

Tab. 1 Randomisierte Studien zu Psychotherapien der „3. Welle“ verhaltenstherapeutischer Verfahren.¹

Intervention (randomisiert/completer)	Studienpopulation	Dauer (Wo)	Haupteffekte	Referenz
<i>Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)</i>				
CBASP (216/173) vs. Nefazodon (220/167) vs. CBASP + Nefazodon (226/179)	chronische Major Depression	12	CBASP gleich wirksam wie Nefazodon (48% response); Kombination überlegen (72% response)	Keller et al. 2000 [61]
CBASP + AD (200/175) vs. BSP + AD (195/168) vs. „optimierte“ AD (96/80)	Non-response oder partial-response auf AD-Therapie	12	CBASP-Augmentation ebenso gut wie „optimierte“ AD-Therapie	Kocsis et al. 2009 [64]
<i>Dialektisch Behaviorale Psychotherapie (DBT)</i>				
DBT (22/20) vs. TAU (22/21)	BPS	52	Verringerung von parasuizidalem Verhalten und weniger Rehospitalisierung in DBT-Gruppe	Linehan et al. 1991, 1993 [33, 34]
DBT (12/7) vs. TAU (16/11)	BPS + Sucht	52	weniger Drogenmissbrauch in DBT-Gruppe	Linehan et al. 1999 [39]
DBT + LAAM (11/11) vs. CVT + LAAM (12/12)	BPS + Heroinabhängigkeit	52	weniger Opiatbeikonus in der DBT-Gruppe	Linehan et al. 2002 [40]
DBT (31/24) vs. TAU (33/23)	BPS	52	weniger Suizidversuche und selbstverletzendes Verhalten in der DBT-Gruppe	Verheul et al. 2003 [35]
DBT + Olanzapin (25/22) vs. DBT + Placebo (27/20)	BPS	16	weniger Depression, Angst und Impulsivität in DBT + Olanzapin	Soler et al. 2005 [84]
DBT (60/52) vs. „community treatment“ (51/49)	BPS	104	weniger Suizidversuche, weniger Rehospitalisierung, weniger selbstverletzendes Verhalten in der DBT-Gruppe	Linehan et al. 2006 [36]
DBT + AD (21/17) vs. AD + TAU (14/14)	BPS + komorbide Depression	28/52	höhere Remissionsrate bez. Depression in DBT + AD-Gruppen	Lynch et al. (2007) [85]
DBT (-/17) vs. übertragungsfokussierte PT (-/23) vs. psychodynamische supportive Therapie (-/22)	BPS	52	DBT und übertragungsfokussierte PT überlegen in Reduktion suizidalen Verhaltens	Clarkin et al. 2007; Levy et al. 2006 [86, 87]
DBT (52/46) vs. „community treatment by experts“ (51/37)	BPS + psychiatrische Komorbidität	104	höhere Remissionsrate bei komorbiden Abhängigkeitserkrankungen, keine Gruppenunterschiede bei Depression, Ess- und Angststörungen	Harned et al. 2008 [38]
DBT + AD vs. (13/10) Warteliste + AD (11/9)	therapieresistente Depression	16	Verbesserung der Emotionskontrolle korreliert mit Abnahme der Depression	Feldman et al. 2009 [41]
DBT (90/55) vs. TAU + „psychodynamic informed therapy“ (90/56)	BPS	52	weniger Suizidversuche, selbstverletzendes Verhalten, Rehospitalisierungen, Reduktion der BPS-Symptomatik.	McMain et al. 2009 [37]
<i>Metakognitive Therapie (MCT)</i>				
MCT (5/5) vs. Expositionstherapie (5/5)	Zwangsstörung im Jugendalter	10	Remission bei 4/5 (MCT-Gruppe) und 5/5 (Expositionstraining)	Simons et al. 2006 [77]
MCT (10/10) vs. Entspannungstraining (10/9)	generalisierte Angststörung	52	80% Remission bezüglich Sorgen und 60% bez. anhaltender Ängste in MCT-Gruppe (vs. 10 – 20% in Entspannungsgruppe)	Wells et al. 2010 [78]
<i>achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (MBCT)</i>				
MBCT (75/73) vs. TAU (70/68)	remittierte monopolare Depression	60	nach 60 Wochen Reduktion des Risikos für depressive Episoden bei Pat. mit > 3 Episoden	Teasdale et al. 2000; Ma et al. 2004 [68, 88]
MBCT (37/31) vs. TAU (38/-)	remittierte monopolare Depression	60	nach 60 Wochen Reduktion des Risikos für depressive Episoden von 78% auf 36% bei Pat. mit > 3 Episoden	
MBCT + ausschleichende Dosen der AD (61/59) vs. AD (62/56)	remittierte monopolare Depression	60	nach 15 Mo. 13% weniger Rückfälle bei MBCT; 75% ohne AD in MBCT-Gruppe	Kuyken et al. 2008 [70]
MBCT + TAU (31/27) vs. TAU (29/28)	remittierte monopolare Depression	60	nach 60 Wo. Zeit bis Wiedererkrankung länger in MBCT-Gruppe (Pat. > 3 Episoden, keine AD)	Bondolfi et al. 2010 [69]
MBCT + TAU (52/34) vs. TAU (54/42)	remittierte monopolare Depression	56	nach 56 Wo. weniger Wiedererkrankungen in MBCT + TAU-Gruppe; verbesserte Lebensqualität	Godfrin et al. 2010 [67]
<i>Schematherapie (ST)</i>				
ST (44/44) vs. übertragungsfokussierte Therapie (44/42)	BPS	156	nach 3 Jahren Überlegenheit von ST gegenüber übertragungsfokussierter Therapie bez. Remission, Psychopathologie und Lebensqualität	Giesen-Bloo et al. 2006 [52]
ST (16/16) vs. TAU (16/12)	BPS	32	nach 8 Monaten Überlegenheit von ST bez. Symptomreduktion, weniger drop-outs in der ST-Gruppe	Farrell et al. 2009 [54]
<i>Akzeptanz- und Commitment Therapie (ACT)</i>				
ACT (55/36) vs. kognitive Therapie (44/26)	unselektiertes Patientenkollektiv mit psychischen Störungen	16	vergleichbar gute Symptomreduktion unter ACT und kognitiver Therapie bez. ängstlicher und depressiver Symptome	Forman et al. 2007 [48]

¹ Zu allen Verfahren der „3. Welle“ liegen randomisierte kontrollierte Studien vor. Wenige Untersuchungen wurden als „head-to-head“ Vergleich konzipiert. Bei allen Verfahren konnte eine Verbesserung von störungs-spezifischer Psychopathologie gezeigt werden. Hervorzuheben ist die zum Teil sehr gute Akzeptanz und Compliance der Verfahren bei den Patienten. ACT: Akzeptanz- und Commitment Therapie; AD: Medikamentöse antidepressive Therapie; BPS: Borderline-Persönlichkeitsstörung; CBASP: Cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy; CVT: Comprehensive validation therapy; DBT: Dialektisch-Behaviorale Therapie; MBCT: Achtsamkeits-basierte kognitive Therapie; MCT: Metakognitive Therapie; ST: Schematherapie; TAU: Treatment as usual; FFP: Übertragungsfokussierte Therapie; (-): keine Daten vorhanden