

Travmatik Beyin Hasarı Sonrası Psikoz: Olgu Sunumu

Psychosis After Traumatic Brain Injury: Case Report

© Nazmiye İnce¹, © Gülen Güler Aksu², © Fevziye Toros²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye

ÖZ

Travmatik beyin hasarı (TBH); “bir dış fiziksel gücün sebep olduğu beyinde kazanılmış bir yaralanma” olarak bilinmektedir. Kafa travmalarıyla ilişkili psikotik bozukluğun prevalansı %0,7 olarak saptanmıştır. Sıklıkla 25-75 yaş aralığında görülmektedir. Olgumuz, çocukluk döneminde çoklu travma sonrası gelişen psikiyatrik rahatsızlıkların tedavi ve takibini sunmaktadır. Olgu; on yedi yaşında bekar, lisede öğrenim gören ve ailesiyle yaşayan erkek bir hasta olup yaklaşık 1,5 ay önce motorsiklet kazası geçirmiştir. Kaza sonrasında ortopedi, plastik cerrahi ve nöroşirurji tarafından opere edilmiş, yoğun bakım ve servis takipleri tamamlandıktan sonra post-travmatik epilepsi riski açısından levitirasetam 2x500 mg/g ve diazepam 1x5 mg/g olarak başlanıp taburcu edilmiştir. Hastanın taburculuk sonrası insanlardan şüphelenme, kötülük göreceğine inanma, alınganlık, ani sinirlenme, toplumdan uzaklaşma, yemek yemek istememe, kendini büyük görme düşünceleri ve uyuyamama şikayetlerinin olması üzerine nöroşirurji tarafından çocuk nörolojiye yönlendirilmiştir. Hastadan çocuk nöroloji polikliniğinde serebral manyetik rezonans görüntüleme ve elektroensefalografi istenmiştir. Hastanın görüntülenmesinde sol talamus, bilateral frontal lob kortikal-subkortikal alanlarda ve sol parietal lob subkortikal beyaz cevherde hemorajik sekeller ile travma ile uyumlu olabilecek görünüm saptanmıştır. Hasta ile yapılan psikiyatrik görüşme ve psikometrik testler sonucunda, hastanın post-travmatik psikoz ve travma sonrası stres bozukluğu tanı kriterlerini karşıladığı düşünüldü. Olgu, sertralin ve valproat tedavisi ile kısmi iyilik hali gösterdi ve bu tedavi ile çocuk psikiyatri poliklinik takibine devam edildi. Hem nörolojik hem de psikiyatrik semptomlar geçirilen TBH’ye sıklıkla eşlik etmektedir. Bu olgu sunumunda TBH sonrası gelişmiş olan nörolojik ve psikiyatrik bulgular ayrıntılı olarak ele alınıp, tedavi süreci anlatılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Travmatik beyin hasarı, psikoz, epilepsi

ABSTRACT

Traumatic brain injury (TBI) is defined as “an acquired injury to the brain caused by an external physical force”. The prevalence of psychotic disorder associated with head trauma was found to be 0.7%. It is frequently seen in the age range of 25-75 years. Our case presents the treatment and follow-up of psychiatric disorders developing after childhood multiple traumas. A-17 year old, single high school student, living with his family had a motorbike accident approximately 1.5 months prior to admission. After the accident, he was operated by orthopaedics, plastic surgery and neurosurgery and after intensive care and ward follow-ups were completed, levitiracetam 2x500 mg and diazepam 1x5 mg were started for the risk of post-traumatic epilepsy and he was discharged. After discharge, the patient was referred to paediatric neurology by neurosurgery because of complaints of being suspicious of people, believing that he would see evil, irritability, sudden anger, withdrawal from society, not wanting to eat, exhibiting grandiose ideation and not being able to sleep. Cerebral magnetic resonance imaging and electroencephalography were ordered in the paediatric neurology outpatient clinic. The imaging revealed haemorrhagic sequelae in the left thalamus, bilateral frontal lobe cortical-subcortical area, left parietal lobe subcortical white matter and appearances which may be compatible with trauma. As a result of psychiatric interview and psychometric tests, the patient was diagnosed with post-traumatic psychosis and post-traumatic stress disorder. The patient continued to be followed up at the child psychiatry outpatient clinic with partial improvement with sertraline and valproate treatment. Both neurologic and psychiatric symptoms often accompany post-TBI patients. In this case report, neurologic and psychiatric findings developing after TBI are discussed in detail and the treatment process is described.

Keywords: Traumatic brain injury, psychosis, epilepsy

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Uzm. Dr. Nazmiye İnce, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

E-posta: nnazmiye3@gmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0002-4874-5269

Geliş Tarihi/Received: 29.03.2025 **Kabul Tarihi/Accepted:** 24.12.2025 **Epub:** 18.09.2026

Atıf/Cite this article as: İnce N, Güler Aksu G, Toros F. Psychosis after traumatic brain injury: case report. Turk J Child Adolesc Ment Health. [Epub Ahead of Print]

Copyright© 2026 Yazar(lar). Türkiye Çocuk ve Gençlik Psikiyatrisi Derneği adına Galenos Yayınevi tarafından yayımlanmıştır. Creative Commons Atıf-GayriTicari-Türetilemez 4.0 (CC BY-NC-ND) Uluslararası Lisansı ile lisanslanmış, açık erişimli bir makaledir.



Giriş

Travmatik beyin hasarı (TBH) dünya genelinde ölüm ve sakatlığın en önemli nedenlerinden biridir.¹ TBH; “dışsal bir fiziksel kuvvetin neden olduğu beyinde edinilmiş bir yaralanma” olarak tanımlanmaktadır. Travmatik olay psikoza neden olabilir; hem psikotik bozukluk, hem de travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) travmatik yanıtı cevap olarak ortaya çıkan benzer spektrum bozuklukları olabilir.² TBH, 25-75 yaş arası kişilerde daha yaygın olarak görülmektedir. TBH erkeklerde daha genç yaşta meydana gelmektedir ve erkeklerde görülme olasılığı 1,2-4,6 kat daha fazladır.³

Bu yazıda, travma sonrası beyin hasarı olan bir çocuğun ayrıntılı nörolojik ve psikiyatrik öyküsü, boylamsal seyrinin tanımı ve terapötik çabaların özeti sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

On yedi yaşındaki erkek hasta, bekar, liseye gidiyor, ailesiyle yaşıyor. Hasta yaklaşık 1,5 ay önce motorsiklet kazası sonucunda çoklu kırıklar, epidural kanama ve serebral ödem nedeniyle nöroşirurji tarafından yatarak tedavi görmüş. Tedavisi esnasında bilinçte bulanıklık, gece gündüz farkını kavramada güçlük, görsel halüsinasyonlar nedeniyle deliryum olarak değerlendirilip haloperidol tedavisi almış. Hasta plastik cerrahi ve ortopedi tarafından opere edilmiş. Hastaya post-travmatik epilepsi nedeniyle levitirasetam 2x500 mg/g ve diazepam 1x5 mg/g olarak başlanmış ve taburcu edilmiş. Hastanın taburculuk sonrası, insanlardan şüphelenme, kötülük göreceğine inanma, alınganlık, ani sinirlenme, toplumdan uzaklaşma, yemek yemek istememe, kendini büyük görme düşünceleri ve uyuyamama şikayetleri nedeniyle ailesi tarafından çocuk nöroloji polikliniğine getirildi. Çocuk nöroloji tarafından serebral manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve elektroensefalografi (EEG) istendi. Hastanın çekilen serebral MRG görüntülemesinde geçirilmiş travmaya bağlı olarak; sol talamus, bilateral frontal lob kortikal-subkortikal alan ve sol parietal lob subkortikal beyaz cevherde hemorajik sekeller ile uyumlu olabilecek görünümeler saptandı (Şekil 1).

Hasta çocuk psikiyatriye konsülte edilerek bir çocuk psikiyatri uzmanı tarafından değerlendirildi. Hastanın kazadan iki ay sonra ilk kez yapılan psikiyatrik muayenesinde bilinci açık, yönelimi



Şekil 1. Aksiyel beyin bilgisayarlı tomografi kesitinde periventriküler bölgede hipodens alan (ok ile işaretli)

tam, öz bakımında azalma, duygulanımında instabilite, öfkeli duygudurum, uyku süresinde azalma, distraktibilite, bellekte (anlık yakın-uzak) bozulma, dikkat ve aritmetik becerilerinde azalma, düşünce içeriğinde zarar görme sanrıları, yargılama ve yorumlamada zayıflık, konuşma içeriğinde sanrılarıyla uyumlu söylemler saptandı.

Yapılan görüşmede olgunun ailenin tek çocuğu olduğu, liseye gittiği, derslerinin sınıf ortalamasında olduğu ve arkadaş ilişkilerinin iyi olduğu, sosyal bir çocuk olduğu öğrenildi. Kazadan sonra birçok ameliyat geçirdiği ve taburculuk sonrasında ise davranışlarında değişiklikler başladığı öğrenildi. Ailesinden alınan öyküye göre hastanın; yemek yemek istemediği, geceleri uyuyamadığı, kendine zarar verileceği düşüncesinin olduğu, okula devam edemediği, eski arkadaşları ile görüşmediği şikayetleri vardı. Hastaya psikometrik test olarak uygulanan Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği skoru 84 olarak saptandı.

Hastanın akut psikotik bulgularını tedavi amacıyla haloperidol 5 mg/g (ampul) ve akineton 2 mg/g (ampul) intramüsküler enjeksiyon olarak uygulandı. Hastaya ardışık beş gün intramüsküler haloperidol 5 mg/g (ampul) ve biperiden 2 mg/g (ampul) olarak uygulandı. Hasta enjeksiyon tedavisi sonrasında saldırganlık semptomları azalmış olup şikayetleri de geriledi. Hastanın tedavisi haloperidol 2x15 damla (solüsyon), biperiden 2 mg 4x1 (tablet), diazepam 1x5 mg (tablet), valproik asit 2x200 cc (solüsyon) olarak düzenlendi. Poliklinik takiplerinde diazepam azaltılarak kesildi. Takiplerinde içe kapanıklık, okula gitmek istememe, dışarı çıkmak istememe, keyifsizlik şikayetleri olması ve Beck Depresyon Ölçek skoru 25, sürekli anksiyete skoru 40 olması üzerine hastaya TSSB tanısı ile sertralin 50 mg/g tablet başlandı. Hastanın psikotik belirtilerinin geçmesi üzerine haloperidol solüsyon ve biperiden tablet takiplerde azaltılarak kesildi. Sertralin tablet ve valproat solüsyon tedavisi ile hastanın takibine devam edildi.

Takiplerinde stres belirtilerinde ve işlevselliğinde iyileşme gözlenmiştir. Olgunun kişiler arası ilişkilerinde iyileşme görüldü, okula gitmeye ve evde sorumluluklarını da yerine getirmeye başladı.

Hastanın kendisinden ve yasal vasilerinden çalışmaya katılım, olgunun yayımlanması ve tanımlayıcı klinik bilgilerin paylaşılması için yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır.

Tartışma

TBH sonrası psikiyatrik bozukluklar sık görülür. Bu alandaki araştırmalar hastanın bakımı için önemlidir ve birincil psikiyatrik bozuklukların anlaşılması için ipuçları sağlayabilir.⁴ TBH'ye neden olan taşıt kazaları, darp ve düşmeye ait risk faktörleri tanımlanmaya çalışılmıştır.⁵ TBH'nin en sık nedeni %58,0 oranında trafik kazaları olmakla birlikte bunu sırasıyla %21,0, %12,0 ve %9,0 oranlarında şiddet, düşme ve diğer etkenlere bağlı olaylar izler.⁶

TBH'de akut iyileşme döneminde, ajitasyon, agresyon ve konfüzyon görülürken; kronik dönemde ise, kişilik değişimleri, TSSB, anksiyete bozukluğu, manik atak, ve psikoz gibi daha ciddi psikiyatrik rahatsızlıklar görülebilir.⁷ Psikotik bozuklukların

genelde yaralanmadan sonraki ilk yıl içinde belirti verdiği bildirilmiştir.⁸ TBH'nin akut fazında görülen psikotik belirtiler sıklıkla deliryum bulgularıdır. Olgumuzda travma sonrası geçirilen operasyonlar sonucunda yoğun bakım sürecinde deliryum saptanmış ve tedavi edilerek taburcu edilmiştir. Yapılan bir araştırmada, TBH sonrasında gelişen psikotik bozukluklarda perseküsyon sanrıları (%56,0) en çok görülen sanrı çeşididir.⁹ Perseküsyon sanrılarını sırasıyla referansiyel (%22,0), kontrol (%22,0) ve grandiyöz sanrılar (%20,0) takip etmektedir. İşitsel varsanılar (%84,0), görsel varsanılara (%20,0) göre daha yaygın olarak görülmüştür. Dezorganizasyon, katatoni ve negatif belirtilerin ise daha geri planda olduğu belirtilmektedir. Psikotik belirtilerin oluşmasında en önemli belirleyicilerin ise ailede psikotik bozukluk varlığı ve bilinç kaybı süresi olduğu saptanmıştır.⁹ Olgumuzun aile öyküsünde herhangi bir psikiyatrik bulguya rastlanmamıştır. Özellikle motor kazalarından sonra uyum problemleri, anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, TSSB ve akut stres bozukluğu sıkça görülmektedir.¹⁰ TBH geçirenlerde anksiyete yaygınlık oranlarının: yaygın anksiyete bozukluğu için %3,0-28,0, panik bozukluk için %4,0-17,0, fobik bozukluklar için %1,0-10,0, obsesif kompulsif bozukluk için %2,0-15,0 ve TSSB için %3,0-27,0 oranında olduğunu gösterilmiştir.¹¹

TBH'de nörolojik belirtiler olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda; olguların %70,0'in EEG'lerinde fokal temporal ve frontal yavaşlama ve epileptiform deşarj bulunmuştur.¹² TBH sonrası psikotik bozukluğu olan hastaların yaklaşık %70,0'inde özellikle temporal lobda EEG'de anormallikler olduğu belirtilmiştir.⁸

TBH sonrası meydana gelen psikiyatrik bozukluklar için ilaç reçete edilirken psikofarmakolojinin temel prensiplerinin göz önünde bulundurulması gerekir. TBH geçiren hastalar travma sebebiyle ilaç yan etkilerine karşı hassastır. Bu sebeple ilaç dozları daha düşük dozda başlanmalı ve yavaşça artırılmalıdır. Nöbet eşliğini düşüren ilaçlar ilk tercih olmamalıdır.¹³

TBH sonrası psikoz tanısı, TBH'nin erken evrelerinde madde kullanım bozuklukları, bilişsel bozukluklar, uyku bozuklukları gibi başka sebeplerden kaynaklanabilecek deliryumdan ayırt edilmelidir. Fakat duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, travma sonrası epilepsi de psikotik belirtilere sebep olabilir. Bu sebeple, önce bu durum tedavi edilmeli ve TBH sonrası psikoz tanısı, bu koşullar etkin bir şekilde tedavi edilene kadar ertelenmelidir. TBH sonrası psikoz tedavisinde ilk sırada atipik antipsikotikler önerilmektedir. Bazı durumlarda antidepresanlar veya antikonvülsanlar gibi farklı grup ilaçlar da kullanılabilir.¹⁴ Yapılan çalışmalarda TBH hastaları için seçici serotonin geri alım inhibitörleri de tedavide önerilmiştir.¹⁵

Bu olgu sunumuyla, TBH zemininde çoklu operasyonlar sonrasında ortaya çıkan deliryumun başarıyla tedavi edilmesinin ardından dahi orta ve uzun dönemde psikiyatrik ve nörolojik bozuklukların gelişebileceğini klinisyenlere hatırlatmayı amaçladık.

Etik

Hasta Onayı: Hastanın kendisinden ve yasal vasilerinden çalışmaya katılım, olgunun yayımlanması ve tanımlayıcı klinik bilgilerin paylaşılması için yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır.

Dipnotlar

Yazarlık Katkıları

Dizayn: N.İ., Veri Toplama veya İşleme: G.G.A., Analiz veya Yorumlama: F.T., N.İ., Literatür Arama: G.G.A., F.T., Yazan: G.G.A.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

- Hyder AA, Wunderlich CA, Puvanachandra P, Gururaj G, Kobusingye OC. The impact of traumatic brain injuries: a global perspective. *NeuroRehabilitation*. 2007;22:341-353.
- Morrison AP, Frame L, Larkin W. Relationships between trauma and psychosis: a review and integration. *Br J Clin Psychol*. 2003;42:331-353.
- Peeters W, van den Brande R, Polinder S, Brazinova A, Steyerberg EW, Lingsma HF, Maas AI. Epidemiology of traumatic brain injury in Europe. *Acta Neurochir (Wien)*. 2015;157:1683-1696.
- Schwarzbold M, Diaz A, Martins ET, Rufino A, Amante LN, Thais ME, Quevedo J, Hohl A, Linhares MN, Walz R. Psychiatric disorders and traumatic brain injury. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2008;4:797-816.
- Bushnik T, Hanks RA, Kreutzer J, Rosenthal M. Etiology of traumatic brain injury: characterization of differential outcomes up to 1 year postinjury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003;84:255-262.
- Kaya A, Dalyan M, Ülker H, Akyüz M, Çakıcı A. Travmatik beyin yaralanmasında rehabilitasyon sonuçları: kognitif fonksiyonların rehabilitasyon sonuçlarına etkisi. *Türk J Phys Med Rehab*. 2001;47.
- van Reekum R, Cohen T, Wong J. Can traumatic brain injury cause psychiatric disorders? *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2000;12:316-327.
- Fujii D, Ahmed I. Characteristics of psychotic disorder due to traumatic brain injury: an analysis of case studies in the literature. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2002;14:130-140.
- Sachdev P, Smith JS, Cathcart S. Schizophrenia-like psychosis following traumatic brain injury: a chart-based descriptive and case-control study. *Psychol Med*. 2001;31:231-239.
- Mooney G, Speed J. The association between mild traumatic brain injury and psychiatric conditions. *Brain Inj*. 2001;15:865-877.
- Dilley M, Avent C. Long-term neuropsychiatric disorders after traumatic brain injury. In: Uehara T, editor. *Psychiatric Disorders - Worldwide Advances*. London: InTech; 2011. p. 301-328.
- Fujii DE, Ahmed I. Psychotic disorder caused by traumatic brain injury. *Psychiatr Clin North Am*. 2014;37:113-124.
- Geniş B, Hocaoglu Ç. Travmatik beyin hasarının psikiyatrik yönü. *Klinik Psikiyatri Derg*. 2019;22:472-486.
- McAllister TW, Ferrell RB. Evaluation and treatment of psychosis after traumatic brain injury. *NeuroRehabilitation*. 2002;17:357-368.
- Warden DL, Gordon B, McAllister TW, Silver JM, Barth JT, Bruns J, Drake A, Gentry T, Jagoda A, Katz DL, Kraus J, Labbate LA, Ryan LM, Sparling MB, Walters B, Whyte J, Zapata A, Zitnay G. Guidelines for the pharmacologic treatment of neurobehavioral sequelae of traumatic brain injury. *J Neurotrauma*. 2006;23:1468-1501.