

*Pôvodná práca***Depresívna pseudodementia: koncepty a diagnostické postupy**

Lubica Forgáčová

Depressive pseudodementia: Concepts and diagnostic approaches**Súhrn**

Podľa prieskumov takmer polovica starších pacientov s depresiou má príznaky dementného syndrómu, ktoré ustúpia spolu so zlepšovaním depresívnych príznakov. Takéto prípady sa tradične označujú termínom „depresívna pseudodementia“. V súvislosti s úvahami o jej príčinách sa objavuje tendencia k dichotomizácii (reverzibilita/ireverzibilita) alebo k predstave kontinua. V prvom prípade sa predpokladá, že kognitívna porucha u pacientov s pseudodementiou je podmienená depresiou. Pseudodementia je prechodná a nereprezentuje skutočnú cerebrálnu dysfunkciu. V druhom prípade sa vychádza z predpokladu, že depresia je prvou manifestáciou poškodenia mozgu, ktoré smeruje k demencii. V klinickej praxi treba odlíšiť pseudodementiu od raných štádií demencie Alzheimerovho alebo vaskulárneho typu. Do úvahy prichádzajú najmä klinické metódy (klinický obraz, priebeh, neuropsychologické testy) a potenciálne aj vyhodnocovanie neurobiologických parametrov.

Kľúčové slová: pseudodementia, depresia v starobe, depresívna pseudodementia, demencia.

Summary

More than half part of the older patients with depression suffer from symptoms of dementia. Syndrome of dementia is reversible and subside after remission of depressive symptoms. This cases are traditionally denoted „depressive pseudodementia“. Tendency to the dichotomy viewpoint (reversibility/irreversibility) or to the continuity viewpoint occur with considerations about etiology of depressive pseudodementia. The former case means, the cognitive disorder is transient without true cerebral dysfunction, the latter suggest the depression is the first manifestation of the cerebral dysfunction. In clinical practice there is a need to differentiate between pseudodementia and initial stages of dementia of Alzheimer or vascular type. We can use mainly clinical methods (clinical picture, course, neuropsychological tests) and potentially we can evaluate neurobiological variables.

Key words: Pseudodementia, depressive pseudodementia, dementia, depression in older people.

Úvod

Termín „pseudodementia“ predstavuje bohatú teoretickú aj klinickú tradíciu. V polovici 19. storočia sa pozornosť klinikov sústreďovala na nevratnosť (ireverzibilitu) zmien ako diagnostické kritérium pre demenciu. Zároveň vznikla potreba odlíšiť stavy, ktoré sa na demenciu podobali, pri kto-

rých prítomné zmeny boli prechodné (reverzibilné). Pre tieto stavy sa ujal Wernickeho termín pseudodementia. Jedným z prvých autorov, ktorý si tento termín osvojil bol Ganser, ktorý opísal pseudodementný syndróm ako dôsledok hysterických mechanizmov (cit. podľa Hepple, 2004). V ďalšom období sa pseudodementia chápala dvojako. Pseudodementia ako karikovaná forma demencie, ktorá sa vyskytuje pri konverzných hysterických poruchách, pri charakterových a posttraumatických neurózach a pri niektorých ťažšie diagnostikovateľných psychotických procesoch (Wells, 1979, Bul-

Psychiatrická klinika SZU, FNŠP Bratislava, Ružinov.

Adresa: MUDr. L. Forgáčová, PhD., Psychiatrická klinika SZU, FNŠP Bratislava, Ružinov, Ružinovská 6, 826 06 Bratislava, Slovensko. e-mail: forgacova@nspr.sk

beny a Berrios, 1986) a pseudodemencia, ktorá sa objavuje pri depresii, najčastejšie u starých ľudí. Po odznení depresie vymiznú aj príznaky pseudodemencie (Wells, 1979, Kiloh, 1961).

Podľa niektorých autorov by sa mal termín pseudodemencia používať na označenie nadradenej kategórie, v rámci ktorej sa rozlišujú potenciálne reverzibilné syndrómy kognitívnych porúch, ktoré sú vyvolané psychickými poruchami – konverzná pseudodemencia (ganserov syndróm), reverzibilná demencia pri epilepsii, depresívna pseudodemencia pri depresii (Emery a Oxman, 1992, Heppel, 2004).

Mnohé odborné práce sú dokladom toho, že záujem o pseudodemenciu neutícha a v psychiatrickej tradícii sa tesne spája s depresiou. Podľa prieskumov 18–57 % starších pacientov s depresiou má príznaky dementného syndrómu, ktoré ustúpia spolu s ustúpaním depresívnych príznakov (Alexopoulos a spol., 1993). V súčasnej psychiatrickej literatúre sa možno stretnúť s rôznymi synonymami (napríklad: depresívna demencia, pseudodementný syndróm pri depresii, reverzibilná demencia). Americkí psychiatri zavádzajú v tejto súvislosti deskriptívny názov „depresiou podmienená kognitívna porucha“ (Kaplan a Sadock, 1994). V súvislosti s názorom, že kognitívne poruchy pri depresii u starších pacientov sú skutočné a vznikajú ako dôsledok súčasne prebiehajúcej začínajúcej demencie, objavuje sa termín „dementný syndróm depresie“ (DSD) (Borson a Unutzer, 2000).

Koncepty depresívnej pseudodemencie

Dichotomický koncept

V súvislosti s úvahami o príčinách depresívnej pseudodemencie sa objavuje tendencia k dichotomizácii na jednej strane a predstavy kontinua na strane druhej.

Dichotomický prístup z hľadiska trvania príznakov vychádza z dvoch základných charakteristík: zdanie organickej deteriorácie kognitívnych funkcií a reverzibilnosť symptómov na rozdiel od ireverzibilných prejavov pri „skutočnej“ degeneratívnej demencii. Tento prístup sa opiera o pozorovania, že depresívne obrazy u starších pacientov sa často kombinujú s poruchou kognitívnych funkcií, ktoré ustupujú spolu s depresívnymi príznakmi. Porucha kognitívnych funkcií bola u nich reverzibilná (Emery, Oxman, 1992, Reynolds a spol., 1988). Takto chápanej pseudodemencii zodpovedá aj dichotomický pohľad na jej príčiny – pseudodemencia bez organickeho poškodenia mozgu a pseudodemencia pri organickom poškodení mozgu. V prvom prípade je kognitívna porucha u pacientov s pseudodemenciou podmienená depresiou. Pseudodemencia je prechodná a nereprezentuje skutočnú cerebrálnu dysfunkciu. Táto koncepcia najviac zodpovedá pojmu „pseudodemencia“, zodpovedá predstave, že depresia nemôže vyvolať „skutočnú“, ale len „zdanlivú“ demenciu – pseudodemenciu. Kognitívne poruchy nie sú prejavom poškodenia mozgu v zmysle primárnych degeneratívnych alebo vaskulárnych zmien, ale sú prejavom motorickej inhibície. Tento názor prezentujú vo svojich starších prácach napríklad Wells (1979) a Caine (1978).

V druhom prípade sa predpokladá, že pseudodemencia vzniká pri organickom poškodení mozgu. Kognitívny deficit vzniká ako dôsledok nezávislého pôsobenia začínajúcej demencie alebo inej neurologickej poruchy (Borson a Unutzer, 2000). Tento predpoklad vychádza zo zistení longitudinálnych štúdií, že približne u 25–43 % pacientov s depresívnou pseudodemenciou sa v priebehu 3–5 rokov rozvinuli príznaky demencie (McAllister a Price, 1982, Kral a Emery, 1989).

Koncept kontinua

Kognitívne poruchy sa pri depresii starších pacientov vyskytujú často. Nie je dostatočne objasnené, prečo sa u niektorých pacientov manifestujú tranzitórne a u niektorých ireverzibilné kognitívne poruchy. U niektorých pacientov pretrvávajú ľahké kognitívne poruchy aj po odznení depresie a u časti z nich sa po určitom období rozvinie ireverzibilná demencia. Ponúka sa vysvetlenie, že u časti týchto pacientov súvisia kognitívne dysfunkcie s počiatočným štádiom demencie. Číselné údaje o počte prípadov s rozvojom demencie sa rozchádzajú – 5–89 % v závislosti od metódy skúmania a diagnostických kritérií (Alexopoulos a spol., 1993).

Predstava kontinua vychádza z predpokladu, že depresia je prvou manifestáciou poškodenia mozgu, ktoré smeruje k demencii. Túto predstavu podporujú aj pozorovania, že pri mnohých dementných stavoch napríklad pri Alzheimerovej demencii, multiinfarktovej demencii alebo pri parkinsonizme sa vyskytuje depresia až u polovice prípadov (Raskin, 1998, Lantz a Buchalter, 2001).

Jestvujú práce, ktoré referujú o koexistencii depresie, pseudodemencie aj ireverzibilnej demencie. Autori predpokladajú, že na vzniku pseudodemencie sa podieľajú tie isté patogenetické činitele, ktoré podmieňujú vznik degeneratívnej demencie. Pseudodemencia v kontexte s depresiou predstavuje rizikový faktor pre rozvoj progresívnej demencie (Nelson a spol., 1993).

Kombináciou depresie, kognitívnych porúch a degeneratívnych zmien vznikajú nasledujúce prototypy: veľká depresia bez depresívnej pseudodemencie, depresívna pseudodemencia, degeneratívna demencia bez depresie a depresia pri degeneratívnej demencii (Emery a Oxman, 1992).

Diagnostika depresívnej pseudodemencie

Porucha kognitívnych funkcií sa pri depresii v starobe často objavuje. Pokiaľ však v klinickom obraze dominuje, vzniká diagnostický problém. Je dôležité si uvedomiť, že všetky formy afektívnych porúch v starobe sa môžu kombinovať so somatickými a mozgovými chorobami, ktoré komplikujú a menia klinický obraz depresie. Je namieste otázka, či možno v klinickej praxi odlíšiť pseudodemenciu od raných štádií demencie Alzheimerovho alebo vaskulárneho typu. Odlíšenie je dôležité z hľadiska liečby aj prognózy. Zastáva sa aj taký názor, že jedinou citlivou diagnostickou pomôckou je výsledok antidepresívnej liečby a neprítomnosť progresie kognitívnych deficitov v ďalšom období (Reynolds a spol., 1988, Lantz a Buchalter, 2001). Pripúšťa a odporúča sa však možnosť odlíšenia aj inými metódami.

Tabuľka 1. Hlavné klinické príznaky odlišujúce pseudodemenciu od demencie.

PSEUDODEMENCIA	DEMENCIA
<p>Priebeh a anamnéza</p> <p>Rodina si uvedomuje ťažkosti chorého Začiatok je časovo ohraničený Rýchle zhoršovanie stavu Psychické ťažkosti už predtým</p>	<p>Rodina si nemusí uvedomovať ťažkosti Začiatok je nenápadný Pomalý vývoj príznakov Psychické ťažkosti v minulosti neboli</p>
<p>Sťažnosti pacientov</p> <p>Sťažujú sa na intelektový deficit Detailne vysvetlia ťažkosti Zdôrazňujú nedostatky Nadsadzujú nedostatky</p>	<p>Nesťažujú sa na intelektový deficit Ťažkosti vysvetľujú nepresne Sú spokojní so svojim stavom Bagatelizujú nedostatky</p>
<p>Aktuálny stav</p> <p>Nesnažia si udržať predchádzajúcu úroveň Pri komunikácii sa prejavuje úzkosť Zmena nálady je výrazná Výrazná strata sociálnych zručností Ťažkosti sa v noci nezvýrazňujú</p>	<p>Snažia sa udržať predchádzajúcu úroveň Pri komunikácii sa neprejavuje úzkosť Zmena nálady je nevýrazná Zachované sociálne zručnosti Ťažkosti sa v noci zvýrazňujú</p>
<p>Poruchy kognitívnych funkcií</p> <p>Na otázku odpoveď typu „neviem“ Porucha v oblasti staro aj novopamäti Pamäťové výpadky na celé obdobie Výkonnosť je variabilná</p>	<p>Odpovede na otázky chybné Obvykle porucha novopamäti Výpadky pamäti sa nevyskytujú Výkonnosť rovnomerne klesá</p>
Upravené podľa Wells, CH.: Pseudodementia. Am. J. Psychiatry, 136, 1979, s. 895-900.	

Klinické príznaky a priebeh depresívnej pseudodemen- cie

Klinici sa domnievajú, že možno identifikovať príznaky, pomocou ktorých bude možné odlišiť demenciu od pseudodemen-
cie. Depresia a demencia sa vo svojich prejavoch do určitej miery prekrývajú. Pozornosť (koncentrácia), spontánna produkcia reči, verbálne učenie a pamäť môžu byť porušené pri depresii aj pri demencii. U pacientov s demenciou sa však zisťujú aj ďalšie dysfunkcie pamäti, poruchy orientácie, plynulosti reči, chápavosti a poruchy tzv. symbolických funkcií. (Nelson a spol., 1993, Zapotoczky, 1998). Ďalší autori uvádzajú, že depresívny syndróm pri pseudodemencii je ťažký (anxieta, beznádej, bezmocnosť, depresívne bludy, výrazná psychomotorická retardácia, strata libida) a významným rozlišujúcim príznakom depresie od demencie je poru-

cha spánku (skoré ranné budenie u pacientov s pseudodemenciou, spánková inverzia u pacientov s demenciou (Reynolds a spol., 1988, Spar a La Rue, 2002). Charakteristické rozdiely sa zisťujú v odpovediach na kladené otázky. Pacienti s pseudodemenciou často odpovedajú „neviem“, u pacientov s demenciou sú odpovede chybné, pacienti „triafajú vedľa“, hádajú (Post, 1975).

Wells (1979) sa pokúsil zosumarizovať hlavné klinické príznaky, ktoré odlišujú pseudodemenciu od demencie. Pomocou uvedených charakteristík možno vyhodnotiť prierezový stav pacienta a ďalej posúdiť či sú zmeny akútne, subakútne, pozvoľné alebo progresívne (tab. 1).

Napriek vyššie uvedeným pozorovaniam, niektorí autori zastávajú názor, že prierezové klinické vyšetrenie nepostačuje k identifikácii tých pacientov, u ktorých sú kognitívne poruchy reverzibilné. Upozorňujú, že iniciálne štádium de-

mencie sa klinicky ťažko identifikuje a ťažko odlišuje od pseudodemencie, preto vhodnejším ukazovateľom na odlišenie týchto stavov je priebeh poruchy (McAllister, 1983, Alexopoulos a spol., 1993). U mnohých pacientov s depresívnou pseudodemenciou prebieha nerozpoznaná degeneratívna demencia. Z výsledkov dlhodobých štúdií, ktoré sa uskutočnili v nedávnej minulosti vyplýva, že u značnej časti pacientov s pseudodemenciou sa po určitom čase rozvinie demencia: u 43 % pacientov s depresívnou pseudodemenciou sa v priebehu 38 mesačného sledovania rozvinula ireverzibilná demencia (iba u 12 % pacientov bez depresívnej pseudodemencie) (Alexopoulos a spol., 1993), u 89 % pacientov s pseudodemenciou sa rozvinula Alzheimerova demencia (Emery a Breslau, 1989), u 50 % pacientov došlo k ďalšiemu zhoršovaniu kognitívnych funkcií (Reynolds a spol., 1986).

Neuropsychologické testy

V súvislosti s vyhodnocovaním kognitívnych funkcií prostredníctvom neuropsychologického vyšetrenia je známa skutočnosť, že konzistentné a signifikantné výsledky poskytujú štúdie zamerané na porovnávanie depresie a depresívnej pseudodemencie, rozdiely medzi depresívnou pseudodemenciou a primárnou degeneratívnou demenciou sa nemusia preukázať na signifikantnej úrovni. Reynolds a spol. (1988) doporučujú použiť v rámci diagnostiky a diferenciálnej diagnostiky depresívnej pseudodemencie a demencie batériu testov, ktorá zahŕňa škálu Mini Mental State Examination (MMSE), Blessed Dementia Rating Scale (BDRS) spolu s Hamiltonovou škálou pre depresiu (HAMD). MMSE sa zameriava na posúdenie orientácie, pamäti a pozornosti a umožňuje orientačne vyhodnotiť úroveň symbolických funkcií (fatické, gnostické, praxia). Pacienti s pseudodemenciou dosiahli lepšie celkové skóre v MMSE v položkách orientácia, počítanie, čítanie a písanie. Podobne aj v škále BDRS dosiahli títo pacienti lepšie výsledky. Naopak v škále HAMD dosiahli lepšie výsledky pacienti s demenciou. Výsledok podľa MMSE – skóre 23 sa považuje za kritérium na odlišenie pseudodemencie od demencie (Spar a La Rue, 2002).

Na odlišenie depresívnej pseudodemencie od demencie možno použiť napríklad aj Eslingerovu krátku skríningovú batériu neuropsychologických testov. Batéria je zostavená z troch jednoducho aplikovateľných a štandardizovaných neuropsychologických testov: test plynulosti reči (Word Fluency), test zameraný na hodnotenie vizuálnej pamäti (Visual Retention Test) a test časovej orientácie (Temporal Orientation) (Eslinger et al., 1985). Nelson so svojimi spolupracovníkmi zistili, že napriek tomu, že pri depresívnej pseudodemencii a demencii sa kognitívne poruchy u pacientov do určitej miery prekrývajú (plynulosť reči), poruchy krátkodobej pamäti a časovej orientácie boli signifikantne častejšie a závažnejšie u pacientov s demenciou (Nelson a spol., 1993). Autori sa domnievajú, že prekrývanie kognitívneho deficitu pri depresívnej pseudodemencii a demencii poukazuje na podobnosť neurobiologických zmien mozgu pri oboch chorobných stavoch. Na druhej strane, významné odlišnosti

v neurokognitívnych testoch poukazujú na fundamentálne odlišnosti patologických procesov pri demencii. Eslingerovu krátku batériu považujú títo autori za dostatočne citlivú na detegovanie cerebrálnych zmien súvisiacich s demenciou.

Yousef so spolupracovníkmi vyvinuli škálu, ktorá identifikuje pacientov s pseudodementným syndrómom. Z odbornej literatúry abstrahovali znaky (položky), u ktorých sa preukázalo, že môžu rozlišovať demenciu od pseudodemencie. Štatistickými metódami skúmali diskriminačnú silu všetkých znakov, vyseletovali 18 znakov s vysokou senzitivitou aj špecifitou a vytvorili z nich novú škálu. Vybraté znaky mapujú štyri oblasti skúmania: anamnéza, klinické údaje, náhľad a exekutívne funkcie. Predbežné výsledky dokázali užitočnosť aj dobré psychometrické vlastnosti škály (Yousef a spol., 1998)

Záver

Spektrum klinickej manifestácie depresie je veľmi široké, vrátane kognitívneho komponentu. Berúc do úvahy všetky známe skutočnosti, možno usudzovať, že starší pacienti s depresiou predstavujú heterogénnu skupinu, ktorá zahŕňa pacientov s raným štádiom demencie, pacientov s reverzibilnou demenciou (pseudodemenciou) a pacientov, u ktorých sa kognitívne dysfunkcie nemanifestujú. Možno dodať, že aj výsledky neurobiologických výskumov (ktorým nemožno v krátkom príspevku venovať väčší priestor) podporujú tézu, že porucha kognitívnych funkcií pri depresii súvisí s organickým poškodením mozgu. Zmeny pri depresívnej pseudodemencii sa väčšmi podobajú zmenám pri degeneratívnej demencii ako zmenám pri depresii alebo normálnom starnutí (Cho a spol., 2002, Nagaratham a spol., 2002). Klinická empiria potvrdzuje pozitívny efekt antidepresív na kognitívne procesy u pacientov s depresívnou pseudodemenciou. Liečba antidepresívami zlepšuje depresívne a kognitívne symptómy u 75 % pacientov s pseudodemenciou. Aj u pacientov s demenciou, ktorí užívajú antidepresíva, dochádza k zlepšeniu nálady a vegetatívnych príznakov, nedochádza však u nich k zlepšeniu kognitívnych dysfunkcií (Lantz a spol., 2001). Výhody správnej liečby prevažujú aj u starších pacientov nad rizikami neliečenia alebo nesprávneho liečenia. Riziko neliečenia depresívnej pseudodemencie predstavuje rozvoj chronickej depresie, kognitívnych porúch, somatických komplikácií, sociálnu dysfunkciu a suicidiá.

Literatúra

1. Alexopoulos, G.S., Mryers, B.S., Young, R.C., Mattis, S., Kakuma, T.: The course of geriatric Depression with „Reverible Dementia“: A controlled Study. *Am.J. Psychiatry*, 150, 1993, s. 1693-1699.
2. Borson, S., Unutzer, J.: In Kaplan, H.I., Sadock, B.J.: *Synopsis of psychiatry*. Williams and Wilkins, Baltimore USA, 2000.

3. **Bulbena, A., Berrios, G.:** Pseudodementia: facts and figures. *Br. J. Psychiatry*, 148, 1986, s. 87-94.
4. **Caine, E.D.:** Pseudodementia: current concepts and future directions. *Arch. Gen. Psychiatry*, 38, 1981, s. 1359-1364.
5. **Cho, M.J., Lyoo, I.K., Lee, D.W., Kwon, J.S. et al.:** Brain single photon emission computed tomography findings in depressive pseudodementia patients. *J. Affect. Disorders*, 69, 2002, s. 159-166.
6. **Emery, V.O., Breslau, L.D.:** Language deficits in depression: comparison with SDAT and normal ageing. *J. Gerontol.*, 43, 1989, s. 85-92.
7. **Emery, V.O., Oxman, T.:** Update on Dementia Spectrum of depression. *Am. J. Psychiatry*, 149, 1992, s. 305-317.
8. **Eslinger, P.J., Damasio, A.R., Benton, A.L., Van Allen, M.:** Neuropsychologic detection of abnormal mental decline in older persons. *JAMA*, 253, 1985, s. 670-674.
9. **Heppel, J.:** Conversion pseudodementia in older people: a descriptive case series. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 19, 2004, s. 961-967.
10. **Kaplan, H.I., Sadock, B.J.:** Synopsis of psychiatry. Williams and Wilkins, Baltimore USA, 1994, 1257 s.
11. **Kiloh, L.G.:** Pseudodementia. *Acta Psychiatr. Scand.*, 37, 1961, s. 336-351.
12. **Kral, V.A., Emery, O.B.:** Long-term follow-up of depressive pseudodementia. *Canad. J. Psychiatry*, 34, 1989, s. 445-446.
13. **Lantz, M.S., Buchalter, E.N.:** Pseudodementia. Cognitive decline caused by untreated depression may be reversed with treatment. *Geriatrics*, 56, 2001, s. 42-43.
14. **McAllister, T.W.:** Overview: Pseudodementia. *Am. J. Psychiatry*, 140, 1983, s. 528-533.
15. **McAllister, T.W., Price, T.R.P.:** Severe depressive pseudodementia with and without dementia. *Am. J. Psychiatry*, 139, 1982, s. 626-629.
16. **Nagartham, N., Phan, T.A., Barnett, C., Ibrahim, N.:** Angular gyrus syndromemimicking depressive pseudodementia. *Rev. Psychiatr. Neurosci*, 27, 2002, s. 364-368.
17. **Nelson, D.V., Harper, R.G., Kotik-Harper, D., Kirby, H.B.:** Brief Neuropsychologic Differentiation of Demented versus Depressed Elderly Inpatients. *General Hosp. Psychiatry*, 15, 1993, s. 409-416.
18. **Post, F.:** Dementia, depression, pseudodementia. In: *Psychiatric aspects of Neurologic disease*. Benson, D.F., Blumer, D. (eds). New York, Grune & Stratton, 1975.
19. **Raskind, M.A.:** The clinical interface of depression and dementia. *J. Clin. Psychiatry*, 59, 1998, (suppl. 10), s. 9-12.
20. **Reynolds, C.H.F., Kupfer, D.J., Hoch, C.C., Stack, J.A., Houck, P.R., Sewitch, D.E.:** Two-year follow up of elderly patients with mixed depression and dementia: clinical and electroencephalographic sleep findings. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 34, 1986, s. 793-799.
21. **Reynolds C.H.F., Hoch, C.C., Kupfer, D.J., Buysse, D.J. et al.:** Bedside Differentiation of depressive Pseudodementia form Dementia. *Am.J. Psychiatry*, 145, 1988, s. 1099-1103.
22. **Spar, J.E., La Rue, A.:** Geriatrická psychiatria. Stručný sprievodca. First published in the United States by American Psychiatric Publishing, Inc. Washington D.C. and London, U.K. 2002. Vydavateľstvo F Trenčín, 2003, 239 s.
23. **Wells, C.H.E.:** Pseudodementia. *Am. J. Psychiatry*, 136, 1979, s. 895-900.
24. **Yousef, G., Ryan, W.J., Lambert, T., Pitt, B., Kellett, J.:** A preliminary report: A new scale to indentify the pseudodementia syndrome. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 13, 1997, s. 389-399.
25. **Zapotoczky, H.G.:** Problems of differntial diagnosis between depressive pseudodementia and Alzheimer's disease. *J. Neural. Transm.*, 53, 1998, supplementum, s. 91-5.

Do redakcie došlo 18.11.2006.