

Kronik Subdural Hematomla İlişkili Yineleyici Psikotik Depresyon: Bir Olgu Sunumu

Recurrent Psychotic Depression Associated with Chronic Subdural Haematoma: A Case Report

Anıl ALP¹, M. İrem YILDIZ¹, Elçin ÖZÇELİK EROĞLU¹, A. İlkay IŞIKAY², Yavuz AYHAN¹, Aygün ERTUĞRUL¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

ÖZ

Kronik subdural hematoma (KSDH) seyri sırasında izole psikiyatrik belirtilerin olması oldukça nadirdir. Bu yazıda, tekrarlayan kafa travması sonrası nörolojik belirtilerin eşlik etmediği psikotik özellikli depresyon belirtilerinin görüldüğü 77 yaşında bir kadın hasta sunulmuştur. Olgunun kraniyel manyetik rezonans görüntülemesinde sağ frontoparietal bölgede 20 mm'lik ve sol frontal bölgede 7 mm'lik subdural hematoma tespit edilmiştir. Olgunun belirtileri hematoma boşaltılmasından sonra

hızlıca düzelmiş, ancak cerrahi işlem sonrası sağ taraflı pnömosefali gelişmiş ve belirtilerde ani nöks olmuştur. İzleminde pnömosefalinin kaybolması ile psikiyatrik belirtiler tekrar düzelmiştir. Kronik subdural hematoma bağlı olarak izole psikiyatrik belirtilerin görülebildiği ve hematoma boşaltılmasının psikiyatrik belirtilerin kontrol altına alınmasında önemli rolü olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Depresyon, pnömosefali, psikoz, subdural hematoma

ABSTRACT

Chronic subdural hematomas (CSDH) with isolated psychiatric presentation are rare. In this paper, we report a case of 77-year-old-female patient who had psychotic depression after repetitive head trauma without any neurological symptoms. The brain magnetic resonance imaging revealed an 20 mm subdural hematoma in the right frontoparietal region and a 7 mm subdural hematoma in the left frontal region. The psychiatric symptoms improved within the first week after evacuation but relapsed with the occurrence of right sided

pneumocephalus. In the follow up, with the disappearance of the pneumocephalus, the psychiatric symptoms improved. It should be kept in mind that isolated psychiatric symptoms can be seen due to subdural hematoma and evacuation of the hematoma has an important role in improving the psychiatric symptoms.

Keywords: Depression, pneumocephalus, psychosis, subdural hematoma

Cite this article as: Alp A, Yıldız Mİ, Özçelik Eroğlu E, Işıkay Aİ, Ayhan Y, Ertuğrul A. Kronik Subdural Hematomla İlişkili Yineleyici Psikotik Depresyon: Bir Olgu Sunumu. Arch Neuropsychiatry 2024; 61:180–183.

GİRİŞ

Subdural hematoma (SDH), dura mater ile beyni çevreleyen araknoid mater arasındaki subdural boşlukta kan birikmesidir (1). Subdural hematoma, kanama başlangıcından itibaren geçen süreye göre akut, subakut ve kronik olarak sınıflandırılır. Kronik SDH (KSDH) üç haftadan uzun sürmektedir (2). Kronik subdural hematoma ikincil depresif bozukluklar (3–5) ve psikotik bozuklukların (2,5,6) geliştiği bildirilmiştir. Nadiren, psikiyatrik belirtiler KSDH'nin tek klinik bulgusu olabilir. Yazında sol frontoparietal bölgede KSDH'ye bağlı herhangi bir nörolojik bozukluğun eşlik etmediği ancak depresif belirtilerin ve paranoid sanrıların olduğu 82 yaşında bir erkek olgu (5) ile herhangi bir nörolojik belirtisiz psikotik bozukluğu olan bilateral SDH'si olan bir olgudan bahsedilmektedir (2). Nörolojik belirtilerin yokluğunda izole psikiyatrik belirtilerle seyirli KSDH vakalarını teşhis etmek daha zor olabilir (7). Bu nedenle klinisyenler KSDH'nin izole psikiyatrik belirtilerle tezahür edebileceğinin farkında olmalıdır.

İzole psikiyatrik belirtilerle seyirli KSDH olguları için kanıtli bir tedavi yaklaşımı ya da cerrahi müdahale için tanımlanmış bir endikasyon ölçütü bulunmamaktadır. Az sayıda rastlanılan bu durumların bildirimisi sayesinde yazında birikecek bilgi birikimi ile kanıt düzeyi daha yüksek olan çalışmalara veri sağlanabilir ve özellikle tedavi kararını belirlemede klinisyenlere yardımcı olacak kılavuzlar geliştirilebilir. Bu yazıda nörolojik belirtisiz olmayan farmakoterapiye yanıt vermeyen KSDH'ye ikincil gelişmiş bir psikotik depresyon olgusu sunulacaktır.

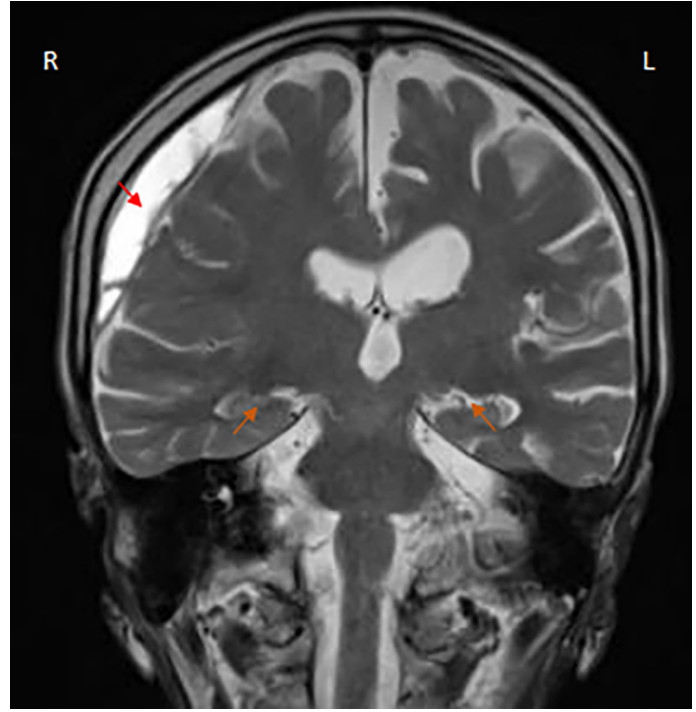
OLGU

Yetmiş yedi yaşında kadın hasta, çökkün duygudurum, özkiyım düşünceleri, uykusuzluk ve davranış değişiklikleri yakınmaları ile polikliniğimize başvurdu. İlk psikiyatrik yakınmalarının 70 yaşında uykusuzluk, halsizlik ve ev işlerini yapamama şeklinde başladığı, başka bir psikiyatri merkezinde majör depresif bozukluk tanısı konarak sertralin 50

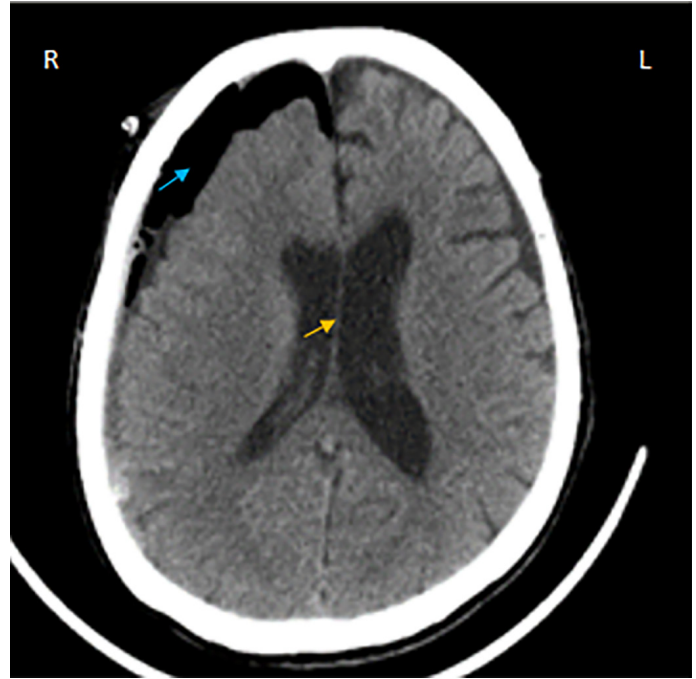
Öne Çıkan Noktalar

- İleri yaştaki hastalarda yeni ortaya çıkan psikiyatrik belirtiler uyarıcı role sahiptir.
- Kronik SDH'ye bağlı sadece psikiyatrik belirtiler gözlenebilir.
- İzole psikiyatrik belirtilerle seyirli KSDH'de de cerrahi tedavi gerekebilir.

mg/gün başlandığı ve sertralinle yakınmalarının düzeldiği öğrenildi. İlaç kullanırken 72 yaşında depresif belirtileri tekrarlamış ancak psikotik belirti ya da bilişsel işlevlerde bozulma saptanmamış. Sonraki üç yıl boyunca ruhsal belirtiler dalgalı şekilde devam etmiş. Zamanla hastanın istekleri yakınları tarafından yerine getirilmeyince başını yere vurma, eşine bastonla saldırma gibi ajite davranışlar yakınmalarına eklenmiş. Tekrarlı şekilde kafa travmalarından sonra akrabalarının kendisine zarar vermeye çalışması şeklinde perseküsyon sanrıları ile virüslerin sindirim sistemini tamamen tahrip etmesi nedeniyle idrar ve gaita yapmadığını düşünme şeklinde hipokondriyak ve nihilistik sanrıları hayatında ilk kez bu dönemde başlamış. Polikliniğimize bu yakınmalarla başvuran hastaya psikotik depresyon tanısı konarak son bir yıldır kullanmakta olduğu essitalopram 10 mg/gün ve mirtazapin 30 mg/güne risperidon 1 mg/gün eklendi. Nöropsikolojik testler (NPT), manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve bilgisayarlı beyin tomografisi (BBT) uygulandı. Minimal test puanı 19 (cutoff: 23) ve modifiye mini mental test puanı/3MS 55 (z puanı=-0,33) idi. Görsel-sözel test puanı 4 (z: -0,89), sayı dizisi-ileri puanı 4 (0-1 SD), toplam sayı dizisi puanı 4 (<-2 SD), semantik akıcılık test puanı 9 (z: -3,34) ve alterne semantik test puanı 8 (z: -1,57) olarak hesaplandı. Dikkati ve hafızası orta derecede, yürütücü işlevleri hafif düzeyde bozulmuştu, diğer bilişsel alanlar ise normaldi. Beyin MRG'de en kalın yerinde sağ frontoparietal bölgede 2 cm'ye, sol frontal bölgede 0,7 cm'ye kadar ulaşan KSDH saptandı. Lateral ventriküllerin hafifçe genişlediği, orta hatta 5 mm'lik bir kayma olduğu görüldü. Hipokampus, pons ve diğer beyin sapı bölgelerinde anlamlı bir hacim kaybı yoktu (Şekil 1). Nöroşürji bölümü kafa içi basınç artışı (KİBA) olmaması ve fokal nörolojik bulguların olmaması nedeniyle cerrahi müdahale önermedi. İzleminde asi ile intihar girişimi nedeniyle başka bir psikiyatri servisinde yatırılarak izlendiği, essitalopram 10 mg/gün, mirtazapin 30 mg/gün ve ketiyapin 75 mg/gün tedavisinin düzenlediği öğrenildi. Tedaviye rağmen özkiyım düşünceleri devam eden hasta psikiyatri servisimize yatırıldı. Yatışı esnasında depresyon belirtileri, perseküsyon, somatik ve nihilistik sanrıları vardı. Ketiyapin 100 mg/güne artırıldı. Beyin MRG'sinde KSDH'nin sağ serebral hemisferi bütünüyle sardığı, 1,8 cm kalınlıkta olduğu ve gerilemediği görüldü. İzleminde risperidon 0,5 mg/gün başlandı, ketiyapin kesildi. Devam eden ajite davranışların, depresif ve psikotik belirtilerin KSDH ile ilişkili olduğu düşünüldü. Nöroşürji bölümü tarafından hematoma burr-hole operasyonu ile boşaltıldı. Ameliyatın ikinci gününde depresif belirtiler ile sanrılar tamamen kayboldu. Üçüncü gün somatik ve nihilistik sanrılar yeniden ortaya çıktı. Ek olarak, uzuvlarının ameliyatla başka birininkiyile değiştirildiğini düşünme şeklinde depersonalizasyon sanrıları gözlemlendi. Beyin BT'de, KİBA ve fokal nörolojik belirti oluşturmayan orta hatta hafif bir kaymaya neden olan sağ frontal bölgede pnömosefali tespit edildi (Şekil 2). Oksijen tedavisi ve baş elevasyonu ile pnömosefali ameliyat sonrası yedinci günde düzeldi. Pnömosefalinin kaybolmasıyla eş zamanlı olarak psikiyatrik belirtilerin de azalarak düzeldiği görüldü. Hasta mirtazapin 30 mg/gün, essitalopram 10 mg/gün ve risperidon 0,5 mg/gün tedavileri ile taburcu edildi. Taburcu olduktan sonra, belirtisiz izlenen hastanın ameliyattan sonraki 47. gününde depresif belirtileri ve sanrıları nüks etti. Yeni BBT'de temizlenemeyen neomembranların sızıntı şeklinde kanaması sonucu sağ frontal bölgede 14 mm'lik SDH'nin yeniden

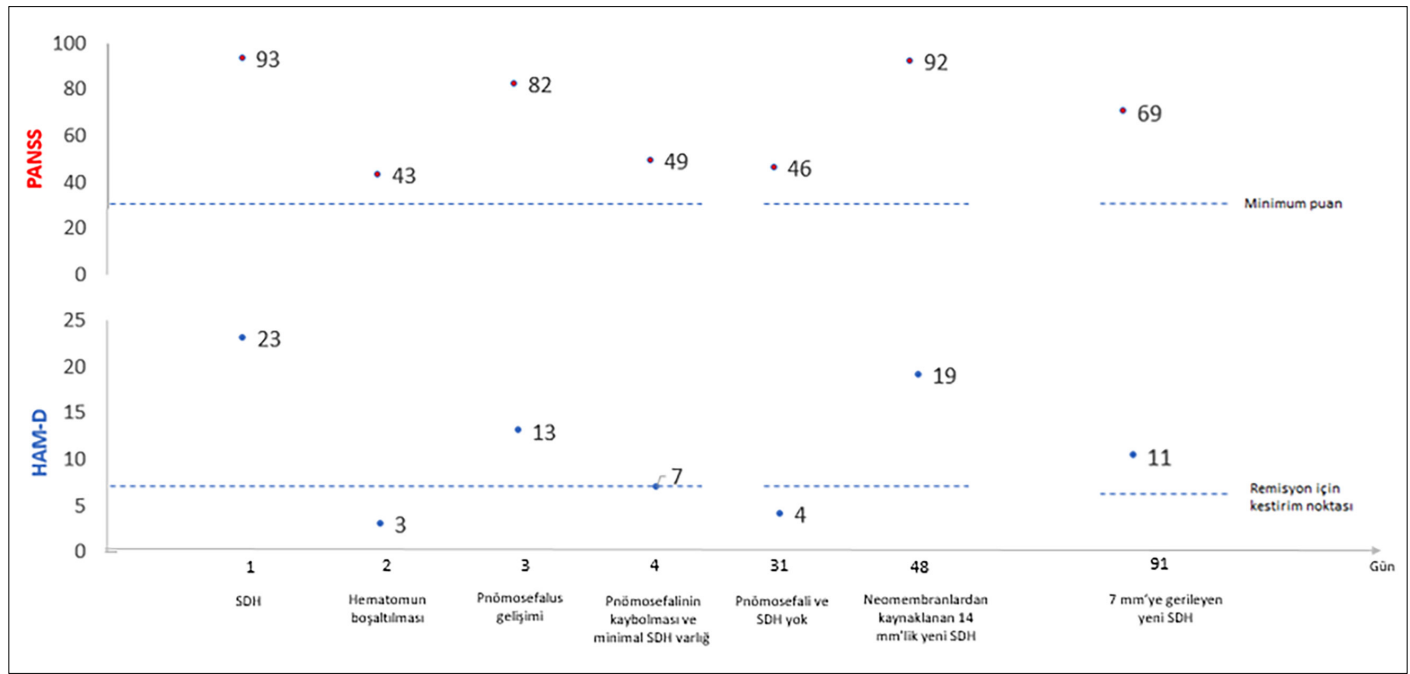


Şekil 1. Kasım 2020'de çekilen beyin-MRG'de T2W-koronal kesitte sağ frontoparietal bölgeye yerleşmiş SDH (kırmızı ok) ve hastanın yaşıyla uyumlu hipokampus hacminin olduğu: MTA skoru: 2 (turuncu oklar) görülmektedir (13).



Şekil 2. Ameliyat sonrası 2. günde sağ frontal bölgeye baskı uygulayan pnömosefali (mavi ok) ve orta hatta hafif kayma (sarı ok) gözlenmektedir.

biriktiği belirlendi. Kafa içi basınç artışı belirtileri ve nörolojik belirti eşlik etmiyordu. Yakın takiple izlenen hastanın ameliyat sonrası 3. ayda sağ frontal bölgedeki hematoma 7 mm'ye geriledi. Eş zamanlı olarak depresif ve psikotik belirtileri de azaldı (Hastanın süreç boyunca ölçek puanlarının intrakraniyal bölgedeki gelişmelerle ilişkisi Şekil 3'te gösterilmiştir). Yaklaşık bir yıl sonra yenilenen NPT'de değişiklik saptanmadı. Essitalopram 10 mg/gün, mirtazapin 30 mg/gün ve risperidon 1 mg/gün tedavisine devam edildi.



Şekil 3. Hastanın intrakraniyal bölgesindeki dinamik olayların Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) ve Hamilton depresyon ölçeği (HAM-D) ile ilişkisi gösterilmektedir.

TARTIŞMA

Bu yazıda depresif ve psikotik belirtilerin KSDH ve pnömoşefaliyle ilişkili olduğu düşünülen bir olgu sunulmuştur. Belirtiler operasyonla düzelmiş ancak ameliyat sonrası kan ve havanın birikimiyle tekrarlamıştır.

Kronik subdural hematoma ikincil psikoz ile ilişkili çok az sayıda olgu bildirimidir (2,5,6). Elie ve ark. (1996) herhangi bir nörolojik bozukluk olmaksızın depresif belirtiler ve paranoid sanrılar ile başvuran, sol frontopariyetal bölgede KSDH'si olan 82 yaşında bir erkek hasta bildirmiştir. Olgunun hematomu boşaltıldıktan sonra psikotik belirtileri yavaşça düzeldi, depresif belirtiler için farmakolojik tedavi gerekmiştir (5). Kar ve ark. (2015) herhangi bir nörolojik bozukluk olmaksızın sosyal çekilme, dezorganize davranış, apati ve konuşma fakirliği belirtileri olan, bilateral SDH'li 40 yaşında evsiz bir erkek hasta bildirmiştir (2). Bu olguda pnömoşefali geliştirse de bizim olgumuzdan farklı olarak psikiyatrik belirtiler pnömoşefaliyle kötüleşmemiştir.

Olgunun psikotik ve depresif belirtilerindeki alevlenme zamansal olarak KSDH ve pnömoşefaliyle ilişkilidir. Ek olarak davranış değişikliklerinin olması, frontopariyetal bölgedeki KSDH ile açıklanabilir. Frontal lob lezyonlarında özellikle sağ dorsolateral-prefrontal korteksteki lezyonlara bağlı olarak perseküsyon, nihilistik ve somatik sanrılar görülebilir (8). Nörodejeneratif demanslara ikincil psikozlarda sanrılar, frontal lob kaynaklı kortikostriatal bağlantılarda bozuklukla ilişkilendirilmiştir (9). Olgumuzda sağ taraflı hematoma ve pnömoşefali, sağ frontopariyetal kortekse ve eşlik eden subkortikal yollara bası uygulayarak sanrılara neden olmuş olabilir. Bilateral frontal KSDH, süregelen depresif belirtilerle ilişkilendirilmiştir (4). Aslında, KSDH'de en sık olarak deliryum ve konfüzyon geliştiği bildirilmiştir (10). Ancak, KSDH seyri boyunca olgunun bilinç durumunda herhangi bir değişiklik gözlenmemiştir. Bilişsel sorunlar dikkat, bellek ve yürütücü işlevlerle sınırlı olmuş ve bilişsel belirtilerde uzun dönem izleminde kötüleşme olmamıştır.

Olgunun psikiyatrik belirtileri, ailesel bir stres etmeninin ardından ilk kez depresyon şeklinde ortaya çıkmış, tekrarlayan kendine zarar verme davranışlarıyla sonuçlanan kaygı ve ajitasyon depresif belirtileri izlemiştir. Tekrarlayan kafa travması sonucu sağ frontopariyetal ve sol

frontal bölgede KSDH oluşmuş, akabinde psikotik belirtiler gelişmiştir. Olgumuzun subdural boşlukta kan veya hava aracılığıyla sağ hemisferinin basıya maruz kalması sonucu gelişen bu psikotik belirtiler, davranış değişiklikleri ve depresyonun alevlenmesi zamansal olarak dinamik bir ilişkiye sahiptir. Şekil-3'de görülebileceği gibi hematomun boşaltılması sonrası 24 saat içinde Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) puanında psikotik bozukluklar için remisyona karşılık gelen %50'den fazla azalma elde edilmiş, yine Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) puanı da depresyonda remisyon için kestirim noktası olan 7'nin altına düşmüştür. Hematomun cerrahi olarak boşaltılması sonrası ortadan kalktığı gözlemlenen psikotik ve depresif belirtiler ve davranışsal sorunlar burr-hole işleminin komplikasyonu olarak frontal bölgede hava birikmesi ve biriken havanın yeniden frontal bölgeye basısı sonrası 24 saat içerisinde tekrar ortaya çıkmıştır (PANSS: 82, HAM-D: 13). İzlemde frontal bölgeye bası oluşturan kan ve havanın bölgeden tamamen uzaklaştırılmasıyla 1,5 aylık bir remisyon dönemi sağlanabilmiştir. Ancak kronik subdural hematoma kraniyektomi ile tamamen temizlenmeyen fibrin ve kapillerden zengin neomembranlar yeniden kanama potansiyeline sahiptir (11). Bunun dışında olguda uzun süreli hematomun varlığına bağlı olarak genişlemiş subdural mesafe, septalar içeren neomembran varlığı, orta hat yapılarında kaymanın olması yeniden hematoma gelişimi için hazırlayıcı faktörler olmuştur (11). Hastanın ileri yaşı ve genel sağlık durumu nedeniyle nöroşirurji bölümü tarafından neomembranların temizlenmesini sağlayabilecek kraniyektomi işlemi riskli bulunmuştur. Burr-hole operasyonundan yaklaşık 1,5 ay sonra mevcut neomembranların sızıntı şeklinde kanama sonrası 14 mm'lik hematoma birikimi olmuş ve beraberinde hızlı bir şekilde belirtiler nüks etmiştir (PANSS: 92, HAM-D: 19). Olgu psikofarmakoterapi ile yakın takip edilmiş, izlemde hematomun ve belirtilerin spontan olarak gerilemesi (PANSS: 69, HAM-D: 11), özkıyım riskinin olmaması nedeniyle yarar-zarar ilkesi çerçevesinde kraniyektomi işlemi uygulanmamış ve farmakoterapi ile yakın takibi planlanmıştır. Aşikâr nörolojik belirtilerin yokluğunda psikiyatrik belirtilerle başvuran KSDH olguları için özel bir tedavi önerisi yoktur. Cerrahi tedaviler genellikle belirgin nörolojik belirtileri olan hastalarda uygulanmaktadır (12). Belirtileri minimal düzeyde olan hastalarda ameliyatsız tedaviler tercih edilebilir veya spontan gerileme olabilir (13). Ancak olgumuzun KSDH seyri sırasında özkıyım girişimi öyküsünün olması, farmakoterapiye rağmen belirtilerde herhangi bir

değişiklik olmaması ve psikiyatrik belirtilerin KSDH ile zamansal ilişkisi nedeniyle cerrahi olarak burr-hole yöntemi uygulanmıştır. Hematomun boşaltılmasıyla psikiyatrik belirtilerin dramatik düzelmesi, pnömosefali gelişimiyle birlikte ani nöks ve pnömosefalinin kaybolmasıyla remisyonun tekrar elde edilmesi hipotezimizi desteklemektedir. Klinik gözlem ve takibimiz, hematomun boşaltılmasından kısa bir süre sonra KSDH'deki psikiyatrik belirtilerin düzeldiğini belirten önceki olgu sunumlarıyla da örtüşmektedir (2-7). Benzer şekilde 1945 tarihli bir yazıda SDH'nin tekrarlamasına bağlı olarak aynı hastada iki kez psikotik depresyon geliştiği ve iki kez hematomun boşaltılması gerektiği belirtilmiştir (6). Bizim olgumuzda ikinci kez subdural mesafede biriken kan kendiliğinden hastanın hayatını etkilemeyecek düzeye gerilemiştir.

Psikotik depresyonu olan bu olgu bazı özellikleri nedeniyle KSDH'den bağımsız bir demans sürecini değerlendirmeyi de gerektirmiştir. Olgunun ruhsal belirtilerinin başlangıç yaşı 70'ti. Geç başlangıçlı depresyon, nörodejeneratif demanslarda bir prodrom veya ilişkili bir belirti olabilir de, olguya kesin bir demans tanısı koyulamamıştır. Öte yandan olgumuzun bellek ve yürütücü işlevlerinde bozukluklar mevcuttu. Üstelik psikiyatrik belirtilerinde önemli bir düzelmeye olmasına rağmen hastalık öncesi dönemdeki işlevsellik düzeyine ulaşamadı. Ancak, psikotik belirtilerin ortaya çıkmasından sonraki yaklaşık iki yıllık izleminde bilişsel belirtilerin seyrinde bir değişiklik olmadı, NPT sonuçları hemen hemen aynıydı. Dahası, 77 yaşında çekilen MRG'de hipokampus için MTA skoru 2'ydı (yaşla uyumlu) (14) ve sadece pariyetal bölgelerde hafif bir atrofi vardı (Şekil-1). Nörodejeneratif bir demans sürecinin aksini düşündürtecek tüm bu bulguların yanı sıra demansın hafif evrelerinde depresyon nispeten yaygın olsa da, psikotik belirtiler genellikle orta ve ileri evrede gözlenmektedir (15). Ayrıca olgumuzda olan nihilistik ve somatik sanrı tipleri demansa bağlı psikozlarda pek rastlanmamaktadır. Demansa bağlı gelişen sanrılar daha çok malının, eşyanın çalınması gibi basit nitelikteki sanrılarla misidentifikasyon sanrıları şeklindedir (16). Olgumuzda herhangi bir duyu modalitesine ait varsanı da olmamıştır. Tüm bulgular yaşı, cinsiyeti, eğitimi ve nörobilişsel durumu özellikle Alzheimer Hastalığı riskini barındırsa da, olgunun psikiyatrik belirtilerinin nörodenejeneratif bir süreçten ziyade KSDH ile çok daha iyi açıklanabileceğine işaret etmektedir.

Sonuç olarak; belirgin bir nörolojik belirti olmadan KSDH'ye ikincil psikiyatrik durumlar görüldüğü kadar nadir olmayabilir. Hafif kafa travması öyküsü ve psikiyatrik belirtileri olan yaşlı hastalarda, klinik duruma nörolojik belirtiler eşlik etmese bile görüntüleme yöntemleri kullanılmalıdır. Özellikle yaşlı bireylerde karakter değiştiren psikiyatrik belirtiler olduğunda altta yatan başka bir hastalığın varlığı akılda tutulmalıdır. Kafa travmasına ikincil gelişebildiği gibi spontan da gelişebilen subdural hematom ayırtıcı tanıda düşünülmeli, görüntüleme yöntemleri ile varlığı araştırılmalıdır. Aşikâr nörolojik belirtileri olmayan izole KSDH hastaları yakın takip edilmeli, farmakoterapiye yanıtızlık durumunda, özkıyım riski varlığında, psikotik belirtiler doğrultusunda kendisine ya da başkasına zarar verme riski doğduğunda başka bir ölçüt aranmaksızın cerrahi seçenekler vakit kaybedilmeden düşünülmelidir. İzole psikiyatrik belirtilerle seyirli KSDH olgularının ideal yönetimi ve izleminde ruhsal belirtileri tedavi eden psikiyatristlere ve cerrahi tedaviyi üstlenen beyin cerrahlarına kılavuz olacak kanıt düzeyi daha yüksek çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Hasta Onamı: Hastadan yazılı bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış Bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir- AA, MİY, EÖE, Aİl, YA, AE; Tasarım-AA, MİY, EÖE, Aİl, YA, AE; Denetleme- AA, MİY, EÖE, Aİl, YA, AE; Kaynaklar- AA, MİY, EÖE, Aİl; Malzemeler- AA, MİY, EÖE, Aİl; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi- AA, MİY, EÖE; Analiz ve/veya Yorum- AA, MİY, EÖE, Aİl, YA, AE; Literatür Taraması- AA, MİY, YA; Yazıyı Yazan- AA, MİY, EÖE, Aİl, YA, AE; Eleştirel İnceleme- AA, MİY, EÖE, Aİl, YA, AE.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Bu yazının yazım sürecinde herhangi bir finansal destek sağlanmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Sahyouni R, Goshtasbi K, Mahmoodi A, Tran DK, Chen JW. Chronic subdural hematoma: a historical and clinical perspective. *World Neurosurg.* 2017;108:948-953. [Crossref]
2. Kar SK, Kumar D, Singh P, Upadhyay PK. Psychiatric manifestation of chronic subdural hematoma: the unfolding of mystery in a homeless patient. *Indian J Psychol Med.* 2015;37(2):239-242. [Crossref]
3. Alarcon RD, Thweatt RW. A case of subdural hematoma mimicking severe depression with conversion-like symptoms. *Am J Psychiatry.* 1983;140(10):1360-1361. [Crossref]
4. Nagatomo I, Ueyama K, Fukuzako H, Matsumoto K. Three cases of chronic subdural hematoma with depressive state. *Jpn J Psychiatry Neurol.* 1990;44(4):703-707. [Crossref]
5. Elie M, Primeau F, Cole MG. Chronic subdural hematoma in the elderly: a case report. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 1996;9(2):100-101. [Crossref]
6. Fleiss, NA. Psychiatric manifestations of chronic subdural hematoma, 1945. Available at: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/BF01562207.pdf> (18 Haziran 2023).
7. Sato T, Takeichi M. A case of chronic subdural hematoma with anxiety states and concomitant regression-like symptoms. *Jpn J Psychiatry Neurol.* 1987;41(4):663-667. [Crossref]
8. Devinsky O. Delusional misidentifications and duplications: right brain lesions, left brain delusions. *Neurology.* 2009;72(1):80-87. [Crossref]
9. Reeves SJ, Gould RL, Powell JF, Howard RJ. Origins of delusions in Alzheimer's disease. *Neurosci Biobehav Rev.* 2012;36(10):2274-2287. [Crossref]
10. Black DW. Mental changes resulting from subdural haematoma. *Br J Psychiatry.* 1984;145:200-203. [Crossref]
11. Kung W-M, Lin M-S. CT-based quantitative analysis for pathological features associated with postoperative recurrence and potential application upon artificial intelligence: a narrative review with a focus on chronic subdural hematomas. *Mol Imaging.* 2020;19:1536012120914773. [Crossref]
12. Soleman J, Nocera F, Mariani L. The conservative and pharmacological management of chronic subdural haematoma. *Swiss Med Wkly.* 2017;147:w14398. [Crossref]
13. Mehta V, Harward SC, Sankey EW, Nayar G, Codd PJ. Evidence based diagnosis and management of chronic subdural hematoma: a review of the literature. *J Clin Neurosci.* 2018;50:7-15. [Crossref]
14. Loreto F, Gontsarova A, Scott G, Patel N, Win Z, Carswell C, et al. Visual atrophy rating scales and amyloid PET status in an Alzheimer's disease clinical cohort. *Ann Clin Transl Neurol.* 2023;10(4):619-631. [Crossref]
15. Aarsland D. Epidemiology and pathophysiology of dementia-related psychosis. *J Clin Psychiatry.* 2020;81(5). [Crossref]
16. Pearce D, Gould RL, Roughley M, Reynolds G, Ward EV, Bhome R, et al. Paranoid and misidentification subtypes of psychosis in dementia. *Neurosci Biobehav Rev.* 2022;134:104529. [Crossref]