

بررسی اختلالات افسردگی و شناختی سالمندان و ارتباط آنها با یکدیگر

دکتر فریبا یزدخواستی

گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان

هدف: هدف این پژوهش، ارزیابی اختلالات شناختی و افسردگی در سالمندان ساکن و غیرساکن سرای سالمندان، ارتباط میان این دو اختلال، مقایسه عوامل فوق در دو گروه مزبور، و در نهایت مقایسه این عوامل در دو گروه زنان و مردان سرای سالمندان می‌باشد. **روش:** برای بررسی سلامت شناختی و افسردگی ۱۲۰ سالمند شرکت‌کننده در مطالعه، از دو پرسشنامه بررسی سلامت شناختی و مقیاس افسردگی سالمندان استفاده شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان دادند که افسردگی و اختلال شناختی شایع‌ترین اختلالات سالمندان مقیم سرای سالمندان هستند و بین این دو اختلال ارتباط معناداری وجود دارد. میزان اختلال شناختی و افسردگی زنان نیز بیش از مردان گزارش شد. **نتیجه‌گیری:** شیوع اختلالات روان‌پزشکی در سالمندان مقیم سرای سالمندان بیش از سالمندان خارج از این مراکز می‌باشد که علت آن احتمالاً ناهمگونی جامعه سالمند این مراکز و نیز عوامل استرس‌زای مختلف است.

* نشانی تماس: اصفهان، میدان آزادی، دانشگاه اصفهان،

دانشکده علوم تربیتی، گروه روان‌شناسی

Email: faribayazdkhasti@yahoo.com

کلیدواژه‌ها: سالمندان مقیم سرای سالمندان، سالمندان خارج از سرای سالمندان، افسردگی، اختلال شناختی

A Study on Cognitive and Depressive Disorders in the Elderly and Their Correlation with Each Other

Objective: The purpose of this study was to examine the correlation between cognitive disorders and depression in the elderly residing or not residing in care homes, the correlation between these two disorders, the comparison of the above factors in the mentioned groups, and ultimately, the comparison of these factors between male and female groups in care homes. **Method:** The Mini Mental State Examination and the Geriatric Depression Scale were used to evaluate cognitive disorders and depression in 120 elderly individuals. **Results:** Results indicated that depression and cognitive disorders are the most prevalent disorders among the elderly residing in care homes, and that there is significant relationship between these two disorders. The degree of cognitive disorder and depression was higher in females than in males. **Conclusion:** The prevalence of psychiatric disorders in the elderly residing in care homes is higher than those who do not reside in these locations, which is probably due to the heterogeneous elderly population of these centers as well as various stressors.

Fariba Yazdkhasti
Department of Psychology,
Isfahan University

Keywords: elderly residing in care homes, elderly not residing in care homes, cognitive disorder, depression

Email: faribayazdkhasti@yahoo.com

مقدمه

انسان از نظر فکری، احساسی و رفتاری موجودی اجتماعی می‌باشد و این ویژگی بر همه ادوار زندگی وی سایه انداخته است. تحقیقات نشان داده‌اند که در پیش گرفتن الگوی زندگی سالم، حتی در سال‌های آخر عمر، می‌تواند امید به زندگی را افزایش و بیماری و هزینه‌های مربوط به آن را کاهش دهد.

سالمندی فرآیندی عادی، طبیعی و در حال تغییر است که سبب بروز رفتارهای خاص در سالمندان می‌شود. این رفتارها می‌تواند بر نگرش اعضای خانواده به سالمندش تأثیر بگذارد و باعث شود وی را به آسایشگاه سالمندان بفرستند (کلاته جاری، ۱۳۸۱).

با در نظر گرفتن مشکلات خاص سالمندان در آسایشگاه‌ها، شاید مسایل آنان نسبت به سالمندانی که خارج از این مراکز زندگی می‌کنند، بیشتر قابل تحقیق باشد و ضرورت تحقیق در این زمینه آشکارتر است.

بر اساس گزارش‌ها، افسردگی و اختلال شناختی از شایع‌ترین مشکلات روانی سالمندان آسایشگاه‌هاست و باعث کاهش کارایی و افزایش مرگ‌ومیر آنها می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

افسردگی برای هر کس معنایی دارد و می‌تواند یک نشانه و یا یک اختلال قابل تشخیص باشد. منظور از افسردگی، اختلالی است که دوام کافی و نشانه‌های ویژه دارد و بر عملکرد شخص تأثیر نامطلوب می‌گذارد و پریشانی ایجاد می‌کند (کستل^۲، بالوتا^۳، هاجسون^۴، لوگان^۵، یاپ^۶، ۲۰۰۷).

در اختلال شناختی تأکید بر عامل شناخت و حافظه است و بین کارایی شناختی و افزایش سن ارتباط معناداری وجود دارد (کستل، بالوتا، مک‌کیب^۷، ۲۰۰۷). تحقیقات وودفرد^۸ و جورج^۹ (۲۰۰۷) نشانگر آن است که با افزایش سن، تغییراتی در مغز به وجود می‌آید که باعث بروز تفاوت‌هایی در شیوه تفکر و رفتار می‌شود. این تغییرات از تغییرات ناشی از شروع یک اختلال (معمولاً وابسته به سطح عملکرد شخصی، اجتماعی و شغلی فرد)

قابل تفکیک است. آنها همچنین اظهار داشتند که متخصصان بالینی تفاوت در شیوه تفکر و رفتار را ناشی از عوامل مختلفی مثل افزایش سن، اختلال شناختی غیردمانس و دمانس می‌دانند. به نظر آنها، اختلال شناختی حد فاصل بین افزایش سن و دمانس می‌باشد. شروع دمانس در افراد کمتر از ۶۵ سال، یک درصد؛ در افراد بیشتر از ۶۵ سال، سه تا ۱۱ درصد؛ و در افراد بیشتر از ۸۵ سال، ۳۳ درصد است. اختلال شناختی شایع‌تر از دمانس است و میزان آن در سالمندان بالای ۶۵ سال، ۱۷ درصد می‌باشد. البته علت این تغییرات شناختی فقط اختلال شناختی و دمانس نیست و عوامل دیگری مثل دلیریوم و افسردگی نیز می‌تواند به این تغییرات بینجامد و این امکان نیز وجود دارد که دو یا چند مورد از موارد بالا در یک فرد ظاهر شود. طبق تحقیقات پیشین، این دو اختلال در سالمندان آسایشگاه‌های سالمندان بیشترین درصد را به خود اختصاص داده است (لوگان و بالوتا، ۲۰۰۶).

نتایج پیمایش سال ۱۳۷۷ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نشانگر آن است که شیوع افسردگی در زنان و مردان سالمند شهری به ترتیب ۶۹ و ۴۷ درصد می‌باشد. (مرکز بهداشت سالمندان، ۱۳۷۹)

یک موضوع قابل بررسی این است که آیا علت افسردگی نقص در کارکردهای شناختی است یا افسردگی به اختلال شناختی منجر می‌شود؟ اگرچه دیده شده که افسردگی می‌تواند در افت شناختی تأثیر بگذارد، اما از سوی دیگر نشان داده شده است که افت شناختی هم می‌تواند به بروز افسردگی بینجامد. افت شناختی زود هنگام نیز می‌تواند به افسردگی منجر شود (کاپلان^{۱۰} و سادوک^{۱۱}، ۲۰۰۵).

بنابراین می‌توان انتظار داشت که بین اختلال شناختی و اختلال افسردگی سالمندان ارتباط معنادار وجود داشته باشد. همچنین، چون میزان افسردگی در زنان سالمند بیشتر از مردان است و بین افسردگی و اختلال شناختی نیز ارتباط معنادار وجود

1- American Psychiatric Association

2- Castel

4- Hutchison

6- Yap

8- Woodford

10 - Kaplan

3- Balota

5- Logan

7- McCabe

9- George

11- Sadock

برای بررسی وضعیت سلامت شناختی سالمندان، از پرسشنامه^۳ ۳۰ سؤالی شکل کوتاه آزمون کوتاه وضعیت ذهنی (MMSE)^۱ استفاده شد. این پرسشنامه که فولستین^۲ آن را در سال ۱۹۷۵ معرفی کرد، جهت یابی، ثبت در حافظه، توجه، محاسبه، حافظه^۳ اخیر، زبان و توانایی های دیداری - ساختاری را می آزماید. نمره^۴ کامل پرسشنامه ۳۰ و نمره^۵ کمتر از ۲۵ احتمال وجود اختلال شناختی را مطرح می سازد (فولستین، فولستین و مک هوگ^۳، ۱۹۷۵). نمره^۶ بیشتر از ۲۱، بیانگر اختلال شناختی ضعیف، نمره^۷ ۱۰ تا ۲۰ اختلال شناختی متوسط و نمره^۸ زیر ۹ بیانگر اختلال شناختی شدید است. نسخه^۹ فارسی این آزمون را سیدیان و همکاران (۱۳۸۶) معرفی کردند. پایایی درونی پرسشنامه^{۱۰} بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۸۱ درصد و در نقطه^{۱۱} برش ۲۲ دارای حساسیت ۹۰ درصد و ویژگی ۹۳/۵ است (سیدیان و همکاران، ۱۳۸۶).

برای بررسی وضعیت افسردگی سالمندان، از شکل کوتاه مقیاس افسردگی سالمندان (GDS)^{۱۲} استفاده شد. این پرسشنامه که در سال ۱۹۸۶ به وسیله^{۱۳} شیخ^{۱۴} و یاساواگی^{۱۵} ساخته شد، از ۱۵ سؤال تشکیل شده است و گروه تحت بررسی را به سه گروه دارای افسردگی متوسط (پنج تا ۱۰)، افسردگی شدید (۱۰ تا ۱۵) و فرد سالم تقسیم می کند.

محقق با مراجعه^{۱۶} مستقیم به نمونه^{۱۷} تحقیق (سالمندان) نسبت به جمع آوری اطلاعات و تکمیل پرسشنامه اقدام کرد. علت انتخاب پرسشنامه^{۱۸} MMSE و GDS، اعتبار زیاد و روایی محتوای آنها نسبت به سایر پرسشنامه ها بود. پایایی درونی نسخه^{۱۹} فارسی این آزمون بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۸۱ درصد و در نقطه^{۲۰} برش ۵/۶ دارای حساسیت ۸۵ درصد و ویژگی ۷۴ درصد می باشد (شهسوارانی، ۱۳۸۶).

دارد، می توان پیش بینی کرد که اختلال شناختی نیز در زنان سالمند بیشتر از مردان باشد.

هدف این پژوهش ارزیابی اختلال شناختی و افسردگی و ارتباط این دو اختلال در سالمندان ساکن و غیرساکن در سرای سالمندان، مقایسه^{۲۱} عوامل فوق در دو گروه مزبور، و در نهایت مقایسه^{۲۲} این عوامل در دو گروه زنان و مردان سرای سالمندان می باشد.

با توجه به اهداف فوق، فرضیه های پژوهش از این قرار است:

۱. بین میزان افسردگی و اختلالات شناختی سالمندان ارتباط معناداری وجود دارد.
۲. افسردگی در زنان سالمند بیشتر از مردان سالمند است.
۳. اختلالات شناختی در زنان سالمند بیش از مردان سالمند است.
۴. افسردگی در سالمندان ساکن در سرای سالمندان بیش از سالمندانی است که خارج از سرای سالمندان زندگی می کنند.
۵. اختلالات شناختی سالمندان ساکن سرای سالمندان بیش از سالمندان غیرساکن در سراهاست.

روش

نمونه شامل ۱۲۰ سالمند بالای ۶۰ سال بود که ۶۰ نفرشان مرد و ۶۰ نفر آنها زن بودند. نیمی از سالمندان زن و مرد شرکت کننده، در خانه سالمندان و نیمی دیگر خارج از خانه سالمندان زندگی می کردند.

معیار ورود افراد به مطالعه، داشتن سن بیش از ۶۰ بود. ملاک های خروج اطلاعات، وجود بیماری جسمانی شدید (مثلاً سکنه مغزی)، عقب ماندگی ذهنی و سایر اختلالات روانی به غیر از افسردگی و اختلال شناختی بود که به وسیله^{۲۳} پزشک کنترل و شرکت کنندگان غربال شدند.

مطالعه حاضر یک سرکور بود و فردی که داده ها را جمع آوری می کرد، هیچ اطلاعی از موضوع تحقیق نداشت.

1- Mini Mental State Examination

2- Folstein

3- McHugh

4- internal consistency

5- Geriatric Depression Scale Short Form

6- Shiekh

7- Yasavage

یافته‌ها

مقادیر میانگین، انحراف معیار نمرات افسردگی، و حجم داده‌ها به تفکیک جنسیت نشانگر آن است که میانگین نمره افسردگی زنان از مردان بیشتر است (جدول ۲). همچنین، در جدول ۲، آزمون t در مورد مقایسه میانگین نمره افسردگی در دو گروه زنان و مردان ارائه و فرض برابری واریانس‌ها مورد بحث قرار گرفته است. مقدار $t=4/76$ نشان می‌دهد که تفاوت میان میانگین نمرات افسردگی دو گروه (زنان و مردان سالمند) در سطح یک درصد معنادار است و زنان سالمند در آزمون افسردگی نمرات بیشتری به دست آوردند.

همبستگی افسردگی و اختلالات شناختی در سالمندان، از طریق ضریب همبستگی پیرسون^۱ محاسبه شد (جدول ۱). رد فرضیه صفر در سطح معناداری $p < 0/01$ نشانگر آن است که دو متغیر اختلال شناختی و افسردگی در سالمندان ارتباط معناداری دارند. از آنجا که ضریب همبستگی مثبت است، چنین استنباط می‌شود که با افزایش میزان اختلالات شناختی در سالمندان، میزان افسردگی نیز افزایش می‌یابد و برعکس.

جدول ۱- داده‌های ضریب همبستگی پیرسون بین افسردگی و اختلال شناختی در سالمندان

اختلال شناختی		ضریب همبستگی	
متغیر	تعداد	ضریب همبستگی	معناداری
افسردگی	۱۲۰	۰/۴۲	۰/۰۱

جدول ۲- آزمون t برای مقایسه میزان افسردگی دو گروه سالمند (زنان و مردان)

متغیر	جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین تفاضل نمرات	خطای معیار	t
افسردگی	مرد	۶۰	۷/۶۳	۳/۱۹	۳/۰۱	۰/۶۳	۴/۷۶
	زن	۶۰	۱۰/۶۵	۳/۷۲			
$p < 0/01$							

جدول ۳- داده‌های آزمون t برای مقایسه اختلال شناختی دو گروه زنان و مردان سالمند

متغیر	جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین تفاضل نمرات	خطای معیار	t
اختلال شناختی	مردان	۶۰	۲۳/۵	۷/۶۵	۶/۰۸	۱/۳۹	۴/۳۷
	زنان	۶۰	۱۷/۴۱	۷/۶۱			
$p < 0/01$							

جدول ۴- آزمون t ، برای مقایسه میزان افسردگی دو گروه سالمندان ساکن و غیر ساکن در سرای سالمندان

متغیر	محل سکونت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین تفاضل نمرات	خطای معیار	t
افسردگی	سرای سالمندان	۶۰	۱۱/۲۸	۳/۰۳	۱/۳۶	۰/۶	۲/۲۶
	خارج از سرای سالمندان	۶۰	۹/۹۱	۳/۵۹			
$p < 0/01$							

جدول ۵- داده‌های آزمون t برای مقایسه اختلال شناختی در دو گروه سالمندان مقیم و غیرمقیم سالمندان

متغیر	محل اقامت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین تفاضل نمرات	خطای معیار	t
اختلال شناختی	خارج از سرای سالمندان	۶۰	۲۲/۱۱	۸/۳۶	۳/۰۵	۱/۴۲	۲/۱۴
	مقیم سرای سالمندان	۶۰	۱۹/۰۶	۷/۳۳			
$p < 0/01$							

1- Pearson's Correlation

سالمندان غیر ساکن در آزمون MMSE نمرات بیشتری کسب کرده‌اند. بدین ترتیب اختلال شناختی در سالمندان غیر ساکن در مرکز، به‌طور معنادار و قابل ملاحظه کمتر است.

نتیجه‌گیری

همان‌طور که اشاره شد، تحقیق در ۱۲۰ سالمند زن و مرد بالای ۶۰ سال انجام شد که نیمی از آنان ساکن سرای سالمندان بودند و نیمی غیر ساکن. نتایج تحقیق نشان داد که افسردگی و اختلال شناختی از شایع‌ترین اختلالات دوره سالمندی است که این نتیجه با تحقیقات پیشین کوبایاشی^۱ و کاتو^۲ (۲۰۰۵) همخوانی دارد. همچنین، میزان افسردگی و اختلال شناختی سالمندان ساکن سرای سالمندان بیشتر از سالمندان غیر ساکن بود که این نیز با نتایج تحقیقات قبلی (رویین^۳، کینشرف^۴، گرانت^۵ و استورانت^۶، ۱۹۹۱) در مورد شیوع چهار برابری افسردگی در سالمندان ساکن سراها (در مقایسه با سالمندان غیر ساکن) همخوانی دارد. افسردگی بیشتر زنان سالمند (در مقایسه با مردان سالمند) در این تحقیق نیز با تحقیقات قبلی، که میزان افسردگی را در زنان سالمند دو تا سه برابر مردان سالمند برآورده کرده است، همخوانی دارد (گارری^۷، دفازو^۸ و دسار^۹، ۲۰۰۲).

مسائل روانی سالمندان مانند سایر افراد هنگامی تشدید می‌شود که فرد احساس کند کنترلش را بر امور خود و محیط از دست داده است. در سالمندان ساکن در سرای سالمندان، احتمالاً به علت ناهمگونی جامعه سالمند و همچنین وجود عوامل استرس‌زای مختلف (همچون بیماری و ناتوانی‌های جسمانی، بازنشستگی، بیکاری، تنهایی و عدم توجه دیگران)، شیوع اختلالات روان‌پزشکی بیشتر از سالمندان خارج از سرای سالمندان می‌باشد.

بر اساس نتایج این پژوهش و برخی پژوهش‌های مشابه، مشکلات روان‌پزشکی (افسردگی و اختلالات شناختی) در میان

مقادیر میانگین، انحراف معیار نمرات اختلال شناختی (در MMSE) و حجم داده‌ها به تفکیک جنسیت نشانگر آن است که میانگین نمرات اختلال شناختی زنان کمتر از مردان است، یعنی وضعیت زنان سالمند از نظر اختلال شناختی نامطلوب‌تر از مردان سالمند است (جدول ۳). در جدول ۳، همچنین آزمون t برای مقایسه میانگین نمرات اختلال شناختی دو گروه مورد بررسی ارائه شده است. مقدار $t=4/37$ نشان می‌دهد که اختلاف میانگین نمرات اختلال شناختی دو گروه (زنان و مردان سالمند) در سطح یک درصد معنادار است، و زنان سالمند در آزمون MMSE نمرات کمتری کسب کردند. به عبارت ساده‌تر، وضعیت اختلال شناختی زنان به‌طور معنادار نامطلوب‌تر از مردان است.

در جدول ۴، میانگین، انحراف معیار نمرات آزمون افسردگی و حجم داده‌ها به تفکیک سالمندان ساکن در سرای سالمندان و سالمندان غیر ساکن ارائه شده است. مقدار $t=2/26$ در سطح معناداری $p < 0/01$ نشانگر آن است که تفاوت میانگین نمرات افسردگی دو گروه سالمندان ساکن در سرای سالمندان و غیر ساکن معنادار است. به این صورت که میانگین نمرات افسردگی سالمندان ساکن در سرای سالمندان بیشتر از سالمندان غیر ساکن می‌باشد؛ به عبارت دیگر، سالمندان ساکن در سرای سالمندان از افسردگی بیشتری رنج می‌برند.

میانگین و انحراف معیار نمرات آزمون MMSE و حجم داده‌های دو گروه سالمندان ساکن در سرای سالمندان و غیر ساکن نشان می‌دهد که با توجه به مقادیر مندرج در جدول ۵، میانگین نمرات اختلال شناختی سالمندان غیر ساکن بیشتر است. اما سالمندان غیر ساکن با کسب نمرات زیاد در آزمون MMSE نشان می‌دهند که وضعیت شناختی آنان مطلوب‌تر از وضعیت اختلال شناختی ساکنان سرای سالمندان است. در جدول ۵، نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین نمرات اختلال شناختی دو گروه ارائه شده است. $t=2/14$ در سطح معنادار $p < 0/01$ نشانگر آن است که میانگین نمرات اختلال شناختی در دو گروه سالمندان ساکن سرای سالمندان و سالمندان غیر ساکن تفاوت معناداری دارد و

1- Kobayashi
3- Rubin
5- Grant
7- Gareri
9- De Sarro

2- Kato
4- Kinscherf
6- Storandt
8- De Fazio

شناختی یا سایر اختلالات روانی) از دست داده و به همین دلیل نیز به این مراکز سپرده شده‌اند، لذا ممکن است شیوع اختلال روان-پزشکی در این افراد بیش از جامعه عادی باشد و همین مسأله باعث شود میزان شیوع این اختلالات در جامعه سالمندان ساکن سرای سالمندان بیشتر از جامعه عادی به نظر آید.

ساکنان خانه‌های سالمندان، به‌ویژه زنان سالمند، بسیار شایع است و چون جامعه ما در آینده نزدیک با جمعیت زیادی از افراد سالمند مواجه خواهد شد، که طبعاً بخشی از آنان می‌بایست به این مراکز سپرده شوند، انجام اقدامات لازم به منظور فراهم آوردن زمینه‌های ارتقای سلامت روانی برای ساکنان این مراکز ضروری به نظر می‌رسد. از محدودیت‌های این تحقیق باید به این نکته اشاره شود که از آنجا که ساکنان خانه‌های سالمندان غالباً افرادی هستند که استقلال خود را به علت بیماری‌های روان‌پزشکی (مثل اختلال

دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۲/۳۰؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۱۰/۱۰

منابع

- کلاته جاری، م. (۱۳۸۱). *بررسی مسائل سالمندی و فضای عمومی و اختصاصی*. تهران: انتشارات آشنا.
- سیدیان، م.، فلاح، م.، نوروزیان، م.، نجات، س.، دلاویز، ع.، و قاسم زاده، ح. (۱۳۸۶). تهیه و تعیین اعتبار نسخه فارسی آزمون کوتاه وضعیت ذهنی. *مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، ۲۵(۴)، ۴۱۴-۴۰۸.
- شهسوارانی، م. (۱۳۸۶). *تاثیر استرس‌سورهای بر افسردگی سالمندان*. پایان نامه دوره کارشناسی، دانشگاه اصفهان.
- مرکز بهداشت سالمندان، اداره کل بهداشت خانواده، نشر و تبلیغ «بشر»، ۱۳۷۹.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington, DC.
- Castel, A. D., Balota, D. A., Hutchison, K. A., Logan, J. M., & Yap, M. J. (2007). Spatial attention and response control in healthy younger and older adults and individuals with Alzheimer's disease: Evidence for disproportionate selection impairments in the simon task. *Neuropsychology*, 21, 170-182.
- Castel, A. D., Balota, D. A., McCabe, D. P. (2007). Memory efficiency and the strategic control of attention at encoding: Impairments of value-directed remembering in Alzheimer's disease. *Neuropsychology*, 23, 297-306.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Kobayashi, T., & Kato, S. (2005). Senile depression with olfactory reference syndrome: A psychopathological review. *Psychogeriatrics*, 5(2), 55-63.
- Logan, J. M., & Balota, D. A. (2003). Conscious and unconscious lexical retrieval blocking in younger and older Adults. *Psychology and Aging*, 18, 537-550.
- Gareri, P., De Fazio, P., & De Sarro, G. (2002). Neuropharmacology of depression in aging and age-related diseases. *Ageing Research Reviews*, 1, 113-134.
- Rubin, E. H., Kinscherf, D. A., Grant, E. A., & Storandt, M. (1991). The influence of major depression on clinical and psychometric assessment of senile dementia of the Alzheimer type. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1164-1171.
- Kaplan, B. J., Sadock, V. A. (2005). *Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry*. New York: Lippincott Williams and Wilkins.
- Shiekh, J., & Yasavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale: Recent evidence and development of a short version. In T. L. Brink. (Ed), *Clinical Gerontology: A guide to assessment and intervention* (pp. 165-173). New York: Haworth.
- Woodford, H. J., & George, J. (2007). Cognitive assessment in the elderly: A review of clinical methods. *QJM*, 100, 469- 484.