

Cerrahide Anksiyete

Can CİMİLLİ*

ÖZET

Genel hastane populasyonunda anksiyete belirtileri prevalansı %10-30 arasındadır. Bu yazıda cerrahi hastalarında anksiyetenin önemi ve psikolojik anlamı, cerrahide görülen anksiyete bozuklukları ve pre-operatif ve post-operatif anksiyete kavramlarının kısa bir özeti yapılmaya ve önemli araştırmacıların görüşlerine yer verilmeye çalışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Anksiyete, cerrahi, pre-operatif kaygı, post-operatif kaygı.

KLİNİK PSİKIYATRİ 2001;4:182-186

SUMMARY

Anxiety in Surgery

The prevalence of anxiety symptoms in the general hospital population is 10-30%. The aim of this article is to make a brief summary of the importance and the psychological meaning of anxiety in surgical patients and also the types of anxiety disorders, pre-operative and post-operative anxiety and review the theoretical approaches of some authors.

Key Words: Anxiety, surgery, pre-operative anxiety, post-operative anxiety.

CERRAHİDE ANKSİYETENİN ÖNEMİ

Genel hastane hastalarında anksiyete belirtilerinin görülme oranı %10-30 olarak bildirilmektedir (Colon ve

Popkin 1996). Cerrahi kliniklerinde gözlenen anksiyete iki açıdan önem taşımaktadır:

1. Cerrahi işlemin kendisi anksiyete kaynağı olabilir ve postoperatif morbiditeyi etkileyebilir. Ameliyat öncesinde anksiyete düzeyi yüksek olan hastalarda ameliyat sonrasında daha fazla tıbbi komplikasyon geliştiği ve yatış süresinin uzadığı bildirilmiştir (Milano ve Kornfield 1984, Bekaroğlu ve ark. 1991). Hastanın biyopsikososyal bütünlüğü gözönüne alındığında, bu bulgular anksiyete tedavisinin cerrahi tedavinin ayrılmaz bir parçası olması gerektiğini göstermektedir.
2. Anksiyeteyi yatıştırmak için kullanılan ilaçlar cerrahi işlem sırasında kullanılan anesteziik maddelerle etkileşime girebilirler. İlaçların kesilmesi de anksiyete belirtilerinde alevlenmeye neden olabilir. Bu nedenle cerrahi hastalarında anksiyete tedavisi anesteziistlerle birlikte ele alınması gereken incelikli bir konudur.

CERRAHİNİN PSİKOLOJİK ANLAMı

Surman (1997), cerrahinin psikolojik anlamını tanımlarken cerrahi işlemin iki yönüne vurgu yapmıştır:

1. Cerrahi, ağrı ve acının azaltılmasına yönelik kararlı bir yaklaşımdır.
2. Cerrahide beklentilerde artış ve bağımlılıkla karakterize bir transferans ilişkisi vardır.

Cerrahi işlem uygulanacak olan hasta, ağrı ve acıdan kurtuluş umudu taşımasının yanısıra, işlemin kendisinden kaynaklanacak yeni ağrı ve acıların, eğer

* Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İZMİR

anestezide bilincini yitirecekse yaşayacağı bilinmezliğin korkusu içindedir.

Cerrahideki korku kaynakları şöyle sıralanabilir:

1. Ölüm korkusu,
2. Bedenin zarar göreceği ve acı çekeceği korkusu,
3. Anestezi sırasında kimliğini ve denetimini yitireceği korkusu,
4. Ameliyat sonrasında yetiyitimi ve bağımlılık korkusu,
5. Hem cerrahi, hem de anestezi ile ilişkili olarak bilinmeyenden korku,
6. İşlemin belirli yönlerine ilişkin özgül korkular (Örneğin: ameliyat korkusu, enjeksiyon korkusu, anestezi korkusu).

Anestezi korkusu da işlemin çeşitli yönleri ve aşamaları ile ilişkili olabilir (Gülseren 1997). Örneğin; obsesif-kompulsif kişilik yapısındaki bireyler için bilincin kapanması ve denetim kaybı bir korku kaynağıdır (Özkan 1993). Paranoid ya da çekingen kişilik yapısındaki bireylerde yabancılardan korku görülebilir. Enjeksiyon korkusu anestezide sorun oluşturabilir. Bazı hastalar da anestezinin yeterli olmaması sonucunda ağrı duyumsayacaklarından korkarlar (Milano ve Kornfield 1984).

ANKSİYETENİN SIK GÖRÜLDÜĞÜ YA DA ÖZELLİK GÖSTERDİĞİ CERRAHİ TÜRLERİ

1. **Göğüs Kalp Damar Cerrahisi:** Kalp ve akciğer hastalıklarında anksiyete belirtileri sık görülür. Ayrıca kalbin sembolik anlamı kalbine müdahale edilecek hastalarda ölüm korkusunu, dolayısıyla preoperatif anksiyete riskini artırır (Pasnau ve ark. 1996). Yapay solunum aygıtlarına bağlanan hastalarda aygıttan çıkarılma aşamasında anksiyete sık görülür (Mendel ve Khan 1980). İmplant edilen kardiyak defibrilatörler yaygın anksiyete bozukluğu riskini arttırlar (Pasnau ve ark. 1996).
2. **Plastik Cerrahi:** Plastik cerrahi olgularında görülen beden görünümü bozuklukları anksiyeteye neden olabilir. Estetik amaçlı olarak cerrahiye başvuranlarda beden imgesi bozuklukları olabileceği gibi operasyon sonrasında beklediklerini bulamadıklarında fobik tepkiler geliştirebilirler (Pasnau ve ark. 1996).
3. **Beyin Cerrahisi:** Merkezi sinir sistemi lezyonları anksiyeteye neden olabileceği gibi cerrahi komplikasyonu olarak da anksiyete görülebilir (Mamelok 1995).

4. **Baş-Boyun Cerrahisi:** Sıklıkla şekil bozukluğuna yol açarak anksiyeteye neden olur. Anksiyete de beden imgesini bozarak şekil bozukluğunun olduğundan daha kötü algılanmasına neden olabilir (Pasnau ve ark. 1996). Yanısıra giderilemeyen ağrı da anksiyeteyi artırır.

5. **Endokrinolojik Cerrahi:** Tiroid, paratiroid ve adrenal hastalıklarında diğer psikiyatrik belirtilerin yanısıra anksiyete de sık görülür.

6. **Gastrointestinal Cerrahi:** Ösefagus-mide-duodenum hastalıklarında ve özellikle irritabl kolon sendromunda anksiyete sık görülür. Kolostomi uygulanan hastalarda fobik tepkiler görülebilir (Gülseren 1997).

7. **Ortopedi:** Anksiyete daha çok giderilemeyen ağrı ile ilişkilidir.

8. **Kanser Cerrahisi:** Kansere eşlik eden ölüm korkusu, anksiyeteye yol açabilir.

9. **Transplantasyon:** Transplantasyonun başarılı olup olamayacağına ilişkin endişeler ve postoperatif dönemde başlanan immünosupresif ilaçlar anksiyeteye neden olabilir.

10. **Yanık:** Yanık sonrasında travma sonrası stres bozukluğu sık görülür (Perry ve ark. 1992).

CERRAHİDE GÖRÜLEN ANKSİYETE TÜRLERİ

1. **Preoperatif Anksiyete,**
2. **Postoperatif Anksiyete,**
3. **Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu:** Cerrahi tedavi gerektiren hastalık ya da eşlik eden diğer hastalıklar anksiyeteye neden olabilir.
4. **Madde Kullanımının Yol Açtığı Anksiyete Bozuklukları:** Hastanın kullandığı ilaçlar anksiyeteye neden olabileceği gibi, hastaneye yatışın madde kullanımını sonlandırdığı durumlarda yoksunluk belirtisi olarak anksiyete görülebileceği unutulmamalıdır.
5. **Cerrahiye İlişkin Özgül Fobiler:** Bu durumda anksiyete yalnızca cerrahinin bileşeni olan özgül bir uyarana ya da durumla ilişkilidir. Tedavi reddine neden olabilecek düzeyde hastane, hekim, ameliyat, enjeksiyon, anestezi fobileri görülebilir.
6. **Önceden Varolan Anksiyete Bozuklukları:** Cerrahi girişim olasılığı hastada önceden varolan panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, fobiler, obsesif-kompulsif bozukluk belirtilerinde alevlenmeye neden olabileceği gibi operasyon sırasında ilaçların kesilmesi ve ilaç etkileşimleri tedaviyi aksatabilir.

PREOPERATİF ANKSİYETE

Ameliyat kararı ve bekleme süreci çoğu hastada tedaviyi aksatmayacak ölçüde anksiyeteye neden olur. Genel cerrahi hastalarının %5'inde tedavi reddine neden olacak düzeyde anksiyete olduğu bulunmuştur (Strain 1985).

Preoperatif anksiyetenin derecesi tanı ile, tutulan organ ve sistem ile, operasyonun zorluk ve risk derecesi ile, hastanın buna ilişkin önyargılarıyla ilişkilidir. Bunun yanısıra hasta-cerrah ilişkisinin niteliği de belirleyici rol oynar. Bazı hastalar cerraha güvensizlik yaşarlar. Bu güvensizliğin altta yatan düşünce bozukluğu, depresyon ya da bilişsel bozukluktan kaynaklanma olasılığı gözardı edilmemelidir. Yanısıra cerrahın tutumu da anksiyeteye neden olabilir. Surman (1987), tutumuyla anksiyeteye neden olan iki tür cerrah tanımlamaktadır:

1. Bilgilendirilmiş onay sürecinde riske girmemek ve kendi anksiyetesini yatıştırmak için komplikasyonlar konusunda çok ayrıntılı açıklamalar yapan cerrah,
2. Hastaya "bana güven ve herşeyi bana bırak" mesajı veren ve hiçbir açıklama yapmayan paternal tavırlı cerrah.

Cerrahın hastaya yeterince zaman ayırması, açıklamalar yapması, sorularına yanıt vermesi, korkuları belirleyip üzerinde tartışması bir zorunluluktur. Konsültasyon-liyezon psikiyatristinin öncelikle cerrahı tanıması ve yakın işbirliğine girmesinde büyük yarar vardır (Pasnau ve ark. 1996).

Psikodinamik kuramcılarının preoperatif anksiyeteyi açıklayan varsayımlarının bazıları şunlardır (Surman 1987):

1. Bazı hastaların bilinçdışı nedenlerle cerrahi bir tür cezalandırılma, cerrahı da bir tür agresör olarak algılaması,
2. Tutulan organ ve sistemin birey için sembolik önemi,
3. Hastanın daha önce benzer işlem uygulanan bir başkasıyla özdeşim yapması (bu tür hastalarda yıldönümü tepkileri de sık görülür, bu yıldönümlerinde anksiyete tepkisi daha fazla görülür).

Bilişsel kuramcılar preoperatif anksiyeteyi bazı hatalı bilişsel şemalarla açıklarlar (Gülseren 1997):

1. Postoperatif kazanç/kayıp dengesinin hatalı algılanması,

2. Olası kayıplar üzerinde aşırı durulması,

3. Önceki deneyimler konusunda bellek çarpıtılması (hastanın önceki hastalık ve ameliyatlarında kullandığı başetme biçimleri mutlaka sorgulanmalıdır).

Preoperatif Anksiyete ile Başetme Yöntemleri

Hasta anksiyetesini sorulmadan söylemeyebilir. Mutlaka sorulmalıdır. Hatta endişeli olup olmadığı değil, endişelerinin ne olduğu sorulmalıdır. Bazı özgül fobiler bu şekilde ortaya çıkartılabilir. Endişenin beklenen bir duygu olduğunu söylemek, hastanın endişelerini dile getirmesini kolaylaştırır (Surman 1997).

Anksiyeteli hastada en etkili yaklaşım güvence vermek ve psikolojik destek sağlamaktır. Önerilen yöntemler şunlardır:

1. Hastaya hastalık ve ameliyata ilişkin eğitim verilir. Hastanın hastalık ve ameliyat hakkındaki imgelemine bir şekil çizerek göstermesi ve bu şekil üzerinde düzeltmeler yapılmasının yararlı olduğu bildirilmektedir (Surman 1987).
2. Hastanın operasyondan önce cerrah ve anesteziyle görüşmesi güven sağlar ve endişelerin giderilmesine yardımcı olur.
3. Aynı tür işlemin uygulandığı hastalardan oluşan "kendine yardım" (self-help) grupları yararlı olur. Grubun oluşturulmadığı ortamlarda hastalar birbirleriyle tanıştırılmalı ve iletişime girerek deneyim ve duygularını paylaşmaları sağlanmalıdır. Aynı operasyonun daha önce uygulandığı bir hastayla aynı odada kalmanın bile yararlı olduğu gösterilmiştir.
4. Davranışçı Yöntemler: Operasyon öncesinde uygulanan gevşeme egzersizleri, desensitizasyon, self-hipnoz ve biofeedback'in yararlı olduğu bildirilmiştir (Pasnau ve ark. 1996).
5. Psikofarmakolojik Yöntemler: Güvence ve psikolojik desteğin yerini tutmamakla birlikte yararlı olur. Anksiyete tedavisinde kullanılan ilaçların anestezi maddelerle etkileşimi ve bu ilaçların kullanımına ilişkin öneriler Tablo 1'de gösterilmiştir. Önceden kullanılan anksiyolitiklerin operasyon gününe dek sürdürülmesi önerilmektedir (Pasnau ve ark. 1996). Preoperatif anksiyete tedavisinde etkileri geç başladığı için antidepresif ve non-benzodiyazepin anksiyolitik kullanımı önerilmez, benzodiyazepinler yeğlenir. Diğer benzodiyazepinlerle çapraz toleransı sınırlı olan alprazolamın preoperatif dönemde kesilerek uzun/orta etkili preparatlara geçilmesi önerilmektedir. Oral alımı kısıt-

Tablo 1. Psikotrop ilaçlar ve anestezi

	Etkileşimler	Öneriler
Heterosiklik	1. İntraventriküler iletim gecikebilir.	1. Cerrahi gününe dek devam edilir.
AD'ler	2. Kr. kullanımda gereken AD dozu artar 3. Ani kesilmede kolinerjik rebound ve kesilme aritmi görülebilir.	2. Preop antikolinerjik gerekemeyebilir.
SSRI'lar	1. Bildirilmemiş.	1. Cerrahi gününe dek devam edilir.
BDZ'ler	1. Kr. kullanımda post-op yoksulluğa karşı önlem alınır. 2. Alprazolamın diğer BDZ'lerle çapraz toleransı sınırlıdır. 3. Diğer hekimler dozlara yabancısıdır.	1. Cerrahi gününe dek devam edilir. 2. Alprazolam'da preop dönemde diğer ajanlara geçilmesi önerilir. 3. Oral alım kısıtlandığında alprazolam dil altı verilebilir.
Antipsikotikler	1. Haloperidol fentanil etkisini artırır 2. Malign hipertermi NMS ile karışır 3. IV bolus dozlarında aritmi olabilir 4. Fenoyatiziner deliryum ve ortostatik hipotansiyon riskini artırır. 5. Fenotiyazinler kesildiğinde kolinerjik rebound olabilir. 6. Klozapin ve Risperidon'da etkileşim bildirilmemiş.	1. Cerrahi gününe dek devam edilir. 2. Preop dönemde yüksek potanslı ajanlara geçilmesi önerilir. 3. NMS yönünden dikkatle izlenir.

lanan hastalara parenteral benzodiyazepin preparatlarının yanısıra dil altı alprazolam verilebilir. Lokal anestezi ile yapılan müdahalelerde çok kısa etkili benzodiyazepin preparatı midazolamın intravenöz uygulamasının yararlı olduğu bildirilmiştir. Ancak bu uygulama mutlaka bir anestezi uzmanı gözetiminde yapılmalıdır. Benzodiyazepinler dışında bir beta-blokör olan propranololün preoperatif dönemde profilaktik olarak uygulanmasının postoperatif anksiyeteyi azalttığı gösterilmiştir. Psikoz ve kognitif bozukluklarda görülen anksiyetede ve solunum ya da bilinç bozukluğu nedeniyle benzodiyazepin kullanımının sakıncalı olduğu durumlarda düşük dozda yüksek potanslı antipsikotik kullanımı önerilmektedir (Colon ve Popkin 1996). Deliryum ve ortostatik hipotansiyon riskini arttıran fenotiyazin grubu antipsikotiklerden kaçınılmalıdır. Bunları kullanan hastalarda preoperatif dönemde yüksek potanslı ajanlara geçilmesi önerilmektedir (Pasnau ve ark. 1996).

POSTOPERATİF ANKSİYETE

Araştırmaların çoğunluğu postoperatif anksiyete düzeyinin preoperatif anksiyete düzeyi ile bağlantılı olduğunu göstermektedir (Pasnau ve ark. 1996). Buna karşılık bazı araştırmalar postoperatif duygusal uyumu en iyi olan hastaların preoperatif anksiyetesi orta düzeydeki hastalar olduğu sonucunu vermiştir

(Surman 1987). Bu araştırmalarda preoperatif anksiyetesi düşük düzeyde olanların genellikle çekingen, inkar ve bastırma mekanizmalarını kullanan, tedavi sürecine katılmayan ve kendilerini ameliyata hazırlamayan hastalar oldukları; buna karşılık preoperatif anksiyetesi yüksek düzeyde olan hastaların güvence verilmesine karşın rahatlayamadıkları ortaya çıkmıştır (Milano ve Kornfield 1984). Postoperatif anksiyete düzeyi yüksek olanlarda tıbbi komplikasyon oranı da daha yüksektir (Surman 1987).

Spinal anestezide anksiyetenin en fazla olduğu dönem ameliyatın hemen sonrasındır. Buna karşılık genel anestezi uygulanan hastaların anksiyete düzeyi ameliyattan birkaç gün sonra, tanı, iyileşme ve ağrıya ilişkin sorunlar ön plana çıktığında yükselir (Milano ve Kornfield 1984).

Postoperatif anksiyetenin özel bir biçimi ameliyat travması ile ilişkili olan akut stres bozukluğudur. Bu tablo bazı hastalarda travma sonrası stres bozukluğuna dönüşebilir (Pasnau ve ark. 1996).

Postoperatif dönemde oral alımın kısıtlanması, ilaçların gastrointestinal emiliminin bozulması, eklenen tıbbi sorunlar ve ilaç etkileşimleri psikofarmakolojik tedaviyi güçleştiren etmenler arasında yer almaktadır (Pasnau ve ark. 1996). Yanısıra yetersiz ağrı tedavisi de anksiyeteyi arttırabilir.

KAYNAKLAR

- Bekaroğlu M, Uluutku N, Alp K ve ark. (1991) Ameliyat öncesi kaygı ve depresyon durumunun ameliyat komplikasyonlarına ve yatış süresine etkisi üzerine bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2(4):285-288.
- Colon EA, Popkin MK (1996) Anxiety and panic, *The American Psychiatric Press Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. JR Rundell, MG Wise (Ed), Washington DC., American Psychiatric Press Inc., s.402-425.
- Gülseren Ş (1997) Psikiyatri ve cerrahi, *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi-II*. A Çelikkol (Ed), İzmir, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları 2(2), s.245-270.
- Mamelok AE (1995) Psychiatry and surgery, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), 6. Baskı, Baltimore, Williams and Wilkins, s.1680-1693.
- Mendel JG, Khan FA (1980) Psychological aspects of weaning from mechanical ventilation. *Psychosomatics*, 6: 465-471.
- Milano MR, Kornfield DS (1984) Psychiatry and surgery, *Review of Psychiatry*. L Grinspan (Ed), 3. Cilt, Washington DC., American Psychiatric Press Inc., s. 256-277.
- Özkan S (1993) *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi*. İstanbul, Roche Müstahzarları Sanayi AŞ., s.179.
- Pasnau RO, Fawzy FI, Skotzko CE ve ark. (1996) Surgery and surgical subspecialties, *The American Psychiatric Press Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. JR Rundell, MG Wise (Ed), Washington DC., American Psychiatric Press Inc., s.608-639.
- Perry SW, Difiede J, Musngi G ve ark. (1992) Predictors of post-traumatic stress disorder after burn injury. *Am J Psychiatry*, 149: 931-935.
- Strain JJ (1985) The surgical patient, *Psychiatry*. R Michels, JO Cazenar (Ed), 2. Cilt, Philadelphia, JB Lippincott, s.1-11.
- Surman OS (1987) The surgical patient, *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. TP Hackett, NH Cassem (Ed), 2. Baskı, Littleton, PSG Publishing, s.69-83.