

Parkinson

COMT-Hemmer optimiert Levodopa-Therapie	Symp.	15
Parkinson-Risiko nicht nur bei Boxern erhöht	Neurology	15
Erst Phobien, dann Morbus Parkinson?	Mov Disord	15
Frühdiagnose durch Riechtest bei idiopathischem Parkinson-Syndrom	Akt Neurol	15

76. DGN-Kongress

Aktuelles aus der Neurologie		16
------------------------------	--	----

Schmerz

Q10 beugt Migräne-Attacken vor	Symp.	17
Migräne-Screening mit drei Kernfragen	Neurology	17
Thunderclap-Kopfschmerz: Benigne Form ist Ausschlussdiagnose	Akt Neurol	17
Mit Pestwurz weniger Migräne-Attacken bei Kindern	Symp.	18
Patienten mit Cluster-Kopfschmerz haben häufig ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	Cephalalgia	18
Frühsymptome: Wie vorhersagbar ist Migräne?	Neurology	18
Ergotamin-Patienten auf Triptane umstellen	Symp.	20
Chronischer Kopfschmerz ist Apoplex-Risikofaktor für Männer	Arch Intern Med	20
Migräne-Patienten – ihr Umfeld leidet mit	Cephalalgia	20
Chronischer Schmerz: Studien zum Einsatz von Cannabis nötig	Pain	20

Schlaf

Bringt Melatonin bei primärer Insomnie den Schlaf zurück?	J Psychiatry Neurosci	21
Kinder häufig unbemerkt betroffen: gestörte Atmung zur Nacht	J Pediatr	21
Schlafstörungen senken gesundheitsbezogene Lebensqualität	Am J Geriatr Psychiatry	21

Varia

Neue Diagnose: posttraumatische Verbitterungsstörung	Psychother Psychosom	22
Chorea Huntington bald therapierbar? PolyQ-Aggregationshemmer durchbricht Pathomechanismus	Lancet	22
Offene Spina bifida: langfristige Verlaufsbeobachtung	BMJ	22
Nur introvertiert oder schon autistisch?	Arch Gen Psychiatry	23
Neue Partydroge GHB: statt Ekstase Tiefschlaf durch „liquid ecstasy“	Internist	23
Impressum		18

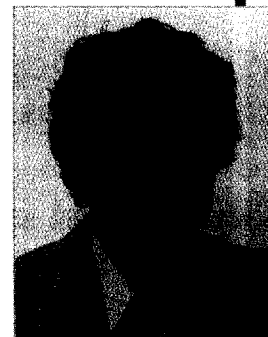
Was bedeuten die Symbole?

- | | |
|--------------------------------|--|
| A Anwendungsbeobachtung | M Metaanalyse |
| C Fall-Kontroll-Studie | R Randomisiert-kontrollierte Studie |
| F Fallbericht | S Sonstige Studienarten |
| K Kohortenstudie | U Übersicht |

Editorial

Affektives Durcheinander

Es bedeutet nicht, die Erfolge der modernen antidepressiven Therapie in Frage zu stellen, wenn man auf die Schwierigkeit verweist, einen Erfolg zu definieren (siehe S 3). Die Probleme beim Umgang mit den affektiven Störungen sind sogar noch erheblich tiefgreifender, wie Edward Shorter et al. kürzlich aufzeigten (BMJ 327, 2003, 158-160).



Als 1980 das Diagnosesystem DSM-III formuliert wurde, errichtete man eine „firewall“ zwischen Depression und Angst – obwohl im wirklichen Leben diese beiden Störungen fast immer in variierender Mischung vorkommen. Manche Kritiker gehen noch weiter und verweisen darauf, dass das Konzept der Major Depression unbrauchbar sei, weil es sich um einen sehr heterogenen Komplex von Störungen handle; andererseits halten sie wenig von der Aufteilung der Angst in Panik, soziale Angststörung usw.

Die strikte Trennung Depression vs. Angst wird nicht nur von Psychiatern zunehmend als Handikap empfunden; sie hat sogar die Fortschritte bei der Entwicklung neuer Medikamente verlangsamt: weil die Pharmakologen gehalten sind, Mittel gegen die eine oder die andere (Non-) Entität vorzulegen. Die BMJ-Autoren rufen dazu auf, diese Krankheitsgruppe nicht weiter in Salamischeiben zu zerschneiden ... Das wird ein natürliches Ende haben, wenn man die neurobiochemischen Ursachen exakt benennen kann.

Dr. med. Wilfried Ehnert