

Kammersymposium zu Ehren von Dr. med. Arnold Schüller  
Prävention als ärztliche Aufgabe: Gesund – ein Leben lang.

## Seelische Gesundheit – Was leisten Awarenessprogramme und Antistigmakampagnen?

Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
der Heinrich-Heine-Universität  
LVR-Klinikum Düsseldorf  
Bergische Landstr. 2  
40629 Düsseldorf

## Awareness-Programme und Antistigma-Kampagnen - Begriffsklärung

### Programme:

- langfristig angelegt
- bestimmte Zielgruppen
- spezifische Botschaften
- synergetische Effekte  
verschiedener Interventionen  
können zu Einstellungs- und  
Verhaltensänderungen führen
- relativ begrenzte Datenlage  
zur Wirksamkeit und Effizienz

### Kampagnen

- kurzfristig, zeitlich begrenzt
- Bevölkerung, größere  
Gruppen
- Potential für Kommunikations-  
impulse, aber nicht für  
Einstellungs- und Verhaltens-  
änderungen
- Evaluation methodisch  
schwierig, Datenlage  
insbesondere zu Langzeit-  
wirkung begrenzt

► **Kurzfristige Kampagnen sollten durch langfristige Programme ergänzt werden**

## Prävention – Aufklärung – Destigmatisierung

### Ziele von Awareness-Programmen im Bereich Seelischer Gesundheit:

- Erhöhung der Aufmerksamkeit für und des Kenntnisstandes über psychische Erkrankungen, das bedeutet,
- Information über Krankheitsbild, mögliche Ursachen, Therapiemöglichkeiten und Zugang zu therapeutischen Hilfen

→ Insofern sind Awareness-Programme auch Präventions-Programme, wenn

es **Ziele von Antistigma-Programmen im Bereich Seelischer Gesundheit:**  
z.B. um Früherkennung geht, die einer präventiven Intervention vorausgeht

- Verhütung von Diskriminierung und Integration von psychisch erkrankten Menschen

→ Antistigma-Programme beinhalten in der Regel auch Awareness-Elemente

# Wirksamkeit von Antistigma- und Awareness-Programmen

## Wirksamkeitsparameter: Soziale Distanz

Maß für selbst eingeschätzte Verhaltensbereitschaft mit anderen Menschen zu interagieren

„Proxy“ für Stigmatisierungsbereitschaft, aber Verhaltensintention ist nicht gleich aktuelles Verhalten

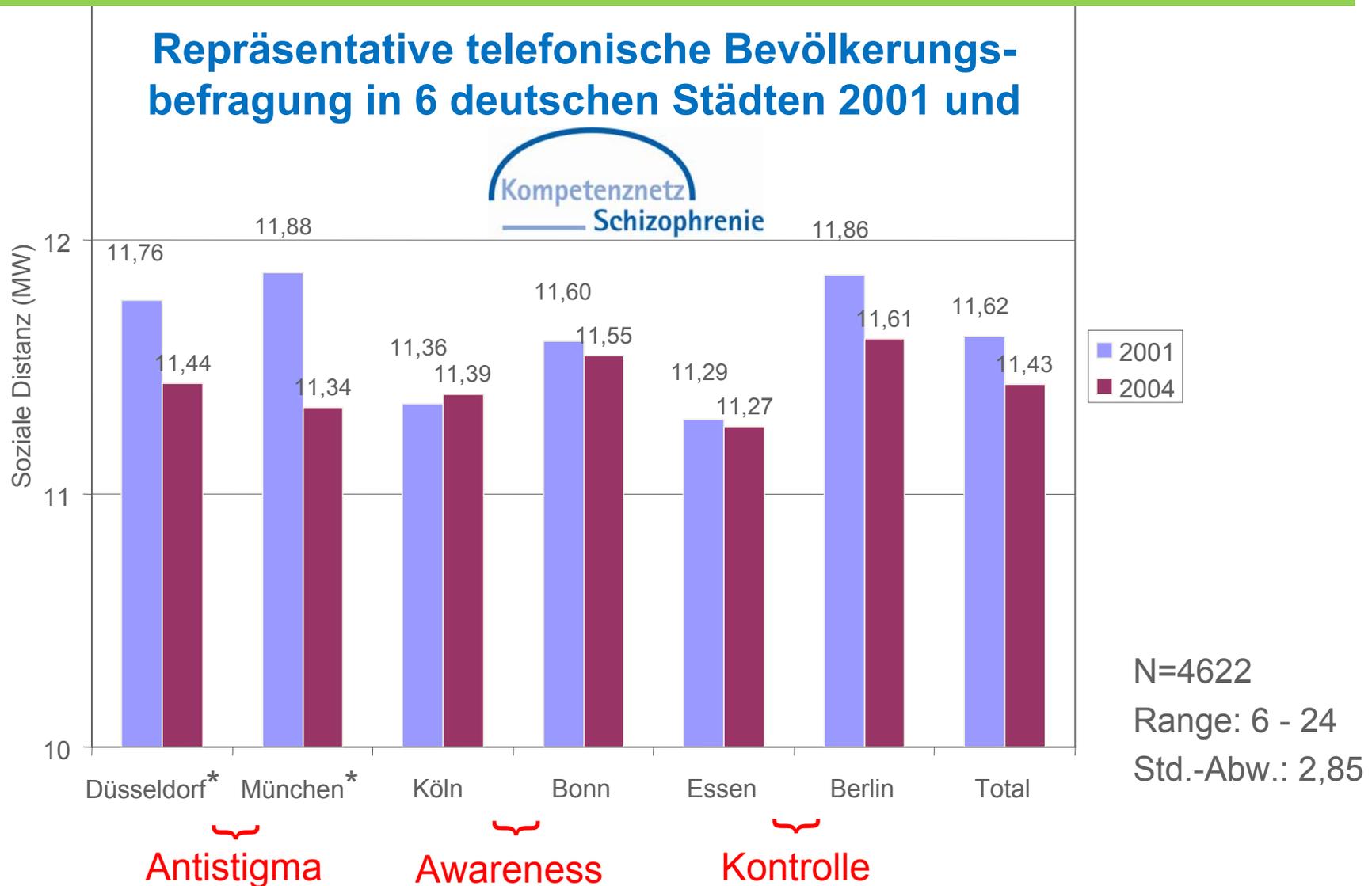
## Beispiel:

Von 2001 zu 2004 ist in Städten mit – gegenüber solchen ohne! - Antistigma- und Aufklärungsprogrammen die soziale Distanz gegenüber an Schizophrenie Erkrankten leicht, aber signifikant gesunken.

Signifikante Veränderung insbesondere bei Menschen, die angaben, Antistigma-Initiativen zu kennen.

Gaebel et al. 2007

# Wirksamkeit von Programmen in der Bevölkerung



ANOVA: Meßwh.  $p \leq 0.001$ ; Stadt n.s.; Meßwh. X Stadt  $p = 0.001$

Einzelvergleiche: T-test f. abh. Stichproben mit Bonferroni-Korrektur (\*  $p \leq 0.008$ )

## Wir brauchen Awareness-Programme und Antistigma-Initiativen

... weil ein dringender Handlungsbedarf für **Prävention, Aufklärung und Destigmatisierung** bzgl. **psychischer Erkrankungen** besteht:

- Bedeutendes und zunehmendes Gesundheitsproblem
- Gesellschaftliches Tabu
- Diagnostische und therapeutische Defizite
- Krankheitswert nicht so akzeptiert wie der somatischer Erkrankungen
- Prävention eine der wichtigsten Zukunftsaufgaben (vgl. WHO, EU)
- Mangelnde Kenntnisse über Erkrankungsbilder und Behandlungsmethoden
- Falsche/veraltete Vorstellungen von Behandlungsinstitutionen
- Stigmatisierung, soziale Ausgrenzung und Diskriminierung von Betroffenen

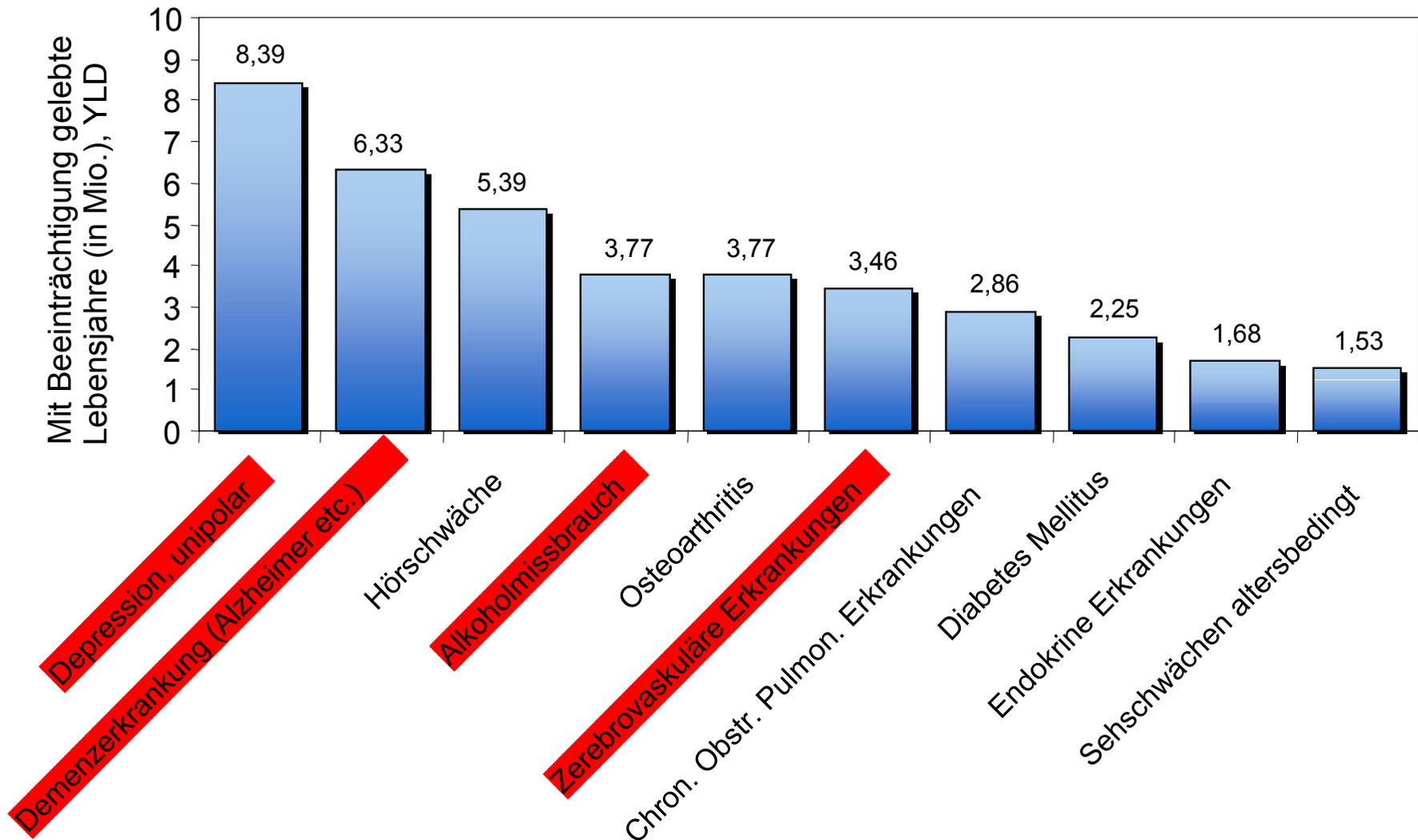
## Psychische Erkrankungen – ein bedeutendes Gesundheitsproblem

**Depression, bipolare Störung, Schizophrenie, Demenzen, Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, Sozialphobie, Panikstörung, generalisierte Angststörungen sind weit verbreitet:**

- Lebenszeitrisiko bei ca. 40%
- Prävalenz vergleichbar mit Volkskrankheiten wie Diabetes und Hypertonie
- Deutschland: Ca. 10% aller Erkrankungen sind psychische Erkrankungen = Rang 4 der häufigsten Erkrankungen.
- in den letzten 10 Jahren: drastische Zunahme als Ursache für Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung

H.-U. Wittchen , F. Jacobi: European Neuropsychopharmacology 2005;

# Krankheitsbelastung (YLD) 2001



## Niedrige Behandlungsrate psychischer Erkrankungen

psychische Störung	irgendeine Konsultation in %	Anteile der Patienten mit irgendeiner Form der Konsultation - Art der Therapie in %			
		nur Medikamente	nur Psychotherapie	Medikamente + Psychotherapie	keine
irgendeine psychische Störung	25,7	34,0	18,3	26,5	21,2
affektive Störung	36,5	37,9	13,8	33,1	15,1
Angststörung	26,1	30,8	19,6	26,5	23,2
Alkoholabusus	8,3	19,5	34,0	31,7	14,9
nur eine psychische Störung	19,6	34,3	19,4	17,2	29,1
mehr als eine Störung	40,0	33,5	17,0	37,3	12,1

## Internationale Gesundheitspolitik erkennt den Handlungsbedarf

**Bedeutung** – wachsendes gesellschaftliches Bewusstsein für die Bedeutung psychischer Gesundheit („there is no health without mental health“)

### **Meilensteine**

Europäische Ministerielle WHO-Konferenz in Helsinki 2005

Mental Health Declaration for Europe

Green-Paper

Mental Health Pact als Fazit der EU-Konferenz „Together for Mental Health and Well-Being“ in Brüssel 2008

**Gezielte Aktionen** in **5 Themenbereichen** mit hoher Priorität:

- **Prevention** of Depression and Suicide
- Youth, **Education** and Mental Health
- Mental Health and **Older People**
- Mental Health in **Workplace Settings**
- **Combating Stigma** and Social Exclusion

### Gefordert sind Aktionen zur

- **Förderung** der seelischen Gesundheit
- Optimierung der **Früherkennung**, um Betroffene frühzeitig einer Behandlung zuzuführen
- **Aufklärung** über psychische Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten , d.h. Verbesserung des Wissens über psychische Erkrankungen in der Bevölkerung
- **Destigmatisierung** psychischer Erkrankungen, der von ihnen Betroffenen und der Psychiatrie

### **WHO-Summary Report 2004:**

Prävention und Stigmatisierung sind insofern mit einander verbunden, als die verbreitete Überzeugung, dass es gegen psychische Störungen keine effektive Prävention oder Behandlung gäbe, zur Stigmatisierung psychischer Erkrankungen beiträgt. Eine effektive Prävention könnte also im Umkehrschluss viel zur Revision dieses Vorurteils beitragen.

## Konsequenzen von Stigmatisierung

### Das Stigma psychischer Erkrankungen wird auch als „zweite Krankheit“ bezeichnet, denn es ...

#### ... führt im Alltag zu ...

- Verlust von Selbstwertgefühl; Selbststigmatisierung
- Verbergen, Rückzug, Verringerung sozialer Kontakte
- erschwertem Zugang zu Arbeits- und Wohnmöglichkeiten
- verminderter Lebensqualität

#### ... hat Konsequenzen für den

#### Krankheitsverlauf, da es

- das Hilfesuchverhalten negativ beeinflusst
- den Bedarf an Rehabilitation erhöht
- zu höherer Vulnerabilität führt

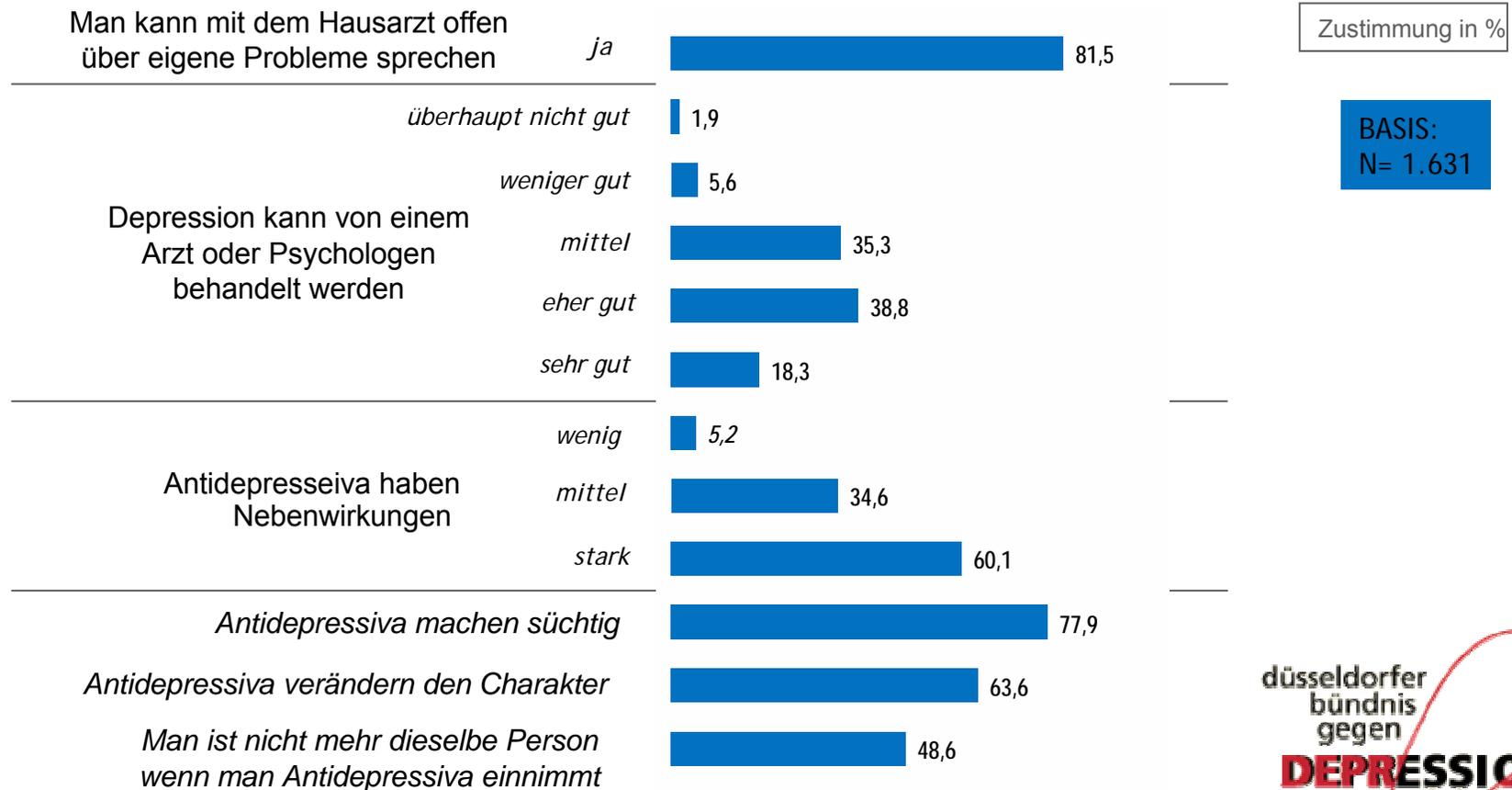
## Stigma betrifft ...

**... neben den von psychischer Erkrankung Betroffenen auch:**

- ⇒ **Angehörige (z.B. Partner, Eltern, Kinder und Geschwister)**
- ⇒ **Personen, die eng beruflich mit psychisch Erkrankten zu tun haben (z.B. Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten)**
- ⇒ **Behandlungsinstitutionen (z.B. Kliniken, Ambulanzen, Tagesstätten)**
- ⇒ **Behandlungsmethoden (z.B. Psychopharmaka)**

## Beispiele für Einstellungen der Bevölkerung

### Auffassungen über Behandlungsmöglichkeiten bei Depression



Telefonische Bevölkerungsbefragung in der Anfangsphase des  
Düsseldorfer Bündnisses gegen Depression

düsseldorfer  
bündnis  
gegen  
**DEPRESSION**

Baumann, Gaebel (2004)

# Grundlagen von Antistigma-Programmen

## Interventionen

Verminderung beobachtbarer Unterschiede, z.B. Behandlung zur Symptomreduktion

Aufklärung, Kontakt

Protest, soziale und gesetzliche Maßnahmen

## Unterschied

Wahrnehmung von Unterschieden

Entwicklung einer Einstellung gegenüber dem Unterschied

Negative Einstellung = **Stigma**

Negatives Verhalten = **Diskriminierung**

Positive Einstellung

Positives Verhalten

Corrigan PW, Penn DL (1999); WPA (1998)

# Zielgruppen von Anti-Stigma-Programmen



## Botschaften internationaler Antistigma-Programme



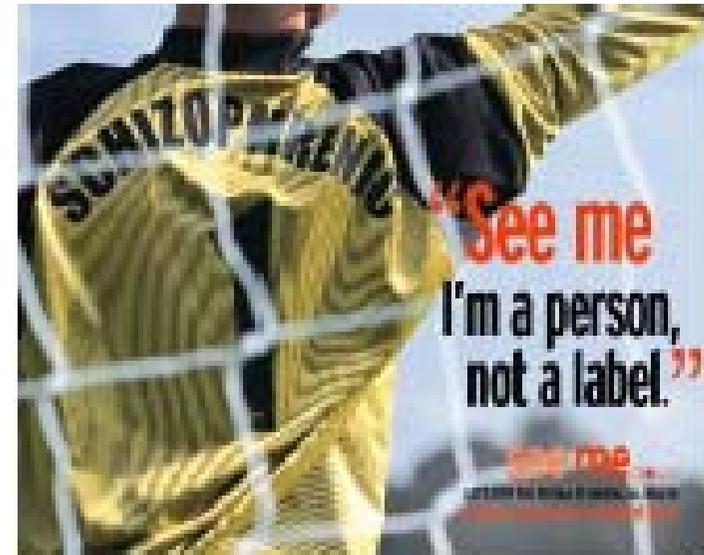
**“1 in 5 people  
have dandruff.  
1 in 4 people  
have mental  
health  
problems.  
I’ve had both.”**

You can help. Find out how  
at [www.time-to-change.org.uk](http://www.time-to-change.org.uk)

**time to change**

let's end mental health discrimination

members: [NHS](#) [Mind](#) [Rethink](#) [Mental Health Foundation](#) [MindSpace](#) [Mental Health Society](#)

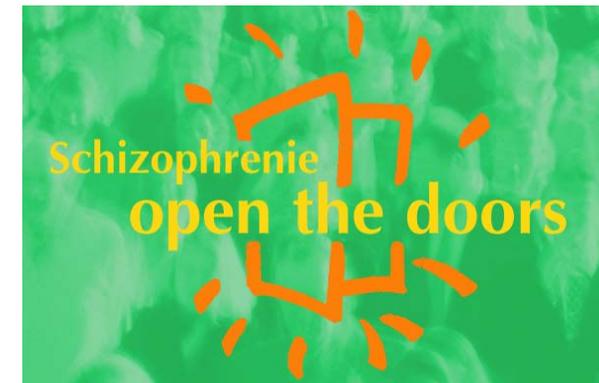


[www.seemescotland.org.uk](http://www.seemescotland.org.uk)

## Open the Doors ...

### ... WPA Global Programme Against Stigma And Discrimination Because Of Schizophrenia

- weltweit das erste, international bekannteste und verbreitetste Antistigma-Programm
- 1996 vom Weltverband für Psychiatrie initiiert
- wurde und wird in über 20 Ländern durchgeführt
- umfasst eine Vielzahl zielgruppenspezifischer Interventionen und kreativer Projekte



## Antistigma-Initiativen in Deutschland ...

### ... die z.T. aus Open the Doors entstanden

**Aktionsbündnis für Seelische Gesundheit – Bundesweite Initiative zur Förderung von seelischer Gesundheit und zum Abbau von Stigma und Diskriminierung.**

Koordination : DGPPN; Schirmherrschaft: BMG

[www.seelichegesundheit.net](http://www.seelichegesundheit.net)



Aktionsbündnis  
**Seelische Gesundheit**

**Irrsinnig-Menschlich e.V., Leipzig - Verein für Öffentlichkeitsarbeit in der Psychiatrie**  
[www.irrsinnig-menschlich.de](http://www.irrsinnig-menschlich.de)

Zielgruppen und Projekte: Schulen, Medien, Filmfestival, „Mut-Preis“

**Irre menschlich Hamburg e.V. - Verein für Öffentlichkeitsarbeit im Bereich psychische Erkrankung**  
[www.irremenschlich.de](http://www.irremenschlich.de)

Zielgruppen und Projekte: Schulen, Unternehmen, Polizei, Medien, Kunst & Kultur

**BASTA - Das Bündnis für psychisch erkrankte Menschen, München**  
[www.openthedoors.de](http://www.openthedoors.de)

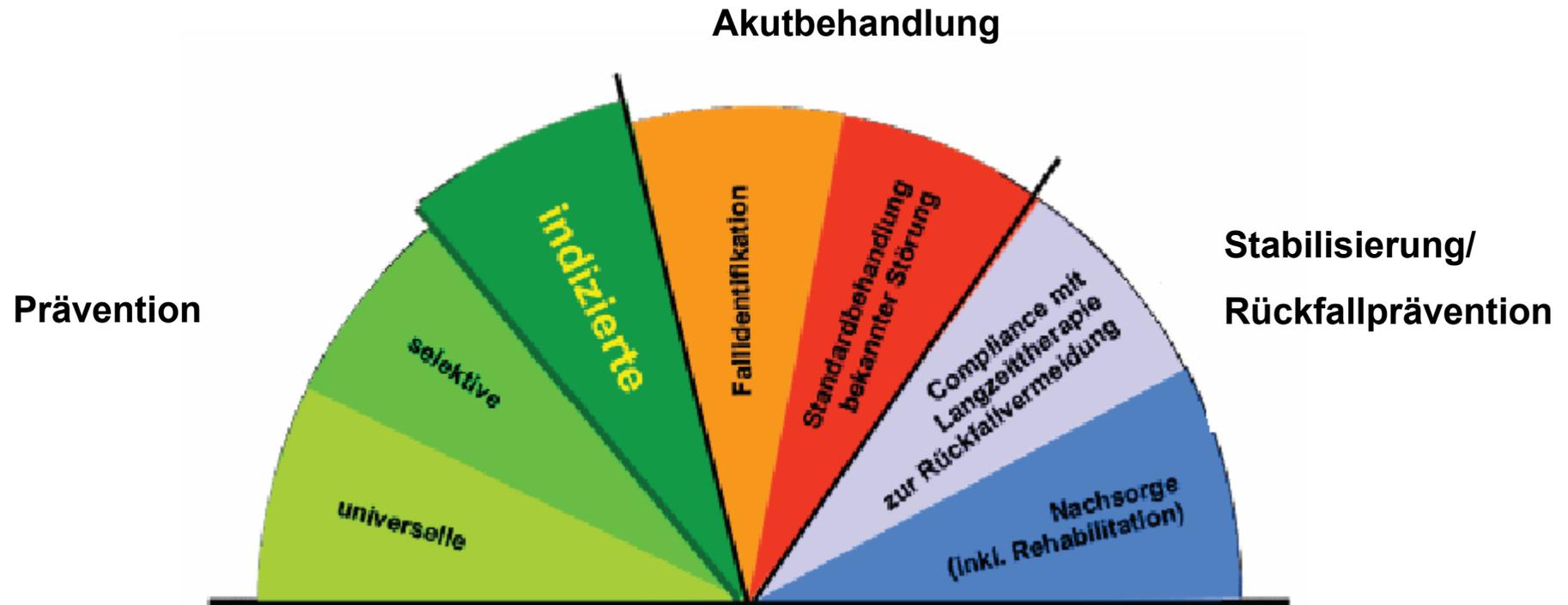
Zielgruppen und Projekte: Medien, Schulen, Polizei, SANE (internetbasiertes Stigma-Alarm Netzwerk)

### Primärprävention – Sekundärprävention – Tertiärprävention

Für die **Primärprävention** psychischer Erkrankungen ist ein differenzierter Ansatz, wie er in den 90er Jahren vom Institute of Medicine entwickelt wurde, sinnvoll:

- Der **universale** Ansatz bezieht sich auf die Allgemeinbevölkerung,
- der **selektive** auf Risikopersonen,
- der **indizierte** auf solche Personen, die schon erste Symptome aufweisen, jedoch noch keine diagnostizierbare psychische Störung nach ICD- oder DSM-Klassifikation bieten.

# Präventionsstrategien bei psychischen Störungen



(Mrazek & Haggerty, 1994)

### Zwei Metaanalysen zur Prävention psychischer Störungen:

1. 54 Studien mit 69 Programmen zur universellen, selektiven oder indizierten Prävention depressiver Störungen:
  - Die durchschnittliche Effektstärke der Präventionsprogramme betrug 0.22
  - Programme mit mehreren Komponenten inkl. Kompetenztechniken, einem längeren Interventionszeitraum, einem qualitativ guten Forschungsdesign und einem professionellen Anbieter waren effektiver
  - Ältere Menschen profitierten besonders von sozialer Unterstützung, verhaltensorientierte Methoden wirkten verschlechternd

## Evidenzbasierung von Präventionsprogrammen

### Zwei Metaanalysen zur Prävention psychischer Störungen:

2. Alle selektiven und indizierten Studien zwischen 1980 und 2002 zur selektiven und indizierten Prävention bei Depression, Angststörungen sowie posttraumatischer Belastungsstörungen und Psychosen:

Es zeigte sich eine statistisch signifikante und klinisch bedeutsame Risikoreduktion bei indizierter Prävention!

TABLE 2. Meta-Analyses of Studies Examining the Effects of Preventive Interventions on New Cases of Mental Disorders

	<i>N</i> <sub>comp</sub>	RR (95% CI)	$\chi^2$
All studies	16	0.73 (0.56–0.95)	20.30 NS
Disorder			
Depression	7	0.72 (0.54–0.96)	3.86, NS
PTSD	4	1.33 (0.75–2.37)	3.89, NS
Type of intervention			
Cognitive behavior therapy	8	0.69 (0.53–0.89)	5.73, NS
Debriefing (PTSD)	4	1.33 (0.75–2.37)	3.89, NS
Level of prevention			
Selective	11	0.81 (0.59–1.11)	13.76, NS
Indicated	5	0.58 (0.37–0.92)	4.92, NS

*N*<sub>comp</sub> = Number of comparisons.

# Indizierte Prävention von schizophrenen Psychosen



**KNS-Projekt:** Früherkennung und indizierte Prävention von Psychosen

**Projektzentren:** Köln, Bonn, Düsseldorf und München

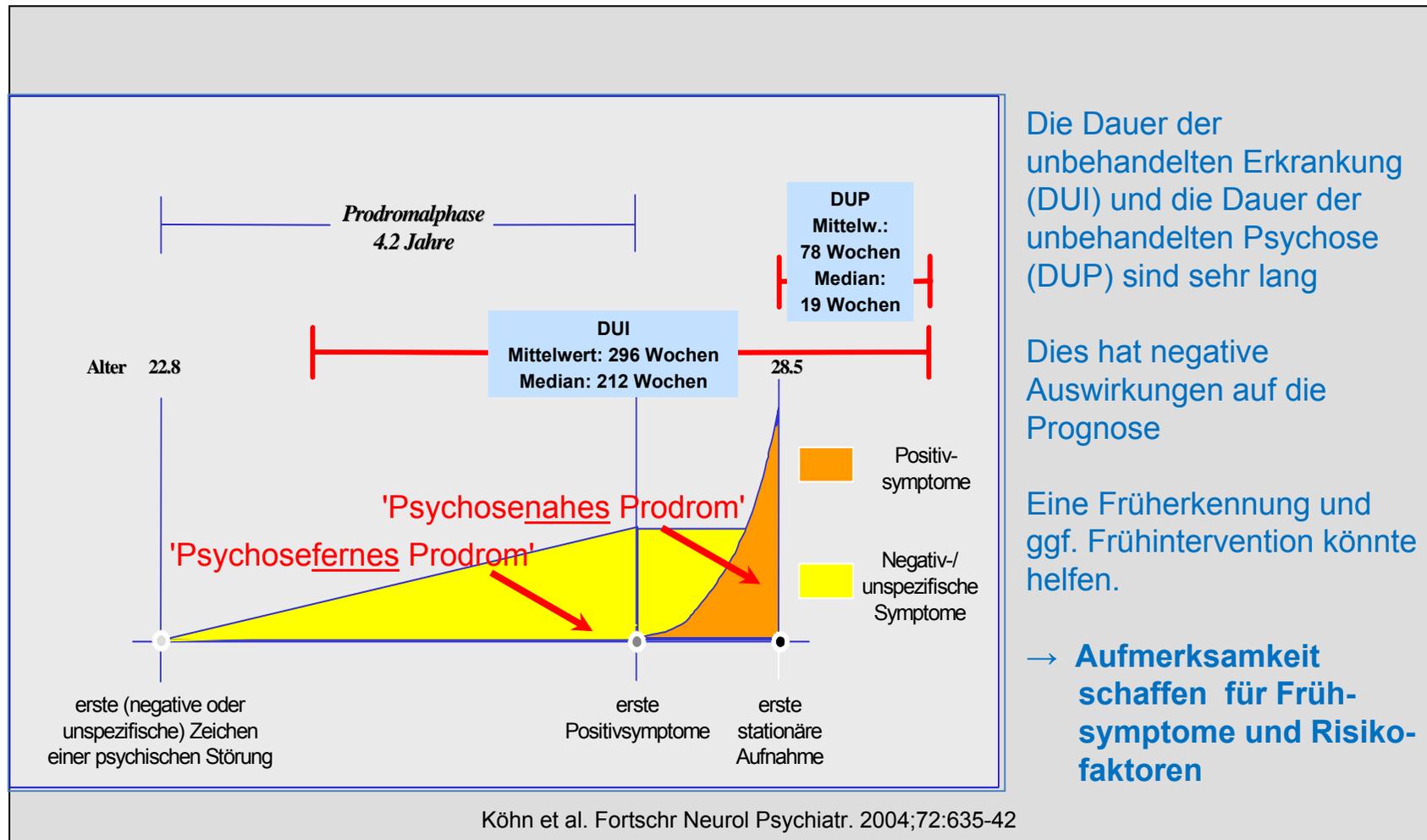
**Ziel:** Risikopersonen entsprechend der Phase des Prodromalstadiums einer

spezifischen präventiven Intervention zuzuführen

gefördert von



# Indizierte Prävention von schizophrenen Psychosen



# Indizierte Prävention von schizophrenen Psychosen

## Schizophrene Störungen

- trotz verbesserter Behandlungsbedingungen eine die soziale Integration stark belastende Erkrankung

## Prävention

- weltweit Entwicklung und Überprüfung geeigneter Präventionsstrategien in speziellen

Früherkennungszentren:

### ► selektive Prävention

- bei noch symptomfreien Dispositionsträgern derzeit nicht möglich
- keine ausreichend Vorhersagekraft heute bekannter neurobiologischer und psychosozialer Risikofaktoren

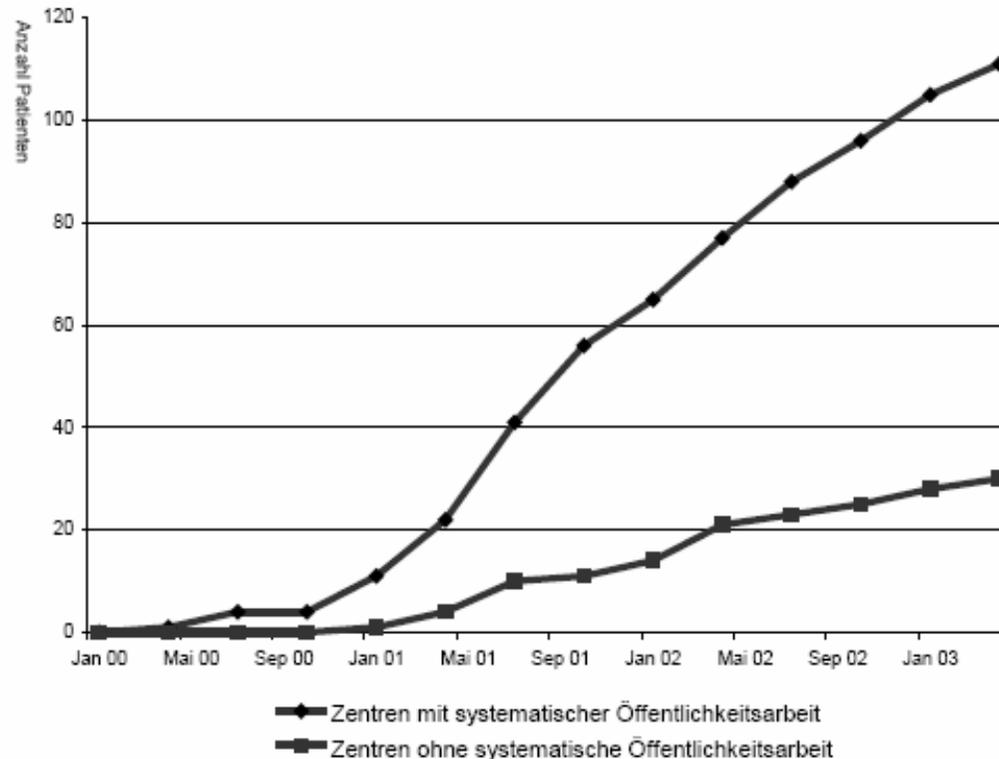
### ► indizierte Prävention

- mit kognitiver Verhaltenstherapie, atypischen Antipsychotika in Niedrigdosierung sowie neuroprotektiven Substanzen möglich
- sobald zunächst psychoseferne kognitive Risiko- und später psychosenaher Hochrisikosymptome hinzutreten

**Durch eine gezielte Frühintervention bei vorliegender Prodomalsymptomatik kann der Krankheitsausbruch (zunächst?) wirksam verhindert werden**

# Systematische Awareness-Kampagnen in der Fach-Öffentlichkeit

## Vergleich: Kontaktaufnahme mit den Früherkennungszentren



In den Zentren mit systematischer Fach-Öffentlichkeitsarbeit (Bonn und Köln) konnten hochsignifikant mehr Personen einer adäquaten Behandlung zugeführt werden, als in den Zentren ohne Öffentlichkeitsarbeit (München und Düsseldorf)

Dissertation D. Köhn, Köln

	Zentren mit systematischer Öffentlichkeitsarbeit	Zentren ohne systematische Öffentlichkeitsarbeit	gesamt	$\chi^2$	P
Jahr 2000	4	0	4	--	--
Jahr 2001	52	11	63	26,68	< 0,001
Jahr 2002	40	14	54	12,52	< 0,001
2000-2002	96	25	121	41,66	< 0,001

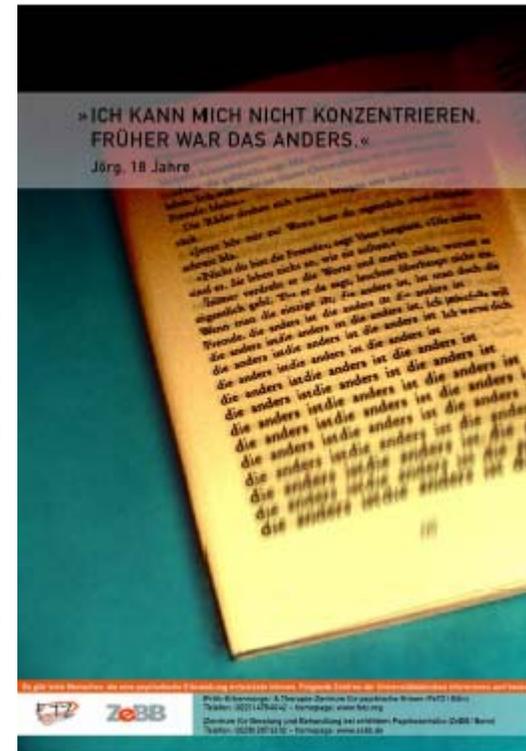
# Material von Awareness-Kampagnen



Postermotiv sozialer Rückzug und erhöhtes Misstrauen



Postermotiv wahnhafte Beziehungssetzung



Postermotiv kognitive Defizite

## Evaluation von Awareness-Kampagnen:

### 1. Zielgruppe „Fachöffentlichkeit“

- Institutionen der psychiatrischen und der Primär-Versorgung konnten hinsichtlich der Erkennung von Frühwarnzeichen psychotischer Erkrankungen sensibilisiert werden
- Der Bekanntheitsgrad von Früherkennungszentren konnten erhöht werden

### 2. Zielgruppe „Allgemeinbevölkerung“

- Das Ziel, mehr Menschen im Prodromalstadiums einer schizophrenen Psychose zu motivieren, sich an ein Früherkennungszentrum zu wenden, konnte nicht erreicht werden
- Die komplexen Botschaften der Früherkennung von Frühsymptomen und Risikofaktoren ließen sich über Plakatmotive nur unzureichend an den Empfänger vermitteln.

**Suizidalität – Modelle zur effektiven Gestaltung von  
Suizidprävention: Das Nürnberger Bündnis gegen  
Depression**



### **Nürnberger Bündnis gegen Depression**

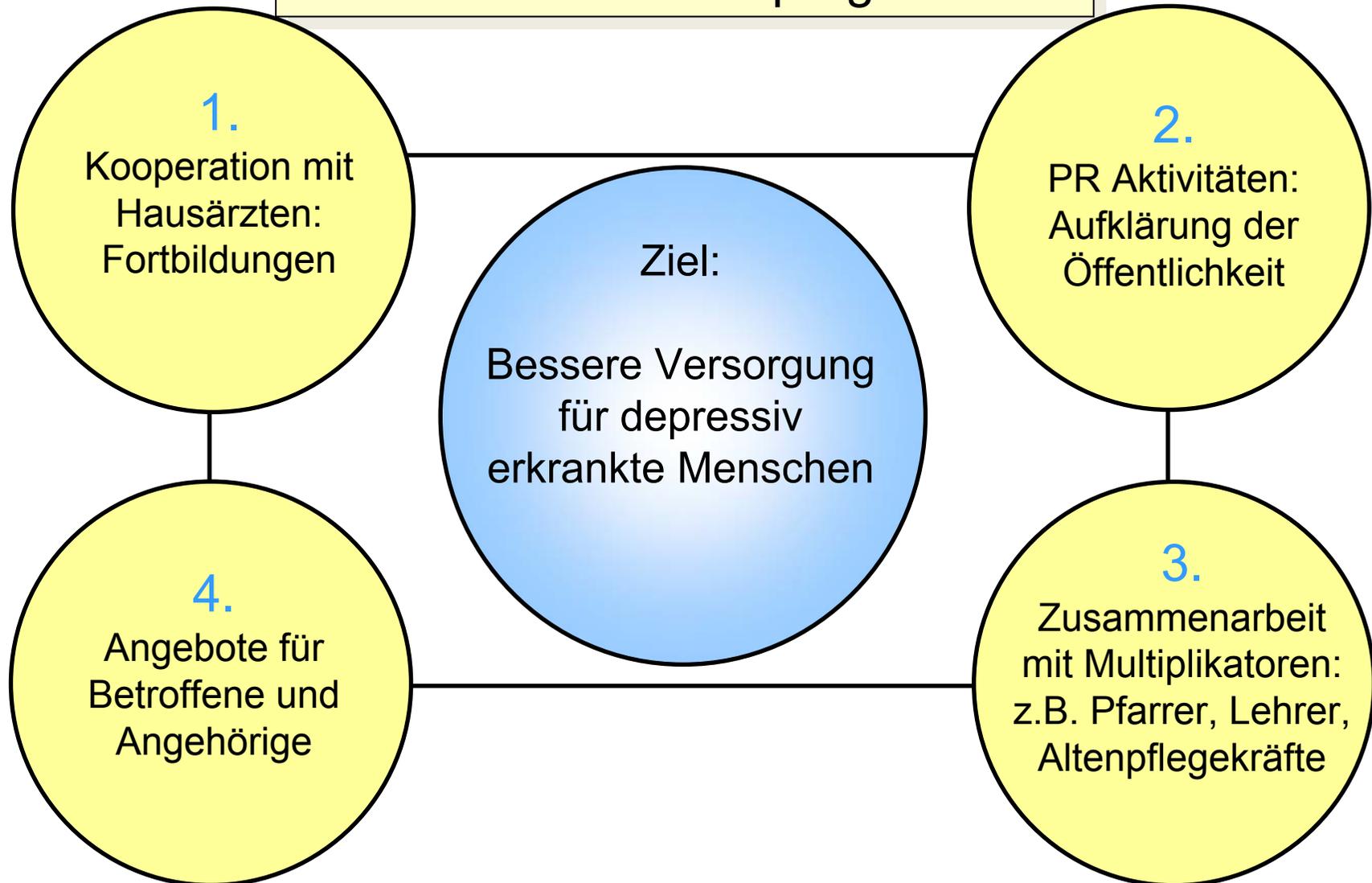
- Untersucht wurden die Auswirkungen der Zweijahresintervention auf die Anzahl der vollzogenen suizidalen Handlungen (Suizide und Suizidversuche)
- Das Projekt wurde in den Jahren 2000 und 2001 durchgeführt und evaluiert, Nachuntersuchung überdauernder Effekte 2002
- Daraus ging als Transferprojekt das Deutschen Bündnis gegen Depression hervor

### **Konzept: Auf mehreren Ebenen zum Erfolg**

- Aktionsprogramm zur Sekundärprävention
- 4 Interventionsebenen – definierte Zielgruppen
- Nutzung von Synergieeffekten der Kommunikation

# Aktionsprogramm des Deutschen Bündnisses gegen Depression

## 4-Ebenen-Aktionsprogramm



## Aktionsprogramm zur Suizid-Prävention

### Das Konzept umfasste:

- Kooperation mit Hausärzten zur Verbesserung der Diagnose
- PR-Aktivitäten/-materialien zur Aufklärung der Öffentlichkeit und zur Enttabuisierung der Thematik
- Zusammenarbeit mit Multiplikatoren (u.a. mit Journalisten für eine sensiblere Berichterstattung über Suizide)
- Angebote für Betroffene und Angehörige (u.a. Hotline für den Kontakt nach einem Suizidversuch)

### Evaluation:

- Im Interventionszeitraum von 2 Jahren:
  - Rückgang der suizidalen Handlungen um mehr als 20% im Vergleich zur Kontrollregion in Würzburg
  - Veränderung der öffentliche Wahrnehmung der Depressionsthematik
- Nacherhebung anhand von repräsentativen Stichproben: keine weitere Verbesserung

## Aktionsprogramm gegen Depression – auch ein Konzept für

### Ein Erfolgskonzept setzt sich durch:

- Distribution des Aktionsprogramms über das Deutsche Bündnis gegen Depression in Leipzig
- Gründung von regionalen Bündnissen: **Düsseldorf – auf Initiative von Dr. Arnold Schüller – im April 2005**
- Förderung und Begleitung durch die ÄKNO über die Gründungsphase hinaus
- Zahlreiche Aktivitäten des Düsseldorfer Bündnisses
  - Fortbildung von Ärzten und Pflegekräften
  - Patienteninformationstage
  - Aktionen zum Welt-Suizid-Präventionstag (z.B. 2009 Schulung von Beratungspersonen in Krisendiensten)
  - Journalisten-Workshop zur Sensibilisierung der Journalisten für eine verantwortungsvolle Berichterstattung bei Suiziden

## Aktionswoche GRENZen erLEBEN

**Aktuell: Initiierung einer Aktionswoche rund um die Erlebnisausstellung „GRENZen erLEBEN“, vom 17.- 20.2. 2010 in den Räumen der VHS**

### **GRENZen erLEBEN**

- ist ein Kooperationsprojekt aller Anbieter im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem der Stadt
- verfolgt mit der Erlebnisausstellung ein innovatives Konzept zur Destigmatisierung und Aufklärung
- verbindet sinnliche Erfahrung von Krankheitsphänomenen mit Vorträgen und Kulturangeboten
- macht mit einem Markt der Möglichkeiten das Versorgungssystem transparent

**Auch damit leistet das Düsseldorfer Bündnis einen wichtigen Beitrag für die Versorgungslandschaft und fördert die Vernetzung der Anbieter**

düsseldorfer  
bündnis  
gegen  
**DEPRESSION**



Depression hat viele Gesichter.

Düsseldorfer Bündnis gegen Depression

Betroffene

Ärzte

Presse

Intern

### Düsseldorfer Bündnis gegen Depression

- [Ziele und Aufgaben](#)
- [Projektpartner](#)
- [Aktuelles](#)
- [Was bereits lief](#)

Sie sind hier: [Home](#) > Düsseldorfer Bündnis gegen Depression

## Düsseldorfer Bündnis gegen Depression

Das Düsseldorfer Bündnis gegen Depression ist eine Gemeinschaftskampagne von zurzeit 30 Institutionen und Organisationen in Düsseldorf. Unter der Schirmherrschaft des Düsseldorfer Oberbürgermeisters Dirk Elbers tritt das Bündnis gegen Depression mit dem Ziel an, die Öffentlichkeit über das Krankheitsbild aufzuklären und die Versorgung und Betreuung depressiver Menschen zu verbessern.

Das Düsseldorfer Bündnis arbeitet auf der Grundlage des nationalen Bündnisses gegen Depression und in Kooperation mit dem Kompetenznetz Depression, Suizidalität.

### Förderverein Düsseldorfer Bündnis gegen Depression e.V.

Mit der Gründung des als gemeinnützig anerkannten Fördervereins gleichen Namens wurde eine Möglichkeit geschaffen, die Ziele und Projektes zukünftig besser unterstützen zu können.

»mehr

### Schattendasein und Lichtblicke - Über den Umgang mit Depression im Alter

In Zusammenarbeit mit den Kirchen und ihren Wohlfahrtsverbänden als Partner des Düsseldorfer Bündnisses fand am 17.6.2009 eine Fortbildung für Seniorenbegleiter und Gemeindefereferenten statt.

## Kammersymposium zu Ehren von Dr. Arnold Schüller

**Herrn Dr. Schüller  
gebührt Dank für seine Initiative und sein  
Engagement!**

**Ihnen allen vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

# Indizierte Prävention von schizophrenen Psychosen

Studie	Einschlusskriterien: Frühe Risiko- und Hochrisikokriterien	Übergangskriterien	Stichprobe (n)	Design	Experimentalbedingung	Kontrollbedingung	Katamnese (seit Einschluss)	Ergebnisse
McGorry et al. (17)	APS <sup>1</sup> und/oder BLIPS <sup>2</sup> und/oder Reduktion des sozialen Funktionsniveaus und Verwandte Ersten Grades mit Schizophrenie oder Indeperson hat Diagnose schizoide Persönlichkeitsstörung	Mehr als eine Woche durchgehend Positiv-Symptomatik	59	Randomisierte, kontrollierte, nicht geblindete Studie	6 Monate Einzel-KVT und Risperidon (durchschnittliche Dosierung 1,3 mg/Tag)	6 Monate supportive psychosoziale Intervention	12 Monate	Verbesserung der Symptome und der sozialen Anpassung in beiden Bedingungen; signifikante Reduktion der Übergangsraten in Exp.-Bedingung nach 6 Monaten bei Intention-to-treat-Analyse (6 Monate: Exp.: 10 % vs. Kontr.: 36 %; p = 0,026; 12 Monate: Exp.: 20 % vs. Kontr.: 36 %; p = 0,24) und nach 12 Monaten bei per-Protokoll-Analyse (Exp.: 7 % vs. Kontr.: 36 %; p = 0,017) (NNT = 4)
Morrison et al. (18)	APS <sup>1</sup> und/oder BLIPS <sup>2</sup> und/oder Reduktion des sozialen Funktionsniveaus und Verwandte Ersten Grades mit Schizophrenie oder Indeperson hat Diagnose schizoide Persönlichkeitsstörung	Mehr als eine Woche durchgehend Positiv-Symptomatik	58	Randomisierte, kontrollierte Studie	6 Monate Einzel-KVT	6 Monate Monitoring	12 Monate	Signifikante Verbesserung der Positiv-Symptomatik in der KVT; Bedingung verglichen mit Monitoring; Verbesserung der sozialen Anpassung in beiden Bedingungen; signifikante Reduktion der Übergangsraten nach 12 Monaten (Exp.: 6 % vs. Kontr.: 22 %; p = 0,028)
McGlashan et al. (19)	APS (modifiziert) <sup>1</sup> und/oder BLIPS (modifiziert) <sup>2</sup> und/oder Reduktion des sozialen Funktionsniveaus und Verwandte Ersten Grades mit Schizophrenie oder Indeperson hat Diagnose schizoide Persönlichkeitsstörung	4 Wochen durchgehende Positiv-Symptomatik, desorganisiertes oder selbst-/fremdgefährdendes Verhalten	60	Randomisierte, placebo-kontrollierte, doppel-blind Studie	12 Monate Olanzapin (5–15 mg/Tag), supportiv-psychoedukative Einzel- und Familienintervention	12 Monate Placebo, supportiv-psychoedukative Einzel- und Familienintervention	24 Monate	12-Monatsergebnisse: Verbesserung der Positiv-, Negativ- und Allgemein-Psychopathologie signifikant größer in Olanzapin- als in Placebo-Gruppe; statistische Tendenz bei Reduktion der Übergangsraten nach 12 Monaten (Exp.: 16 % vs. Kontr.: 38 %; p = 0,08); unerwünschte Wirkungen: Gewichtszunahme, Tachykardie
Häfner et al. (20); Bechdolf et al. (21)	Psychoseprädispositive Basissymptome und/oder Reduktion des sozialen Funktionsniveaus bei genetischen und/oder obstetrischen Risikofaktoren	APS <sup>1</sup> und/oder BLIPS <sup>2</sup> und/oder mehr als eine Woche durchgehend Positivsymptome	128	Randomisierte, kontrollierte Studie	12 Monate Einzel-KVT, Gruppen-KVT, Kognitives Training, Psychoedukation bei Angehörigen	12 Monate supportive Einzelbehandlung	24 Monate	Zwischenauswertung: signifikante Verbesserung der Prodromalsymptome und des sozialen Funktionsniveaus im prä-post-Vergleich; große Effektstärken (d = 1,85–3,80) in Pilot-Exp.-Sample (n = 12); nach 12 Monaten; Übergangsraten: Exp.: 5 %, Kontr.: 15 % (p = 0,008) in Subsample (n = 126) mit heterogenen Beobachtungsdauern (NNT = 8)
Häfner et al. (20); Ruhrmann et al. (22)	APS <sup>1</sup> und/oder BLIPS <sup>2</sup>	mehr als eine Woche durchgehend Positivsymptome	124	Randomisierte, kontrollierte offene Studie	24 Monate Aripiprazid (50–800 mg/Tag), supportiv-psychoedukative Einzel- und Familienpsychoedukation	24 Monate supportiv psychosoziale Einzel- und Familienpsychoedukation	24 Monate	Zwischenauswertung: signifikante Verbesserung der Prodromalsymptome und des sozialen Funktionsniveaus im prä-post-Vergleich nach 6 und 12 Monaten; nach 6 Monaten Übergangsraten: Exp.: 5 %, Kontr.: 21 % (p = 0,019) in Subsample (n = 102)

**Prospektive, randomisierte, kontrollierte Präventionsstudien bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko**