

Kafa Travmaları Sonrası Gelişen Mental Bozukluklar

Serdar KESKEN*, Duygu AKARSU*

ÖZET

Endüstriyel değişim ve ilerlemeler, değişik nedenlerle oluşan kazalara bağlı, kafa travmalarının artmasına neden olmuştur. Bu durum, oluşan beyin hasarının düzeyine göre erken ve geç dönemde çeşitli ruhsal ve işlevsel bozukluklar oluşturmaktadır. Konunun, Nörolojik ve Psikiyatrik yönleriyle ele alınması ve çözümü oldukça önem kazanmaktadır.

Anahtar kelimeler: Kafa travması, beyin hasarı, mental bozukluklar

Düşünen Adam; 1994, 7 (3): 33-36

SUMMARY

Industrial changes and developmental causes have increased the head traumas depending on work and traffic accidents. According to the degree of brain damage. Several mental problems have been occurred in early or late period. It is very important to examine and solve this problem by neurological and psychiatric point of view.

Key words: Head trauma, brain damage, mental disorders

GİRİŞ

Çağımızda, endüstriyel gelişim ve sanayileşme ile birlikte trafik ve iş kazaları sonucu gelişen kafa travmaları ve yaralanmalarda artış olmuştur. Özellikle kafaya isabet eden darbelerden sonra çeşitli mental fonksiyonlar bozulmaktadır. Ortaya çıkan mental yıkım, oluşan beyin hasarının düzeyine göre değişen ölçülerde olabilmektedir. Kısa süreli tedavilerle düzelebilen olgular yanında, kalıcı beyin hasarları nedeniyle çeşitli ruhsal ve işlevsel aksaklıklar sürebilir (1,2,4,6).

Bu konu; sosyal güvenlik sistemlerini, hukuku, işletme ve ekonomiyi yakinen ilgilendirdiği gibi, ko-

ruyucu sağlık ve işyeri hekimliği ile nöroloji ve psikiyatri hekimleri içinde önemli ve çözümü güç problemler doğurmaktadır (4,5).

Halk arasında, kafa yaralanmalarının, zihinsel hastalıklara sıklıkla neden oluşturduğu anlayışı egemendir. Şüphesiz, yalnızca kafa bölgesiyle sınırlanmamak üzere vücudun herhangi bir yerine isabet eden şiddetli bir darbe de bazen kronik ruhsal hastalıklara neden olabilir. Beyninde saptanmış bir hasar söz konusu olmaksızın da, bazı kafa travmaları sonrası kısa süreli de olsa gelip geçici felçler ve bilinç bozuklukları görülebilir (2,5,7). Burada, kişinin travmaya maruz kalmadan önceki durumu da önemlidir. Kafa travmasına eşlik eden zihinsel karmaşa,

* Tepecik SSK Hastanesi, Nöroloji Kliniği.

** Tepecik SSK Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

hem ani serebral sarsıntıya, hem de daha sonra gelişen nörohümorale, nörotransmisyonel karışıklıklara bağlanır. Bu durum, kişiden kişiye değişen özellikler gösterir (2,5).

Tıbbi değerlendirme; fizik bakı, nörolojik ve psikiyatrik yaklaşım gerektirir. Gerekli laboratuvar incelemeleri, psikolojik testler belli bir sırayla uygulanır. Bazen gereken değerlendirme ve sonuca ulaşma uzun zaman alabilir.

Konunun bir başka boyutu da, ulusal ekonomiye getirdiği zararlar ve işgücü kayıplarıdır. Bu gibi kazalara sık rastlanan işletmelerde ve işin özelliği nedeniyle yüksek risk taşıyan iş kollarında çalışan işgörenlerde; kaygı, anksiyete ve stres faktörlerinin daha yoğun yaşandığı bilinmektedir. Kazaya uğrayanlar yanında, aynı işi yapan diğer kişilerde de benzer ruhsal tepkilerin gözlemlendiği ve bunun, iş verimini olumsuz yönde etkilediği tahmin edilebilir (1,4,5). İş güvenliği ve iş verimi açısından, bu gibi iş kollarında gereken, fiziksel güvenli çalışma koşullarının oluşturulması yanında, ilgili branş hekimlerinin, işyeri hekimleri ile ortaklaşa çalışmaları da bir gerekliliktir.

I. Kafa travmalarının erken dönem mental bozuklukları

a. Kommosiyo serebri: Kısa süreli bilinç bozukluğu ve uyku hali ile 1-2 saat içinde düzelen tablolardır.

b. Kontüzyo serebri: Daha uzun süreli bilinç bozukluğu ve fokal nörolojik bulguların eşlik ettiği tablolardır.

c. Kompresiyö ve/veya laserasiyo serebri: Şiddetli travma sonucu beyinde ezilme, basınç, doku yırtılması ve kanama gibi durumlar sözkonusudur. Koma hali vardır.

Kommosiyo ve kontüzyo durumlarında, travma genellikle anatomik yapıyı bozmaz. Şiddetli travmalar ise beyinde doku hasarları oluşturarak kalıcı zararlara yol açarlar. Travmanın, şiddeti, şekli, süresi ve oluşturduğu hasar ölçüsünde posttravmatik delirium halinden, derin koma tablolarına kadar değişik, klinik gösteriler ortaya çıkabilir (7).

1. Posttravmatik delirium: Travmanın şiddeti ölçüsünde, çeşitli davranış bozuklukları ile karakterize tablolardır. İrritabilite, şiddetli kaygı reaksiyonu, sıkıntı, ılımlı duygusal bozukluklar gözlenebildiği gibi bazen de, saldırganlık, konfabülasyon, yakın geçmişe ait amneziler, dehşet ve endişe de gözlenir. Hallüsinasyonlar var ise görsel tiptedir.

Delirium tablosu tedavi sürecinde düzelirken, eksajere tavırlar ve aşırı konuşma ortaya çıkabilir. Bazen deliriumun ön planda olmadığı ağır kontüzyon durumlarında, nörolojik defisitler ve bilinç bozukluğu görülebilir.

2. Posttravmatik koma: Genellikle serebral parenkime kadar uzanan mekanik darbeler sonucu koma ortaya çıkar. Komanın süresi, travmanın özelliklerine göre saatler ve günlerce sürebilir. Uzamış koma hali, uzun süren amnezilerle, amnezik-konfabülasyon tabloları ile yavaş seyirli bir düzelme gösterebilir (2,5,8).

Travma sonrası; epidural, subdural, subaraknoidal ya da intraserebral kanamalar, BOS fistülleri sözkonusu ise düzelme gecikebilir, bazen de operasyon gerekebilir. Açık travmalarda görülen bazı önemli komplikasyonlar; enfeksiyon, hidrosefali, posttravmatik epilepsi ve psikozdur.

II. Kafa travmalarının uzak dönem mental bozuklukları

Beyin lezyonlarını izleyen psikopatolojiler, yalnızca serebral hasar sonucu kişide beliren değişiklikler olmayıp, aynı zamanda ortaya çıkan yeni duruma ve gereksinimlere uyum sürecinin de dışavurumudur. Bu kişilerin yeni bir uyum çabası içinde olmaları doğaldır. Çünkü kafa travmaları sonrası başlıca üç çeşit semptom ortaya çıkar; Kişi bu semptomlarla başa çıkma yollarını arar ve çabalar.

1. Bireysel çatışmalarla ilgili semptomlar,
2. Çevresel faktörlere karşı yeni uyumu oluşturma ve çabalarıyla ilgili semptomlar,
3. Direkt travma etkisiyle, serebral disfonksiyona bağlı semptomlar.

Hastada bireysel çatışmalar oldukça yoğun yaşanır. Çözülemeyen problemler; ani anksiyete, ajitasyon

ve şaşkınlık doğurabilir. Bu katastrofik reaksiyon sonucunda organizmada otonomik belirtiler ortaya çıkar (hızlı soluma, taşikardi, terleme, kızarma ve ateş basması gibi). Beyin hasarı olan kişiler çoğunlukla, özgün davranış kalıpları geliştirirler. Bu da ya problemlerden kaçma ya da çözülemeyen problemler karşısında küskünlük, bezginlik ve ilgisizlik şeklinde olur (5,8). Bu durum, sürekli gerginlik, anksiyete ve olayları dıştan izliyormuş havası veren bir yapmacıklık izlenimi verir. Görevden kaçma, aşırı düzen ve mükemmellik arayışı, titizlik gibi birbirine benzemeyen davranışlar ile tamamlayan tutumlar içiçe geçebilir.

Bu gibi hastalarda, dikkatin dağılması kolaydır ve aşırı duyarlılık vardır. Bu nedenle sorunlarla baş edebilmede gecikme gözlenir. Bireysel çatışmalarla ilgili bu gibi davranış değişimleri uzayıp giden bir liste oluşturabilir. Bu nedenle, travma sonrası ortaya çıkan semptomların oluşturduğu mental bozukluklar, aşağıdaki gibi ayrıştırılabilir;

1. Posttravmatik kişilik bozuklukları,
2. Nevrotik bozukluklar,
3. Somatoform bozukluklar
4. Posttravmatik konvülsiyonlar, epilepsi ve buna bağlı kişilik bozuklukları

Posttravmatik kişilik bozuklukları: Bu durum, primer olarak serebral hasara bağlı ise de çevresel etkenler ve diğer psikososyal faktörler de oluşumunda etkindir. Ancak burada travma öncesi kişilik yapısının bilinmesi önemlidir. Bazen yeniden oluşmaya çalıştığı kişilik kalıbı, immatür tavırlar, hastaya sekonder kazanç sağlıyor olabilir. Bu nedenle psikiyatrik yaklaşım ve bakı güçlük arzedebilir. Yine de bilinen odur ki kafa travmalarının en dikkati çekici özelliği kişilik değişmesidir. Öncesinde uyumlu ve sakin kişilik, irrite, impulsif ve kızgın olabilir. Aşırı heyecanlılık ve aressif patlamalar gösterebilir (5,8,9,10).

Kişilik bozuklukları; antisosyal, paranoid ve şizoid tipte olabilir. Bunlara anksiyete, depresyon, somatik yakınmalar, saptantılar ve bazı nevroitik semptomlar eklenebilir (3,10).

Nevrotik bozukluklar: Bazı kişilerde travma stres reaksiyonlarını başlatır. Eğer; ekonomik bozukluk,

ailevi gerginlik, iş tatminsizliği ya da çalışma güvencesi yokluğu da eklenirse nevroitik yanıt daha şiddetli olabilir.

Baş dönmesi, başağrısı ve diğer fizik semptomlar da eklenirse nevroitik semptomlar süregelen hal alabilir. Nevrotik semptomların ortaya çıkışı ile travma arasında geçen süre inkübasyon dönemi olarak adlandırılır. Başlangıçta, iş ve çalışma hayatını ilgilendiren hoşnutsuzluk zamanla genişleyerek yaygın bir anksiyete haline dönüşür. Bu arada; çevrenin telkinleri, arkadaşların ve ailenin aşırı ilgisi, tavsiyeli sık hekim muayeneleri ile tablo karmaşık bir hal alabilir. Depressif durgunluk, dikkat bozukluğu, nevrasteni, hipokondriak yakınmalar, aşırı irritabilite ve somatoform bozukluklar eklenebilir.

Somatoform bozukluklar: Nevrotik bozukluklar içinde en sık olarak yer alan semptomlardır. Bu başlık altında, uzun yıllar süredir fizik yakınlardan sözedilebilir. Başağrıları, başdönmesi, çarpıntı, cinsel isteksizlik, ekstremitelerde uyuşma gibi yakınmalar sıktır. Bu gibi semptomlar daha çok histerik görünüme sahiptir ancak bir yaşam şekli haline geçerek süregelenleşirler.

Posttravmatik konvülsiyonlar, epilepsi ve bunlara bağlı gelişen kişilik bozuklukları: Beyin yaralanmalarının diğer bir sonucu da epilepsidir. Kafa travmasına bağlı gelişen epilepsi sıklığı % 5 ile 35 arasında rapor edilmektedir. Dura mater veya parenkime penetre olmuş yaralanmalar sonrası, insidans daha fazla olabilir. Burada epileptojenik fokus; parenkimal gliosis, fokal atrofiler ve serebrodural sikatrizel yapılar olabilir.

Lezyonun lokalizasyonunda EEG ve serebral CT tetkikleri yeterli bilgi verir. Epileptik nöbetin tipi; fokal ve Jacksonien olabildiği gibi petit mal ve grand mal tipinde ve bilinç yitimi ile de beraber olabilir. Bazen bu nöbetler tedaviye dirençli olabilir ve status tabloları gösterebilirler (5,7).

Gelişen mental bozukluklara bir de epileptik kişilik yapısı eklenirse, değişik kişilik bozuklukları ile komplike bir durum ortaya çıkar, çözümünü güç tablolar da bunlardır.

III. Tedavi Yaklaşımları

Kafa travmasını izleyen akut dönem geçirilince, yatak istirahati fazla uzatılmamalıdır. Uzamış yatak istirahati, yakınmaları predispoza eder. Hastanın evine, bir süre sonra da işine döndürülmesi çok önemlidir. Travma ile nevroitik dönem arası zaman iyi değerlendirilmelidir. Bu süre içinde, hastaya yakın çevrenin yaklaşımları yönlendirilmelidir. Bu konuda uzmanlaşmış psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve psikiyatrist birlikte çalışmalıdır.

Hastalar genelde korku içinde olduklarından, işlerine dönmeyi istemeyebilirler. Bu nedenle, fiziksel kayıplarla birlikte olan mental bozukluklar da, rehabilitasyon planlanmalıdır. Rehabilitasyon; hem gelişen nörolojik defisitlerin azaltılması hem de emosyonel, entellektüel ilginin ve katılımın sağlanmasına yönelik olmalıdır.

Hasta hazır olduğu zaman; hareket etmeli, meslek terapisi, egzersizler, oyunlar ve sosyal aktivitelere katılım ile kendine güveni sağlanmalıdır. En iyi te-

davi, iyi organize edilmiş rehabilitasyon merkezlerinde çok yönlü kombine çalışma ile elde edilebilir.

KAYNAKLAR

1. Akyüz N: İş Güvenliği Mevzuatı, 1. baskı, Çeltüt Matbaacılık, İstanbul s.441-442, 1976.
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third editors, APA, Washington DC 1987.
3. Baxter LR, Phelps ME, Mazziotta JC, et al: Local cerebral glucose metabolic rates in obsessive compulsive disorder, Arch Gen Psych 44:211-218, 1987.
4. Çelebioğlu F: Davranış Açısından İşbilim, 2. baskı, İstanbul Üniv Yay, İstanbul s.168-183, 1983.
5. Kolb LC, Brodie HKH: Modern Clinical Psychiatry, 10th, Igaku-Shoin Saunders, Tokyo, p.299-311, 1991.
6. Köknel Ö: Genel ve Klinik Psikiyatri, 1. baskı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul 1989.
7. Kumral K, Özdamar N: Nöroloji-Nöroşirürji, Ege Üniv Yay, İzmir s.225-234, 1987.
8. Scully JH: Psychiatry, second edition, John Wiley and Sons, Washington DC 1989.
9. Tomb DA: Aile Hekimi İçin Psikiyatri, 3. baskıdan (çev: Tunca Z, Dilsiz A, Bayol E), Serdar Matbaacılık, İzmir s.56-62, 1988.
10. Weismann MM, Myers JK, et al: Anxiety disorders; epidemiology and familial patterns. Arch Gen Psych 41:845-852, 1984.