

Anhang

Anhang 1:

Graphische Darstellung des Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modells (1-A)
und seiner therapeutischen Implikationen (1-B)

Anhang 2:

Empfehlenswerte Literatur für Betroffene und Angehörige

Anhang 3:

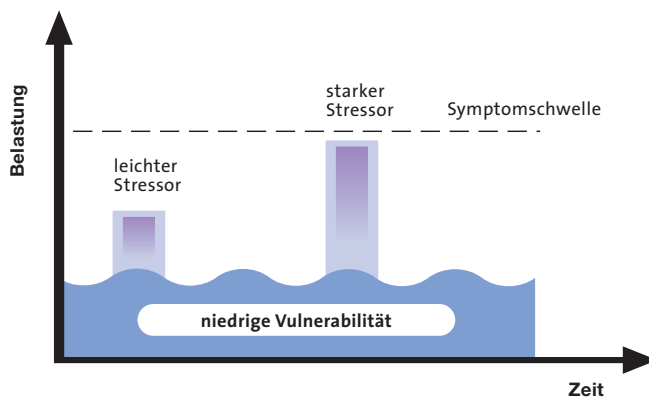
Tabelle von annähernd äquivalenten Dosen häufig verwendeter klassischer Neuroleptika nach chemischen Klassen geordnet

Anhang 1-A

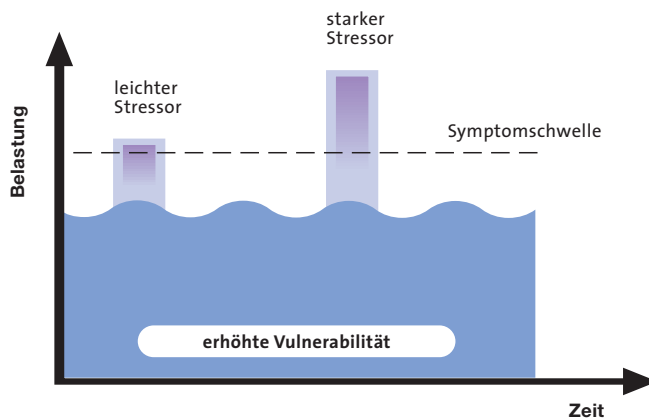
Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell: Das Zusammenspiel von Vulnerabilität und Stressoren beim Auftreten seelischer Beschwerden („Symptome“)

Stressor = die äußere Belastung Stress = der daraus folgende innere Spannungszustand

a. Normale (niedrige) Vulnerabilität: Auch ein relativ starker Stressor führt *nicht* zum Überschreiten der Symptomschwelle → keine Symptome



b. Erhöhte Vulnerabilität: Schon ein relativ geringfügiger Stressor führt zum Überschreiten der Symptomschwelle → Symptome



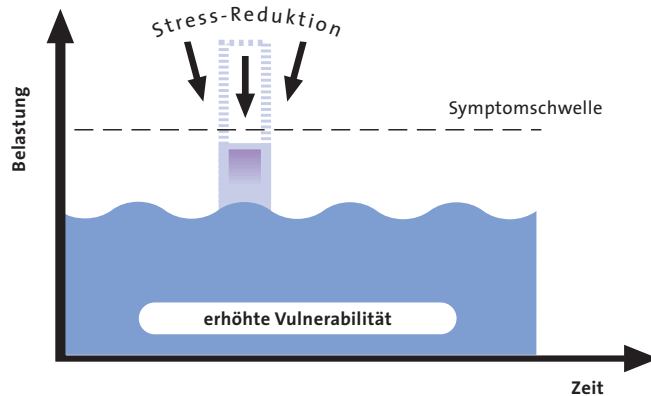
Anhang 1-B

Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell: Verhindern des neuerlichen Auftretens von Symptomen („Rückfall“) durch Stress-Reduktion und durch Verringerung der Vulnerabilität

Stressor = die äußere Belastung Stress = der daraus folgende innere Spannungszustand

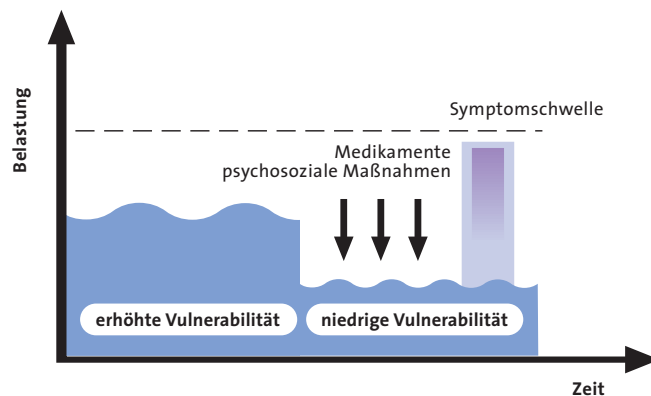
a. Stress-Reduktion: Durch Stress-Reduktion wird auch bei erhöhter Vulnerabilität die Symptomschwelle nicht überschritten.

Stress-Reduktion ist möglich durch Vermeidung oder Eliminierung von Stressoren, durch Stressbewältigungstechniken, soziale Unterstützung und Medikamente.



b. Vulnerabilitäts-Verringerung: Nach Verringerung der Vulnerabilität wird auch durch einen starken Stressor die Symptomschwelle nicht überschritten.

Verringerung der Vulnerabilität ist möglich durch Medikamente, Psychotherapie und soziotherapeutische Maßnahmen (z.B. Tagesstruktur)



Anhang 2

Empfehlenswerte Literatur für Betroffene und Angehörige

Bäumli, J. (Hrsg.) **Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis.**
Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige.
Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1994

Beitler, H., Beitler, H. **Psychose und Partnerschaft.**
Psychiatrie-Verlag, Bonn 2000

Bock, T., Buck, D., Esterer, I. **Es ist normal, verschieden zu sein.**
Psychose-Seminare & Hilfen zum Dialog. Arbeitshilfe 10.
Psychiatrie-Verlag, Bonn 2000

Bundesverband der Angehörigen Psychisch Kranker (Hrsg.)
Mit psychisch Kranken leben. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2001

Dörner, K., Egetmeyer, A., Koenning, K. (Hg.) **Freispruch der Familie.**
Wie Angehörige psychiatrischer Patienten sich in Gruppen von Not und
Einsamkeit, von Schuld und Last freisprechen. Ratschlag!,
Psychiatrie-Verlag, Bonn 1997

Finzen, A. **Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen.**
Einführung in die Therapie mit Psychopharmaka.
Psychiatrie-Verlag, Bonn 2001

Finzen, A. **Psychose und Stigma.**
Stigmabewältigung – zum Umgang mit Vorurteilen und
Schulduweisung. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2000

Finzen, A. **Schizophrenie – die Krankheit verstehen.**
Psychiatrie-Verlag, Bonn 2000

Katschnig, H. (Hrsg.) **Die andere Seite der Schizophrenie. Patienten zu
Hause.** 4. Auflage. Psychiatrie-Verlag, Bonn (in Vorbereitung)

Knuf, A., Gartelmann, A. **Bevor die Stimmen wiederkommen.**
Vorsorge und Selbsthilfe bei psychischen Krisen.
Psychiatrie-Verlag, Bonn 2000

Stark, F.M., Brehmer, F., Esterer, I. **Ich bin doch nicht verrückt.**
Erste Konfrontation mit psychischer Krise und Erkrankung.
Psychiatrie-Verlag, Bonn 2000

Anhang 3

Annähernd äquivalente Dosen häufig verwendeter klassischer Neuroleptika nach chemischen Klassen geordnet

Substanz		annähernd äquivalente Dosis (mg)
Phenothiazine		
Aliphatische	Chlorpromazin	100
	Triflupromazin	30
Piperidine	Mesoridazin	50
	Thioridazin	90-100
Piperazine	Acetophenazin	15
	Perphenazin	8
	Trifluoperazin	3-5
	Fluphenazin	2
Thioxanthene		
Aliphatische	Chlorprothixen	75
Piperazine	Thiothixen	3-5
	Clopenthixol	10-30
	Flupentixol	1-3
Dibenzazepine		
	Loxapin	10-15
Butyrophenone		
	Haloperidol	2-3
	Droperidol	1-2
Diphenylbutylpiperidine		
	Penfluridol	2 (1 wöchentl. Dosis)
	Pimozid	1-2
Indolderivate		
	Molindon	8-10
Rauwolfia		
	Reserpin	3-5

Die angegebenen Werte sind aus verschiedenen Quellen gewonnene Durchschnittswerte. Sie sind nur eine ungefähre Richtlinie, die Dosierung für jeden einzelnen Patienten muß aufgrund des klinischen Ansprechens individuell festgelegt werden. Der Wechsel von einer hohen Dosis eines Präparates auf ein chemisch unterschiedliches sollte stufenweise über mehrere Tage erfolgen, um die Gefahr von Nebenwirkungen durch das neue Medikament herabzusetzen. Die angegebenen Äquivalenzdosen sind keine therapeutischen Dosen (diese liegen im allgemeinen um ein Vielfaches höher).

Modifiziert nach: Baldesserini RJ, Fleischhacker WW, Sperk G.: Pharmakotherapie in der Psychiatrie. Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York 1991.