
Delyro psichozinių simptomų ryšys su amžiumi, psichomotoriniu aktyvumu, kognityvinių funkcijų ir somatine būklėmis

A. Deksnytė
R. Aranauskas

*Vilniaus universiteto ligoninės
Santariškių klinikų Neurologijos
centro Psichiatrijos skyrius*

Santrauka. Įvadas. Nepaisant delyro diagnostikos sudėtingumo ir kontraversijų, iki šiol delyro fenomenologijos studijų būta nedaug. Taip pat nėra tiksliai žinoma, kurie faktoriai lemia delyro psichozinių simptomų pasireiškimo dažnumą.

Tikslas. Šios studijos tikslas – nustatyti delyro metu pasireiškiančių psichozinių simptomų (kliesių ir / ar haliucinacijų) dažnumą bei įvertinti jų ryšį su amžiumi, kognityvinių funkcijų lygiu, somatine būkle, psichomotoriniu aktyvumu bei išgyventu laikotarpiu.

Metodika. Pasinaudota prospektyviojo kohortinio stebėjimo tyrimo, kurio pirminis tikslas buvo ištirti pagyvenusių žmonių delyro įtaką išgyvenamumui per metus po hospitalizacijos, duomenimis. Ši studija buvo vykdoma 30 lovų Respublikinės Vilniaus psichiatrijos ligoninės Somatopsichiatrijos skyriuje. Studijoje dalyvavo 103 65-erių metų ir vyresnio amžiaus pacientai, sirgę delyru, kurie nuo 2003 10 01 iki 2005 04 18 buvo pirmą kartą hospitalizuoti Somatopsichiatrijos skyriuje. Delyras buvo nustatytas remiantis DSM-IV klasifikacijos moksliniu variantu. Psichikos ir somatinės būklės buvo įvertintos pagal DRS-R-98, MMSE, Charlson'o CI ir Ūmios fiziologijos subskalę, paimtą iš APACHE II skalės. Mirties faktas ir datos nustatytos naudojantis Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos duomenų baze.

Rezultatai. Haliucinacijos registruotos 48,5% (n = 50) pacientų, iš kurių klausos haliucinacijos stebėtos 2% (n = 1), regos haliucinacijos pasireiškė 80% (n = 40), o taktilinės, skonio ir / ar uoslės haliucinacijos stebėtos 18% (n = 9) pacientų.

Kliedesinė simptomatika nebuvo nustatyta net 77,7% (n = 80) pacientų, 1,9% (n = 2) stebėtas įtarumas, 6,8% (n = 7) – pervertinimo idėjos. Tik 13,6% (n = 14) pacientų registruoti kliesiai.

Pacientų, neturėjusių haliucinacijų, amžius, psichomotorinis aktyvumas, kognityvinės funkcijos ir somatinė būklė arba nesiskyrė nuo pacientų, turėjusių haliucinacijas (MMSE, ūmios fiziologijos subskalė), arba buvo blogesnės (amžius – atitinkamai 78,38 ± 4,84 metų ir 76,16 ± 6,42 metų; p = 0,024, Charlson'o CI – atitinkamai 3,49 ± 1,87 ir 2,9 ± 1,78; p = 0,024, psichomotorinis sujudinimas – atitinkamai 1,38 ± 0,90 ir 1,82 ± 0,94; p = 0,010). Pacientų, neturėjusių kliesių, tie patys rodikliai nesiskyrė nuo pacientų, turėjusių kliesius, rodiklių.

Nors pacientų, turėjusių ir neturėjusių haliucinacijų, mirštamumas buvo panašus, tačiau ilgiau išgyveno asmenys, turėję haliucinacijų (atitinkamai 158,48 ± 133,02 dienos ir 96,53 ± 96,30 dienos; p = 0,045).

Išvados. Šios studijos rezultatai iš dalies paremia hipotezę, kad kuo geresnė tiriamojo fizinė būseną ir kognityvinės funkcijos, tuo dažniau pasireiškia psichoziniai simptomai delyro metu – pacientų, turėjusių psichozinių simptomų, fizinės ir psichinės būsenos arba nesiskyrė, arba buvo geresnės už pacientų, šių simptomų neturėjusių.

Nors kliesiai ir haliucinacijos delyro metu dažnai reiškiasi kartu, tai yra skirtingi psichopatologiniai fenomenai, kuriuos ateities studijose reikėtų tirti atskirai.

Raktažodžiai: delyras, kognityvinės funkcijos, psichomotorinis aktyvumas, psichoziniai simptomai, kliesiai, haliucinacijos.

Neurologijos seminarai 2007; 11(31): 28–34

Adresas:

Aušra Deksnytė

VUL SK Neurologijos centro

Psichiatrijos skyrius

El. paštas: ausra.deksnyte@santa.lt

ĮVADAS

Delyras yra dažnas psichikos sutrikimas, pasitaikantis tarp vyresnio amžiaus hospitalizuotų pacientų [1]. Nustatyta, kad pagyvenusių žmonių delyras yra susijęs su ilgesne hospitalizacija [2], padidėjusia demencijos rizika bei padidėjusiu mirtingumu [3, 4]. Dėl savo nestabilumo ir kinta-

mumo šis sutrikimas yra dažnai neatpažįstamas gydytojų praktikų [5]. Ypač sunku delyrą identifikuoti tarp dementiškų žmonių [6], kadangi dalis delyro simptomų, tokių kaip dezorientacija, kognityvinių funkcijų ir atminties sutrikimai, stebimi ir demencijos atveju, o psichoziniai simptomai (kliesėsiai ir / ar haliucinacijos) gali pasireikšti ne tik delyro, bet ir demencijos metu [7]. Painiavos įneša ir skirtingas įvairių šalių mokslininkų delyro, kaip fenomeno, traktavimas [8–13].

Nepaisant delyro diagnostikos sudėtingumo ir kontraversijų, delyro fenomenologijos studijų iki šiol būta nedaug. Daugiausia dėmesio buvo skiriama motoriniams delyro tipams ar apskritai delyrui išaiškinti [14], tuo tarpu psichoziniai delyro simptomai dažniausiai būdavo aptariami tarp kitų [15], neskiriant jiems išskirtinio dėmesio [16]. Vieni iš nedaugelio buvo Webster'is ir Holroyd (2000), tikslingai tyrinėję psichozinius delyro simptomus retrospektyvinėje studijoje [17]. Jie nustatė, kad psichozinius simptomus patyrė 42,7% delyrinių pacientų, ir dažniausiai iš visų psichozinių simptomų reišėsi regos haliucinacijos. Regos haliucinacijų manifestacija buvo susijusi su didesnėmis medicininėmis problemomis bei polifarmakoterapija, tuo tarpu kai klausos haliucinacijų ir / ar kliesėsių buvimas tokio ryšio neturėjo. Priešingai iki tol vyravusiai nuomonei, kad psichoziniai simptomai dažniau reišėsi esant blogesnei kognityvinių funkcijų būklei [18], jie nustatė, kad psichozinių simptomų pasireiškimo dažnumas delyro metu nebuvo susijęs su prastesniais MMSE įverčiais. Svarstydami šį rezultatą ir remdamiesi Ross'u [19], jie mano, kad blogesnė kognityvinė būklė tikrai yra susijusi su psichoziniais simptomais, išskyrus ypač sunkias, terminales demencijos stadijas.

Tyrinėjant demencijos įtaką delyro psichozinių simptomų dažnumui, kol kas gaunami prieštaringi rezultatai. Be to, iki šiol tiksliai nėra žinoma, kurie faktoriai lemia delyro psichozinių simptomų pasireiškimo dažnumą. Liptzin'as su bendraautoriais (1993) pastebėjo [20], kad suvokimo sutrikimai buvo dažnesni delyro su demencija grupėje, nei delyro be demencijos grupėje (atitinkamai 50% ir 28%), tuo tarpu Cole'is ir McCusker su bendraautoriais (2002) gavo atvirkščią rezultatą: suvokimo sutrikimai šiek tiek rečiau reišėsi delyro su demencija grupėje, nei delyro be demencijos grupėje (atitinkamai 25% ir 30%) [21]. Tiesa, aiškinant šiuos rezultatus, reikia atsižvelgti į tai, kad suvokimo sutrikimai ir psichoziniai simptomai nėra visiškai tapачios sąvokos.

Esame pastebėję, kad demencija pati savaime keičia įprastas delyro apraiškas: dėl bendro suvokimo defektiškumo kliesėsiai ir haliucinacijos nepasireiškia arba pacientas nesugeba apie juos papasakoti. Mes keliame hipotezę, jog psichoziniams delyro simptomams demencijos metu pasireikšti reikalinga tam tikra CNS būklė, t. y. psichozinių simptomų pasireiškimas priklauso nuo kognityvinių funkcijų lygio: kuo aukštesni tiriamojo protiniai sugebėjimai, tuo dažniau pasireiškia psichoziniai simptomai delyro metu. Kadangi CNS būklei įtakos turi ir fizinė būseną, tai greičiausiai psichoziniams simptomams pasireikšti reikia ir / ar pakankamai geros somatinės būklės. Tikėtina,

jog pacientų, patyrusių delyrą su kliesėsiais ir / ar haliucinacijomis, kognityvinių funkcijų ir somatinė būklė bus geresnė.

Šios studijos tikslas buvo nustatyti psichozinių simptomų (kliesėsių ir / ar haliucinacijų) pasireiškimo delyro metu dažnumą bei įvertinti jų ryšį su amžiumi, kognityvinių funkcijų lygiu, somatine būkle, psichomotoriniu aktyvumu bei išgyventu laikotarpiu.

METODAI

Prospektyvusis kohortinis stebėjimo tyrimas*, kurio pirminis tikslas buvo iširti pagyvenusių žmonių delyro įtaką išgyvenamumui per metus po hospitalizacijos, buvo vykdomas 30 lovų Respublikinės Vilniaus psichiatrijos ligoninės Somatopsichiatrijos skyriuje. Šiame tyrime taip pat dalyvavo 103 65-erių metų ir vyresnio amžiaus pacientų, kurie sirgo delyru ir nuo 2003 10 01 iki 2005 04 18 buvo pirmą kartą hospitalizuoti Somatopsichiatrijos skyriuje. Buvo nustatyti sociodemografiniai rodikliai (amžius, lytis, šeiminė padėtis, gyvenamoji vieta).

Somatinės ligos fiksuotos naudojantis TLK-9 klasifikacija. Vengiant painiavos, nustatyta tik vyraujanti somatinė liga ar būklė, dėl kurios pacientas buvo reikalingas aktyvaus gydymo ir kuri, mūsų manymu, galėjo turėti įtakos delyro išsivystymui. Somatinė būklė atvykimo metu buvo įvertinta pagal Charlson'o komorbidiškumo indeksą (angl. *Charlson's Comorbidity Index – Charlson's CI*), kurį taikant apskaičiuojamas svorinis komorbidiškumo būklių vidurkis ir sunkumas [22]. Taip pat paciento somatinės būklės sunkumą įvertinome naudodami ūmios fiziologijos subskalę [4], paimtą iš Ūmių fiziologinių būklių ir lėtinių ligų vertinimo skalės (angl. *Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II – APACHE II*), kuri remiasi laboratorinių bei klinikinių rodiklių atvykimo ar kitos dienos įvertinimu [23].

Kadangi delyras dažniau nustatomas naudojantis DSM-IV [24], tai delyro diagnozės buvo nustatytos remiantis šios klasifikacijos moksliniu variantu [25], nors Lietuvoje naudojama TLK-10. Lydinčių psichikos sutrikimų diagnozės fiksuotos, remiantis TLK-10 klasifikacijos moksliniu variantu [26]. Kiekviena diagnozė dar kartą buvo patikrinta kitų skyriaus psichiatrų bei patvirtinta atlikus paraklinikinius metodus (galvos kompiuterinė tomografija, elektroencefalograma, sukeltųjų kognityvinių potencialų tyrimas, kraujagyslių tyrimai ir kt.). Delyro apraiškos vertintos pagal Delyro įvertinimo skalę, patikrintą 1998 metais (angl. *Delirium Rating Scale – Revised – 98, DRS-R-98*)** [27]. Naudojantis šia skale tarp delyro apraiškų buvo registruojami psichoziniai delyro simptomai (kliesėsiai ir / ar haliucinacijos) bei nustatyti jų tipai. Taip pat DRS-R-98 buvo įvertintas psichomotorinis sujaudini-

*Šiai studijai atlikti buvo gautas Lietuvos bioetikos komiteto leidimas Nr. 13 (2004 02 17).

**Gautas autorės P. T. Trzepacz leidimas.

mas ir sulėtėjimas, kur didesnis įvertis reiškia didesnę sutrikimą. Pažintinių funkcijų lygiui nustatyti buvo naudojamas Mini protinės būsenos testas (angl. *Mini Mental State Exam, MMSE*), kuris buvo atliktas jau delyrui pasibaigus arba vadinamuoju „šviesiuoju“ delyro periodu. Mirties faktas ir datos nustatytos naudojantis Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos duomenų baze.

Gauti duomenys apdoroti naudojantis statistikos programų paketu SPSS-11. Nustatyta: nominalinių kintamųjų dažnumas ir pagrindinės statistinės rodiklių charakteristikos (mažiausia ir didžiausia reikšmės, vidurkiai, standartiniai nuokrypiai (toliau – SD)). Nominalinių rodiklių priklausomumas tikrintas chi kvadrato (χ^2) testu ir kontingencijos lentelėmis. Dviejų aritmetinių vidurkių patikimumas tikrintas taikant Stjudento (t) kriterijų arba neparametrinį Mann-Whitney kriterijų.

REZULTATAI

Bendra charakteristika. Įvertinti 103 delyru sirgę pacientai. Bendra pacientų charakteristika pateikta 1 lentelėje.

Iš 103 delyrinių pacientų 94 buvo dementiški. Jų demografinės charakteristikos buvo šios: amžiaus vidurkis \pm SD = $77,85 \pm 5,56$ metų, 54,3% (n = 51) iš jų buvo vyriškos lyties, 55,3% (n = 52) – vieniši, 61,7% (n = 58) – gyveno mieste. Šių pacientų MMSE, Charlsono CI ir Ūmios fiziologijos subskalės vidurkiai buvo šie: $10,90 \pm 6,59$, $3,15 \pm 1,67$, $3,56 \pm 2,47$.

Delyro etiologiniai faktoriai buvo šie: operacijos (7,5%, n = 8), galvos smegenų kraujotakos sutrikimai (16,5%, n = 17), galvos traumos (3,9%, n = 4), psichogenijos (4,9%, n = 5), sunki (-ios) somatinė (-ės) liga (-os) (30,1%, n = 31), polifarmakoterapija (6,8%, n = 7), polietiologinės priežastys (27,2%, n = 28), be aiškesnės priežasties (2,9%, n = 3).

Psichozinių simptomų dažnumas. Haliucinacijos registruotos 48,5% (n = 50) pacientų, iš kurių klausos haliucinacijos stebėtos 2% (n = 1), regos haliucinacijos pasireiškė 80% (n = 40), o taktilinės, skonio ir / ar uoslės haliucinacijos stebėtos 18% (n = 9) pacientų.

Kliedesinė simptomatika nebuvo nustatyta net 77,7% (n = 80) pacientų, 1,9% (n = 2) – stebėtas įtarumas, 6,8% (n = 7) – pervertinimo idėjos. Tik 13,6% (n = 14) pacientų registruoti kliedesiai. Visi registruoti kliedesiai buvo paranoidinio tipo – persekiojimo, nuodijimo, nuostolio idėjos.

Haliucinacijos fiksuotos 46,8% (n = 44) dementiškių ir 66,7% (n = 6) nedementiškių pacientų (p = 0,255). Kliedesiai fiksuoti 13,8% (n = 13) dementiškių ir 11,1% (n = 1) nedementiškių pacientų (p = 0,820).

Pacientų, patyrusių psichozinius reiškinius (haliucinacijas ir / ar kliedesius), buvo 51,5% (n = 53). Nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp kliedesių ir haliucinacijų pasireiškimo (r = 0,182, p = 0,044), rodantis, kad tiems pacientams, kurie turėjo haliucinacijų, dažniau registruoti

1 lentelė. **Bendra pacientų charakteristika.**

Požymiai	Delyro grupė N(%)
Iš viso	103 (100)
Amžius, vidurkis (SD)	77,3 (5,74)
Amžiaus grupės, metai	
65–74,	34 (33,0)
75–84,	62 (60,2)
85–94,	6 (5,8)
95–104	1 (1,0)
Vyriška lytis	57 (55,3)
Šeiminė padėtis	
Vedę	46 (45,1)
Vieniši (įskaitant našlius ir išsiskyrusius)	56 (54,9)
Gyvenantys mieste	64 (62,1)
Demencija buvo	94 (91,3)
MMSE įverčiai, vidurkis (SD)	12,31 (7,79)
Depresija buvo	40 (38,8)
Piktnaudžiavimas alkoholiu anamnezėje	23 (22,3)
Charlson'o komorbidiškumo indeksas, vidurkis (SD)	3,20 (1,84)
Ūmios fiziologijos subskalė, vidurkis (SD)	3,56 (2,40)
Psichikos sutrikimai (TLK-10)	
Alzheimerio tipo demencija (F00)	49 (47,6)
Kraujagyslinė demencija (F01)	33 (32,0)
Kita demencija (F02)	11 (10,7)
Nežinoma demencija (F03)	1 (1,0)
Amnezinis sindromas (F04)	1 (1,0)
Šizofrenija (F20)	-
Afektiniai sutrikimai (F30-33)	1 (1,0)
Kiti psichikos sutrikimai (F06.2, F06.3, F07.0, F05.0)	7 (6,8)
Somatinės ligos (TLK-9)	
Miokardo infarktas	4 (3,9)
Periferinių kraujagyslių ligos	2 (1,9)
Galvos smegenų kraujagyslių ligos	58 (56,3)
Jungiamojo audinio ligos	3 (2,9)
Lengva kepenų liga	1 (1,0)
Diabetas	3 (2,9)
Hemiplegija	4 (3,9)
Vidutinio sunkumo ar sunki inkstų liga	4 (3,9)
Diabetas su terminaliniu organų pakenkimu	2 (1,9)
Bet koks auglys	5 (4,9)
Leukemija	3 (2,9)
Vidutinio sunkumo ar sunki kepenų liga	2 (1,9)
Metastazės	4 (3,9)
Kita (opaligė, lėtinė plaučių liga)	4 (3,9)

ir kliedesiai. 20,7% (n = 11) pacientų, patyrusių psichozinius reiškinius, haliucinacijos reiškėsi kartu su kliedesiais, 73,6% (n = 39) iš jų pasireiškė tik haliucinacijos ir 5,7% (n = 3) – tik kliedesiai. Taigi net 48,5% (n = 50) pacientų delyro metu nepasireiškė nei haliucinacijos, nei kliedesiai.

Dėl mažo studijos pacientų skaičiaus nebuvo gautas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp dementiškių ir nedementiškių pacientų patirtų psichozinių simptomų dažnumo, tačiau vis dėlto suvokimo sutrikimai dažniau reiškėsi tarp nedementiškių asmenų – atitinkamai 46,8 ir 66,7%.

2 lentelė. Pacientų, turėjusių ir neturėjusių haliucinacijų, psichomotorinis aktyvumas, kognityvinių funkcijų ir somatinė būklė.

Amžius ir funkcinė būklė	Haliucinacijos + (n = 50)	Haliucinacijos - (n = 53)	P*
Amžius (metais) - vidurkis (SD)	76,16 (6,42)	78,38 (4,84)	0,024
MMSE - vidurkis (SD)	13,42 (8,17)	11,26 (7,35)	0,219
Ūmios fiziologijos subskalė - vidurkis (SD)	3,72 (2,57)	3,42 (2,24)	0,539
Charlson'o CI - vidurkis (SD)	2,9 (1,78)	3,49 (1,87)	0,024
Psichomotorinis sujudinimas - vidurkis (SD)	1,82 (0,94)	1,38 (0,90)	0,010
Psichomotorinis sulėtėjimas - vidurkis (SD)	0,76 (1,04)	0,89 (1,05)	0,470

*P reikšmė pagal neparametrinį Mann-Whitney U kriterijų.

3 lentelė. Pacientų, turėjusių ir neturėjusių kliesių, amžius, psichomotorinis aktyvumas, kognityvinių funkcijų ir somatinė būklė.

Amžius ir funkcinė būklė	Kliesiai + (n = 14)	Kliesiai - (n = 89)	P*
Amžius (metais) - vidurkis (SD)	77,00 (4,91)	77,35 (5,89)	0,908
MMSE - vidurkis (SD)	13,50 (8,71)	12,12 (7,68)	0,658
Ūmios fiziologijos subskalė - vidurkis (SD)	4,43 (3,76)	3,43 (2,11)	0,473
Charlson'o CI - vidurkis (SD)	3,0 (2,15)	3,24 (1,79)	0,275
Psichomotorinis sujudinimas - vidurkis (SD)	1,57 (1,02)	1,60 (0,94)	0,996
Psichomotorinis sulėtėjimas - vidurkis (SD)	0,64 (1,15)	0,85 (1,03)	0,384

*P reikšmė pagal neparametrinį Mann-Whitney U kriterijų.

4 lentelė. Pacientų, turėjusių skirtingų suvokiamųjų sistemų haliucinacijų, amžius, kognityvinių funkcijų ir somatinė būklė.

Amžius ir funkcinė būklė	Regos haliucinacijos (n = 40)	Taktilinės, uoslės ir / ar skonio haliucinacijos (n = 9)	P*
Amžius (metais) - vidurkis (SD)	75,85 (6,45)	76,78 (6,51)	0,699
MMSE - vidurkis (SD)	14,95 (7,79)	7,22 (7,39)	0,009
Ūmios fiziologijos subskalė - vidurkis (SD)	3,30 (1,83)	5,78 (4,26)	0,008
Charlson'o CI - vidurkis (SD)	2,72 (1,45)	3,67 (2,87)	0,157

*P reikšmė pagal t testą.

5 lentelė. Haliucinacijų ryšys su mirštamumu.

	Haliucinacijos + (n = 50)	Haliucinacijos - (n = 53)	P*
Mirė per metus nuo pirmos hospitalizacijos pabaigos N (%)	29 (58,0)	30 (56,6)	0,886
Mirusiųjų per metus nuo hospitalizacijos pradžios išgyventos dienos, vidurkis (SD)	158,48 (133,0)	96,53 (96,3)	0,045

*P reikšmė pagal ² testą kategorinių kintamųjų atveju arba t testą kokybinių kintamųjų atveju.

6 lentelė. Kliesių ryšys su mirštamumu.

	Kliesiai + (n = 14)	Kliesiai - (n = 89)	P*
Mirė per metus nuo pirmos hospitalizacijos pradžios N(%)	8 (57,1)	51 (57,3)	0,941
Mirusiųjų per metus nuo hospitalizacijos pradžios išgyventos dienos, vidurkis (SD)	160,88 (164,8)	121,67 (111,4)	0,391

*P reikšmė pagal ² testą kategorinių kintamųjų atveju arba t testą kokybinių kintamųjų atveju.

Psichozinių simptomų ryšys su amžiumi ir funkcinė būseną. Pacientai, kuriems haliucinacijų nefiksuota, buvo vyresni ir jų komorbiditškumo rodiklis buvo didesnis. Psichomotorinis sujudinimas buvo didesnis tų asmenų, kurie turėjo haliucinacijų (2 lentelė). Pacientai, neturėję kliesių, taip pat buvo vyresni bei jų komorbiditškumo rodiklis buvo didesnis, tačiau greičiausiai dėl mažo tiriamųjų skai-

čiaus neišryškėjo statistiškai reikšmingų skirtumų (3 lentelė).

Pacientų, turėjusių regos haliucinacijų, somatinė ir psichinė būsenos buvo geresnės, nei pacientų, turėjusių taktinių, uoslės ir / ar skonio haliucinacijų (4 lentelė).

Psichozinių simptomų ryšys su mirštamumu. Nors pacientų, turėjusių ir neturėjusių haliucinacijų, mirštamumu-

mas buvo panašus, tačiau ilgiau išgyveno asmenys, turėję haliucinacijų (5 lentelė).

Panaši situacija stebėta ir tarp pacientų, turėjusių bei neturėjusių kliesesiu, tačiau greičiausiai dėl mažo tiriamųjų skaičiaus pirmojoje grupėje negautas statistiškai patikimas rodiklis (6 lentelė).

REZULTATŲ APTARIMAS

Mūsų rezultatai atitinka Webster'io bei Holroyd gautus rezultatus. Jie nustatė, kad beveik pusė delyrinių pacientų patyrė haliucinacijas, iš kurių dažniausios buvo regos haliucinacijos [17].

Kliesesiai mūsų studijos pacientams reiškėsi itin retai (13,6%). Šis rezultatas verčia galvoti apie tai, kad kliesesiai ir haliucinacijos turėtų būti vertinami kaip skirtingi psichopatologiniai fenomenai, kuriuos ateities studijose reikėtų tirti atskirai. Pasitvirtino daugelio motorinių delyro tipų tyrimo studijų gauti rezultatai, rodantys, jog psichozinės simptomatikos dažnumas priklauso nuo motorinio delyro subtipo [14, 15, 19]. Mūsų studija irgi parodė, kad pacientams, turėjusiems haliucinacijas, dažniau reišėsi motorinis sujaudinimas (3, 4 lentelės). O atsižvelgiant į tai, kad mūsų ir daugelio autorių nuomone, hipoaktyvusis delyras yra pats nepalankiausias prognozės požūriū [28, 29], galime hipotetizuoti, kad didesnis motorinis sujaudinimas delyro metu yra vienas iš geresnės būsenos rodikliū.

Kėlėme hipotezė, kad produktyviai simptomatikai reikštis reikalinga santykinai nepakenkta centrinė nervų sistema, t. y. turi būti santykinai aukštas intelektas ir / ar neturi būti sunkiū ligū, pakenkiančių CNS. Ši hipotezė iš dalies pasitvirtino. Nustatėme, jog pacientai, turėję haliucinacijas, buvo jaunesni ir ilgiau išgyveno bei jų Charlson'o CI vertės buvo mažesnės (2, 4 lentelės). Turėjusių haliucinacijas tirtūjų delyrinių pacientū kognityvinės funkcijos taip pat buvo geresnės (MMSE įverčiai aukštesni), tačiau šis skirtumas nebuvo statistiškai reikšmingas (2 lentelė).

Hipotezė apie tai, kad vėlyvojo amžiaus psichoziiū psichopatologijos spektras ir turtingumas priklauso nuo bendro suvokimo ir sąmonės būsenos, buvo iškėlęs įžymus gerontopsichiatras E. J. Šternbergas [30], ilgą laiką dirbęs Rusijoje ir nagrinėjęs vėlyvojo amžiaus psichozes. Jis pastebėjo, kad kuo labiau prieš ūmią psichozė būdavo išreikštas organinis smegenū pažeidimas, juo labiau redukuotą ir rudimentinę formą įgaudavo ūmus psichozinis sutrikimas. Jo nuomone, dementiškiems asmenims tikrovės suvokimą iškreipia ne tiek haliucinaciniai sutrikimai, kiek bendras suvokimo ir orientacijos defektiškumas. Dezorientacija komplikuojasi supančios situacijos poslinkiū į praeitį. Savęs suvokimas taip pat „pasislinkęs į tolimą praeitį“, todėl klaidingai suvokiami ir aplinkiniai asmenys. Dėl šiū priežasčių žmonės ima klaidingai elgtis, tampa „dalykiški“ – pseudoveiklūs. Kitaip tariant, giliai dementiškas asmuo, ištiktas delyro, klaidingai suvokia realiū aplinką, o haliucinacijū, kaip tokiū, nebūna apskritai. Deja,

E. J. Šternbergo pastebėjimai yra empirinio pobūdžio ir nėra paremti klinikiniū tyrimū.

Asmenū, patyrusių kliesesius, mūsų studijoje buvo labai nedaug, todėl tolimesniū išvadū daryti negalėjome. Tačiau mūsų rezultatai koreliuoja su Cole'o ir McCusker gautais rezultatais, kad suvokimo sutrikimai šiek tiek dažniau reišėsi delyro be demencijos grupėje, nei delyro su demencija grupėje [21]. Taip pat jie atitinka jau minėtų Ross'o ir Webster'io bei Holroyd gautus rezultatus, kurie nustatė, kad delyrinių pacientū kognityvinės funkcijos buvo neblogesnės, nei nepatyrusių jų [17, 19]. Ši rezultatū norėtume paaiškinti vėlgi remdamiesi mūsų hipoteze, kurią iš esmės „pasiskolinome“ iš E. J. Šternbergo. Manome, jog kliesesiams išsivystyti taip pat reikalinga santykinai nepažeista psichika ir somatika, kadangi kliesesys yra, nors ir sutrikusio, tačiau sudėtingo mąstymo proceso rezultatas. Tam, kad klaidingi išprotavimai virstū kliesesiu, reikalinga santykinai gera atmintis, kitu atveju kliesesiai būna nestabilūs ir todėl labiau primena konfabuliacijas bei pseudoreminescencijas.* Kadangi delyro metu sąmonė ir mąstymas būna labai sutrikę, tai kliesesiai greičiausiai neturi jiems tinkamos erdvės išsivystyti. Be to, mąstymas yra sudėtingesnis procesas nei suvokimas. Greičiausiai dėl to kliesesiai pacientams su ypač pažeista psichika reišėsi rečiau nei haliucinacijos.

Šios studijos rezultatai taip pat svarbūs gydytojams praktikams, dirbantiems su sunkiais somatiniais ir pagyvenusiais pacientais. Pirmia, orientuojantis tik į psichozinius simptomus, galima neatpažinti delyro. Būtent neatpažintas ir negydytas delyras yra pavojingiausias savo pasekmėmis [31]. Antra, gydytojas praktikas gali tikėtis, jog prognostiškai palankesnis bus hiperaktyvus delyras, kurio metu reišėsi kliesesiai ir haliucinacijos.

IŠVADOS

Šios studijos rezultatai iš dalies paremia hipotezė, kad kuo geresnė tiriamojo fizinė būsenā ir kognityvinės funkcijos, tuo dažniau pasireiškia psichoziniai simptomai delyro metu – pacientū, turėjusių psichoziniū simptomū, fizinės ir psichinės būsenos arba nesiskyrė, arba buvo geresnės už pacientū, neturėjusių šiū simptomū.

Nors kliesesiai ir haliucinacijos delyro metu dažnai reišėsi kartu, tai yra skirtingi psichopatologiniai fenomenai, kuriuos ateities studijose reikėtų tirti atskirai.

Gauta:
2006 11 30

Printa spaudai:
2007 01 22

*Konfabuliacijos ir pseudoreminescencijos yra kokybiniai atminties sutrikimai, pasireiškiantys esant fiksacinei amnezijai, t. y. pacientai nefiksuoja dabarties įvykiū ir šias atminties spragas užpildo išgalvotais ar klaidingai prisimenamais dalykais. Fenomenologiškai nuo kliesesiiū šiuos sutrikimus skiria tai, kad jie yra nestabilūs, greitai besikeičiantys ir greitai pamirštami (aut. past.).

Literatūra

- Burns A, Gallagley A, Byrne J. Delirium. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004; 75: 632–7.
- Bhat RS, Rockwood K. The prognosis of delirium. *Psychogeriatrics* 2002; 2: 165–71.
- Rockwood K, Cosway S, Carver D, et al. The risk of dementia and death after delirium. *Age Ageing* 1999; 28: 551–6.
- McCusker J, Cole M, Dendukuri N, et al. Delirium predicts 12-month mortality. *Arch Intern Med* 2002; 162(4): 457–63.
- Rabinowitz T. Delirium: an important (but often unrecognized) clinical syndrome. *Curr Psychiatry Rep* 2002; 4(3): 202–8.
- Deksnyté A. Demencijų metu išsivysčiusios psichozės su sąmonės sutrikimu. *Neurologijos seminarai* 1999; Nr. 1(5): 48–9.
- Bassiony MM, Steinberg MS, Warren A, et al. Delusions and hallucinations in Alzheimer's disease: prevalence and clinical correlates. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15(2): 99–107.
- Gilley DW, Whalan ME, Wilson RS. Hallucinations and associated factors in Alzheimer's disease. *J Geriatric Psychiatry Neurol* 1990; 3: 21–30.
- Lipowski ZJ. Delirium: how its concept has developed. *Int Psychogeriatr* 1991; 3(2): 115–20.
- Rockwood K, Lindsay J. The concept of delirium: historical antecedents and present meanings. In: Lindsay J, Rockwood K, Macdonald A, eds. *Delirium in old age*. Oxford University Press, 2002; 1–8.
- Willi J. Delir. Daemmerzustanden und Verwirtheit bei koerperlichen Kranken. In: Bleuler M. *Akute Psych. Begleitersch. Koerperl. Krankheiten*. Stuttgart, 1968; 27–128.
- Schuermans MJ, Duursma SA, Shortidge-Baggett LM. Early recognition of delirium: review of the literature. *J Clin Nurs* 2001; 10(6): 721–9.
- Тиганов АС. Клиническая психопатология. In: Тиганов АС, ред. *Руководство по психиатрии*. В 2 томах. Москва: Медицина, 1999; т. 1; 27–71.
- Kiely DK, Bergmann MA, Murphy KM, et al. Delirium among newly admitted postacute facility patients: prevalence, symptoms, and severity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003; 58(5): M441–5.
- Huang SC, Tsai SJ, Chan CH, et al. Characteristics and outcome of delirium in psychiatric inpatients. *Psychiatry Clin Neurosci* 1998; 52(1): 45–50.
- Liptzin B. What criteria should be used for the diagnosis of delirium? *Dement Geriatr Cogn Disord* 1999; 10: 364–7.
- Webster R, Holroyd S. Prevalence of psychotic symptoms in delirium. *Psychosomatics* 2000; 41: 519–22.
- Gilley DW, Whalan ME, Wilson RS. Hallucinations and associated factors in Alzheimer's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1991; 3: 371–6.
- Ross CA, Peyser CE, Shapiro I, et al. Delirium: Phenomenologic and etiologic subtypes. *Int Psychogeriatrics* 1991; 3: 135–47.
- Liptzin B, Levkov SE, Gottlieb GL, et al. Delirium. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1993; 5(2): 154–60.
- Cole MG, McCusker J, Dendukuri N, et al. Symptoms of delirium among elderly medical inpatients with or without dementia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2002; 14(2): 167–75.
- Charlson ME, Pompei P, Ales KL, et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis* 1987; 40: 373–83.
- Knaus W, Draper E, Wagner D, et al. APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med* 1985; 13: 818–29.
- Laurila JV, Pitkala KH, Stranberg TE, et al. The impact of different diagnostic criteria on prevalence rates for delirium. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2003; 16: 156–62.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, DC. 1994.
- The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural disorders. *Diagnostic criteria for research*. WHO Geneva; 1993.
- Trzepacz PT, Mittal D, Torres R, et al. Validation of the Delirium Rating Scale-Revised-98: comparison with the Delirium Rating Scale and the Cognitive Test for Delirium. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2001; 13: 229–42.
- Aranauskas R, Deksnyté A, Dembinskas A. Delirium as the most common antemortem psychiatric disorder: 7-year experience at an inpatient psychiatric institution. *Acta medica lituanica* 2004; 11(4): 45–51.
- Marcantonio E, Ta T, Duthie E, Resnick NM. Delirium severity and psychomotor types: their relationship with outcomes after hip fracture repair. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50(5): 850–7.
- Штерберг ЕЯ. Особые формы психозов позднего возраста. In: Снежневский АВ, ред. *Руководство по психиатрии*. В 2 томах. Москва: Медицина, 1983; т. 2; 214–27.
- Koponen H, Rockwood K, Powell C. Clinical assessment and diagnosis. In: Lindsay J, Rockwood K, Macdonald A, eds. *Delirium in old age*. Oxford University Press, 2002; 91–100.

A. Deksnyté, R. Aranauskas

RELATIONSHIP OF PSYCHOTIC SYMPTOMS WITH AGE, PSYCHOMOTOR ACTIVITY, LEVEL OF COGNITIVE FUNCTIONS AND SOMATIC CONDITION IN DELIRIUM PATIENTS

Summary

Background. Despite the complexity and controversy of delirium diagnostics very few studies were carried out on the phenomenology of delirium. It is not precisely known which factors determine the prevalence of psychotic symptoms in delirium.

Aims. The aim of the study is to establish the frequency of psychotic symptoms (delusions and hallucinations) in delirium, to assess the link with the age, the level of cognitive functions, somatic condition, psychomotor activity, and the survival period.

Methods. The data of the prospective cohort observational study was used with the aim to investigate the influence of delirium on survival during 12 months after hospitalisation in elderly patients. This study was carried out in a 30-bed Republican Vilnius Psychiatry Hospital, Somatopsychiatry Department. There were 103 patients 65 years or older with delirium who were hospitalised in the Department for the first time from 2003 10 01 to 2005 04 18. Delirium diagnoses were established under DSM-IV classification scientific version. Mental and somatic conditions were assessed under DRS-R-98, MMSE, Charlson's Comorbidity Index, and Acute Psychology score derived from APACHE II. Death dates were established in accordance with Lithuanian Ministry of Interior database.

Results. Hallucinations were recorded in 48,5% (n = 50) of the patients; out of this number auditory hallucinations amounted to 2% (n = 1), visual hallucinations manifested in 80% (n = 40),

whereas tactile, gustatory and/or olfactory hallucinations were recorded in 18% (n = 9) of patients.

There were no delusional symptoms or they were not recorded in 77.7% (n = 80) of the patients, in 1.9% (n = 2) suspicion or greater vigilance was observed, in 6.8% (n = 7) - overvalued ideas were recorded. Only in 13.6% (n = 14) cases delusions were registered.

Patients with no hallucinations registered were older (age - respectively 78.38 ± 4.84 vs $76,16 \pm 6.42$ years; $p = 0.024$) and were known of having more diseases (Charlson's CI - respectively 3.49 ± 1.87 vs $2.9 \pm 1,78$; $p = 0.024$) as well as their motor agitation was less expressed (respectively 1.38 ± 0.90 vs $1.82 \pm 0,94$; $p = 0.010$). No differences of physical and mental condition indicators were registered among delirious patients with and without delusions.

Although the number of the deceased among those with hallucinations and without them was similar persons with hallucinations lived longer (respectively 158.48 ± 133.02 vs 96.53 ± 96.30 days; $p = 0.045$).

Conclusions. The results of the study in part support the hypothesis that if the patients have greater physical and mental abilities the psychotic symptoms are likelier to manifest during the delirium - psychotic features were not associated with lower scores of indicators of physical and mental conditions.

Despite the fact that delusions and hallucinations manifest together during delirium these are different psychopathological phenomena therefore they should be addressed separately in the future studies.

Keywords: delirium, cognitive functions, psychomotoric activity, psychotic symptoms, delusions, hallucinations.