

Travmatik Beyin Hasarı Sonrası İntihar Girişimi: Bir Olgu Sunumu

Çiçek HOCAOĞLU *, Demet SAĞLAM **

ÖZET

En sık trafik kazaları ve düşmelerin neden olduğu travmatik beyin hasarı (TBH), neden olduğu yeti yetiminin yanı sıra psikiyatrik morbiditede de artışa yol açmaktadır. İntihar, taburcu olduktan sonraki dönemde travmatik beyin hasarı geçiren hastalar arasında oldukça yaygın görülen bir tepki reaksiyondur. Travmatik beyin hasarından muztarip hastalarda intihar etme olasılığı yüksektir ve çok sayıdaki vakada klinisyenler bu olasılığa gerekenin altında önem vermektedir. Travmatik yaralanma öncesi intihar davranışına ait öykünün dikkatli bir şekilde alınması, TBH tedavisi sırasında yaralanmadan etkilenen beyin bölgesine odaklanmanın yanı sıra hastanın emosyonal/psikiyatrik bozukluklarına ve davranış değişikliklerinin gözlenmesi ile yoğun ümitsizlik, intihar düşüncelerine de aynı önemin verilmesi gereklidir. Sonuç olarak, biz hastanemizde yatarak tedavi gören TBH sonrası intihar girişiminde bulunan bir olguyu sunduk.

Anahtar kelimeler: Travmatik beyin hasarı, intihar girişimi, psikiyatrik bozukluklar

Düşünen Adam, 2004; 17(3): 171-173

ABSTRACT

Suicide Attempt After Traumatic Brain Injury: A Case Report

Traumatic brain injury (TBI) most frequently caused by traffic accidents and falls, is a cause of disability, as well as increasing the psychiatric morbidity. Suicidality is a common psychological reaction to TBI among out-patient populations. The possibility that patients who have suffered a traumatic brain injury will commit suicide is high, and in many cases clinicians tend to underestimate this possibility. Management should involve careful history taking of previous post-injury suicidal behaviour, assessment of post-injury adjustment to TBI with particular focus on the degree of emotional/psychiatric disturbance, and close monitoring of those individuals with high levels of hopelessness and suicide ideation. Consequently, in our case report an inpatient who has attempted to commit suicide after TBI is presented.

Key words: Traumatic brain injury, suicide attempt, psychiatric disorders

GİRİŞ

Travmatik beyin hasarı (TBH) beyinde aniden gelişen fiziksel bir hasar olup, ilk çağlardan beri bilinmektedir. Konu ile ilgili ilk yazılı bilgiler 5.000 yıl öncesine dayanmaktadır. Hipokrat döneminde travmatik beyin hasarı sonrası deliryum, koma, nöbetler olabileceği vurgulanmıştır. Modern tıp literatüründe ise travmatik beyin hasarının yol açtığı nöropsikiyat-

rik bozukluklara ilk kez 1904'te Aldof Meyer tarafından dikkat çekilmiş ve bu bozuklukların ortaya çıkmasında psikolojik, sosyal, biyolojik etmenlerin yer aldığı belirtilmiştir (2,8). Özellikle savaş yılları sonrası kafa yaralanmalarındaki artış ve buna bağlı ortaya çıkan nöropsikiyatrik bozukluklar konunun önemini arttırmıştır. TBH'ye trafik kazalarında olduğu gibi kafanın şiddetle bir yere çarpılması ya da ateşli silah yaralanmalarında olduğu gibi delici ci-

simler neden olabilir. Günümüzde TBH'nin en sık rastlanan nedenleri arasında sırası ile trafik kazaları, düşmeler, spor yaralanmaları, şiddet olayları yer alır. TBH, kişide travma nedeni ile fizyolojik olarak bir süre bilinç kaybı, kazadan hemen önce ya da sonraki olayları içeren bellek kaybı, kaza anında ruhsal durumda değişiklik olması ya da geçici ya da kalıcı olabilen fokal nörolojik kayıplardan biri ya da birden fazlasının görülmesi olarak tanımlanmaktadır (2,3). TBH'nin duygudurum, kişilik ve davranış değişiklikleri ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Özellikle frontal bölge lezyonları ile davranış bozuklukları arasındaki ilişki pek çok çalışmada vurgulanmıştır (2,3,4,6). Konu ile ilgili çalışmalarda TBH psikiyatrik bozukluklar açısından bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Günümüzde acil müdahalelerde giderek artan başarı oranı ile pek çok hasta başka açılardan sağlıklı olduğu halde nöropsikiyatrik sekellere maruz kalmaktadır. Kafa travmalarında genellikle beyin, beyincik ve bağlantılı yapılarda ani ileri-geri harekete bağlı hasar söz konusu olduğundan orbitofrontal, anterior ve inferior temporal kontüzyonlar ve korpus kallozumda, superior serebellar pedinkülde, bazal ganglionlarda yaygın akson hasarı gibi belirli yaralanma örüntüleri sık görülmektedir (1). Bunlar da nöropsikiyatrik sekellere neden olabilmektedir. Nöropsikiyatrik sekel olarak genellikle yaygın bilişsel kayıplar, özellikle de bilgi işleme, dikkat, bellek, bilişsel esneklik ve sorun çözmede bozukluklar şeklinde görülmektedir. Frontal, temporal ve limbik bölgelerde hasara bağlı olarak belirgin derecede dürtüsellik, duygulanım dengesizliği ve disinhibisyon sık görülür. Bu değişikliklerin, önceden de varolan dürtü kontrol bozukluklarını daha da artırdığı bildirilmektedir (7). TBH ile duygudurum ve anksiyete bozuklukları arasındaki ilişkiyi gösteren kanıtlar giderek artarken, çalışmalarda bu hastaların psikotik belirtiler açısından da sorgulanması gerektiği vurgulanmaktadır (2,4,5,8). Yine TBH'li olgularda intihar düşünceleri, intihar girişimi ile tamamlanmış intiharların sık görüldüğüne dikkat çekilmektedir (5,7,8,9,11). Başka bir deyişle TBH çok çeşitli psikiyatrik belirtilere yol açabilmektedir. TBH'nin psikiyatrik bozukluklara neden olduğunun gösterilmesi sonucunda bu konuda gerekli önlemlerin alınması ya da bu bozuklukların daha erken tanınıp, tedavi edilmesi mümkün olacaktır. Bu makalede hastanemizde tedavi gören TBH sonrası psikiyatrik belirtileri olan ve intihar girişiminde bulunan bir olgu literatür bilgileri ışığında

sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

TA 27 yaşında, erkek, bekar, lise mezunu, futbolcu, ailesi ile yaşıyor. Hasta 1,5 yıl önce kaleci olarak görev aldığı futbol karşılaşmasında başını aniden kale direğine çarpması sonucu gelişen frontal bölgedeki subdural hematoma ve posttravmatik epilepsi tanılarını nöroşirurji bölümündeki tedavisinin 2. ayında, insanlardan şüphelenme, kötülük göreceğine inanma, alınganlık, ani sinirlenme, toplumdan uzaklaşma yakınmalarının ortaya çıkması üzerine ilgili hekiminin önerisi, ailesinin isteği ile psikiyatri polikliniğine başvurdu. Yakınmalarının olduğunu şiddetle reddeden TA, dört çocuklu bir ailenin ilk çocuğu olarak Trabzon'da doğmuş. 15 yaşındayken, kendisinden 1 yaş küçük erkek kardeşi denizde birlikte yüzdükleri sırada boğularak ölmüş. Babasının bu olaydan dolayı kendisini suçladığını belirten TA'nın, kardeşinin ölümü sonrası babası ile sürekli sorunlu bir ilişkileri olmuş. O dönemde evden uzaklaşmak için futbola ilgilenen TA'nın babası 6 yıl önce miyokard enfarktüsü nedeniyle vefat etmiş. TA, bir babasının ölümü sonrası doğan olmak üzere 3 kız kardeşi ve annesi ile birlikte yaşıyor. TA'nın annesinden alınan bilgiye göre TA'nın dayısının antisosyal davranışları nedeniyle yasal ve sosyal sorunlar yaşadığı, TA'nın babasının ise "şüpheli" bir kişiliğe sahip olduğu, oğlunun denizde boğularak ölmesi sonrası alkole başladığı, çalışma yaşamından uzaklaştığı, TA'nın da kişilik olarak babasına benzediği öğrenildi. Yapılan değerlendirme sonucunda hastaya DSM-IV'e göre organik mental bozukluk tanısı ile Risperidon 3 mg/g tedavisi başlandı. Hastada travmatik olayın sıkıntı veren bir biçimde tekrar tekrar anımsanması, olayı sık sık sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme, travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi birden tepki gösterme gibi belirtilerin olmaması nedeniyle travma sonrası stres bozukluğu tanısı dışlanmıştır. Tedavisini düzenli yapmayan hasta ilk görüşmeden 4 ay sonra araba kullanırken geçirdiği epileptik nöbet sonrası konsültasyon istemi ile 2. kez psikiyatri polikliniğine getirildi. Bu görüşmede ise hastanın depresif yakınmaları ile intihar düşünceleri ön plandaydı. EEG'de yaygın epileptik deşarjları olan hastanın beyin CT'si normal olarak değerlendirildi. Hastaneye yatış önerisini kabul etmeyen hastaya antidepresan (Paroksetin 20 mg/g) tedavi başlandı. Antidepresan tedavisinin 2.

ayında kontrole gelen hastanın yakınmalarının kısmen düzeldiği izlendi. Ancak, tedavisinin 4. ayında tedavisini kendi isteği ile kesen, kontrollere gelmeyen hastanın intihar girişiminde bulunduğu öğrenildi. İntihar girişimi öncesi oldukça sakin ve uyumlu olduğu bildirilen hasta, intihar girişiminin olduğu gün sabah erken saatlerde evdeki pompalı tüfeği alarak köy mezarlığına gitmiş ve kendisi için bir mezar yeri kazıp içine girmiş. Daha sonra pompalı tüfekle vücudunu hedef alan bir atış gerçekleştirmiş, ancak atış sonrası ölmediğini fark eden hasta aynı anda mezarlıkta bulunan bir kişiden yardım istemiş ve hastane aciline getirilmiş. Genel cerrahi bölümü tarafından acilen ameliyata alınan TA'ya uygulanan psikiyatri konsültasyonu sonrası Genel tıbbi duruma bağlı gelişen depresif bozukluk tanısı ile antidepresan (Paroksetin 20 mg/g) ile düşük doz antipsikotik ilaç (Risperidon 2 mg/g) tedavisi başlandı. Halen mevcut tedavisi ve düzenli kontrolleri devam eden hastanın psikiyatrik yakınmalarında belirgin düzelme oldu.

TARTIŞMA

Günümüz yaşam koşulları içinde özellikle kafa travmaları ile ilgili yaralanmalarda artışlar söz konusudur. Bu nedenle TBH sık karşılaşılan ve önemli nöropsikiyatrik sekellere yol açabilen bir tıbbi durumdur (1,2). Konu ile ilgili risk etmenlerinin belirlenmesi ve tanınması bu nedenle önemlidir. Çalışmalarda TBH'nin sosyodemografik özellikler açısından genç erkeklerde kadınlara göre 2 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (10). Bu yaş dönemindeki erkeklerde risk alma, riskli davranışların daha fazla görülmesi ile ilgilidir. Özellikle, frontal bölge lezyonları olan olgularda risk alma davranışlarında ve dürtüsellikte artış bildirilmektedir (2,3). Çalışmamızda da benzer biçimde genç bir erkek hasta sunulmuştur. TBH sonrası oluşan kalıcı nörolojik sekeller olgumuzda da belirtildiği gibi, hastaların yaşam kalitelerini olumsuz olarak etkilemekte, işlevselliği bozmakta ve sosyal izolasyonu arttırmaktadır (4,6). Bu nedenle TBH geçiren hastalarda psikiyatrik bozuklukların normal popülasyona göre daha sık görüldüğü ve TBH ile psikopatoloji arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmektedir (9,10). Özellikle, TBH geçiren hastalarda major depresyon sıklığı üzerinde durulmuş ve kontrol grubuna göre 7 kat daha fazla bulunmuştur (4).

Duygudurum bozukluklarının yanı sıra TBH sonrası anksiyete bozuklukları ve psikotik belirtilerdeki artış ile TBH geçiren hastalarda normal popülasyona göre intihar girişimlerin daha sık olduğu belirtilmiştir (4,5,7,11). Bu hastalara ilişkin intihar girişimlerinde (olgumuzda olduğu gibi) daha çok şiddet içeren yöntemlerin kullanıldığı ve intihar girişimlerinin çoğunlukla ölümlü sonuçlandığına da dikkat çekilmektedir (5,7,9). Başka bir deyişle TBH sonrası tedavi ve prognozu etkileyen çok çeşitli psikiyatrik belirtiler ortaya çıkabilmektedir. Konu ile ilgili başka bir sorun olarak da mevcut tanı sınıflandırmalarının bu tür belirtileri değerlendirmede çok yeterli olmadığı ve yeni tanı sınıflandırmalarına gereksinim duyulduğu belirtilmektedir (9,10).

Sonuç, olarak literatürde görüldüğü gibi, TBH geçiren herkesin olası psikiyatrik bozukluklar açısından tam olarak değerlendirilmesinin gerekliliği çok açıktır.

KAYNAKLAR

1. Arciniegas DB, Anderson CA: Suicide in Neurologic Illness. *Curr Treat Options Neurol* 4:457-468, 2002.
2. Beştepe E, Tüzer V, Tüzer T ve ark: Travmatik beyin hasarı sonrası psikiyatrik belirtiler. *Klinik Psikiyatri* 5:235-239, 2002.
3. Fann JR, Katon WJ, Uomoto JM et al: Psychiatric disorders and functional disability in outpatients with traumatic brain injuries. *Am J Psychiatry* 152:1493-1499, 1995.
4. Holsinger T, Steffens DC, Phillips C, et al: Head injury in early adulthood and the lifetime risk of depression. *Arch Gen Psychiatry* 59:17-22, 2002.
5. Kishi Y, Robinson RG, Kosier JT: Suicidal ideation among patients with acute life-threatening physical illness: patients with stroke, traumatic brain injury, myocardial infarction, and spinal cord injury. *Psychosomatics* 42:382-90, 2001.
6. Kreutzer JS, Seel RT, Gourley E: The prevalence and symptom rates of depression after traumatic brain injury: a comprehensive examination. *Brain Inj* 15: 561-562, 2001.
7. Leon-Carrion J, De Serdio-Arias ML, Cabezas FM: Neurobehavioural and cognitive profile of traumatic brain injury patients at risk for depression and suicide. *Brain Inj* 15:175-81, 2001.
8. Silver JM, Kramer R, Greenwald S, et al: The association between head injuries and psychiatric disorders: findings from the New Haven NIMH Epidemiologic Catchment Area Study. *Brain Inj* 15:935-945, 2001.
9. Simpson G, Tate R: Suicidality after traumatic brain injury: demographic, injury and clinical correlates. *Psychol Med* 32:687-97, 2002.
10. Simpson G, Winstanley J, Bertapelle T: Suicide prevention training after traumatic brain injury: evaluation of a staff training workshop. *J Head Trauma Rehabil* 18:445-56, 2003.
11. Van Reekum R, Cohen T, Wong J: Can traumatic brain injury cause psychiatric disorders. *J Neurosurgery Clin Neurosci* 12: 316-327, 2000.