

Angst, Depression, Suizidalität im Lockdown – alles halb so wild?

Die seelischen Belastungen der COVID-19 Pandemie und der Lockdown-Maßnahmen sind in aller Munde. In manchen Medien wird vor einer Welle psychischer Erkrankungen gewarnt. Erste groß angelegte Studien geben aber bis zu einem gewissen Grad Entwarnung.

Die Forschenden um Prof. Dr. Daisy Fancourt, University College London, begannen bereits im März mit einer prospektiven longitudinalen Beobachtungsstudie, bei der Daten aus der populationsbasierten UCL COVID-19 Social Study analysiert wurden. Angstsymptome wurden von den Studienteilnehmenden wöchentlich anhand des Generalised Anxiety Disorder Assessments erhoben, depressive Symptome mit dem Patient Health Questionnaire. Es wurden Daten

von Erwachsenen erfasst, die sich im Beobachtungszeitraum von März bis August 2020 mindestens dreimal an der Befragung beteiligt hatten – insgesamt konnten 36.520 von den mehr als 70.000 Teilnehmenden für die aktuelle Auswertung eingeschlossen werden. Der Beobachtungszeitraum begann mit dem Lockdown in Großbritannien am 23. März 2020. Während der 20-wöchigen Beobachtungsphase kam es schrittweise zu Lockerungen der Maßnahmen.

Zu Beginn der Studie zeigten sich erhöhte Angst- und Depressionssymptome. Deutlich höhere Symptombelastungen ergaben sich insbesondere bei jüngeren Frauen, Menschen mit geringem Bildungsniveau beziehungsweise niedrigerem Einkommen, Alleinlebenden, Alleinerziehenden und Personen mit vorbestehenden psychischen Erkrankungen. Über den Beobachtungszeitraum nahmen die Symptome im Schnitt ab, wobei der schnellste Rückgang während der striktesten Lockdown-Maßnahmen (Woche 2–5) verzeichnet wurde. In den letzten Wochen der Studie (Woche 16–20), in der es auch zu weiteren Lockerungen kam, blieben die Symptome dann auf gleichem Niveau.

Die anfänglich stark ausgeprägten Unterschiede zwischen den genannten Gruppen wurden mit der Zeit geringer, das heißt, dass bei den entsprechenden

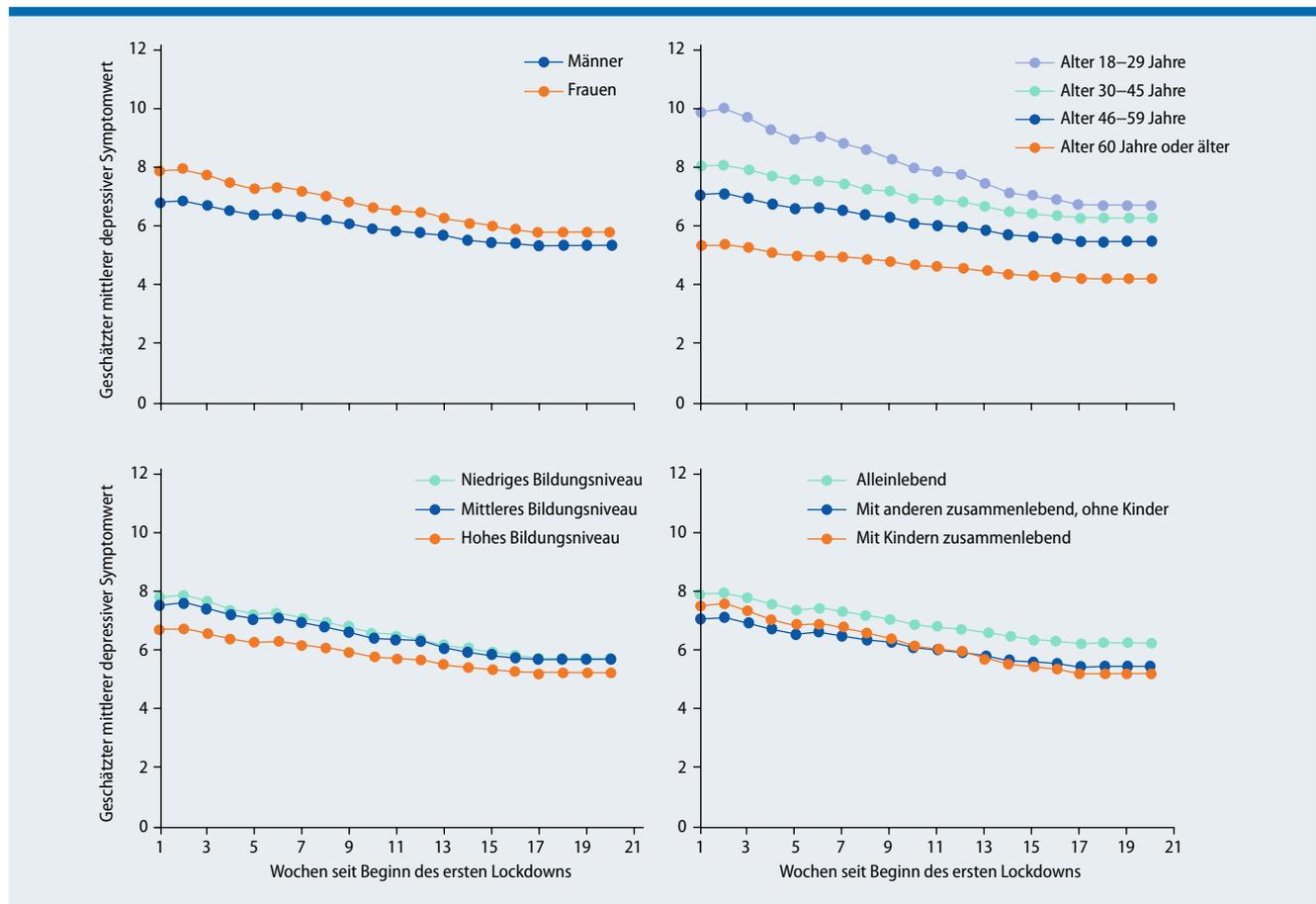


Abb. 1: Prognostizierte Wachstumspfade der mittleren depressiven Symptomwerte, gruppiert nach individuellen Merkmalen (mod. nach Fancourt et al. Lancet Psych 2021;8:141–9)

Risikogruppen die Symptomatik sogar mehr zurückging (Abb. 1). Dennoch waren die Unterschiede auch zum Ende des Beobachtungszeitraums sichtbar. Die Autor*innen schlussfolgern, dass die stärkste mentale Belastung zu Beginn des Lockdowns auftrat, die Menschen sich aber schnell an die veränderten Umstände adaptieren konnten. Sie rufen dazu auf, bei weiteren Lockdown-Maßnahmen individuellere Unterstützungsangebote für Menschen mit höherem Risiko für psychische Belastung zu schaffen.

In einer zweiten Studie ging das Team um Dr. Stuart Leske vom Australian Institute for Suicide Research and Prevention der Frage nach, ob es in Queensland von Februar bis August 2020, als dort der öffentliche Gesundheitsnotstand ausgerufen war und Kontaktbeschränkungsmaßnahmen galten, zu mehr Suiziden kam. Dafür werteten sie Mortalitätsdaten aus den Polizeiberichten aus, die im Queensland Suicide Registry gesammelt wurden. Sie verglichen den

Zeitraum von Januar 2015 bis Januar 2020 mit dem Zeitraum des Gesundheitsnotstands und adjustierten die Daten unter anderem nach saisonalen Effekten. Vor dem Gesundheitsnotstand zeigte sich eine adjustierte Suizidrate von 14,85 Suiziden pro 100.000 Einwohner pro Monat, während des Notstands lag die Rate bei 14,07 Suiziden. Statistisch lag kein signifikanter Unterschied vor, insbesondere keine erhöhte Suizidmortalität. Trotz dieser beruhigenden Aussage führen die Autor*innen an, dass es Berichte über Suizide im Zusammenhang mit COVID-19 gegeben hat und fordern eine engmaschige Echtzeitverfolgung der Suizidmortalität, um eventuelle Änderungen schnell zu registrieren und präventiv handeln zu können.

Kommentar

Die Arbeiten bringen einen wohlthuend sachlichen Ton in die teilweise hysterische Debatte um psychische Belastungen in der Pandemie und geben auch eine gewisse

Entwarnung. Es bestätigt sich aber das auch in Deutschland sichtbare Phänomen, dass einzelne soziale Gruppen deutlich stärker unter den damit verbundenen Maßnahmen leiden als andere. Vor allem die Beobachtung, dass Menschen mit vorbestehenden psychischen Störungen besonders betroffen sind, sollte bei künftigen Entscheidungen über Lockerungen und Kontaktbeschränkungen viel stärker berücksichtigt werden. Von einer Überwachung der Suizidmortalität in Echtzeit sind wir in Deutschland leider noch meilenweit entfernt. Hier lohnt es sich, von dem leuchtenden Beispiel Queensland zu lernen. Prof. Dr. med. Helge Frieling

Fancourt D, Steptoe A, Bu F. Trajectories of anxiety and depressive symptoms during enforced isolation due to COVID-19 in England: a longitudinal observational study. *Lancet Psych* 2021; 8:141–9; doi: 10.1016/S2215-0366(20)30482-X

Leske S, Kölves K, Crompton D, Arensman E, de Leo D. Real-time suicide mortality data from police reports in Queensland, Australia, during the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis. *Lancet Psychiatry* 2021;8:58–63; doi: 10.1016/S2215-0366(20)30435-1

Esketamin nicht nur bei Depression, sondern auch bei PTBS eine wirksame Option?

Die Markteinführung von intranasal appliziertem Esketamin zur Notfallbehandlung bei Depression beschert dem Wirkstoff große Aufmerksamkeit. Eine klinische Studie geht der Frage nach, ob Esketamininfusionen auch bei der posttraumatischen Belastungsstörung eingesetzt werden können und kommt zu einem sehr klaren Ergebnis.

Die randomisierte prospektive Doppelblindstudie vom Team um Prof. Dr. Dennis Charney und Prof. Dr. James Murrrough, Mount Sinai, untersuchte 30 Patient*innen mit chronischer posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS). Über zwei Wochen erhielten die Teilnehmenden entweder sechs Infusionen mit Esketamin (0,5 mg/kg Körpergewicht) oder Midazolam (0,045 mg/kg Körpergewicht) als psychoaktives Placebo. Als primärer Endpunkt wurde die Veränderung der PTBS-Symptomatik gewählt (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 [CAPS-5]) am Ende der vierzehntägigen Beobachtungszeit. Sekundäre Endpunkte waren die subjektive Belastung (revidierte Impact of Event-Skala [IES-R]), die

depressive Symptomatik (Montgomery-Asberg-Rating-Skala [MADRS]) und mögliche Nebenwirkungen.

In der Esketamin-Gruppe zeigten sich deutliche Verbesserungen in CAPS-5 und MADRS. 76% der Proband*innen in der Esketamin-Gruppe wurden als Responder eingestuft, in der Kontrollgruppe nur 20%. In der offenen Nachbeobachtungsphase hielt der Effekt bei den Respondern im Median für 27,5 Tage nach Abschluss der Doppelblindphase an. Ursprünglich sollten 40 Patient*innen eingeschlossen werden. Aufgrund der eindrucklichen Überlegenheit der Esketamin-Behandlung wurde die Studie aber nach einer Interimsanalyse der ersten 30 abgeschlossenen Fälle abgebrochen. Vorzeitige Ab-

brüche aufgrund einer hohen Wirksamkeit gibt es in psychopharmakologischen Studien normalerweise nicht.

Kommentar

Stein und Simon kommentieren die Studie im *American Journal of Psychiatry* einerseits euphorisch, da die Behandlungseffekte so unerwartet groß ausfielen (die Number Needed To Treat lag bei 2, ein nahezu unglaublicher Wert), warnen aber vor übereilten praktischen Schlüssen [Stein M, Simon N. *Am Psychiatric Assoc* 2021;116–8]. So besteht bei Menschen mit PTBS ein besonders hohes Risiko für die Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen, was die Anwendung einer Substanz mit hohem Abhängigkeitspotenzial sicher einschränkt. Insgesamt scheint Esketamin eine vielversprechende Option auch bei chronischer PTBS zu sein. Bevor es eine breite Anwendung findet, sollten aber die Wirkmechanismen bei dieser Indikation geklärt werden. Prof. Dr. med. Helge Frieling

Feder A, Costi S, Rutter SB, Collins AB, Govindarajulu U, Jha MK et al. A Randomized Controlled Trial of Repeated Ketamine Administration for Chronic Posttraumatic Stress Disorder. *Am J Psychiatry* 2021;178:193–202; doi: 10.1176/appi.ajp.2020.20050596