



**Martin Hatzinger
Egemen Savaskan**
(Hrsg.)

Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie der Depression im Alter

Frühzeitige Erkennung und
evidenzbasierte Behandlung

 **hogrefe**

Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie der Depression im Alter

Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie der Depression im Alter

Martin Hatzinger, Egemen Savaskan

Programmbereich Medizin

Martin Hatzinger
Egemen Savaskan
(Hrsg.)

Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie der Depression im Alter

Frühzeitige Erkennung und evidenzbasierte Behandlung

unter Mitarbeit von

Martin Hatzinger
Ulrich Hemmeter
Therese Hirsbrunner
Edith Holsboer-Trachsler

Thomas Leyhe
Jean-Frédéric Mall
Jacqueline Minder
Urs Mosimann

Nicole Rach
Egemen Savaskan
Nathalie Trächsel



Prof. Dr. med. Martin Hatzinger (Hrsg.)

Psychiatrische Dienste Solothurn
Weissensteinstrasse 102
4503 Solothurn
E-Mail: martin.hatzinger@spital.so.ch

Prof. Dr. med. Egemen Savaskan (Hrsg.)

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Klinik für Alterspsychiatrie
Lenggstrasse 31
8000 Zürich
E-Mail: egemen.savaskan@puk.zh.ch

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG
Lektorat Medizin
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel. +41 31 300 45 00
verlag@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Susanne Ristea
Bearbeitung: Thomas Koch-Albrecht, Münchwald/Hunsrück
Herstellung: René Tschirren
Umschlagabbildung: iStock/Katarzyna Bialasiewicz
Umschlag: Claude Borer, Riehen
Satz: punktgenau GmbH, Bühl
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s.r.o., Český Těšín
Printed in Czech Republic

1. Auflage

© 2019 Hogrefe Verlag, Bern
(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-95956-6)
(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-75956-2)
ISBN 978-3-456-85956-9
<http://doi.org/10.1024/85956-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	9
<i>Martin Hatzinger</i>	
<hr/>	
1 Epidemiologie	11
<i>Egemen Savaskan</i>	
<hr/>	
2 Diagnostik und Differenzialdiagnostik	13
<i>Urs Mosimann</i>	
2.1 Diagnostik der Depression im Alter	13
2.2 Besonderheiten der klinischen Manifestation der Depression im Alter	15
2.3 Suizidalität	16
<hr/>	
3 Untersuchungsinstrumente	21
<i>Nicole Rach</i>	
3.1 Fragebögen und Screenings	21
3.1.1 Selbstbeurteilungsverfahren	21
3.1.2 Fremdbeurteilungsverfahren	23
3.2 Labor- und apparative Untersuchungen	26
3.2.1 Labor-Basisdiagnostik	27
3.2.2 Therapeutisches Drugmonitoring	27
3.2.3 Weitere Diagnostik	28
<hr/>	
4 Komorbidität und sekundäre Depressionsformen	31
<i>Egemen Savaskan</i>	
4.1 Depression und Demenz	31
4.1.1 Neuropsychologie der Differenzialdiagnose Depression vs. Alzheimer-Demenz	32

4.2	Depression und andere neurodegenerative Erkrankungen	36
4.3	Vaskuläre Depression	39
4.4	Depression und Abhängigkeitserkrankungen	42
4.5	Depression und Persönlichkeitsstörung	44
4.6	Depression und Schmerz	46
4.7	Depression und kardiovaskuläre Erkrankungen	47
4.8	Depression und metabolische Störungen	49
4.9	Depression und Medikamente	51

5	Pathophysiologie und Ursachenhypothesen	53
	<i>Urs Mosimann, Martin Hatzinger</i>	
5.1	Stressassoziierte Ursachen der Depression	53
5.2	Depression und Neurodegeneration	54
5.3	Vaskuläre Ursachen der Depression im Alter	55
5.4	Neurobiologische Krankheitsmodelle	55
5.5	„Frailty“ oder die Komorbiditäten und die Entstehung der Depression	55
5.6	Soziale Faktoren und die Altersdepression	56

6	Therapie der Altersdepression	59
6.1	Allgemeine Grundsätze	59
	<i>Martin Hatzinger, Therese Hirsbrunner, Nicole Rach, Egemen Savaskan</i>	
6.2	Psychosoziale Interventionen und Spezialtherapien	60
	<i>Martin Hatzinger, Therese Hirsbrunner, Nicole Rach, Egemen Savaskan</i>	
6.2.1	Angeleitete Selbsthilfe	60
6.2.2	Psychoedukation	61
6.2.3	Problemlösetraining	61
6.2.4	Rekreationstherapie	61
6.2.5	Physische Aktivierung	61
6.2.6	Entspannungsverfahren	62
6.2.7	Soziales Kompetenztraining	62
6.2.8	Ergotherapie	62
6.2.9	Kunsttherapien	63
6.2.10	Reminiszenztherapie	63
6.3	Spezifische Unterstützungsangebote für ältere Menschen in der Schweiz	65
	<i>Martin Hatzinger, Therese Hirsbrunner, Nicole Rach, Egemen Savaskan</i>	
6.3.1	Spitex und andere Organisationen	65
6.3.2	Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB)	65

6.4	Psychotherapie mit älteren depressiven Patienten	66
6.4.1	Einführung	66
	<i>Nicole Rach</i>	
6.4.2	Kognitive Verhaltenstherapie	74
	<i>Nicole Rach</i>	
6.4.3	Verfahren im Rahmen der „Dritten Welle“ der Verhaltenstherapie	86
	<i>Nicole Rach</i>	
6.4.4	Erinnerungsorientierte Verfahren	93
	<i>Nicole Rach</i>	
6.4.5	Interpersonelle Therapie	99
	<i>Nicole Rach</i>	
6.4.6	Psychodynamische Therapieverfahren	104
	<i>Nicole Rach</i>	
6.4.7	Zusammenfassung: Psychotherapieverfahren	108
6.5	Pharmakotherapie	110
	<i>Ulrich Hemmeter, Edith Holsboer-Trachsler, Martin Hatzinger, Egemen Savaskan</i>	
6.5.1	Vorbemerkungen	110
6.5.2	Antidepressiva bei Depression im Alter	110
6.5.3	Augmentationsstrategien	124
	<i>Ulrich Hemmeter, Egemen Savaskan</i>	
6.6	Biologische, nicht pharmakologische Behandlungsmethoden	130
6.6.1	Chronobiologische Verfahren	130
	<i>Ulrich Hemmeter, Edith Holsboer-Trachsler</i>	
6.6.2	Interventionelle Verfahren	133
	<i>Jean-Frédéric Mall, Martin Hatzinger</i>	
7	Suizidalität bei Altersdepression	143
	<i>Egemen Savaskan, Urs Mosimann, Jacqueline Minder</i>	
7.1	Risiko- und protektive Faktoren der Suizidalität im Alter	143
7.2	Beurteilung der Suizidalität	144
7.3	Prävention der Suizidalität	146
7.4	Therapieinterventionen	147
7.4.1	Sichernde Maßnahmen während der akuten suizidalen Krise	148
7.4.2	Behandlung der Grunderkrankung	148
7.4.3	Spezifische psychotherapeutische Interventionen	149
7.4.4	Maßnahmen für die Zeit nach einer stationären Behandlung	150
7.5	Der assistierte Suizid	150
	Sachwortverzeichnis	155

Einleitung

Martin Hatzinger

Die Lebenserwartung steigt weltweit: Der Anteil an über 65-jährigen Personen in der Weltbevölkerung beträgt zurzeit ca. 11%, in gewissen Gesellschaften erreicht er bereits mehr als 30%. Auch in der Schweiz zeigt die Alterspyramide diese Tendenz, zurzeit (Bundesamt für Statistik 2015) 18% an der Gesamtbevölkerung. Dabei zeigen sich regionale Unterschiede von 15% bis knapp 22%. Für die psychische Gesundheit bedeutet dies nicht nur eine Zunahme von neurodegenerativen Erkrankungen, wie z. B. der Alzheimer-Demenz, sondern vor allem auch von Depressionen. Depression als häufigste psychische Erkrankung steht auch bei über 65-Jährigen an erster Stelle. Deshalb haben diverse Fachorganisationen – wie die World Psychiatric Association (WPA) – oder auch Aktionsprogramme zur Prävention – wie das Bündnis gegen Depression – größere Initiativen lanciert, um nicht nur Fachpersonen, sondern auch die Öffentlichkeit sowie die Patienten selbst und ihre Angehörigen in entsprechende Aufklärungsprogramme einzubinden. So wird z. B. auf allen Ebenen vermittelt, dass die Depression viele

Gesichter hat, alle betreffen kann und behandelbar ist. Die Erkrankung zeigt nicht nur eine große Auswirkung auf die Betroffenen, sondern auch auf ihre Angehörigen und angesichts ihrer Prävalenzraten auf die Gesellschaft insgesamt.

Eine klinische Expertengruppe – bestehend aus Vertretern der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie (SGAP), der Schweizerischen Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (SGBP), der Schweizerischen Gesellschaft für Angst und Depression (SGAD), des Schweizerischen Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) und der Schweizerischen Fachgesellschaft für Gerontopsychologie (SFGP) – hat die vorliegenden Empfehlungen für den klinischen Alltag vorbereitet. Diese Behandlungsempfehlungen sollen dazu dienen, insbesondere den Fachpersonen das Wissen über die aktuelle Evidenz von Diagnostik und Therapie zur Verfügung zu stellen und damit zur frühzeitigen Erkennung und evidenzbasierten Behandlung von Depressionen in der älteren Bevölkerung beizutragen.

1 Epidemiologie

Egemen Savaskan

Depressive Erkrankungen gehören neben Demenz zu den wichtigsten psychischen Störungen im Alter [4] [5]. Mit einer Prävalenz bis zu 25% ist die Depression sogar die häufigste psychiatrische Diagnose [2] [3] [4] [5]. Die höchste Prävalenz beobachtet man bei älteren Menschen, die in Institutionen leben. In der Literatur wird im Alter zwischen Major Depression und „subsyndromaler (subklinischer) Depression“ unterschieden, weil viele ältere Personen affektive Symptome aufweisen, die nicht den Schweregrad einer Major Depression erreichen. In der Berliner Altersstudie wurde gezeigt, dass bei älteren Menschen zwischen 70 und 100 Jahren nur 4,8% eine depressive Episode nach DSM-III-R-Kriterien aufweisen, während bis zu 26,9% depressive Symptome mit Krankheitswert zeigen, die zu Einschränkungen im Alltag führen [6]. Eine Metaanalyse ergab eine Punkt-Prävalenz von 7,2% für eine Major Depression und eine Prävalenz von 17,1% für klinisch relevante depressive Symptome bei über 75-Jährigen [7]. Vor allem ältere Menschen mit funktionellen Einschränkungen und beginnenden kognitiven Störungen sind betroffen [8]. Die affektiven Symptome schränken die Alltagsfähigkeiten der Betroffenen zusätzlich ein.

Gemäß Schweizerischer Gesundheitsbefragung (SGB) leiden 5,2% der Schweizer Bevöl-

kerung unter einer Major Depression [1]. Zusätzlich geben ein Fünftel der Bevölkerung an, in den letzten Wochen vor der Befragung depressive Symptome gehabt zu haben. Während sich bei stärkeren Depressionssymptomen weder klare Geschlechter- noch Altersunterschiede zeigen, klagen Frauen und Personen im Alter von über 65 Jahren häufiger über leichtere Depressionssymptome [1]. Die Prävalenz für leichtere depressive Symptome steigt bei über 75-Jährigen auf bis zu 31,2%, während sie bei jungen Personen bei 14,4% liegt. Die Prävalenz der schweren Depressionssymptome bleibt aber bei 15- bis über 75-Jährigen ziemlich konstant zwischen 2,7 und 3,2%.

Frauen sind von der Adoleszenz bis zum höheren Lebensalter insgesamt stärker betroffen. 29,2% der Frauen über 65 klagen über leichte depressive Symptome und 2,7% über mittel bis schwere depressive Symptome, während diese Zahlen für Männer bei 23,3% und 2,4% liegen. Es bestehen starke Zusammenhänge zwischen Depression und geringem Bildungsstand, Verlust von festen Bindungen und sozialer Isolierung. Beim höheren Lebensalter, körperlichen Beschwerden und häufigen Einsamkeitsgefühlen sind depressive Symptome wahrscheinlicher. Personen in ländlichen Gegenden sind weniger betroffen als jene in städtischen Gebieten. Es wird empfohlen, wegen ihrer großen

Anzahl, volkswirtschaftlichen Bedeutung und ihrer guten Integrationsprognose, zukünftig die Gesundheitspolitik und psychiatrische Versorgung auf die Personen mit subklinischer Depression zu fokussieren.

Referenzen

- [1] Baer N, Schuler D, Füglistner-Dousse S, Moreau-Gruet, F. Depression in der Schweizer Bevölkerung. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Obsan Bericht. 2013;56.
- [2] Ernst C. Epidemiologie depressiver Störungen im Alter. In: Radebold H, Hirsch HD, et al., Hrsg. Depressionen im Alter. Darmstadt: Steinkopf; 1997. S. 2-11.
- [3] Haupt M, Gutzmann H, Wolter D. Psychische Störungen im höheren Lebensalter. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP, Hrsg. Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 2: Spezielle Psychiatrie. 4. Aufl. Berlin: Springer; 2011. S. 1444-465.
- [4] Hautzinger M. Depression im Alter. 1. Aufl. Weinheim: Beltz; 2000. S. 13-4.
- [5] Heilmann KE, Wagner M, Riedel-Heller S, Maier W, Jessen F. Medikamentöse Behandlung der Depression im Alter – Empfehlungen aus Internationalen Leitlinien und aktueller Literatur. Fortschr Neurol Psychiatr. 2015;83:381-91.
- [6] Linden M, Kurtz G, Baltes MM, B. Geiselmann, Lang FR, Reischies FM, et al. Depression bei Hochbetagten. Ergebnisse der Berliner Altersstudie. Nervenarzt. 1998;69(1):27-37.
- [7] Lippa M, Sikorski C, Luck T, Ehreke L, Konopka A, Wiese B, et al. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life. Systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2012;136:212-21.
- [8] Weyerer S, Eifflaender-Gorfer S, Köhler L, et al. Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. J Affect Disord. 2008;111:153-63.

2 Diagnostik und Differenzialdiagnostik

Urs Mosimann

2.1 Diagnostik der Depression im Alter

Die Diagnostik in der S3-Leitlinie Depression [16] und im vorliegenden Konsensus Depression im höheren Lebensalter basieren auf ICD-10 [59]. Die diagnostischen Kriterien der Depression nach ICD-10 berücksichtigen das Lebensalter nicht – deshalb sind die diagnostischen Kriterien für ältere und jüngere Erkrankte die gleichen. Es besteht kein kausaler Zusammenhang zwischen dem Alterungsprozess und der Depression, obwohl dies manchmal stipuliert wird. Frühere Klassifikationen, wie jene der altersassoziierten Involutionsdepression nach Kraepelin [32], werden in den neuen Klassifikationssystemen nicht mehr berücksichtigt.

Die Diagnose eines depressiven Syndroms nach ICD-10 [59] gründet auf einer Querschnittsbeurteilung (Beurteilung der Haupt- und Zusatzsymptome; Schweregradbestimmung) und einer Verlaufsbeurteilung (Dauer der Symptome, anhaltende oder episodische Verlaufsform, einzelne oder rezidivierende Episoden, unipolarer oder bipolarer Verlauf). Die Anzahl der Symptome in der Querschnittsbeurteilung bestimmen den Schweregrad der aktuellen Episode. Die Hauptsymptome (depressive, gedrückte Stimmung; Interessenver-

lust und Freudlosigkeit; Verminderung des Antriebs und erhöhte Ermüdbarkeit) und die Zusatzsymptome (verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit; vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen; Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit; negative und pessimistische Zukunftsperspektiven; Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen; Schlafstörungen und verminderter Appetit) werden in der Anamnese oder in der Fremdanamnese erhoben.

Haupt- und Nebensymptome müssen während 14 Tagen bestehen, damit die Kriterien für eine depressive Episode erfüllt sind. Für eine leichte und mittelgradige Episode müssen mindestens zwei Hauptsymptome während mindestens zwei Wochen bestehen (bei einer schweren Episode drei Hauptsymptome). Für leichte Episoden werden zwei Zusatzsymptome gefordert; für mittelgradige Episoden 3–4 Zusatzsymptome und für schwere Episoden mehr als vier Zusatzsymptome. Bei einer leichten bzw. mittelgradigen Episode wird ferner unterschieden, ob ein somatisches Syndrom besteht. Die Merkmale eines somatischen Syndroms sind [59]: Interessenverlust für angenehme Aktivitäten; mangelnde Fähigkeit, auf freudige Ereignisse emotional zu reagieren; frühmorgendliches Erwachen; Morgentief; psychomotorische Hemmung oder Agitiert-

heit; Appetit-, Gewichts-, oder Libidoverlust. Für ein somatisches Syndrom müssen mindestens vier der genannten Symptome bestehen.

Bei schweren Episoden können psychotische Symptome bestehen. Häufige Wahnthemen im Kontext einer schweren Depression sind die Versündigung und die Verarmung. Weitere mögliche Wahnhalte sind hypochondrischer Wahn (Überzeugung, unheilbar krank zu sein), nihilistischer Wahn (die wahnhaftige Überzeugung, innerlich bereits tot und/oder in einem Totenreich zu sein) oder der Verkleinerungswahn (Gewissheit, körperlich zu schrumpfen). Die Übergänge zwischen depressiv verzerrtem Denken, überwertigen Ideen und depressivem Wahn sind, abhängig vom Schweregrad der depressiven Episode, fließend. Zum wahnhaften Erleben können auch Halluzinationen dazukommen. Bei psychotischen Depressionen sind dies meist akustische oder olfaktorische Halluzinationen mit oder ohne psychomotorische Hemmung oder Stupor. Psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit finden sich auch bei leichten bis mittelgradigen depressiven Episoden (gehemmte bzw. agitierte Depression). Es fehlen jedoch diagnostische Tools, um die psychomotorische Aktivierung bei Depression zu quantifizieren [48].

Für die Depression im Kontext einer Alzheimer-Erkrankung wurden eigene diagnostische Kriterien vorgeschlagen [40]. Sie haben sich jedoch im klinischen Alltag wenig durchgesetzt. Die Kriterien betonen bei dieser Differenzialdiagnostik die Veränderung von Appetit und Schlaf, den sozialen Rückzug sowie die fehlende Freude an Sozialkontakten oder Alltagsaktivitätsprogrammen. Im klinischen Alltag können diese Fragen vor allem bei Konsilien in Alters- und Pflegeheimen hilfreich sein. Eine weitere Schwierigkeit bei der Komorbidität Demenz und Depression ist die Unterscheidung zwischen Depression und Apathie. In einer größeren Studie von Benoit et al. [7] waren

die Hauptkriterien der Depression bei Alzheimer-Erkrankung rasche Ermüdbarkeit, keine positive Reaktion auf Sozialkontakte, psychomotorische Hemmung bzw. Agitation, während die Kernsymptome der Apathie Einschränkungen im zielgerichteten Denken, in den zielgerichteten Emotionen oder Handlungen waren. Apathie und Depression schließen sich keineswegs aus, denn 40 % der 734 Studienteilnehmer hatten beides und dadurch einen deutlich erhöhten Pflegebedarf bzw. Bedarf an sozialer Unterstützung. Die Zusammenhänge zwischen Depression und Demenz werden in Kap. 4.1 ausführlich besprochen.

Falls es in der Vorgeschichte mindestens eine depressive Vorepisode gibt, handelt es sich um eine rezidivierende Depression; bei einer manischen Episode in der Vorgeschichte wird die Depression im Rahmen einer bipolaren Störung beurteilt. Der Schweregrad der Manie bestimmt, ob eine Bipolar-I-Erkrankung (mit schwerer manischen Vorepisode) oder Bipolar-II-Erkrankung (submanische Vorepisode) vorliegt. Die Verlaufsbeurteilung ist für die Wahl und Dauer einer antidepressiven Therapie, die Indikationsstellung einer Rezidivprophylaxe und für die Prognose wichtig. In der Vorgeschichte bleiben insbesondere hypomanische Episoden (im Rahmen einer Bipolar-II-Störung) unerkannt. Rezidivierende depressive oder bipolare Störungen werden altersbedingt nicht asymptomatisch [2].

Bei den meisten Erkrankten mit bipolaren Erkrankungen beginnt die Erkrankung vor dem 50. Lebensjahr. Selten manifestiert sich eine bipolare Erkrankung erstmals nach dem 60. Lebensjahr. Bei spätem Krankheitsbeginn ist die Prognose einer Bipolar-I-Erkrankung in der Regel günstig [41]. Prognostische Unterschiede bei Bipolar-II-Erkrankungen mit frühem respektive spätem Krankheitsbeginn konnten nicht gefunden werden [6] [50]. Bei den bipolaren Störungen mit spätem Beginn sind sekundäre Formen (z.B. Manie im Kon-

text einer anderen somatischen Erkrankung) oder strukturelle Veränderungen in der weißen Substanz häufiger als bei Erkrankungen mit frühem Krankheitsbeginn [8] [54]. Möglicherweise finden sich deshalb, auch während der Remission, bei Senioren mit bipolaren Erkrankungen mit spätem Krankheitsbeginn mehr kognitive Defizite und mehr extrapyramidale Symptome [37].

Das Rückfallrisiko bei bipolaren Erkrankungen ist circa zweimal höher als bei unipolaren Depressionen [2]. Die Prognose der unipolaren Depression hängt von der Anzahl der Vorepisoden und von der Remissionsdauer ab [28] [39]. Im Vergleich zu jüngeren Patienten ist das Rückfallrisiko der Depression bei älteren Erkrankten möglicherweise höher [39]. Ängstliche Begleitsymptome bei älteren Menschen mit Depression sind häufig, doch meistens ist die Unterscheidung Depression oder Angststörung aufgrund der Kernsymptome möglich. Die Diagnose Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10: F 41.2) sollte zurückhaltend eingesetzt werden, ausschließlich wenn die diagnostischen Kriterien weder für eine Angststörung noch für eine depressive Episode qualifizieren.

Im Kontext von schweren Belastungen finden sich auch bei Senioren Anpassungsstörungen mit depressiven oder ängstlichen Symptomen. Im höheren Lebensalter handelt es sich dabei insbesondere um Reaktionen auf schwere körperliche Erkrankungen oder Trauerreaktionen nach Partnerverlust. Die Abgrenzung zwischen der Trauer und der Depression ist nicht immer einfach, da sich die beiden nicht ausschließen. Einige Trauernde (d.h. ca. 15–20%) entwickeln eine Depression im Kontext einer Trauerreaktion (pathologische Trauer oder „Post-loss“-Depression) [21]. Anhaltende subsyndromale depressive Störungen, die länger als zwei Jahre dauern, werden Dysthymie genannt. Sie ist im Alter wenig untersucht [5] und möglicherweise mehr mit somatischen

Beschwerden und weniger mit psychiatrischen Komorbiditäten assoziiert als bei jüngeren Patienten [15] [30].

2.2 Besonderheiten der klinischen Manifestation der Depression im Alter

Subsyndromale und leichte depressive Episoden sind im höheren Lebensalter häufiger, schwere depressive Episoden etwa gleich häufig wie bei jüngeren Patienten. Die klinische Manifestation der Depression wird durch die somatischen Komorbiditäten beeinflusst (siehe Kap. 4). Depressionen werden auch im höheren Lebensalter unterdiagnostiziert [1], weil die Erkrankten oder die Behandler die Depression nicht als solche erkennen [13]. Zudem gibt es Unterschiede in der klinischen Manifestation, die das Erkennen der Depression erschweren. Die Hauptsymptome der Depression (z. B. die Klagen über Traurigkeit) werden bei älteren Menschen oft weniger deutlich ausgedrückt [22], oder sie sind durch psychiatrische [36] oder somatische Komorbiditäten maskiert [10] [26] [35]. Manchmal steht aus der Sicht der Betroffenen oder der Behandler auch die somatische Erkrankung im Vordergrund [20] [25]. Einige Erkrankte verneinen explizit, depressiv zu sein. Sie schreiben die Symptome (Schlafstörung oder kognitive Beeinträchtigung) dem Alterungsprozess zu oder sie vermuten eine somatische Erkrankung als Ursache für die Beschwerden (z. B. Globusgefühl, funktionelle kardiale Störungen, Schmerzen, Konstipation). Die somatischen Beschwerden im Kontext einer unerkannten (d.h. larvierten) Depression sind oft der vordergründige Anlass für eine Hausarztkonsultation [13]. Eine weitere Besonderheit der Depression im Alter ist das hohe Suizidrisiko, insbesondere bei sozial isolierten Männern mit chronischen somatischen

Komorbiditäten [57]. Die Suizidalität im Kontext der Depression wird aufgrund der Bedeutung in einem separaten Abschnitt besprochen (siehe Kap. 2.3 und – für die Therapie der Suizidalität – Kap. 7).

Kognitive Beeinträchtigungen treten im Kontext einer depressiven Episode bei Senioren auf [31] und bessern sich nur teilweise während der Remission [9] [12]. In zwei Metaanalysen finden sich Hinweise dafür, dass Depressionen in früheren Lebensphasen das Risiko für eine Demenz erhöhen [17] [43]. Depressionen können Prodrom oder Erstmanifestation einer neurodegenerativen Erkrankung sein [23]. Schließlich sind depressive Episoden auch im Verlauf von neurodegenerativen Erkrankungen häufig [47], insbesondere im Verlauf der Lewy-Körperchen-Demenz oder der Parkinson-Demenz [46]. Der alte Begriff der Pseudodemenz sollte nicht mehr verwendet werden, da er den komplexen Zusammenhängen zwischen Depression und neurodegenerativen Erkrankungen nicht gerecht wird, gegenüber Erkrankten und Angehörigen schwierig zu vermitteln ist und zu Missverständnissen führen kann. Die Zusammenhänge zwischen Demenz und Depression sind komplex und werden an anderer Stelle eingehend besprochen (siehe Kapitel Kap. 4.1, Kap. 4.2, Kap. 4.3). In ICD-10 [59] wird unter dem Begriff „organische depressive Störung“ (ICD-10: F06.3) ein kausaler Zusammenhang zwischen einer somatischen oder neurologischen Erkrankung und einer Depression stipuliert (z. B. Depression als Folge eines Schlaganfalls im limbischen System oder Depression im Kontext einer Schilddrüsendiffunktion). Diese diagnostische Entität wird selten verwendet, obwohl Komorbiditäten häufig sind, die Kausalitäten bei multimorbiden Menschen schwierig, jedoch nachweisbar sind. Meistens sind es komplexe biopsychosoziale Interaktionen, die eine depressive Entwicklung begünstigen (siehe Kap. 5).

2.3

Suizidalität

Ein sehr wichtiges Thema im Kontext der Depression bei älteren Menschen ist die Beurteilung der Suizidalität [18], die Prävention von Suizidversuchen [44] und die Behandlung der suizidalen älteren depressiven Menschen [51] (all diese Themenbereiche werden hier und später in Kap. 7 ausführlich diskutiert). Die Untersuchung der Vorgeschichte nach Suizidversuchen oder Suiziden zeigt, dass die Mehrheit der Betroffenen an einer psychischen Erkrankung, insbesondere einer Depression, gelitten haben: Bei 54–87% der Senioren, die Suizide begangen haben, findet sich im Zeitraum des Suizidversuches bzw. des Suizides eine depressive Episode [14]. Leider wird bei einigen Menschen die Diagnose Depression erst nach dem Suizidversuch bzw. Suizid gestellt [53], andere sind bereits vor dem Suizidversuch bzw. Suizid antidepressiv behandelt und es kommt trotzdem zum Suizidversuch bzw. einem Suizid [58]. Einzelne Symptome der Depression, z. B. die Insomnie, tragen möglicherweise erheblich zur Suizidalität bei [27]. Bei anderen Symptomen, z. B. der Psychose, konnten diese Zusammenhänge nicht gezeigt werden [34].

Eine Einschätzung der Suizidalität gehört zur Exploration jedes Menschen mit Depression. Depression ist ein erheblicher Risikofaktor für Suizid. Die Suizidrate steigt im Alter, d. h. nach dem 70. Lebensjahr, deutlich an und das größte Suizidrisiko findet sich bei älteren Männern. Im Vergleich zu jüngeren Menschen machen ältere Menschen weniger Suizidversuche, dafür mehr Suizide [24]. Das Suizidrisiko ist bei älteren Männern etwa 20-mal höher als bei jungen Frauen. Die Suizidrate bei über 85-jährigen Männern ist etwa doppelt so hoch wie im nationalen Durchschnitt und Männer sterben etwa zweimal häufiger an Suizid als Frauen [38]. Die terminale Entschiedenheit für einen

Suizid drückt sich möglicherweise in der Wahl der Suizidmethode aus (z.B. Erhängen, Erdrosseln, Gebrauch von Schusswaffen oder, bei älteren Frauen, Suizid durch Ertrinken) [33]. Im Vergleich zu jüngeren Menschen ist die Medikamentenintoxikation im Alter seltener. Begünstigt wird die hohe Mortalität im Kontext von Suiziden auch durch die größere körperliche Vulnerabilität des älteren Menschen.

In der Suizidforschung sind Risikofaktoren, die zur Suizidalität beitragen, gut untersucht worden [4] [42] [55] [56]. Zu diesen Risikofaktoren gehören unter anderem das Lebensalter, das männliche Geschlecht, Suizidversuche in der Vorgeschichte, Suizidhandlungen im Umfeld des Betroffenen, psychische Komorbiditäten (insbesondere Depression und Suchterkrankungen), die somatischen Komorbiditäten [19] und deren Folgen, wie Schmerzen [29] oder Einschränkungen der Alltagsfunktionen oder der Autonomie [3]. Schließlich begünstigen Lebensereignisse (z.B. der Partnerverlust), soziale Isolation, fehlende soziale Unterstützung, das Gefühl der Hilf-, der Perspektiven- oder Hoffnungslosigkeit und die Verfügbarkeit der Suizidmethoden im eigenen Haushalt (z.B. Schusswaffe) das Suizidrisiko. Solche Risikofaktoren können bei der Einschätzung des chronischen Suizidrisikos hilfreich sein, jedoch helfen die Risikofaktoren wenig zur Einschätzung der akuten Suizidalität. Einige Erklärungsmodelle berücksichtigen diese Risikofaktoren und begründen so den multifaktoriellen Kontext der Suizidalität, unter der Berücksichtigung der autobiografischen, medizinischen, psychologischen und sozialgesellschaftlichen Bedingungen des Suizids. Neben den Risikofaktoren, die zur Suizidalität beitragen, sollen auch Faktoren erfragt werden, die am Leben halten [45]. Hier werden von den Betroffenen oft der Ehepartner, die Kinder und der Glaube, Zukunftsperspektiven, sowie die Scham „Suizid ist Versagen“ genannt.

In der öffentlichen Diskussion besteht eine Tendenz, Suizide im Alter als Bilanzsuizide zu akzeptieren. Seit 2008 werden in den Schweizer Todesstatistiken die assistierten Suizide nicht mehr unter Suiziden klassifiziert, sondern der Krankheit zugeschrieben, die zum assistierten Suizid beigetragen hat [38]. Dies muss bei der Interpretation der schweizerischen Suizidstatistiken berücksichtigt werden, um nicht falsche Schlüsse (z.B. Abnahme der Suizide durch erfolgreiche Suizidprävention) zu ziehen. Assistierte Suizide haben zum Teil die gleichen Risikofaktoren wie Suizide – es gibt jedoch Geschlechtsunterschiede: Terminal kranke Frauen mit guter Ausbildung bevorzugen assistierte Suizide, während bei den Männern die Suizide überwiegen [52]. Gleichzeitig gibt es eine öffentliche Diskussion darüber, ob assistierte Suizide ausschließlich im Kontext einer terminalen Erkrankung bei urteilsfähigen Menschen durchgeführt werden dürfen oder ob Alter alleine als Zulassung zum assistierten Suizid gelten darf. Diese Fragestellungen werden von Betroffenen oder Angehörigen an die Ärzteschaft getragen [11]. In dieser letztlich ethischen Diskussion können die Richtlinien zur Betreuung am Lebensende [49] der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hilfreich sein.

Referenzen

- [1] Allan CE, Valkanova V, Ebmeier KP. Depression in older people is underdiagnosed. *Practitioner*. 2014; 258(1771):19–22.
- [2] Angst J, Gamma A, Sellaro R, Lavori PW, Zhang H. Recurrence of bipolar disorders and major depression. A life-long perspective. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2003;253(5):236–40.
- [3] Bamonti PM, Price EC, Fiske A. Depressive symptoms and suicide risk in older adults: value placed on autonomy as a moderator for men but not women. *Suicide Life Threat Behav*. 2014; 44(2):188–99.

- [4] Beghi M, Rosenbaum JF, Cerri C, Cornaggia CM. Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: a literature review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013;9:1725-36.
- [5] Bellino S, Bogetto F, Vaschetto P, Ziero S, Ravizza L. Recognition and treatment of dysthymia in elderly patients. *Drugs Aging*. 2000;16(2):107-21.
- [6] Benazzi F. Early- versus late-onset bipolar II disorder. *J Psychiatry Neurosci*. 2000;25(1):53-7.
- [7] Benoit M, Berrut G, Doussaint J, Bakchine S, Bonin-Guillaume S, Frémont P, et al. Apathy and depression in mild Alzheimer's disease: a cross-sectional study using diagnostic criteria. *J Alzheimers Dis*. 2012;31(2):325-34.
- [8] Besga A, Martinez-Cengotitabengoa M, Gonzalez-Ortega I, Gutierrez M, Barbeito S, Gonzalez-Pinto A. The role of white matter damage in late onset bipolar disorder. *Maturitas*. 2011;70(2):160-3.
- [9] Bhalla RK, Butters MA, Mulsant BH, Begley AE, Zmuda MD, Schoderbek B, et al. Persistence of neuropsychologic deficits in the remitted state of late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006;14(5):419-27.
- [10] Braam AW, Prince MJ, Beekman AT, Delespaul P, Dewey ME, Geerlings SW, et al. Physical health and depressive symptoms in older Europeans. Results from EURODEP. *Br J Psychiatry*. 2005 Jul;187:35-42.
- [11] Brauer S, Bolliger C, Strub JD, Swiss physicians' attitudes to assisted suicide: a qualitative and quantitative empirical study. *Swiss Med Wkly*. 2015;145:w14142.
- [12] Butters MA, Becker JT, Nebes RD, Zmuda MD, Mulsant BH, Pollock BG, et al., Changes in cognitive functioning following treatment of late-life depression. *Am J Psychiatry*. 2000;157(12):1949-54.
- [13] Chew-Graham C, Kovandžić M, Gask L, Burroughs H, Clarke P, Sanderson H, et al. Why may older people with depression not present to primary care? Messages from secondary analysis of qualitative data. *Health Soc Care Community*. 2012; 20(1):52-60.
- [14] Conwell Y, Van Orden K, Caine ED. Suicide in older adults. *Psychiatr Clin North Am*. 2011; 34(2):451-68.
- [15] Devanand DP, Nobler MS, Singer T, et al. Is dysthymia a different disorder in the elderly? *Am J Psychiatry*. 1994;151(11):1592-9.
- [16] DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BpTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW, Hrsg. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. 1. Aufl. Berlin, Düsseldorf: DGPPN, ÄZQ, AWMF; 2009.
- [17] Diniz BS, Butters MA, Albert SM, Dew MA, Reynolds CF 3rd. Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies. *Br J Psychiatry*. 2013;202(5):329-35.
- [18] Draper BM. Suicidal behaviour and suicide prevention in later life. *Maturitas*. 2014;79(2):179-83.
- [19] Erlangsen A, Stenager E, Conwell Y. Physical diseases as predictors of suicide in older adults: a nationwide, register-based cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;50(9):1427-39.
- [20] Frye MA, Calabrese JR, Reed ML, et al. Use of health care services among persons who screen positive for bipolar disorder. *Psychiatr Serv*. 2005;56(12):1529-33.
- [21] Galatzer-Levy IR, Bonanno GA. Beyond normality in the study of bereavement: heterogeneity in depression outcomes following loss in older adults. *Soc Sci Med*. 2012;74(12):1987-94.
- [22] Gallo JJ, Rabins PV, Lyketsos CG, Tien AY, Anthony JC. Depression without sadness: functional outcomes of nondysphoric depression in later life. *J Am Geriatr Soc*. 1997;45(5):570-8.
- [23] Gutzmann H, Qazi A. Depression associated with dementia. *Z Gerontol Geriatr*. 2015;48(4):305-11.
- [24] Haas S, Minder J, Harbauer G. [Suicidality in the elderly - what the general practitioner can do]. *Praxis (Bern 1994)*. 2014;103(18):1061-6.
- [25] Harman JS, Brown EL, Have TT, Mulsant BH, Brown G, Bruce ML. Primary care physicians attitude toward diagnosis and treatment of late-life depression. *CNS Spectr*. 2002;7(11):784-90.
- [26] Hegeman JM, de Waal MW, Comijs HC, Kok RM, van der Mast RC. Depression in later life: a more somatic presentation? *J Affect Disord*. 2015;170:196-202.
- [27] Kay DB, Dombrovski AY, Buysse DJ, Reynolds CF, Begley A, Szanto K. Insomnia is associated with suicide attempt in middle-aged and older adults with depression. *Int Psychogeriatr*. 2016; 28(4):613-9.

- [28] Kessing LV, Andersen EW, Andersen PK. Predictors of recurrence in affective disorder – analyses accounting for individual heterogeneity. *J Affect Disord.* 2000;57(1-3):139-45.
- [29] Kim SH. Suicidal ideation and suicide attempts in older adults: influences of chronic illness, functional limitations, and pain. *Geriatr Nurs.* 2016 Jan-Feb;37(1):9-12.
- [30] Kirby M, Bruce I, Coakley D. Dysthymia among the community-dwelling elderly. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1999;14(6):440-5.
- [31] Koenig AM, Bhalla RK, Butters MA. Cognitive functioning and late-life depression. *J Int Neuropsychol Soc.* 2014;20(5):461-7.
- [32] Kraepelin E. *Lehrbuch der Psychiatrie.* Leipzig: Bart; 1896.
- [33] Liu RT, Kraines MA, Puzia ME, Massing-Schaffer M, Kleiman EM. Sociodemographic predictors of suicide means in a population-based surveillance system: findings from the National Violent Death Reporting system. *J Affect Disord.* 2013;151(2):449-54.
- [34] Lykouras L, Gournellis R, Fortos A, Oulis, P, Christodoulou, GN. Psychotic (delusional) major depression in the elderly and suicidal behaviour. *J Affect Disord.* 2002;69(1-3):225-9.
- [35] Makizako H, Shimada H, Doi T, Yoshida D, Anan Y, Tsutsumimoto K, et al. Physical frailty predicts incident depressive symptoms in elderly people: prospective findings from the Obu Study of Health Promotion for the Elderly. *J Am Med Dir Assoc.* 2015;16(3):194-9.
- [36] Manetti A, et al. Comorbidity of late-life depression in the United States: a population-based study. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2014;22(11):1292-306.
- [37] Martino DJ, Strojilevich SA, Manes F. Neurocognitive functioning in early-onset and late-onset older patients with euthymic bipolar disorder. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2013;28(2):142-8.
- [38] Minder J, Harbauer G. Suizid im Alter. *Swiss Arch Neurol Psychiatr.* 2015;166(3):67-77.
- [39] Mitchell AJ, Subramaniam H. Prognosis of depression in old age compared to middle age: a systematic review of comparative studies. *Am J Psychiatry.* 2005;162(9):1588-601.
- [40] Olin JT, Katz IR, Meyers BS, Schneider LS, Lebowitz BD. Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease: rationale and background. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2002;10(2):129-41.
- [41] Oostervink F, Boomsma M, Nolen W. Bipolar disorder in the elderly; different effects of age and of age of onset. *J Affect Disord.* 2009;116(3):176-83.
- [42] Osvath P, et al., Risk factors of attempted suicide in the elderly: the role of cognitive impairment. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2005;9(3):221-5.
- [43] Ownby RL, Crocco E, Acevedo A, John V, Loevenstein D. Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(5):530-8.
- [44] Oyama H, Sakashita T, Hojo K, Ono Y, Watanabe N, Takizawa T, et al. A community-based survey and screening for depression in the elderly: the short-term effect on suicide risk in Japan. *Crisis.* 2010;31(2):100-8.
- [45] Range LM, Stringer TA. Reasons for living and coping abilities among older adults. *Int J Aging Hum Dev.* 1996;43(1):1-5.
- [46] Reijnders JS, Ehrh U, Weber WE, Aarsland D, Leentjens AF. A systematic review of prevalence studies of depression in Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2008;23(2):183-9.
- [47] Savaskan E, Bopp-Kistler I, Buerge M, Fischlin R, Georgescu D, Giardini U, et al. [Recommendations for diagnosis and therapy of behavioral and psychological symptoms in dementia (BPSD)]. *Praxis (Bern 1994).* 2014;103(3):135-48.
- [48] Schrijvers D, Hulstijn W, Sabbe BG. Psychomotor symptoms in depression: a diagnostic, pathophysiological and therapeutic tool. *J Affect Disord.* 2008;109(1-2):1-20.
- [49] Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), Hrsg. *Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende.* Basel: SAMW; 2014.
- [50] Serafini G, Pompili M, Innamorati M, De Rossi P, Ferracuti S, Girardi P, et al. Deep white matter hyperintensities as possible predictor of poor prognosis in a sample of patients with late-onset bipolar II disorder. *Bipolar Disord.* 2010 Nov;12(7):755-756.
- [51] Shah A. Does improvement in the treatment of those who attempt suicide contribute to a reduction in elderly suicide rates in England? *Int Psychogeriatr.* 2009;21(4):768-73.

- [52] Steck N, Egger M, Zwahlen M, Swiss National Cohort. Assisted and unassisted suicide in men and women: longitudinal study of the Swiss population. *Br J Psychiatry*. 2016 May;208(5):484-90.
- [53] Suominen K, Isometsa E, Lonnqvist J. Elderly suicide attempters with depression are often diagnosed only after the attempt. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004;19(1):35-40.
- [54] Tamashiro JH, Zung S, Zanetti MV, Campi De Castro C, Vallada H, Busatto GF, et al. Increased rates of white matter hyperintensities in late-onset bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2008;10(7):765-75.
- [55] Terranova C, Cardin F, Bruttocao A, Militello C. Analysis of suicide in the elderly in Italy. Risk factors and prevention of suicidal behavior. *Aging Clin Exp Res*. 2012;24 Suppl 3:20-3.
- [56] Turvey CL, Conwell Y, Jones MP, Phillips C, Simonsick E, Pearson JL, et al. Risk factors for late-life suicide: a prospective, community-based study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2002; 10(4):398-406.
- [57] Van Orden KA, Conwell Y. Issues in research on aging and suicide. *Aging Ment Health*. 2016; 20(2):240-251.
- [58] Waern M, Beskow J, Runeson B, Skoog I. High rate of antidepressant treatment in elderly people who commit suicide. *BMJ*. 1996 Nov;313 (7065):1118.
- [59] World Health Organization (WHO), editor. Classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and Diagnostic guidelines. Geneva: Churchill and Livingstone; 2003.