

Hang zum Katastrophisieren entgegenwirken	Pain	22
MS: Methylprednisolon bessert		
Überleitungsdefizit	J Neurol Neurosurg Psychiatry	22
Parkinson-Syndrom		
STN-Stimulation dämpft überaktive Blase	Mov Dis	24
Welche Symptome verringern die Lebensqualität?	Eur Neurol	24
Motorische und depressive Symptome sprechen an		24
State of the art		
CME: Update der RLS-Leitlinie	Am J Med	25
Schizophrenie		
Valide Kriterien für die Remission	Int Clin Psychopharmacol	26
Atypikum in Depotform auch in der Frühphase		26
CBT bei Psychosen mit Suchtproblematik?	Brit J Psychiatry	28
Hirnvolumen-Defizite bei Verwandten?	Arch Gen Psychiatry	28
Atypikum bessert Kognition	Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci	28
Psychosen in der Bevölkerung	Arch Gen Psychiatry	30
Effektive Therapie mit innovativem Atypikum		30
Schmerz		
Epidurale Steroide bei Rückenschmerz	Pain Med	32
CME: Risikofaktoren für Opioidmissbrauch	BMC Psychiatry	32
Sucht		
CME: Methadon auch zur Überbrückung?	Drug Alcohol Depend	33
Raucherentwöhnung bei Älteren erfolgreich	Addiction	33
Kongress		
20. ECNP-Kongress		34
Vaskuläre Erkrankungen		
Nimmt das Krankheitswissen zu?	Acta Neurol Scand	36
Zeichen für erhöhtes Apoplex-Risiko	Stroke	36
Fixe Kombination ist ASS überlegen		36
Varia		
Komorbidität bei Myoklonus-Dystonie	Neurology	37
Gehäuft Atemwegsinfekte bei OSAS?	Am J Respir Crit Care Med	37
Therapie der Spastik ohne Sedierung		37
Med-Infos		38
@ SITE-SEEING SCHIZOPHRENIE im Internet		14
FORSCHUNG & ENTWICKLUNG		22
IM FOKUS: Ausgewählte Studien für ausgewählte Leser		26
STENO		30
Impressum		20

WAS BEDEUTEN DIE SYMBOLE?

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

Erhöhte Mortalität nach Herzinfarkt?

Unter 100 Herzinfarkt-Patienten zeigten 15 eine Major Depression, 35 wiesen eine leichte bis mäßige depressive Symptomatik auf. Das 24-h-EKG ergab bei den Depressiven eine geringere Herzratenvariabilität (HRV) und eine höhere Herzfrequenz. Leichte bis mäßige depressive Symptome gingen zudem mit einer geringeren HRV einher.

Zwischen Depression und Gesamtsterblichkeit nach 60 Monaten bestand eine signifikante Beziehung, nicht jedoch

für Reinfarkte oder die Revascularisierung. In der einfachen Regressionsanalyse stellte die HRV einen Prädiktor der Mortalität dar, im multiplen Regressionsmodell beeinflusste sie aber die Korrelation zwischen Depression und Mortalität nicht. Offensichtlich müssen noch andere Mechanismen am Werke sein.

□ Drago S et al.: Depression in patients with acute myocardial infarction: influence on autonomic nervous system and prognostic role. Results of a five-year follow-up study. *Int J Cardiol* 115 (2007) 46-51
✖ Bestellnr. der Originalarbeit 071608

Akutbehandlung der Major Depression Hochselektiver SSRI vs. SNRI

In einer doppelblinden Vergleichsstudie wurden die Therapieeffekte bei Patienten mit akuter depressiver Episode untersucht, die mit dem hochselektiven SSRI Escitalopram oder dem auf das serotonerge und noradrenerge Transmittersystem wirkenden SNRI Duloxetine behandelt wurden.

Die US-amerikanischen Psychiater randomisierten 278 Patienten mit mittelschwerer bis schwerer akuter Major Depression nach einer Placebo-Run-in-Phase zu einer achtwöchigen

doppelblinden Therapie mit Escitalopram (10 bis 20 mg/d) oder Duloxetine (60 mg/d).

Unter Escitalopram schloss ein signifikant größerer Anteil der Patienten die Studie regulär ab (86,9% vs. 69,2%, $p < 0,01$). Zudem hatten sich die Werte der Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) – initial 31,0 bzw. 31,6 Punkte – nach den acht Wochen im Durchschnitt unter dem SSRI stärker gebessert als unter der Duloxetine-Therapie: Der Unterschied in diesem prospektiv definierten, primären Studienparameter von -2,42 war in der LOCF-Analyse signifikant ($p < 0,05$), ähnliches zeigte der Vergleich der HAMD₁₇-Scores. In den Analysen der „Observed cases“ (OC) wurde die Signifikanz verfehlt. Die HAMD-

Subskalenwerte für Schlafstörungen fielen ebenfalls zugunsten des SSRI aus, während sich verschiedene somatische Symptome nach HAMD in einer Post-hoc-Analyse unter beiden Antidepressiva vergleichbar stark besserten.

Außerdem beendeten unter Escitalopram signifikant weniger Patienten die Therapie aufgrund unerwünschter Ereignisse als unter dem SNRI (2% vs. 13%, $p < 0,01$). Entgegen der Ansicht, das dual wirkende Antidepressiv wirksamer seien als SSRI kommen die Autoren zu dem Schluss, dass Escitalopram „mindestens so wirksam“ wie Duloxetine ist – und besser vertragen wird. Der hochselektive SSRI ist zugelassen in den Indikationen Depression, generalisierte Angst, Panikstörung, soziale Phobie und Zwangserkrankung. (JL)

Escitalopram: CipraleX®
□ Khan A et al.: Double-blind comparison of escitalopram and duloxetine in the acute treatment of major depressive disorder. *Clin Drug Investig* 27 (2007) 481-492
✖ Bestellnummer der Originalarbeit 072797