

**Wykonanie Testu Pamięci Wzrokowej Bentona  
oraz Wzrokowo-Motorycznego Testu Gestalt  
Lauretty Bender przez osoby z depresją i organicznymi  
zaburzeniami depresyjnymi**

**Results of the Benton Visual Retention Test and the Bender Visual-  
-Motor Gestalt Test among patients suffer from depressive disorders  
and organic depressive disorders**

Monika Talarowska, Antoni Florkowski, Krzysztof Zboralski,  
Piotr Gałeczki

Klinika Psychiatrii Dorosłych UM w Łodzi  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Florkowski

**Summary**

**Aim.** The comorbidity of depression and dementia has been extensively studied. Four main hypotheses have been suggested to explain the relationship between depression and dementia: 1. depression may be a psychological reaction to perceived cognitive decline, 2. depression may be an early symptom of dementia, 3. depression may be an etiologic risk factor for the onset of dementia, and 4. dementia and depression share common risk factors. The objective of this study was to examine the differences between depressive disorders and organic depressive disorders by using two neuropsychological tests.

**Method.** A sample of 61 persons aged 23-62 years participated in the study. Patients who took part in the investigation were divided into two groups: depressive disorders (DD, n=30), organic depressive disorders (ODD, n=31). Cognitive functions were evaluated by the Benton Visual Retention Test (BVRT) and Bender Visual-Motor Gestalt Test (BVMGT).

**Results.** Relevant statistical differences among examined group were observed: in BVRT correct answers ( $p=0.006$ ), errors ( $p<0.001$ ); in BVMGT: ( $p<0.001$ ). DD patients achieved higher results in psychological test than ODD patients. DD group (average) in BVRT: correct answers (-1.33), errors (2.31); BVMGT (average): (50.37). ODD group (average) in BVRT: correct answers (-2.71), errors (5.81); BVMGT (average): (72.01).

**Conclusions.** Patients with organic depressive disorders achieved significantly lower results than patients with depressive disorders in BVRT and BVMGT.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia depresyjne, Test Pamięci Wzrokowej Bentona,  
Wzrokowo-Motoryczny Test Gestalt Lauretty Bender

**Key words:** depressive disorders, Benton Visual Retention Test, Bender Visual-Motor Gestalt Test

## Wstęp

Szacuje się, iż na całym świecie 35 milionów osób przejawia objawy otępienia. Liczba ta prawdopodobnie podwoi się w ciągu najbliższych 20 lat, osiągając w 2050 roku wartość 115 milionów. W blisko połowie przypadków demencji towarzyszą symptomy epizodu depresyjnego [1]. Odróżnianie objawów otępienia od objawów zaburzeń depresyjnych nie jest zadaniem prostym, ponieważ relacje pomiędzy wymienionymi jednostkami chorobowymi mogą mieć różnorodny charakter. Obecne u pacjentów objawy depresji (w tym osłabienie funkcji poznawczych) bywają niejednokrotnie błędnie diagnozowane jako otępienie. Równie często symptomy depresyjne dominują w obrazie otępienia. Możliwe jest także ich współwystępowanie, jako dwóch niezależnych zespołów chorobowych [2, 3]. Zgodnie z innymi teoriami zaburzenia nastroju i deterioracja procesów poznawczych są przejawami dysfunkcji tego samego mechanizmu neuronalnego, gdyż obszary regulujące funkcje pamięciowe kontrolują również przebieg procesów emocjonalnych [4]. Zdaniem Panzy i wsp. [5] możemy mówić o kontinuum: depresja – łagodne zaburzenia funkcji poznawczych (MCI, *mild cognitive impairment*) – otępienie, a diagnoza epizodu ciężkiej depresji czterokrotnie zwiększa ryzyko progresji MCI w chorobę Alzheimerera (AD, *Alzheimer disease*). W niektórych procesach organicznych depresja bywa początkiem procesu chorobowego. Objawy zaburzeń afektywnych mogą być również konsekwencją stopniowo narastającego słabnięcia funkcji intelektualnych, pociągającego za sobą trudności w pracy zawodowej czy organizacji życia codziennego [6, 7]. W przypadku pacjentów z organicznymi uszkodzeniami mózgu depresja może przyjąć postać przewlekłego stanu depresyjnego o nieznacznym nasileniu lub też rozbudowanych urojeń depresyjnych z tendencjami samobójczymi. Obniżony nastrój obecny w schorzeniach organicznych o.u.n. może nasilać zaburzenia procesów poznawczych. Najczęściej depresja występuje w otępieniu o nasileniu niewielkim lub średnim i jest powszechniejsza w przebiegu otępień o etiologii naczyniowej [8]. Termin „rzekome otępienie depresyjne” lub „pseudodemencja depresyjna” stosowany jest w odniesieniu do deficytów poznawczych traktowanych jako konsekwencja zaburzeń afektywnych, głównie depresyjnych [9]. Pojęcie to odnosi się do stwierdzenia w obiektywnych testach neuropsychologicznych i skalach psychopatologicznych współlistnienia objawów zarówno depresji, jak i otępienia. U pacjentów z tej grupy kliniczne symptomy otępienia ustępują po skutecznym leczeniu przeciwdepresyjnym. Ryzyko rozpoznania pseudodemencji wzrasta u osób z niskim wykształceniem i niskim poziomem intelektualnym [10].

Obecnie brakuje wystandaryzowanych narzędzi diagnozy neuropsychologicznej pozwalających na odróżnienie typowego dla epizodu depresyjnego osłabienia funkcji poznawczych od zmian charakterystycznych dla organicznych zaburzeń depresyjnych. Celem pracy jest porównanie wykonania dwóch popularnych w Polsce testów wykorzystywanych w ocenie funkcji poznawczych (wchodzących w skład szeroko stosowanej przez psychologów tzw. „triady organicznej”) w grupie pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych oraz organicznych zaburzeń depresyjnych.

## Material

W badaniu wzięło udział 61 osób (w wieku 23–62 lat, średnia:  $M = 53,15$  roku, odchylenie standardowe:  $SD = 7,62$ ) – 29 kobiet (47,00%, w wieku 23–59 lat,  $M = 51,10$  roku,  $SD = 8,59$ ) oraz 32 mężczyzn (53,00%, w wieku 23–62 lat,  $M = 55,01$  roku,  $SD = 6,02$ ) hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Badani zostali podzieleni na dwie grupy: pacjenci z zaburzeniami depresyjnymi (ZD) –  $n = 30$ , kobiety = 16, 53%, mężczyźni = 14, 47%, oraz pacjenci z organicznymi zaburzeniami depresyjnymi (OZD) –  $n = 31$ , kobiety = 13, 42%, mężczyźni = 18, 58% (tabela 1). Zakwalifikowanie pacjentów do badanej grupy oparte było na kryteriach diagnostycznych zawartych w ICD-10: dla epizodu depresyjnego (F32) i zaburzeń depresyjnych nawracających (F33.0-F33.8) oraz dla organicznych zaburzeń depresyjnych (F06.32) [11]. Wszyscy pacjenci poddani byli badaniu w trakcie pobytu na oddziale Kliniki Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

W grupie ZD znalazły się osoby psychiatrycznie hospitalizowane po raz pierwszy i nie leczone wcześniej z powodu zaburzeń depresyjnych oraz osoby leczone farmakologicznie od wielu lat, przyjęte na oddział w celu modyfikacji terapii lub w związku z pogorszeniem się stanu zdrowia. Dla ZD kryterium wykluczającym była obecność innych poza epizodem depresyjnym zaburzeń z I oraz II osi oraz chorób somatycznych i uszkodzeń o.u.n., które mogłyby mieć wpływ na funkcjonowanie poznawcze chorych. Do grupy OZD włączono osoby, u których obecność zmian w o.u.n. stwierdzono na podstawie tomografii komputerowej i/lub rezonansu magnetycznego oraz badania psychologicznego. Dla OZD kryterium wykluczającym była obecność innych poza organicznymi zaburzeniami depresyjnymi chorób z I oraz II osi. W tych przypadkach nie różnicowano charakteru i rozmiaru zmian w o.u.n. We wszystkich przypadkach dane dotyczące przebiegu choroby zbierano za pomocą Zbiorczego Międzynarodowego Wywiadu Diagnostycznego (CIDI, *Composite International Diagnostic Interview*) [12]. Dodatkowo oceniano czas trwania choroby, liczbę hospitalizacji oraz – w grupie ZD – nasilenie poziomu depresji. W grupie ZD 2 osoby miały wykształcenie podstawowe, 5 – zasadnicze zawodowe, 17 – wykształcenie średnie, a 6 badanych – wyższe. Spośród pacjentów z OZD 4 osoby miały wykształcenie podstawowe, 10 – zasadnicze zawodowe, 14 – średnie i 3 osoby – wykształcenie wyższe. Średni czas trwania nauki w latach wynosił w grupie ZD:  $M = 12,56$ ,  $SD = 2,47$ ; w grupie OZD:  $M = 11,65$ ,  $SD = 2,19$ . Każda z badanych osób wyraziła pisemną zgodę na udział w badaniu zgodnie z protokołem zatwierdzonym przez Komisję Bioetyki (nr RNN/603/08/KB z dnia 09.12.2008 r.). Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic w odniesieniu do wieku, płci, poziomu wykształcenia między badanymi grupami ( $p > 0,05$ ).

## Metoda

### Test Pamięci Wzrokowej Bentona (BVRT, *Benton Visual Retention Test*)

Jest on narzędziem klinicznym służącym do badania percepcji wzrokowej, pamięci wzrokowej i zdolności wzrokowo-konstrukcyjnych. Pozwala wnioskować o zmianach

w o.u.n., może stanowić również miarę różnicującą zaburzenia uwagi. Materiał testowy stanowią wzory figur geometrycznych rozmieszczone na białych kartonach. Ocenie podlega poprawność (liczba poprawnych rysunków oraz liczba popełnionych błędów) wykonania kopii wzorów oraz ich reprodukcja z pamięci. Zastosowano wersję C testu, metodę A: ekspozycja wzoru przez 10 sekund i natychmiastowe odtwarzanie go z pamięci [13, 14]. Błędy świadczące o zaburzeniach funkcji przestrzennych polegają na opuszczaniu, zniekształcaniu, rotowaniu zapamiętanych figur bądź na ich powtarzaniu (persewerowaniu) ze wzoru poprzedniego. W przypadku każdego z badanych otrzymane wyniki surowe (WS) zamieniono na wyniki przeliczone (WP), uwzględniając wiek i szacunkowy przedchorobowy poziom intelektualny osoby badanej. WP wskazuje, iloma punktami wynik osoby badanej różni się od wyniku oczekiwanego dla danego wieku i szacunkowego ilorazu inteligencji. Np.  $WP = (2, -3)$  oznacza, że osoba badana wykonała poprawnie więcej o 2 odwzorowania i popełniła mniej o 3 błędy w porównaniu z szacunkowymi tabelami, a  $WP = (-5, 9)$  wskazuje na odwzorowanie o 5 mniej poprawnych figur i popełnienie o 9 więcej błędów niż typowa liczba dla wieku i poziomu intelektualnego. Operacje statystyczne wykonywano na wynikach przeliczonych [14].

#### Wzrokowo-Motoryczny Test Gestalt Lauretty Bender (BVMGT, Bender Visual-Motor Gestalt Test)

Test ten pozwala na diagnozę uszkodzeń organicznych mózgu u osób dorosłych. Materiał testowy stanowią rysunki dziewięciu abstrakcyjnych figur geometrycznych, które należy skopiować. Każdy z rysunków osoby badanej podlega indywidualnej ocenie pod względem poprawności jego wykonania. Test ocenia sprawność koordynacji wzrokowo-ruchowej [15]. W analizie statystycznej wykorzystano wyniki surowe dla każdej z badanych osób. Im więcej popełnionych błędów, tym większa liczba uzyskanych punktów.

W grupie ZD do oceny nasilenia depresji zastosowano 21-itemową Skalę Depresji Hamiltona (*Hamilton Depression Rating Scale*, HDRS) [16]. Intensywność zaburzeń depresyjnych klasyfikowano na podstawie stopni ich nasilenia wyróżnionych w pracy Demyttenaere i wsp. [17]. Oceny funkcji poznawczych oraz ciężkości zaburzeń depresyjnych dokonywano po przyjęciu pacjentów na oddział, w fazie największego nasilenia objawów, przed rozpoczęciem/zmianą leczenia farmakologicznego lub krótko po rozpoczęciu/zmianie terapii.

W analizie statystycznej zebranego materiału wykorzystano statystykę opisową – średnia arytmetyczna (M), odchylenie standardowe (SD, *standard deviation*) oraz metody wnioskowania statystycznego. Do oceny różnic w wykonaniu testów A. Bentona oraz L. Bender w badanych grupach zastosowano test istotności różnic między średnimi dla prób niezależnych, test t-Studenta. Przyjęty poziom istotności:  $p < 0,05$ .

### Wyniki

Średni czas trwania choroby w badanej grupie (w latach):  $M = 5,77$ ,  $SD = 7,86$ , średnia liczba hospitalizacji z powodu zaburzeń depresyjnych:  $M = 2,01$ ,  $SD = 2,14$ .

W grupie ZD w dniu przyjęcia 2 osoby spełniały kryteria punktowe HDRS dla łagodnego epizodu depresji, 8 osób dla epizodu umiarkowanego oraz 20 osób dla epizodu ciężkiej depresji. Tabela 1 przedstawia porównanie badanych grup pod względem wieku, czasu trwania choroby oraz liczby hospitalizacji do dnia badania. Zaobserwowano istotne statystycznie różnice jedynie pod względem liczby hospitalizacji. Pacjenci z ZD hospitalizowani byli istotnie rzadziej niż chorzy z rozpoznaniem OZD. Tabela 1 zawiera również wyniki wykonania BVRT oraz BVMGT w badanych grupach, a także istotne różnice w zakresie wymienionych testów.

Tabela 1. **Wiek, czas trwania choroby, liczba hospitalizacji oraz zakresy wyników i testy istotności różnic dla badanych grup**

Zmienna	Zakres wyników dla ZD		Zakres wyników dla OZD		ZD		OZD		t	p
	Min.	Maks.	Min.	Maks.	M	SD	M	SD		
Wiek	23	62	25	62	51,16	9,41	52,06	4,76	-0,08	0,93
Czas trwania choroby (lata)	1	28	1	32	5,06	9,01	6,45	6,63	-0,68	0,49
Liczba hospitalizacji	1	4	1	11	1,47	1,43	2,55	2,96	-2,02	0,04*
Test Pamięci Wzrokowej Bentona odpowiedzi poprawne	-5	1	-7	2	-1,33	1,84	-2,71	1,91	2,87	0,006*
Test Pamięci Wzrokowej Bentona błędy	-3	9	-3	13	2,31	3,06	5,81	3,94	-3,87	<0,001*
Wzrokowo-Motoryczny Test Gestalt Bender	28	89	29	110	50,37	16,05	72,01	19,36	-4,74	<0,001*

\* = istotne statystycznie,  $p < 0,05$ ; ZD – zaburzenia depresyjne; OZD – organiczne zaburzenia depresyjne; M – średnia; SD – odchylenie standardowe

W obydwu przeprowadzonych testach pacjenci z OZD uzyskali istotnie niższe wyniki w porównaniu z chorymi z ZD. W BVRT w grupie OZD badani dokonywali średnio mniej o 2–3 poprawne odwzorowania i popełniali średnio o 5–6 błędów więcej niż wskazują tabele szacunkowe. Wykonanie tego samego testu przez osoby badane z ZD również nie było pozbawione błędów, jednak popełniono ich istotnie mniej: średnio mniej o 1–2 poprawne odwzorowania i więcej o 2–3 błędy, w porównaniu

z normami. W teście BVMGT średnia liczba punktów dla pacjentów z ZD była istotnie niższa w porównaniu z grupą z OZD (tabela 2).

Tabela 2. Zestawienie wyników uzyskiwanych przez pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi i organicznymi zaburzeniami depresyjnymi w testach A. Bentona i L. Bender

	Zaburzenia depresyjne	Organiczne zaburzenia depresyjne
Test Pamięci Wzrokowej Bentona odpowiedzi poprawne	(-1) do (-2)	(-2) do (-3)
Test Pamięci Wzrokowej Bentona błędy	2 do 3	5 do 6
Wzrokowo-Motoryczny Test Gestalt Bender	50	72

### Omówienie wyników

Słabsza efektywność procesów poznawczych w przebiegu zaburzeń depresyjnych jest zjawiskiem, które było wielokrotnie badane i potwierdzone [18, 19]. Brakuje jednak opracowań przedstawiających poziom wykonania wybranych przez nas testów wśród pacjentów z tej grupy. Zagadnienie to wydaje się istotne, ponieważ zarówno BVRT, jak i BVMGT stanowią w wielu placówkach służby zdrowia podstawowe narzędzia diagnozy zmian organicznych w o.u.n.

Zaburzenia pamięci bezpośredniej (STM, *short term memory*) traktowane są jako podstawowy deficyt poznawczy w depresji. Zakres pamięci krótkotrwałej jest w tej grupie pacjentów niższy od oczekiwanego dla danej grupy wiekowej. Ma to miejsce zwłaszcza w sytuacji, gdy odtwarzany materiał odznacza się znacznym stopniem trudności. Przyczyn słabej pamięci bezpośredniej poszukiwać należy w zaburzeniach uwagi, hamowaniu proaktywnym oraz trudnościach w kodowaniu informacji [3]. Pacjenci depresyjni w trakcie nasilenia się objawów choroby zgłaszają także liczne, subiektywnie odczuwane skargi na trudności w skupianiu uwagi, utrzymywaniu koncentracji przez dłuższy czas, oraz osłabienie jej podzielności i przetrutności [20]. Wykazano związek wymienionych deficytów z obecnością licznych, nieakceptowanych przez chorych wspomnień o nieprzyjemnym dla nich zabarwieniu [21] oraz ze zwiększoną skłonnością pacjentów do koncentracji na negatywnych bodźcach [22]. Herman i wsp. [23] stwierdzili natomiast zależność odwrotną. Jak pokazują wyniki przeprowadzonych przez nich badań, obniżenie się sprawności procesów uwagi poprzedzało wystąpienie pierwszych objawów depresji. Godin i wsp. [24] wykazali gorsze wykonanie BVRT w grupie pacjentów po 65 r.ż. z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych, Halari i wsp. [25] spadek sprawności procesów uwagi u 21 nastolatków (w wieku 14–17 lat) w przebiegu epizodu ciężkiej depresji, a Castaneda i wsp. [26] osłabienie krótkotrwałej pamięci wzrokowej i efektywności uwagi wśród 126 chorych (w wieku 21–35 lat).

Wydaje się, iż osłabienie funkcji wzrokowo-przestrzennych postępuje wraz z nasileniem się objawów depresyjnych. Pacjenci z depresją wypadają gorzej w zadaniach oceniających sprawność wzrokowo-przestrzenną w porównaniu z osobami zdrowymi. Jednak, jak pokazują badania, zdolność jednoczesnej syntezy wzrokowo-przestrzennej zachowana jest u depresyjnych pacjentów na wysokim poziomie. Jest ona związana z szybkością konstruowania i realizowania planu operacji spostrzeżeniowo-ruchowych, zakresem pamięci trwałej, przedchorobowym ilorazem inteligencji oraz procesem orientacji i zdolnością wydobywania z pamięci informacji niezbędnych w działaniu. Zadania konstrukcyjne pacjenci wykonują zazwyczaj prawidłowo, przy czym wydłuża się czas ich wykonania, a dokładność mniejsza [2]. Należy podkreślić znaczenie adekwatnej analizy relacji przestrzennych w odbiorze i rozumieniu informacji kontekstowych i komunikacji językowej [4] oraz w odczytywaniu stanów emocjonalnych innych osób, wyrażanych mimiką twarzy [27].

Ograniczeniem prezentowanego badania może być liczba pacjentów w badanych grupach. Uzyskane wyniki mają jednak znaczenie kliniczne oraz mogą stać się wskazówką dla kolejnych badań dotyczących tego zagadnienia. Wyniki przedstawionych badań potwierdziły osłabienie pamięci bezpośredniej, procesów uwagi oraz koordynacji wzrokowo-ruchowej u pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi. Zmiany te nie osiągały jednak poziomu porównywalnego do deficytów obserwowanych w organicznych zaburzeniach depresyjnych. Należy jednak pamiętać, aby w praktyce diagnostykę funkcjonowania poznawczego poszerzyć o dostępne metody oceniające specyficzne sprawności poznawcze.

## Wnioski

Pacjenci z organicznymi zaburzeniami depresyjnymi (OZD) wykonują Test Pamięci Wzrokowej Bentona oraz Wzrokowo-Motoryczny Test Gestalt Lauretty Bender istotnie słabiej niż pacjenci z zaburzeniami depresyjnymi (ZD).

### **Заполнение Теста зрительной памяти Бентона, а также Зрительно-моторного теста Гештальт Лауретты Бендер лицами, страдающими депрессией и органическими депрессивными нарушениями**

#### **Содержание**

**Задание.** Сосуществование симптомов депрессии и деменции было подробно оценено, что позволило на сформулирование четырех главных гипотез, объясняющих связи между указанными болезнями. К ним относятся: 1. Депрессивные симптомы могут быть реакцией на ослабление мнестических способностей, 2. депрессия может быть ранним симптомом деменции, 3. депрессия может быть фактором риска деменции, 4. депрессия и деменция имеют совместные факторы риска. Заданием работы было сравнение заполненных Тестов, используемых при оценке мнестических функций среди пациентов с диагнозом депрессивных нарушений и органических депрессивных нарушений.

**Метод.** В исследовании приняло участие 61 больной в возрасте 23–62 лет, которые были разделены на две группы. I – больные с депрессивными нарушениями (30 человек), II – больные с органическими депрессивными нарушениями (31 человек). В исследовании использованы: Тест зрительной памяти А. Бентона и Зрительно-моторный Тест гештальт Л. Бендер.

**Результаты.** Отмечены статистически значимые различия между исследованными группами при заполнении ними тестов, а именно в тесте А. Бентона – правильные ответы ( $p = 0,006$ ), ошибочные ( $p < 0,00$ , а также в тесте Л. Бендер ( $p < 0,001$ ). В обоих тестах пациенты из группы с депрессивными нарушениями обладали высшими результатами, чем пациенты с органическими депрессивными нарушениями. В I группе средние для Теста А. Бентона правильные ответы – 1,33, ошибочные – 2,31, для теста Л. Бендер – 50,37. Во II группе средние для теста А. Бентона – правильные ответы – 2,71, ошибочные – 5,81, для теста Л. Бендер – 72,0.

**Выводы.** Пациенты с депрессивными нарушениями обладают высшими результатами, нежели больные с депрессивными органическими нарушениями так в Тесте А. Бентона, как и в Тесте Л. Бендер.

### **Durchführung von Visuell Retention Test von Benton und Visual-Motor Gestalt Test von Lauretta Bender unter den Personen mit Depression und organischen depressiven Störungen**

#### **Zusammenfassung**

**Ziel.** Komorbidität der Depressions- und Demenzsymptome wurde breit untersucht. Man formulierte vier Haupthypothesen, die den Zusammenhang zwischen den genannten Krankheiten erklären: 1. Depressionssymptome können eine Reaktion auf die Minderung der kognitiven Leistung sein; 2. Depression kann ein frühes Symptom von Demenz sein; 3. Depression kann ein Risikofaktor der Demenz sein; 4. Depression und Demenz haben gemeinsame Risikofaktoren. Das Ziel der Arbeit ist der Vergleich der Ergebnisse von beiden Tests, die bei der Beurteilung der kognitiven Funktionen in der Gruppe der Patienten mit der Diagnose depressive Störungen und organische Depressionsstörungen benutzt werden.

**Methode.** An die Studie wurden 61 Personen im Alter von 23 bis 62 Jahren eingeschlossen. Die untersuchten Personen wurden in zwei Gruppen geteilt: Patienten mit depressiven Störungen (ZD,  $n=30$ ) und Patienten mit organischen depressiven Störungen (OZD,  $n=31$ ). Für die Studie wurden der Visual Retention Test von A. Benton (BVRT) und Visual-Motor Gestalt Test von L. Bender (BVMGT) angewandt.

**Ergebnisse.** Es wurden statistisch signifikante Unterschiede zwischen den beiden untersuchten Gruppen in den Ergebnissen des Tests von A. Benton festgestellt: richtige Antworten ( $p=0,006$ ), Fehler ( $p<0,001$ ) und aus in den Ergebnissen des Tests von L. Bender ( $p<0,001$ ). In beiden Fällen erzielten die Patienten aus der Gruppe von ZD höhere Ergebnisse als die Patienten aus der Gruppe OZD. In der Gruppe mit ZD gab es folgende Ergebnisse für den Test von A. Benton: richtige Antworten (-1,33), Fehler (2,31); für den Test von L. Bender; (50,37). In der Gruppe mit OZD waren die durchschnittlichen Antworten für den Test von A. Benton: richtige Antworten (-2,71), Fehler (5,81); für den Test von L. Bender: (72,01).

**Schlussfolgerungen.** Die Patienten mit OZD erreichen signifikant schlechtere Ergebnisse im Vergleich mit den Personen mit ZD im Test von A. Benton und im Test von L. Bender.

### **Les résultats de the Benton Visual Retention Test et the Bender Visual-Motor Gestalt Test des patients souffrant de la dépression et des troubles dépressifs organiques**

#### **Résumé**

**Objectif.** La comorbidité de la dépression et de la démence est très souvent étudiée. On formule quatre hypothèses principales expliquant leurs corrélations : 1) dépression peut être une réaction à l'affaiblissement de fonctions cognitives ; 2) dépression peut constituer le premier symptôme de la démence ; 3) dépression peut constituer un facteur du risque de la démence ; 4) dépression et la démence ont les mêmes facteurs du risque. Ce travail vise à comparer les résultats de deux tests analysant les fonctions cognitives des patients en question.

**Méthode.** On examine 61 patients âgés de 23–62 ans. Ils forment deux groupes : avec les troubles dépressifs (TD,  $n=30$ ), avec les troubles dépressifs organiques (TDO,  $n=31$ ). Leurs fonctions



cognitives sont examinées avec : the Benton Visual Retention Test (BVRT) et the Beder Visual-Motor Gestalt Test (BVMGT).

**Résultats.** Dans ces groupes examinés on observe les différences valables statistiquement dans le test de Benton : réponses correctes ( $p=0,006$ ), erreurs ( $p<0,001$ ) ; dans le teste de Bender : ( $p<0,001$ ). Les patients TD ont les résultats plus élevés que les patients TDO. Dans le groupe de TD résultats du teste de Benton : réponses correctes (-1,33), erreurs (2,31), - du teste de Bender : (50,37) ; dans le groupe de TDO du teste Benton– réponses correctes (-2,71), erreurs (5,81) ; du teste Bender : (72,01).

**Conclusions.** Les patients TDO ont les résultats moins élevés que les patients TD dans le test de Benton et de Bender.

### Piśmiennictwo

1. Lyketsos CG. *The interface between depression and dementia: where are we with this important frontier?* Am. J. Geriatr. Psychiatry 2010; 18 (2): 95–97.
2. Talarowska M, Florkowski A, Gałeczki P, Wysokiński A, Zboralski K. *Funkcje poznawcze w depresji.* Psychiatr. Pol. 2009; 1: 31–40.
3. Riedel O, Klotsche J, Spottke A, Deuschl G, Förstl H, Henn F, Heuser I, Oertel W, Reichmann H, Riederer P, Trenkwalder C, Dodel R, Wittchen HU. *Frequency of dementia, depression, and other neuropsychiatric symptoms in 1,449 outpatients with Parkinson's disease.* J. Neurol. 2010; 257 (7): 1073–1082.
4. Herzyk A. *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2009.
5. Panza F, Frisardi V, Capurso C, D'Introno A, Colacicco AM, Imbimbo BP, Santamato A, Vendemiale G, Seripa D, Pilotto A, Capurso A, Solfrizzi V. *Late-life depression, mild cognitive impairment, and dementia: possible continuum?* Am. J. Geriatr. Psychiatry 2010; 18 (2): 98–116.
6. Modrego PJ, Ferrandez J. *Depression in patients with mild cognitive impairment increases the risk of developing dementia of Alzheimer type: a prospective cohort study.* Arch. Neurol. 2004; 61: 1290–1293.
7. Rosness TA, Barca ML, Engedal K. *Occurrence of depression and its correlates in early onset dementia patients.* Int. J. Geriatr. Psychiatry 2010; 25 (7): 704–711.
8. Buettner LL, Fitzsimmons S, Dudley WN. *Impact of underlying depression on treatment of neuropsychiatric symptoms in older adults with dementia.* Res. Gerontol. Nurs. 2010; 3 (3): 221–232.
9. Sáez-Fonseca JA, Lee L, Walker Z. *Long-term outcome of depressive pseudodementia in the elderly.* J. Affect. Disord. 2007; 101 (1–3): 123–129.
10. Rosenberg PB, Mielke MM, Xue Q, Carlson MC. *Depressive symptoms predict incident cognitive impairment in cognitive healthy older women.* Am. J. Geriatr. Psychiatry 2010; 18 (3): 204–211.
11. *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Rozdział V: Zaburzenia psychiczne i zachowania.* Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 1994.
12. Patten S. *Performance of the Composite International Diagnostic Interview Short Form for Major Depression in community and clinical samples.* Chronic Dis. Canada 1997; 3: 18–24.
13. Sivan AB. *Test Pamięci Wzrokowej Bentona.* Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 1996.
14. Jaworska A. *Test Pamięci Wzrokowej Bentona.* Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2007.

15. Bender L. *Wzrokowo-Motoryczny Test Gestalt*. Pracownia Testów Psychologicznych PTP: Warszawa; 1998.
16. Hamilton M. *A rating scale for depression*. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 1960; 23: 56–62.
17. Demyttenaere K, de Fruyt J. *Getting what you ask for: on the selectivity of depression rating scales*. Psychoth. Psychosom. 2003; 72: 61–70.
18. McDermott LM, Ebmeier KP. *A meta-analysis of depression severity and cognitive function*. J. Affect. Disord. 2009; 119 (1–3): 1–8.
19. McClintock SM, Cullum M, Husain MM, Rush AJ, Knapp RG, Mueller M, Petrides G, Sampson S, Kellner CH. *Evaluation of the effects of severe depression on global cognitive function and memory*. CNS Spectr. 2010; 15 (5): 304–313.
20. van der Meere J, Börger N, van Os T. *Sustained attention in major unipolar depression*. Percept. Mot. Skills 2007; 104 (3): 1350–1354.
21. Joormann J, Berman MG, Jonides J, Gotlib IH. *Interference resolution in major depression*. Cogn. Affect. Behav. Neurosc. 2010; 10 (1): 21–33.
22. Donaldson C, Lam D, Mathews A. *Rumination and attention in major depression*. Beh. Res. Ther. 2007; 45 (11): 2664–2678.
23. Herman KC, Ostrander R. *The effects of attention problems on depression: Developmental, academic, and cognitive pathways*. School Psychol. Quart. 2007; 4 (22): 483–510.
24. Godin O, Dufouil C, Ritchie K, Dartigues JF, Tzourio C, Pérès K, Artero S, Alperovitch A. *Depressive symptoms, major depressive episode and cognition in the elderly: the three-city study*. Neuroepidemiol. 2007; 28 (2): 101–108.
25. Halari R, Simic M, Pariante CM, Papadopoulos A, Cleare A, Brammer M, Fombonne E, Rubia K. *Reduced activation in lateral prefrontal cortex and anterior cingulate during attention and cognitive control functions in medication-naïve adolescents with depression compared to controls*. J. Child Psychol. Psychiatry 2009; 50 (3): 307–316.
26. Castaneda AE, Marttunen M, Suvisaari J, Perala J, Saarni SI, Aalto-Setälä T, Aro H, Lonnqvist J, Tuulio-Henriksson A. *The effect of psychiatric co-morbidity on cognitive functioning in a population-based sample of depressed young adults*. Psychol. Med. 2010; 40: 29–39.
27. Kucharska-Pietura K, David AS. *The perception of emotional chimeric faces in patients with depression, mania and unilateral brain damage*. Psychol. Med. 2003; 33: 739–745.

Adres: Monika Talarowska  
Klinika Psychiatrii Dorosłych  
91-229 Łódź, ul. Aleksandrowska 159

Otrzymano: 16.10.2010  
Zrecenzowano: 29.12.2010  
Otrzymano po poprawie: 3.02.2011  
Przyjęto do druku: 7.04.2011