekte gelegt. Es wurden nicht nur die *quantitative Wirkung*, sondern auch Hinweise auf qualitative Wirkungsunterschiede, auf differentielle Therapieeffekte, auf differentielle Indikationen und auf die Wirkungsweise der untersuchten Therapien ausdrücklich beachtet. Ich werde mich im weiteren noch mehrmals auf Ergebnisse dieser Untersuchung beziehen.

Bis hierher ist festzustellen: Eine mit großem wissenschaftlichen Anspruch vortragene Behauptung über die angeblichen Effekte von Psychotherapie hat

sich als nachweislich falsch erwiesen. Ich meine damit die Behauptung, die Wirkungen von Psychotherapien gingen nicht über spontane Remissionseffekte hinaus. Diese Behauptung war auch schon 1977 falsch, als Eysenck sie noch mit Nachdruck vertrat. Dies mahnt uns zu einiger Skepsis gegenüber den Methoden, mit denen Aussagen über den angeblichen Stand der Psychotherapieforschung begründet werden. Wir werden später sehen, daß solche Skepsis nur allzu berechtigt ist.

Ergebnisse des Vergleichs von Psychotherapiestudien

Meine Behauptung, daß für die meisten bekannten Therapiemethoden ein Wirksamkeitsnachweis bereits mehrfach erbracht wurde, steht übrigens nicht allein da. Auch Smith, Glass und Miller (1980) sind bei ihrem Versuch, die Ergebnisse von 475 Therapiestudien mit der Methode der Meta-Analyse zu integrieren, zu einer äquivalenten Aussage gekommen.

Die Meta-Analyse ist ein Versuch, die Ergebnisse aus verschiedenen Untersuchungen über ein gemeinsames, aus den Ergebnissen der Originaluntersuchungen errechnetes Maß, die sog. „Effektstärke“, integrierbar zu machen. Diese Effektstärke, errechnet aus der Differenz zwischen den Mittelwerten der jeweiligen Behandlungs- und Kontrollgruppen im Verhältnis zur Streuung in der Kontrollgruppe betrug bei Smith, Glass und Miller für alle 475 Untersuchungen im Durchschnitt .85.

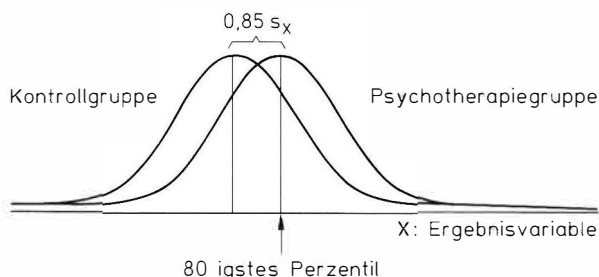


Fig. 1. Abbildung aus Smith et al. (1980) zur Veranschaulichung der durchschnittlichen Effektstärke von „Psychotherapie“. Die Verteilung der Effektivitätswerte für „Psychotherapie“ (unabhängig von der Art der Psychotherapie) ist gegenüber der Verteilung der Werte aus den jeweiligen Kontrollgruppen um 85 Standardabweichungen in Richtung auf einen guten Therapieerfolg verschoben

Das heißt, der durchschnittliche Therapiepatient steht am Ende der Behandlung besser da als 80% vergleichbarer Personen, die keine Behandlung erhalten haben (s. Abb. 1). Wir können somit als wissenschaftlich erwiesen feststellen: Ganz gleich, was untersucht wurde und wie es untersucht wurde, es kann als effektiv angesehen werden. Kurz: Psychotherapie wirkt.

In dieser Aussage liegt eine gewisse Absurdität: Stellen wir uns vor, es käme jemand und sagte, er habe alle medizinischen Ergebnisse zusammengefaßt und sei zu der Feststellung gekommen: Medizin wirkt. Oder er habe nun wissenschaftlich festgestellt: Essen macht satt.

Wieso kann ausgerechnet im Bereich der Psychotherapie eine solche Aussage gemacht werden, ohne sich selbst als absolute Banalität zu diskreditieren? Wir stoßen hier auf einen Faktor, der die Behandlung der Frage nach den Effekten von Psychotherapie bisher maßgeblich bestimmt hat. Seit den Anfängen der Psychoanalyse hat sich die Psychotherapie immer Skepsis und Abwehr von Seiten der gesellschaftlichen Mehrheit gegenübergesehen. Die Psychotherapie hat immer unter einem *Legitimationsdruck* gegenüber der Öffentlichkeit gestanden und dieser Druck besteht fort. Wissenschaftliche Ergebnisse, die geeignet sind, den Wert von Psychotherapie in Frage zu stellen, werden mit Häme und viel öfter zitiert, als ihnen nach ihrem wissenschaftlichen Gewicht zukäme. So gehört Eysencks Behauptung, Psychotherapie bewirke nichts über spontane Remissionen hinaus, zu den bekanntesten Allgemeinplätzen über die Effekte von Psychotherapie. Weitere gern zitierte Ergebnisse sind, daß Laientherapeuten gleich gute Ergebnisse erzielten wie professionelle Psychotherapeuten (Strupp und Hadley 1977), oder daß es nicht gelungen sei, Unterschiede in der Wirkung der verschiedenen Therapieformen festzustellen (z.B. Luborsky, Singer u. Luborsky 1975; Smith, Glass u. Miller 1980). Diese Ergebnisaussagen haben in der Diskussion ein Gewicht bekommen, das weit über das ihrer wissenschaftlichen Grundlagen hinausgeht. Dies ist sicher im Zusammenhang mit einer gewissen Abwehrhaltung gegen die gleichzeitig immer stärkere gesellschaftliche Verbreitung von Psychotherapie zu verstehen, von Michaelis (1980) beispielsweise als „Psychotherapieschwemme“ bezeichnet. In all dem kommt der Wunsch zum Ausdruck, etwas abzuwerten, das mit Psychotherapie oder vielmehr einer bestimmten Art von Psychotherapie assoziiert wird.

Gibt es „bessere“ Therapiemethoden?

In der Auseinandersetzung mit dieser skeptischen bis ablehnenden Haltung ist die Frage nach den Effekten der Psychotherapie bisher ganz überwiegend in der Frage nach der Effektivität von Psychotherapie stecken geblieben. Die an und für sich viel offenere Frage, was denn eigentlich die verschiedenen Psychotherapien tatsächlich bewirken, wird damit zu einer Frage von größer oder kleiner oder besser oder schlechter, gemessen an vorgegebenen Erfolgskriterien.

Mit dem Aufkommen immer neuer Therapiemethoden rückte für die Legitimation anstelle des Wirkungsnachweises die Frage in den Vordergrund, welche Therapieform die beste sei. Die an und für sich hochinteressante Frage nach einer möglichen Verschiedenartigkeit der Wirkungen verschiedener Psychotherapien wurde auch dabei wiederum von vornherein auf ein eindimensionales Mehr oder Weniger auf bestimmten Skalen reduziert. In diesem Konkurrenzkampf spielte die *Verhaltenstherapie die Rolle des Angreifers*. Vergleichsuntersuchungen zwischen verschiedenen Therapieformen wurden ganz überwiegend von verhaltenstherapeutisch orientierten Autoren durchgeführt. Die Stoßrichtung war klar: Es ging darum, die sowieso unterstellte Überlegenheit der Verhaltenstherapie wissenschaftlich nachzuweisen.

Umso überraschender waren die Befunde von Vergleichsstudien, die nicht von vornherein die Verhaltenstherapie bevorzugten, wie etwa die Studie von Paul (1966). Gerade besonders sorgfältig geplante und durchgeführte Ver-

gleichsstudien konnten keine bedeutsamen Unterschiede in den mittleren Effekten zwischen Verhaltenstherapie und anderen Therapieformen, wie etwa psychoanalytischer Therapie (Sloane et al. 1975), Gesprächspsychotherapie (Grawe 1976, Plog 1976) oder Gestalttherapie (Cross et al. 1980) finden, auch nicht in der Reduktion der jeweiligen Symptomatik, für die dies am ehesten erwartet wurde.

Keine spezifischen Unterschiede?

Auch Übersichtsarbeiten über die vergleichende Wirkung verschiedener Therapieformen konnten, bei unterschiedlichen Vorgehensweisen, keine durchgängige Überlegenheit einer Therapieform gegenüber anderen feststellen.

Luborsky et al. (1975) benutzten dafür die sogenannte *Box-Score-Methode*, eine einfache Auszählung, wie oft die eine oder die andere Therapiemethode besser abgeschnitten hatte, Smith et al. (1980) die bereits angeführte Methode der *Meta-Analyse*. Smith et al. fanden zwar für die Verhaltenstherapie zunächst eine etwas höhere Effektstärke als für die verbalen Therapien. Wenn sie jedoch Faktoren wie Art der behandelten Patienten und Reaktivität der verwendeten Erfolgsmasse, die mit Höhe der Effektstärke korrelierten, kontrollierten, dann wurde dieser Unterschied so klein, daß die Autoren zu der Feststellung gelangten: „The well controlled comparison yielded no reliable differences in effectiveness of behavioral and verbal therapies“ (1980, S.125).

Diese Befundlage ist eine Zeitlang wie eine gesicherte Tatsache zitiert worden. Mehrere Autoren haben sie so interpretiert, daß es keine spezifische Wirkung und Wirkungsweise der verschiedenen Therapieformen gäbe, sondern nur unspezifische Wirkfaktoren, die in jeder Therapie zum Tragen kämen. Diese Auffassung rüttelt an der Existenzberechtigung der verschiedenen Therapieformen. Sollte sie sich als richtig erweisen, so müßte dies konsequenterweise weitreichendste Auswirkungen auf Ausbildung und Praxis im Bereich der Psychotherapie haben. Die spezifischen Denk- und Handlungsmuster innerhalb der einzelnen Therapieformen wären als abergläubische Rituale anzusehen und eine Ausbildung darin wäre überflüssig. Man könnte sich auf eine besonders ökonomisch zu realisierende Einheitstherapie beschränken. Es sind derer wohl nicht so wenige, denen diese Konsequenzen ganz recht wären. Und dies ist wohl auch einer der Gründe dafür, daß dieses an und für sich ja sehr enttäuschende Ergebnis vielfach mit kaum unterdrücktem Behagen zitiert wird.

Inzwischen hat sich die Befundlage jedoch schon wieder geändert. Weiteren Meta-Analysen ist es inzwischen gelungen, deutlichere Unterschiede zwischen kognitiv/behavioralen und dynamisch/humanistischen Therapien herauszuarbeiten (s. Tabelle 1).

Wilson (1985) sieht damit endlich die schon lange anzunehmende generelle Überlegenheit der Verhaltenstherapie zweifelsfrei bestätigt. Wittmann u. Matt (1986) haben auch für den deutschsprachigen Bereich eine Überlegenheit der Verhaltenstherapie gegenüber Gesprächspsychotherapie und psychoanalytischer Therapie gefunden. Es scheint demnach, daß Luborskys et al. (1975) in Anlehnung an Alices im Wunderland getroffene Feststellung „Everyone has won and all must have prices“, mit der sie das Ergebnis ihrer Übersichtsarbeit zusammenzufassen versuchten, ins Wanken geriete. Aus dem Rennen zwischen

Tabelle 1. Mittlere Effektstärken aus 4 verschiedenen Meta-Analysen für die beiden Klassen von Therapien „dynamisch/humanistische Psychotherapien“ und „verhaltensorientierte/kognitive Therapien“. Die humanistischen Studien aus der Meta-Analyse von Wittmann und Matt sind ausschließlich klientenzentrierte Therapien

| Meta-Analyse | Therapierichtung | |
|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| | Dynamisch/ humanistisch | Verhaltensorientiert/ kognitiv |
| Smith et al. (1980) | 0.64 | 1.03 |
| Shapiro and Shapiro (1982) | 0.40 | 1.08 |
| Nicholson and Berman (1983) | 0.29 | 0.75 |
| Wittmann and Matt (1986) | 0.32/0.25 | 0.50 |

den Therapieformen scheinen nunmehr doch zwei Sieger hervorzugehen: Die Verhaltenstherapie, weil sie so gut abschneidet, und die Methode der Meta-Analyse, weil sie endlich aufzeigen konnte, was mit anderen Methoden nicht gelungen war.

Es ist wohl auch nicht ganz falsch anzunehmen, daß viele dieses Ergebnis gerne glauben werden, hat sich damit doch endlich diejenige Methode durchgesetzt, die sich am klarsten und rationalsten darauf ausrichtet, was Psychotherapie nach Meinung vieler eigentlich sollte, nämlich Symptome und Probleme bessern, und nicht mehr. Eine auf Symptomreduktion ausgerichtete Verhaltenstherapie würde sich ja auch viel besser in unser Medizinsystem und unsere auf Effizienz ausgerichtete Gesellschaft einpassen als solche Psychotherapien, die ausdrücklich mehr oder auch anderes wollen als eine effiziente Symptombehebung.

Aber wer sich gefreut hat, hat sich zu früh gefreut. Das zitierte Ergebnis steht nämlich auf wackeligen Füßen und ich werde es gleich umstoßen. Es ist einfach ein Artefakt der metaanalytischen Methodik. Ich werde dies zunächst plausibel machen und dann mit Daten belegen.

In der bisherigen Psychotherapieforschung wurden oft Äpfel mit Birnen verglichen

Stellen wir uns *eine typische verhaltenstherapeutische Untersuchung* vor: Es wird darin meist eine bestimmte Technik untersucht, die spezifisch auf eine bestimmte Störung zugeschnitten ist. Die Behandlungsgruppe ist nach dieser Symptomatik homogenisiert. Entsprechend ist die Effektmessung vor allem auf eine möglichst sensible Erfassung der erwarteten Veränderungen dieser Symptomatik angelegt. Zusätzlich gibt es vielleicht auch noch Maße für das allgemeine Wohlbefinden. Bei dieser Konstellation ist es sehr wahrscheinlich, daß wir deutliche Therapieeffekte in den Symptommaßen und eine gewisse Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens finden würden. Wir würden daher mit großer Wahrscheinlichkeit deutlich positive Effektstärken für die untersuchte verhaltenstherapeutische Technik finden.

Nun stellen wir eine *typische gespächpsychotherapeutische oder psychoanalytische Untersuchung* dagegen: Das Vorgehen ist hier ausdrücklich nicht sym-

ptomorientiert. Die Behandlungsgruppe ist daher weniger stark nach einer bestimmten Symptomatik homogenisiert. Weil die Klienten ihre Störungen in verschiedenen Bereichen haben, werden die Effekte nicht für alle Patienten in den gleichen Bereichen erwartet. Entsprechend wird die Effektmessung breit angelegt, um alle möglichen Auffälligkeiten der Klienten und ihre Änderungen zu erfassen. Es werden daher neben Symptommaßen auch Maße zur Erfassung der Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen, Persönlichkeitsmaße, globale Erfolgseinschätzungen usw. verwendet. Ich werde nachher mit Zahlen belegen, daß zwischen den verschiedenen Therapierichtungen tatsächlich solche Unterschiede in der Effektmessung bestehen, wie sie hier angenommen wurden, und auch Wittmann und Matt (1986) haben solche Unterschiede gefunden.

In einer Untersuchung der zweiten Art können wir nun von vornherein gar nicht damit rechnen, daß sich alle Klienten einer Behandlungsgruppe in einem bestimmten Maß gleichsinnig verändern. Wir werden daher für etliche Maße gar keine signifikanten *mittleren* Therapieeffekte für die Gesamtgruppe finden. Über alle Maße gemittelt wird deswegen die durchschnittliche Effektstärke entsprechend bescheiden sein. Dies würde jedoch nicht heißen, daß die einzelnen Klienten sich in ihrer individuellen Problematik nicht doch deutlich geändert haben können. Die Klienten haben ihre Veränderungen aber in verschiedenen Bereichen und daher sind die Effektstärken für die einzelnen Maße gering.

Es ist also allein schon von der unterschiedlichen Anlage verhaltenstherapeutischer und gesprächspsychotherapeutischer oder psychoanalytischer Untersuchungen her klar, daß letztere in der Regel geringere Effektstärken finden werden als verhaltenstherapeutische Studien. Diese Unterschiede sind jedoch durch die unterschiedliche Art der Messung bestimmt, sie erlauben keine Aussagen über tatsächlich unterschiedliche Therapieeffekte. Die Methode der Effektstärkenberechnung begünstigt systematisch solche Untersuchungen, die die Effektmessung auf einen relativ engen Bereich konzentrieren, für den am ehesten deutliche Effekte zu erwarten sind.

Tabelle 2 zeigt, daß auch die *Art der verwendeten Erfolgsmaße einen Einfluß auf die Höhe der Effektstärken* hat. Die Chance, bedeutsame Therapieeffekte zu finden, ist für verschiedene Arten von Erfolgskriterien deutlich unterschiedlich. Am besten ist sie für Maße zur Erfassung der Hauptsymptomatik, viel schlechter dagegen für globale Erfolgseinschätzungen und Maße zur Erfassung der zwischenmenschlichen Beziehungen.

Tabelle 3 zeigt nun, *in welchen Bereichen die verschiedenen Therapierichtungen bevorzugt Messungen erheben*. Die Ergebnisse sind an und für sich nicht überraschend. Verhaltenstherapeutische Untersuchungen messen am weitaus häufigsten die Hauptsymptomatik. Sehr selten benutzen sie globale Erfolgsmaße. Bei den humanistischen und psychodynamischen Untersuchungen ist es genau umgekehrt. Sie erheben außerdem, in Übereinstimmung mit ihren theoretischen Vorstellungen, wesentlich öfter Persönlichkeitsmaße und Maße für zwischenmenschliche Beziehungen. Allein diese unterschiedlichen Meßvoraussetzungen müssen nach den in Tabelle 2 dargestellten Zusammenhängen dazu führen, daß für verhaltenstherapeutische Untersuchungen größere Effektstärken gefunden werden als für psychoanalytische und gesprächspsychotherapeutische.

Tabelle 2. Häufigkeit von Messungen in den 897 Studien und relative Häufigkeit verschiedener Indikatoren von signifikanten Behandlungseffekten

| Veränderungsbereich | Anzahl Studien m. Messungen in diesem Bereich | Rel. Häufigkeit einer sign. Veränderung von Prä nach Post | Rel. Häufigkeit eines sign. Effektes im Vergleich zu einer Kontrollgruppe |
|--|---|---|---|
| Globale Erfolgsbeurteilung | 176 | 34% | 37% |
| Hauptsymptomatik – für jeden Patienten individuell definiert | 151 | 66% | 48% |
| Hauptsymptomatik – für alle Patienten die gleiche | 678 | 75% | 64% |
| Allgemeine Befindlichkeit und emotionaler Zustand | 396 | 57% | 40% |
| Persönlichkeitsmaße | 210 | 59% | 57% |
| Zwischenmenschliche Beziehungen | 358 | 49% | 44% |

Tabelle 3. Häufigkeit, mit der die verschiedenen Therapierichtungen in den verschiedenen Veränderungsbereichen Messungen erheben. Die Zahlen in Klammern geben die absolute Anzahl Studien pro Richtung an. Die Prozentzahlen geben an, wieviel Prozent von diesen Studien Maße für den betreffenden Veränderungsbereich erhoben haben

| Veränderungsbereich | Therapierichtung | | |
|--|--------------------|-------------------------|----------------------------|
| | Verhaltenstherapie | Humanistische Therapien | Psychodynamische Therapien |
| Globale Erfolgsbeurteilung | 13% (336) | 30% (67) | 39% (54) |
| Hauptsymptomatik – für jeden Patienten individuell definiert | 23% | 19% | 30% |
| Hauptsymptomatik – für alle Patienten die gleiche | 82% | 46% | 57% |
| Allgemeine Befindlichkeit und emotionaler Zustand | 48% | 55% | 56% |
| Persönlichkeitsmaße | 25% | 54% | 41% |
| Zwischenmenschliche Beziehungen | 41% | 63% | 65% |

Wir können also festhalten: Die in den zitierten Meta-Analysen berechneten Effektstärken beziehen sich auf inhaltlich unterschiedliche Veränderungen. Die Quantifizierung auf einer gemeinsamen standardisierten Skala täuscht Gleichheit vor, wo keine besteht. Tatsächlich werden bei dieser Art von Meta-Analysen Äpfel mit Birnen verglichen.

Tabelle 4 zeigt, daß keine Unterschiede mehr in den Effekten zwischen den verschiedenen Therapierichtungen bestehen, wenn man die unterschiedlichen

Tabelle 4. Relative Häufigkeit von signifikanten mittleren Effekten (sign. Verbesserung von Prä nach Post, sign. Unterschied zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppen oder sign. Unterschiede zwischen zwei Behandlungsgruppen) in den 6 Veränderungsbereichen, aufgeteilt nach 3 Therapierichtungen. Die erste Zahl oben links in jeder Zelle gibt an, wie oft ein sign. mittlerer Effekt gefunden wurde, die Zahl dahinter, wie oft in diesem Bereich überhaupt gemessen wurde. Die Prozentzahl darunter bezieht sich auf das Verhältnis zwischen diesen absoluten Häufigkeiten

| Veränderungsbereich | Therapierichtung | | |
|---|-------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| | Verhaltens- therapie | Humanistische Therapien | Psycho- dynamische Therapien |
| Globale Erfolgsbeurteilung | 21/42 50% | 11/20 55% | 10/21 48% |
| Hauptsymptomatik – für jeden Patienten individuell definiert | 50/76 66% | 8/18 62% | 12/16 75% |
| Hauptsymptomatik – für alle Patienten die gleiche | 215/276 78% | 24/31 77% | 25/31 81% |
| Allgemeine Befindlichkeit und emotionaler Zustand | 109/161 68% | 32/37 87% | 22/30 73% |
| Persönlichkeitsmaße | 56/84 67% | 24/36 67% | 14/22 64% |
| Zwischenmenschliche Beziehungen | 84/138 61% | 31/42 74% | 23/35 66% |

Meßvoraussetzungen in Rechnung stellt. Vergleicht man nur Untersuchungen miteinander, in denen in dem jeweiligen Veränderungsbereich tatsächlich Messungen erhoben wurden, dann finden die verschiedenen Therapierichtungen in allen Veränderungsbereichen mit vergleichbarer Häufigkeit signifikante Effekte in den verschiedenen Bereichen. Nun finden humanistische und psychodynamische Untersuchungen genau so oft signifikante Veränderungen in der Hauptsymptomatik wie verhaltenstherapeutische Studien. Verhaltenstherapeutische Studien finden Veränderungen im Persönlichkeitsbereich ebenso oft wie psychodynamische und humanistische usw. Stellt man also die nachgewiesenermaßen unterschiedlichen Meßvoraussetzungen für die verschiedenen Therapien in Rechnung, dann gibt es keine bedeutsamen Unterschiede in der mittleren Wirksamkeit der verschiedenen Therapieformen. Die von den Meta-Analysen gefundenen Unterschiede zeigen keine realen Unterschiede in der Wirkung der Therapien an, sondern sind Artefakte der meta-analytischen Methodik.

Der Vergleich verschiedener Therapien erfordert eine grundsätzlich andere Herangehensweise

Mit diesem Ergebnis sind wir wieder auf den Aussagenstand der Übersichtsarbeit von Luborsky et al. (1975) zurückgeworfen. Diese Übersichtsarbeit hatte nur Untersuchungen berücksichtigt, in denen ein direkter Vergleich verschiedener therapeutischer Bedingungen innerhalb desselben Versuchsplanes vorge-

nommen wurde. Die soeben berichteten Ergebnisse zeigen, daß die Beschränkung auf solche Untersuchungen eine kluge Entscheidung war. Auch wenn die Übersicht von Luborsky et al. nicht alle neueren Arbeiten berücksichtigt, so spricht doch einiges dafür, daß wir uns darauf einstellen müssen, daß die dort getroffene Feststellung Bestand haben wird. Auch neuere Untersuchungen, in denen verschiedene Therapiemethoden direkt miteinander verglichen wurden, wie etwa die bereits oben zitierten Untersuchungen von Sloane et al. (1975), Grawe u. Plog (1976) sowie Cross et al. (1980) haben keine mittleren Wirksamkeitsunterschiede aufzeigen können. Auch neueste Therapievergleichsstudien, die mit einem bisher nie dagewesenen Aufwand durchgeführt wurden, wie die große überregionale Depressionsstudie des NIMH (Elkin et al. 1986) oder eine in Bern durchgeführte Vergleichsstudie (Grawe et al. 1986), kommen im wesentlichen wieder zum selben Ergebnis. Auch bei einer noch so umfassend und akribisch angelegten Effektmessung lassen sich keine mittleren Unterschiede in der Wirksamkeit der untersuchten Therapien nachweisen.

Es scheint in der Tat, daß wir diesen Befund als ein Faktum hinzunehmen haben. Fraglich ist allerdings, wie wir ihn verstehen sollen: Gibt es tatsächlich keine Unterschiede in der Wirkung der verschiedenen Therapien oder liegt es an unseren Forschungsmethoden, daß es uns nicht gelingt, die tatsächlich vorhandenen Unterschiede sichtbar zu machen?

Ich selbst neige aus folgenden Gründen mehr und mehr der zweiten Auffassung zu: Neben der experimentell-prüfenden Forschung hat es in der Psychotherapie von Anfang an auch eine korrelativ-suchende Forschung gegeben. So ist etwa in vielen hundert Untersuchungen analysiert worden, mit welchen möglichen Einflußvariablen der Therapieerfolg empirisch zusammenhängt. Orlinsky u. Howard (1986) haben kürzlich alle bisher gefundenen Zusammenhänge zwischen Prozeßvariablen und Therapieerfolg zusammengestellt.

Komplexe Muster von Einwirkungen

Danach kann für eine große Anzahl von Einflußfaktoren, wie etwa die Aufnahmebereitschaft des Klienten, verschiedene Aspekte der Therapiebeziehung, die affektive Qualität des therapeutischen Geschehens u. a. m. ein bedeutsamer Einfluß auf das Therapiegeschehen als gesichert gelten.

Das Ergebnis von Therapien hängt demnach, ganz gleich um welche Art von Therapie es sich handelt, von einer großen Anzahl von Einflußfaktoren ab, die miteinander in funktionaler Wechselwirkung stehen. Diesem Sachverhalt tragen die bisher vorliegenden experimentellen Studien zum allergrößten Teil nicht Rechnung. Sie unterstellen eine viel einfachere Beziehung zwischen dem variierten Einflußfaktor und dem Therapieergebnis als das Modell von Orlinsky u. Howard (1986). Danach nehmen viele Faktoren Einfluß auf das Therapieergebnis, wie etwa die Qualität der Therapiebeziehung, die Offenheit des Klienten usw., die wir experimentell nicht konstant halten können. Wenn wir diese Variablen nicht ausdrücklich im Prozeß gemessen haben, dann wissen wir eigentlich überhaupt nicht, was wir unter solchen Etiketten wie etwa „Gesprächspsychotherapie“ und „Verhaltenstherapie“ miteinander verglichen haben. Es ist zwar wahrscheinlich, daß sich so unterschiedliche Vorgehensweisen

in einer großen Anzahl von Prozeßvariablen tatsächlich unterscheiden, aber wir sind in diesem Punkt so lange auf Spekulationen angewiesen, als dies nicht tatsächlich empirisch festgestellt wird. Auf jeden Fall haben wir es bei Psychotherapien immer mit einem ganzen *Muster von Einwirkungen* zu tun, und verschiedene Therapien werden sich in diesen Einwirkungsmustern und nicht einer einzelnen global definierten Variable unterscheiden. Es ist auch wahrscheinlich, daß unterschiedliche Einwirkungsmuster unterschiedliche Auswirkungsmuster erzeugen. Aber welche Möglichkeiten bietet unsere gebräuchliche Form der Effektmessung und Auswertung, daß solche unterschiedlichen Auswirkungsmuster überhaupt in Erscheinung treten könnten? Wir quantifizieren die Therapieeffekte in aller Regel auf einzelnen Skalen. Die Summe der Einwirkungen aller Einflußfaktoren auf das Therapieergebnis schlägt sich in einem bestimmten Wert auf der einzelnen Skala nieder. Die Therapieeffekte eines bestimmten Klienten können sich von denen eines zweiten nur dadurch als unterschiedlich abbilden, daß der eine größer oder kleiner als der andere auf der betreffenden Skala ist.

Nun spricht beim Zusammenwirken sehr vieler Einflußfaktoren, ganz ähnlich wie beim Zustandekommen einer Normalverteilung, die Wahrscheinlichkeit dafür, daß sie sich in ihrer Wirkung teilweise gegenseitig aufheben. Es ist unwahrscheinlich, daß viele Einflüsse gleichzeitig in die gleiche Richtung wirken. Extreme Werte auf der jeweiligen Skala sind daher weniger wahrscheinlich als mittlere. Dies gilt überall, wo viele Faktoren zusammenwirken, und dies müssen wir grundsätzlich für alle Psychotherapieformen annehmen. So erhalten wir bei dieser Art der Effektmessung für unsere Behandlungsgruppen in der Regel Werte, die um einen mäßigen Therapieerfolg herum streuen. Dasselbe trifft für alle Behandlungsgruppen zu und so stehen wir am Schluß vor dem Ergebnis, daß die Erfolgswerte für all unsere Behandlungsgruppen auf allen Skalen um einen mäßigen Therapieerfolg herum streuen, denn für jede Skala spielt sich wieder dasselbe ab. Unsere Art der Erfolgsmessung produziert also fast zwangsläufig die Befundlage zur vergleichenden Wirkung von Therapien, über die ich oben berichtet habe. Die Ursachen für diese Befundlage könnten unter Umständen nicht in einer tatsächlich nicht vorhandenen Unterschiedlichkeit der therapeutischen Ein- und Auswirkungen liegen, sondern darin, daß *die bisher benutzten Methoden zur Effektmessung und Auswertung ungeeignet sind, um tatsächlich bestehende Unterschiede aufzuzeigen*. Die eindimensional quantifizierende Effektmessung macht die Frage nach der möglichen Verschiedenartigkeit therapeutischer Effekte immer zu einer Frage von Mehr oder Weniger auf einer vorgegebenen Skala. Viele Dinge in unserer Welt sind aber verschieden voneinander, ohne daß sich dies in einem Mehr oder Weniger auf *einer* Dimension angemessen abbilden ließe.

Wenn wir unsere therapeutischen Interventionen nicht als Variationen auf nur eine Dimension auffassen können, sondern sie als komplexe Muster funktional miteinander verbundener Einflußfaktoren konzipieren müssen – dies wird durch das Modell von Orlinsky u. Howard nahegelegt – dann erscheint es nur allzu plausibel, daß wir auch die Auswirkungen solcher Einwirkungsmuster nicht angemessen auf einer Dimension abbilden können. Wir benötigen hierfür ebenfalls *Muster*, also mehrere Merkmale und die Relationen zwischen ihnen.

Tatsächlich gibt es in der empirischen Therapieforschung Beispiele dafür, daß sich die Verschiedenartigkeit der Wirkungen von Therapien in Mustern abbilden ließ, während sich die Therapieeffekte im Mittel auf den einzelnen Erfolgsskalen nicht unterschieden.

So hingen zum Beispiel in einer Untersuchung von Dziwas et al. (1979) in einer stationären Gruppentherapie Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich, wie sie durch die Therapie direkt angestrebt wurden, eng zusammen mit Veränderungen des psychosomatischen Befindens. Wurde diesselbe Form der Gruppentherapie jedoch ambulant durchgeführt, so hingen die Veränderungen in diesen beiden Bereichen nicht miteinander zusammen.

Es ist plausibel, daß in einer dreimonatigen stationären Therapie in einer medizinischen Klinik der psychosomatische Bereich stärker in den Therapieprozeß einbezogen wird als in einer ambulanten Behandlung. Insofern kann das hier festgestellte Veränderungsmuster als ein Spiegel der tatsächlichen therapeutischen Einwirkungen betrachtet werden. Interessanterweise hatten die beiden Behandlungsgruppen im Mittel jedoch annähernd gleich starke Veränderungen im psychosomatischen Bereich und im Sozialverhalten. Es ist also der *Zusammenhang* zwischen den Veränderungen, der die beiden Behandlungsgruppen unterscheidet, nicht das Ausmaß der Veränderungen in den einzelnen Variablen. Die Therapien erzeugten unterschiedliche Muster von Veränderungen, sie wiesen eine *qualitativ* unterschiedliche Wirkung auf, während sich das durchschnittliche Ausmaß der Wirkung in den einzelnen Erfolgsvariablen nicht voneinander unterschied.

Das berichtete Ergebnis ist kein Einzelbefund. Ein ähnlicher Befund hatte sich schon in einer früher von mir durchgeführten Therapiestudie gezeigt (Grawe 1976; Plog 1976). Dort standen bei verhaltenstherapeutisch behandelten phobischen Patienten Veränderungen der allgemeinen Befindlichkeit in starkem Zusammenhang mit Veränderungen der phobischen Symptomatik. Gesprächspsychotherapeutisch behandelte Patienten hatten zwar im Mittel in beiden Bereichen gleich starke Veränderungen, diese hingen aber nicht miteinander zusammen.

Die beiden Therapien unterschieden sich in dieser Untersuchung dadurch voneinander, daß sie den behandelten Klienten unterschiedliche Sichtweisen von sich selbst vermittelten und daß sie bei unterschiedlichen Patienten wirkten. Verhaltenstherapie wirkte besonders gut bei Patienten mit starkem phobischen Leidensdruck, bei gesprächspsychotherapeutisch behandelten Klienten bestand kein Zusammenhang des Behandlungsergebnisses mit der Ausgangsstärke der phobischen Symptomatik.

Solche Ergebnisse differentieller Art gibt es natürlich nicht nur in von mir selbst durchgeführten Studien. Auch wenn die Mehrzahl kontrollierter Psychotherapiestudien differentielle Ergebnisaspekte leider in einem enttäuschenden Ausmaß vernachlässigt hat, so liegen doch zu jedem Aspekt auch der differentiellen Wirkung von Therapien eine in ihrer absoluten Zahl doch beachtliche Anzahl von Studien vor. Um diese differentiellen Ergebnisaspekte herauszuarbeiten, ist jedoch eine außerordentlich gründliche Analyse der betreffenden Studien erforderlich. Wegen der allgemeinen Fixierung auf die mittlere Wirksamkeit der untersuchten Therapien werden solche Ergebnisaspekte oft mehr

nebenbei mitgeteilt und müssen erst durch eine nachträglich vorzunehmende Ergebnisaufbereitung recht mühselig herausgearbeitet werden. Das von uns selbst durchgeführte Forschungsprojekt, von dem ich vorhin kurz berichtet habe, hat als eigentliches Ziel die Herausarbeitung solcher differentiellen Aspekte der Wirkung der verschiedenen Therapiemethoden. Es geht uns nicht darum herauszufinden, welche Therapiemethode die beste sei, sondern allgemein zugänglich zu machen, was bisher an empirisch begründetem Wissen zur Wirkung und Wirkungsweise der verschiedenen Therapiemethoden überhaupt vorliegt.

Es würde dem Sinn unseres ganzen Vorhabens widersprechen, wenn ich hier auch nur andeutungsweise vergleichende Bewertungen zu bestimmten Therapieformen abgeben würde. Es ist ja gerade unser Anliegen, endlich von vorschnellen, pauschalisierenden, Stereotype erzeugenden Bewertungen wegzukommen und erst einmal genau zu sichten und zu berichten, was überhaupt vorliegt. *Eine* Aussage kann ich unserem umfassenden Ergebnisbericht jedoch vorausschicken: Es ist *nicht* so, daß alle Therapiemethoden als gleichwertig anzusehen sind. Es gibt Methoden, die ihren Wert besonders überzeugend unter Beweis gestellt haben, und es gibt umgekehrt Methoden, deren Wert für die klinische Versorgungspraxis durch die vorliegenden empirischen Forschungsergebnisse überzeugend in Frage gestellt wird¹.

Literatur

- Cross DG, Sheehan PW, Khan JW (1980) Alternative Advice and Counsel in Psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 48: 615–625
- Denker PG (1946) Results of treatment of psychoneuroses by the general practitioner. A follow-up study of 500 cases. *New York State J Med* 46: 2164–2166
- Dziewas H, Grawe K, Wedel S, Singmann J, Toensing M, Wegner J (1979) Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie unter stationären und ambulanten Bedingungen. Sonderheft I der Mitteilungen der DGVT
- Elkin I (1986) NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. Symposium auf der Jahrestagung der Society for Psychotherapy Research. Wellesley, Mass
- Eysenck HJ (1952) The effects of psychotherapy. An evaluation. *J Consult Psychol* 16: 319–324
- Eysenck HJ (1977) *Die Zukunft der Psychologie*. List, München
- Eysenck HJ (1961) The effects of psychotherapy. In: Eysenck HJ (ed) *Handbook of Abnormal Psychology*. Basic Books, New York, pp 697–725
- Grawe K (1976) *Differentielle Psychotherapie I*. Huber, Bern
- Grawe K, Müller HP, Caspar F, Ambühl HR, Zingg M, Grawe S, Kopp W, Mezenen U (1986) Interaktionelle Verhaltenstherapie, Breitspektrumverhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie – ein kontrollierter klinischer Vergleich. Vortrag auf dem 35. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Heidelberg
- Howard KI, Orlinsky DE (1985) A generic model of psychotherapy. Vortrag bei der Second European Conference der Society for Psychotherapy Research. Louvain, Belgium
- Landis C (1938) A statistical evaluation of psychotherapeutic methods. In: Hinsie SE (ed) *Concepts and problems of psychotherapy*. Heinemann, London, pp 155–165
- Luborsky L, Singer B, Luborsky L (1975) Comparative studies of psychotherapies: is it true that “everyone has won and all must have prizes”? *Arch Gen Psychiat* 32: 995–1008

¹Detailliert werden wir die von uns gefundenen Ergebnisse demnächst in Form eines „Handbuches psychotherapeutischer Indikationen“ veröffentlichen

- McCord J (1978) A thirty-year follow-up of treatment effects. *Am Psychol* 284–289
- Michaelis W (1981) Die Psychotherapieschwemme – zufällig oder zwangsläufig? In: Minsel WR, Scheller R (Hrsg) *Psychotherapie*. Kösel, München
- Orlinsky DE, Howard KI (1986) The relation of process to outcome in psychotherapy. In: Garfield SL, Bergin AE (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley, New York
- Plog U (1976) *Differentielle Psychotherapie II*. Huber, Bern
- Powers E, Witmer H (1951) An experiment in the prevention of delinquency. The Cambridge-Somerville youth study. Columbia University Press, New York
- Sloane RB, Staples FR, Cristol AH, Yorkstone NJ, Whipple K (1975) *Psychotherapy versus behavior therapy*. Harvard University Press, Cambridge
- Smith ML, Glass GV, Miller TI (1980) *The benefits of psychotherapy*. John Hopkins Press, Baltimore London
- Strupp HH, Hadley SW (1979) Specific vs. Nonspecific factors in psychotherapy. *Gen Psychiatry* 36: 1125–1136
- Wilson GT (1985) Limitations of meta-analysis in the evaluation of the effects of psychological therapy. *Clin Psychol Rev* 5: 35–47
- Wittmann WW, Matt GE (1986) Meta-Analyse als Integration von Forschungsergebnissen am Beispiel deutschsprachiger Arbeiten zur Effektivität von Psychotherapie. *Psychol Rundschau* 37:20–40

Prof. Dr. Klaus Grawe
Universität Bern
Psychologisches Institut
Gesellschaftsstr. 49
CH-3012 Bern