

Συσχέτιση της Κατάθλιψης και του Άγχους με την Καρδιακή Ανεπάρκεια

ΑΔΑΜΑΝΤΙΑ ΣΙΑΧΑΜΗ¹, ΝΤΙΑΝΑ ΧΑΡΙΛΑ¹
ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΓΙΑΝΝΑΡΗΣ², ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΚΟΥΡΗΣ²,
ΧΡΙΣΤΟΦΟΡΟΣ ΟΛΥΜΠΙΟΣ²

¹ Τμήμα Ψυχολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

² Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο»

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε με σκοπό να εξεταστεί η συσχέτιση της Καρδιακής Ανεπάρκειας (ΚΑ) με την κατάθλιψη και το άγχος.

Οι ερευνητικοί στόχοι που τίθενται και διερευνώνται είναι οι εξής: αφενός μεν αν η ύπαρξη της ΚΑ προκαλεί υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης συγκριτικά με άτομα τα οποία δεν αντιμετωπίζουν το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας, αφετέρου δε αν οι πάσχοντες από ΚΑ εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους από τους υγιείς, μη πάσχοντες από ΚΑ ή οποιαδήποτε άλλη χρόνια πάθηση.

Μελετήθηκαν συνολικά 100 άτομα, εκ των οποίων 50 έπασχαν από ΚΑ και 50 αποτελούσαν υγιείς εθελοντές, με ηλικιακό εύρος τα 25 – 85 έτη. Τους χορηγήθηκαν τρία ερωτηματολόγια, το ερωτηματολόγιο του Beck για την κατάθλιψη (Beck Depression Inventory [BDI]), το ερωτηματολόγιο του Beck για το άγχος (Beck Anxiety Inventory [BAI]), καθώς και ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων. Οι απαντήσεις των πασχόντων από ΚΑ και των μη πασχόντων αναλύθηκαν μέσω των προγραμμάτων Excel και SPSS. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι πάσχοντες από ΚΑ παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και βιώνουν περισσότερο άγχος συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, ευρήματα που συμφωνούν με την υπάρχουσα βιβλιογραφία.

Συμπερασματικά, από την παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με ΚΑ εμφανίζουν τόσο υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, όσο και υψηλότερα επίπεδα άγχους, συγκριτικά με τα άτομα που δεν πάσχουν από ΚΑ.

Εισαγωγή

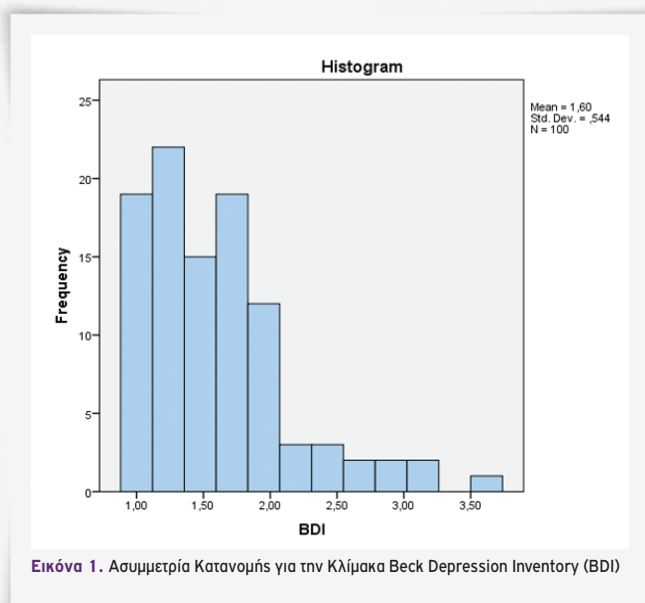
Η κατάθλιψη συνιστά μια πολύ συνηθισμένη διαταραχή διάθεσης, η οποία αφενός αυξάνει τον κίνδυνο για ανάπτυξη κάποιας καρδιαγγειακής νόσου,¹ συμπεριλαμβανομένης και της καρδιακής ανεπάρκειας (ΚΑ), αφετέρου δυσχεραίνει σε μεγάλο βαθμό την πορεία και θεραπεία των ατόμων που πάσχουν από ΚΑ.

Λέξεις ευρετηρίου

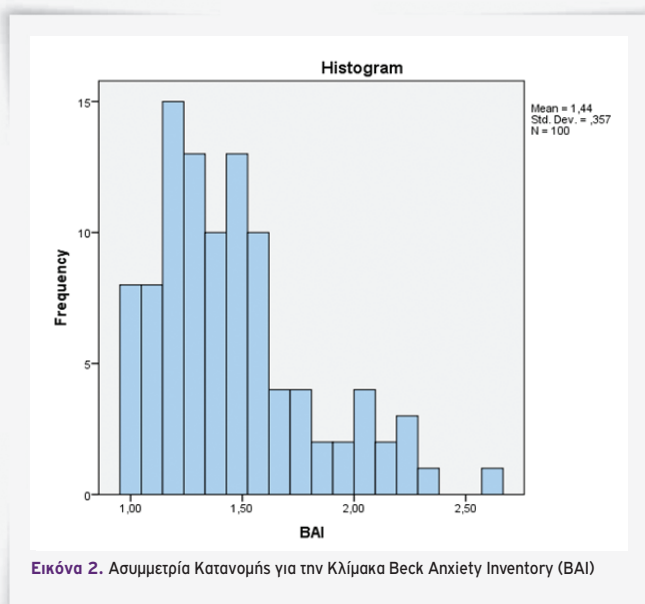
Κατάθλιψη, Άγχος, Καρδιακή Ανεπάρκεια

Επικοινωνία

Αδαμαντία Σιαχάμη
Ολύμπου 8 Μελίτσια TK 15127
Τηλ.: 6970020090
E-mail: siacha1711@gmail.com



Εικόνα 1. Ασυμμετρία Κατανομής για την Κλίμακα Beck Depression Inventory (BDI)



Εικόνα 2. Ασυμμετρία Κατανομής για την Κλίμακα Beck Anxiety Inventory (BAI)

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα καταθλιπτικά συμπτώματα εμφανίζονται περίπου στο 20% με 30% των ασθενών με ΚΑ.¹ Όσο σοβαρότερα παρουσιάζονται τα συμπτώματα της ΚΑ, τόσο υψηλότερα φαίνονται να είναι τα επίπεδα της κατάθλιψης (42% στους πάσχοντες από ΚΑ ταξινομήσης IV κατά NYHA). Δεδομένου ότι η ΚΑ είναι τόσο στενά συνδεδεμένη με την κατάθλιψη, πολλές φορές υπάρχει αλληλοεπικάλυψη των συμπτωμάτων μεταξύ των δύο αυτών καταστάσεων με αποτέλεσμα να μην γίνονται αντιληπτά

τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Αυτό συμβαίνει, διότι συμπτώματα και σημεία όπως η κόπωση, η καταβολή δυνάμεων, οι διαταραχές του ύπνου και οι αυξομειώσεις του βάρους αποτελούν ενδείξεις τόσο της ΚΑ όσο και της κατάθλιψης.² Σε αυτό το σημείο, πρέπει να σημειωθεί ότι τα σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης παρουσιάζονται συχνότερα και εντονότερα από τα γνωστικά.¹

Όσον αφορά στο άγχος, αποτελεί μια κατάσταση διάθεσης, η οποία λαμβάνει αρνητικό χαρακτήρα λόγω της αίσθησης του ατόμου ότι απειλείται. Παρότι οι έρευνες που συσχετίζουν το άγχος με την ΚΑ είναι αρκετά λιγότερες από αυτές που συσχετίζουν την κατάθλιψη με την ΚΑ, παρέχουν ορισμένα σημαντικά στοιχεία. Η αγχώδης αντίδραση φαίνεται εκ πρώτης όψεως φυσιολογική, καθώς οποιοδήποτε άτομο θα παρουσίαζε υψηλότερο άγχος σε τυχόν επιδείνωση της υγείας του λόγω μιας χρόνιας ασθένειας, όπως η ΚΑ.³ Ωστόσο, το άγχος που παρατηρείται σε ασθενείς με ΚΑ είναι συνήθως υπερβολικά υψηλό, με το 30% αυτών να παρουσιάζουν κλινικά σημαντικά αγχώδη συμπτώματα και το 13% να επιβεβαιώνουν τη διάγνωση για ύπαρξη αγχώδους διαταραχής, συνήθως Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής.⁴

Βάσει των ανωτέρω αναφορών, στόχος της παρούσας μελέτης αποτελεί η διερεύνηση του αν η ύπαρξη ΚΑ επιβεβαιώνει τα υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους στους πάσχοντες από αυτήν συγκριτικά με τους μη πάσχοντες. Επιπρόσθετα, στοχεύει στην καταγραφή και συσχέτιση της ύπαρξης συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους σε ασθενείς με ΚΑ, οι οποίοι είτε νοσηλεύονται λόγω απορρύθμισης είτε προσέρχονται για τακτική παρακολούθηση στο ειδικό ιατρείο ΚΑ χωρίς να έχουν απαραίτητα συμπτωματολογία απορρύθμισης.

Μέθοδος

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 100 συμμετέχοντες, εκ των οποίων οι 50 έπασχαν από ΚΑ και οι υπόλοιποι 50 αποτελούσαν υγιείς εθελοντές. Από

Πίνακας 1.

Κατανομή ηλικιακού εύρους στις δύο ομάδες

Ηλικιακό εύρος	Ασθενείς ΚΑ	Ομάδα ελέγχου
25 - 45 έτη	2	4
45 - 65 έτη	11	8
65 - 85 έτη	37	38

Συντομογραφίες: ΚΑ: καρδιακή ανεπάρκεια

αυτούς, 49 άτομα (49%) ήταν άνδρες και 51 (51%) γυναίκες. Το ηλικιακό εύρος όλων των συμμετεχόντων κυμάνθηκε από τα 25 μέχρι τα 85 έτη αυτό παρουσιάζεται αναλυτικά στον **Πίνακα 1** για κάθε επιμέρους ομάδα. Κανένας από τους συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου δεν έπασχε από κάποια χρόνια νόσο.

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με τη χρήση τριών ερωτηματολογίων: ενός ερωτηματολογίου για την καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων και των δύο ερωτηματολογίων του Beck για την κατάθλιψη (Beck Depression Inventory [BDI])^{5,6} και το άγχος (Beck Anxiety Inventory [BAI]).⁷ Η έρευνα διεξήχθη εντός διαστήματος 16 μηνών, από τον Δεκέμβριο του 2020 έως τον Φεβρουάριο του 2022, στην Καρδιολογική Κλινική του Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο» μετά την έγκριση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου. Δια ζώσης, υπό τη μορφή συνέντευξης (για διευκρινιστικές παρεμβάσεις από την ψυχολόγο) συμπληρώθηκαν και συλλέχθηκαν τα ερωτηματολόγια, τόσο από τους νοσηλευόμενους με ΚΑ στο χώρο της κλινικής, όσο και από τους ασθενείς με ΚΑ που προσέρχονταν στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο ΚΑ της κλινικής. Η συμπλήρωση και συλλογή των ερωτηματολογίων από την ομάδα ελέγχου πραγματοποιήθηκε κυρίως διαδικτυακά και συγκεκριμένα τα ερωτηματολόγια προωθήθηκαν σε αυτούς μέσω των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης, με τη μέθοδο της χιονοσιβάδας.

Προτού οι συμμετέχοντες προβούν στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, ενημερώθηκαν σχετικά με την διασφάλιση της ανωνυμίας και του απορρήτου της διαδικασίας της έρευνας,

Πίνακας 2.

Δημογραφικά Στοιχεία Πασχόντων από ΚΑ

Δημογραφικά Στοιχεία		f
Μορφωτικό Επίπεδο	Σχολείο	41
45 - 65 έτη	Ανώτερη Εκπαίδευση	7
65 - 85 έτη	Ανώτατη Εκπαίδευση	2
Συνταξιοδότηση λόγω ΚΑ	Ναι	8
	Όχι	30
	ΔΑ	12
Ενεργό Κάπνισμα	Ναι	7
	Όχι	43
Διακοπή Καπνίσματος εξαιτίας ΚΑ	Ναι	19
	Όχι	24
	ΔΑ	7
Κατανάλωση Αλκοόλ	Καθόλου	38
	Περιστασιακή	6
	Συχνή	3
	Καθημερινή/ Σχεδόν Καθημερινή	3
Σωματική Άσκηση	Καθόλου	45
	Καθημερινή/ Σχεδόν Καθημερινή	5
	Λοιπά Φάρμακα	Αντικαταθλιπτικά
	Αγχολυτικά/ Ηρεμιστικά	5
	Τίποτα από τα παραπάνω	43

Συντομογραφίες: ΔΑ: δεν απαντώ, ΚΑ: καρδιακή ανεπάρκεια

καθώς και για τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής τους σε αυτήν. Ο απαιτούμενος χρόνος για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν ξεπερνούσε τα 20 λεπτά και οι απαντήσεις που συλλέχθηκαν χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της έρευνας.

Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση διεκπεραιώθηκε μέσω των προγραμμάτων Excel και SPSS 22. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων κωδικοποιήθηκαν σε υπολογιστικό φύλλο Excel. Έπειτα, μέσω του προγράμματος SPSS, υπολογίστηκαν οι περιγραφικοί δείκτες για κάθε ομάδα της έρευνας σε σχέση με τα ερωτηματολόγια της κατάθλιψης (BDI) και του άγχους (BAI). Επίσης, υπολογίστηκε ο δείκτης

Πίνακας 3.

Μέσοι Όροι (ΜΟ), Τυπικές Αποκλίσεις (ΤΑ) και διάμεση τιμή των δύο ομάδων για κάθε ερωτηματολόγιο κατάθλιψης (BDI) και άγχους (BAI).

Ερωτηματολόγιο	Ομάδες	Αριθμός ασθενών (N)	ΜΟ ± ΤΑ	Median	P
BDI	ΚΑ	50	1,84 ± 0,60	1.7619	0,001
	Ομάδα ελέγχου	50	1,37 ± 0,35	1,2143	
	ΚΑ	50	1,51 ± 0,39	1,4524	0,043
	Ομάδα ελέγχου	50	1,36 ± 0,30	1,2857	

αξιοπιστίας Cronbach's α για τα δύο ερωτηματολόγια. Στο τέλος, πραγματοποιήθηκαν στατιστικοί έλεγχοι, οι οποίοι υπέδειξαν την ύπαρξη ασυμμετρίας στις κατανομές (**Εικόνα 1 και 2**), γι' αυτόν το λόγο και ακολουθήθηκαν μη παραμετρικές μέθοδοι για την ανάλυση των δεδομένων.

Αποτελέσματα

Στον **Πίνακα 2** παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών με ΚΑ, τα οποία αντλήθηκαν από τα ερωτηματολόγια και στον Πίνακα 3 αναγράφονται οι Μέσοι Όροι (ΜΟ) και οι Τυπικές Αποκλίσεις (ΤΑ) για κάθε ανεξάρτητη ομάδα σε σχέση με τα ερωτηματολόγια της κατάθλιψης (BDI) και του άγχους (BAI). Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι οι πάσχοντες από ΚΑ σημειώνουν υψηλότερο ΜΟ όσον αφορά στην κατάθλιψη. Παρατηρείται συνεπώς μια απόκλιση 0,47 ανάμεσα στους ΜΟ των δύο ομάδων. Επίσης, οι ασθενείς με ΚΑ σημειώνουν μεγαλύτερο ΜΟ και ως προς τα επίπεδα άγχους συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, με μια απόκλιση της τάξεως του 0,16.

Λόγω των μη κανονικών κατανομών, η στατιστική σημαντικότητα των ευρημάτων ελέγχθηκε με τις μη παραμετρικές δοκιμασίες Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk. Από τους παραπάνω ελέγχους προέκυψαν στατιστικά σημαντικές τιμές ($p < 0,001$) τόσο για την κλίμακα μέτρησης της κατάθλιψης (BDI), όσο και για την κλίμακα μέτρησης του άγχους (BAI).

Τα ερευνητικά ερωτήματα, όπως έχει προαναφερθεί, αφορούσαν στη σύγκριση των ατόμων που πάσχουν από ΚΑ με την ομάδα ελέγχου σχετικά με τα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους. Προκειμένου να απαντηθεί το πρώτο ερευνητικό ερώτημα - σχετικά με το αν οι πάσχοντες από ΚΑ αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης από την ομάδα ελέγχου - πραγματοποιήθηκε έλεγχος μέσω του μη παραμετρικού στατιστικού κριτηρίου Mann-Whitney U. Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης προέκυψε ότι η τιμή z για την κλίμακα BDI είναι στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$) και συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Για να διαπιστωθεί λοιπόν ποια ομάδα από τις δύο φέρει τα υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης διεξήχθη έλεγχος των διαμέσων των δύο ανεξάρτητων ομάδων. Όπως φάνηκε από τις τιμές που προέκυψαν, οι πάσχοντες από ΚΑ όντως φαίνεται να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (**Πίνακας 3**).

Στη συνέχεια, ακολουθήθηκε η ίδια μέθοδος προκειμένου να δοθεί απάντηση στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, το οποίο εξέταζε αν οι ασθενείς με ΚΑ σημειώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Πιο συγκεκριμένα, διενεργήθηκε και σε αυτήν την περίπτωση έλεγχος μέσω του μη παραμετρικού στατιστικού κριτηρίου Mann-Whitney U, με σκοπό να διερευνηθεί η ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των δύο ανεξάρτητων ομάδων. Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι η

τιμή z για την κλίμακα BAI είναι επίσης στατιστικά σημαντική ($p=0,043$) και άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Έπειτα, πραγματοποιήθηκε έλεγχος των διαμέσων των δύο ανεξάρτητων ομάδων, με σκοπό να διαπιστωθεί, ποια από τις δύο ομάδες σημειώνει υψηλότερα επίπεδα άγχους. Στην συγκεκριμένη ανάλυση, η τιμή της διαμέσου των πασχόντων από ΚΑ παρουσιάζεται μεγαλύτερη από την τιμή της διαμέσου των μη πασχόντων, εύρημα το οποίο σημαίνει ότι οι ασθενείς με ΚΑ φαίνεται να βιώνουν περισσότερο άγχος συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (**Πίνακας 3**).

Τέλος, βρέθηκε ότι οι ασθενείς με ΚΑ εμφανίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό συμπτώματα κατάθλιψης απ' ό,τι συμπτώματα άγχους, όπως προκύπτει από τη σύγκριση των τιμών των BDI και BAI στην ομάδα ΚΑ ($p=0,01$).

Συζήτηση

Η παρούσα έρευνα έφερε ως βασικό της σκοπό την διαπίστωση του αν οι ασθενείς με ΚΑ βιώνουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα, η απάντηση στο πρώτο ερευνητικό ερώτημα, σύμφωνα με το οποίο τα άτομα με ΚΑ θα παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, είναι θετική. Το εύρημα συμφωνεί και με τη βιβλιογραφία του θέματος, η οποία υποστηρίζει ότι η κατάθλιψη αποτελεί μια κατάσταση διάθεσης, αρκετά συχνότερη στους καρδιοπαθείς - συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό - και είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την επιδείνωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων, όπως η ΚΑ.⁸

Οι μεταβολές στην καθημερινότητα των ασθενών, όπως η υποχρέωσή τους να ακολουθούν αυστηρή δίαιτα και να λαμβάνουν συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή, οι συχνές νοσηλείες, η έκπτωση της λειτουργικότητάς τους - πιο συγκεκριμένα, η ανάγκη να απέχουν, για ένα χρονικό διάστημα, από το εργασιακό τους περιβάλλον και από τις κοινωνικές τους δραστηριότητες γενικό-

τερα - και κατ' επέκταση η προσλαμβανόμενη υποβάθμιση της ποιότητας ζωής τους αποτελούν μερικούς από τους παράγοντες που εξηγούν την ψυχολογική και σωματική κατάπτωση των πασχόντων. Για τους παραπάνω λόγους, το αρμόδιο ιατρικό προσωπικό πρέπει να προβαίνει σε τακτικό έλεγχο των ασθενών αυτών για την ύπαρξη τυχόν καταθλιπτικών συμπτωμάτων και να τα αναζητεί ενδελεχώς, καθώς πολλά από τα συμπτώματα της κατάθλιψης συμπίπτουν με αυτά της ΚΑ, με αποτέλεσμα να μην τυχαίνουν της δέουσας προσοχής.^{10,11}

Όπως προαναφέρθηκε, η κατάθλιψη εμφανίζεται συντελεστικά, λόγω των συνεπειών της ΚΑ στη ζωή των ασθενών. Συγκεκριμένα, η κατάθλιψη προσθέτει επιπλέον φορτίο στην ήδη επιβαρυνόμενη καθημερινότητα των ασθενών με ΚΑ. Οι συχνές νοσηλείες, τα επαναλαμβανόμενα καρδιακά επεισόδια απορρύθμισης και η αύξηση των πιθανοτήτων για πρόωρο θάνατο αποτελούν μερικά παραδείγματα, σχετικά με το πώς η κατάθλιψη επιδρά στη ζωή των ασθενών με ΚΑ.⁴ Όσον αφορά μάλιστα στο τελευταίο, έρευνες δείχνουν ότι ο κίνδυνος του πρόωρου και αιφνίδιου θανάτου στους ασθενείς στους οποίους η ΚΑ και η κατάθλιψη συνυπάρχουν, ανέρχεται σε 60%. Φυσικά, ο βαθμός που η κατάθλιψη επιδρά στους πάσχοντες από ΚΑ εξαρτάται και από τη σοβαρότητά της όσο πιο σοβαρά παρουσιάζονται τα συμπτώματα της κατάθλιψης, τόσο μεγαλύτερος είναι ο αρνητικός αντίκτυπος στην κατάσταση του ασθενούς με ΚΑ. Μάλιστα, σύμφωνα με τους Konstam et al.,³ οι ασθενείς με ταυτόχρονη ύπαρξη ΚΑ και μετρίων ή σοβαρών επιπέδων κατάθλιψης διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο θανάτου μέσα σε διάστημα έξι μηνών έως δύο ετών από τη διάγνωση της συνοσηρότητας αυτής. Κατά τα ίδια χρονικά διαστήματα μάλιστα, ο ασθενής μπορεί να επιδιώξει να τερματίσει και ο ίδιος τη ζωή του.¹

Επιπλέον, το αίσθημα χρόνιας κόπωσης που προκαλείται στους ασθενείς, τους ωθεί πολλές φορές σε συμπεριφορές, οι οποίες θέτουν την υγεία τους σε μεγαλύτερο κίνδυνο· πιο συγκεκρι-

κριμένα, συμβαίνει συχνά να παρουσιάζουν ασυνέπεια σχετικά με τη θεραπεία τους, είτε αυτό σημαίνει το να μην λαμβάνουν την φαρμακευτική τους αγωγή, είτε να μην ακολουθούν τους διατροφικούς κανόνες που ενδείκνυνται για την αντιμετώπιση της ΚΑ. Αυτό φάνηκε επίσης στη μελέτη των Konstam et al.,³ όπου οι ασθενείς με ΚΑ και συνυπάρχουσα κατάθλιψη βρέθηκε να είναι τρεις φορές πιο πιθανό να παρουσιάσουν ασυνέπεια στη θεραπεία τους. Μερικές ακόμα δυσκολίες που βιώνουν οι πάσχοντες αποτελούν το αυξημένο - κατά 36% περίπου - οικονομικό φορτίο καθώς και η χαμηλότερη ποιότητα ζωής, λόγω της εκτεταμένης χρήσης, εκ μέρους τους, των υπηρεσιών υγείας.

Εντυπωσιακό είναι και το από 10ετίας εύρημα ότι η κατάθλιψη μπορεί να θεωρηθεί ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου, ισάξιος μάλιστα με τον σακχαρώδη διαβήτη και το κάπνισμα, καθώς παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόκληση μελλοντικών καρδιακών επεισοδίων.⁹ Αν και δεν υπάρχουν αρκετές έρευνες για το ρόλο της κατάθλιψης στην πορεία και την εξέλιξη της ΚΑ, ωστόσο υπάρχει σύνδεση μεταξύ των δύο, καθώς σε μια μελέτη βρέθηκε ότι η κατάθλιψη αποτελεί τον ισχυρότερο προγνωστικό παράγοντα για επιδείνωση των συμπτωμάτων της ΚΑ μέσα σε περίπου έξι εβδομάδες.¹¹ Όλα τα παραπάνω δεδομένα λοιπόν, καταλήγουν λογικά στο συμπέρασμα των Zambrano et al,¹² κατά το οποίο ένας τρόπος για να προληφθούν οι συνέπειες των καρδιαγγειακών νόσων - και συγκεκριμένα της ΚΑ - οι οποίες δυσχεραίνουν τη ζωή των πασχόντων, είναι η θεραπεία της κατάθλιψης.

Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, σχετικά με το αν τα άτομα με ΚΑ θα βίωναν περισσότερο άγχος συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, απαντάται επίσης θετικά. Παρότι η βιβλιογραφία σχετικά με το άγχος και τη σύνδεσή του με την ΚΑ είναι πιο περιορισμένη συγκριτικά με αυτήν που αναφέρεται στην κατάθλιψη, η πλειοψηφία των ερευνών υποστηρίζει ότι ο επιπολασμός των αγχωδών διαταραχών είναι σημαντικά υψηλότερος στους ασθενείς με ΚΑ, απ' ό,τι στον γενικό πλη-

θυσμό.¹³ Μάλιστα, όπως αναφέρουν οι Rechenberg et al,¹⁴ 40% περίπου των ασθενών με ΚΑ, βιώνουν πιο έντονα συμπτώματα άγχους. Το εύρημα αυτό φαίνεται λογικό καθώς η ΚΑ αποτελεί συνήθως το καταληκτικό στάδιο πολλών καρδιαγγειακών παθήσεων και η διαχείρισή του απαιτεί σημαντικές μεταβολές στην καθημερινότητα του ασθενούς, οι οποίες αποσκοπούν στη σταθεροποίηση των συμπτωμάτων και αποτροπή της ύφεσής τους. Επιπλέον, με δεδομένο ότι τα συμπτώματα του άγχους συγχέονται πολλές φορές με τα συμπτώματα της ΚΑ - όπως άλλωστε συμβαίνει και στην περίπτωση της κατάθλιψης - καθώς και το άγχος προκαλεί δυσκολία στην αναπνοή και στηθάγχη, απαιτείται πολύ προσεκτική διερεύνησή τους, καθώς λειτουργούν ιδιαίτερα επιβαρυντικά για τους ασθενείς με ΚΑ.¹⁵

Επιπρόσθετα, και το άγχος συνδέεται με τις αρνητικές συνέπειες που φέρει η ΚΑ στη ζωή των ατόμων που πάσχουν από αυτήν. Παράγοντες όπως η συνεχής παρακολούθηση των συμπτωμάτων για τυχόν επιδείνωσεις, οι αυστηρές δίαιτες για λόγους θεραπείας, η κοινωνική απομόνωση λόγω των συμπτωμάτων και των θεραπειών και το υψηλό οικονομικό φορτίο αποτελούν μερικές από τις βασικές πηγές άγχους των ατόμων με ΚΑ και άγχος.² Σχετικά με τον πρώτο παράγοντα μάλιστα, πρέπει να σημειωθεί ότι το άγχος μπορεί υποκειμενικά να επιδεινώσει τα συμπτώματα της ΚΑ προκαλώντας σοβαρή δύσπνοια και στηθαγικά ενοχλήματα χωρίς ουσιαστική παθοφυσιολογική βάση απορρύθμισης, εντείνοντας με αυτόν τον τρόπο το αίσθημα πανικού όσων πάσχουν από αυτή, καθώς παρατηρούν την υγεία τους να επιδεινώνεται.¹⁶ Απρόσμενα λοιπόν, το άγχος των ασθενών με ΚΑ τους ωθεί συνήθως στην υιοθέτηση ενός μη υγιεινού τρόπου ζωής, που βασίζεται στο κάπνισμα, την καθιστική ζωή και την υπερκατανάλωση αλκοόλ επιδεινώνοντας την κατάστασή τους ακόμη περισσότερο.⁴ Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την επιβάρυνση της ποιότητας ζωής και κατ' επέκταση την αύξηση του κινδύνου θνησιμότητας των ασθενών με ΚΑ και άγχος.¹³

Τέλος, στα αποτελέσματα της έρευνας παρατηρείται ότι οι ασθενείς με ΚΑ βιώνουν πιο έντονα τα συμπτώματα της κατάθλιψης συγκριτικά με τα συμπτώματα του άγχους. Μια πιθανή αιτιολόγηση αυτού του ευρήματος αποτελεί η προαναφερθείσα αλληλεπικάλυψη συμπτωμάτων μεταξύ ΚΑ και άγχους, η οποία δυσχεραίνει την ακριβή διάγνωση.^{4,14} Άλλη αιτία είναι το γεγονός ότι οι έρευνες για το άγχος είναι αρκετά λιγότερες από τις έρευνες για την κατάθλιψη,^{3,16} χωρίς αυτό βέβαια να αναιρεί το συσχετισμό ΚΑ και άγχους.

Περιορισμοί και προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Αρχικά, η έρευνα διεξήχθη εν μέσω της πανδημίας COVID-19, γεγονός που προκάλεσε μεγάλη δυσκολία και καθυστέρηση στη συλλογή του ερευνητικού δείγματος και κυρίως του δείγματος του κλινικού πληθυσμού, το οποίο συλλέχθηκε δια ζώσης. Οι διαρκείς αλλαγές στα δεδομένα διαβίωσης που προκαλούνταν εξαιτίας της πανδημίας, όπως για παράδειγμα οι συνεχόμενοι εγκλεισμοί και τα περιοριστικά μέτρα, ενδέχεται να έχουν επηρεάσει τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στα ερωτηματολόγια μέτρησης της κατάθλιψης και του άγχους. Επιπλέον, δεδομένων των συνθηκών, το ερευνητικό δείγμα που τελικά συγκεντρώθηκε ήταν μικρό σε αριθμό συμμετεχόντων, με αποτέλεσμα να περιορίζεται σημαντικά η δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι ελαφρώς περιορισμένες σε αριθμό είναι οι έρευνες σχετικά με το πώς η ύπαρξη ενός πάσχοντος από ΚΑ και η φροντίδα του επιδρούν στα άτομα που έχουν αναλάβει αυτή την ευθύνη. Προτείνεται λοιπόν, η πραγματοποίηση σχετικής έρευνας στο μέλλον, η οποία να εξετάζει τα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους των φροντιστών ασθενών με ΚΑ.

Βιβλιογραφία

1. Sbolli M, Fiuzat M, Cani D, O'Connor CM. Depression and heart failure: the lonely comorbidity. *Eur J Heart Fail.* 2020 Nov; 22(11):2007-2017.
2. Di Palo KE. Psychological Disorders in Heart Failure. *Heart Fail Clin.* 2020 Jan; 16(1):131-138.
3. Konstam V, Moser DK, De Jong MJ. Depression and Anxiety in Heart Failure. *J Card Fail.* 2005 Aug; 11(6):455-463.
4. Celano CM, Villegas AC, Albanese AM, Gaggin HK, Huffman JC. Depression and Anxiety in Heart Failure. *Harv Rev Psychiatry.* 2018 Jul/Aug; 26(4):175-184.
5. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh, J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961 Jun; 4(6):561-571.
6. Τζέμος Ι. Η σταθεροποίηση του ερωτηματολογίου Beck σε ελληνικό πληθυσμό. (Μη δημοσιευμένη διδακτορική διατριβή). [Αθήνα]: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο. 1984. 88 σελ. <http://dx.doi.org/10.12681/eadd/19687>.
7. Beck AT, Steer RA. Beck Anxiety Inventory manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1993.
8. Huffman JC, Celano CM, Beach SR, Motiwala SR, Januzzi JL. Depression and Cardiac Disease: Epidemiology, Mechanisms, and Diagnosis. *Cardiovasc Psychiatry Neurol.* 2013 Apr 7; 2013:1-14.
9. Newhouse A, Jiang W. Heart Failure and Depression. *Heart Fail Clin.* 2014 Apr; 10(2):295-304.
10. Nair N, Farmer C, Gongora E, Dehmer GJ. Commonality between depression and heart failure. *Am J Cardiol.* 2012 Mar 1; 109(5):768-772.
11. Watson K, Summers KM. Depression in patients with Heart Failure: Clinical Implications and Management. *Pharmacotherapy.* 2009 Jan; 29(1):49-63.
12. Zambrano J, Celano CM, Januzzi JL, et al. Psychiatric and Psychological Interventions for Depression in Patients with Heart Disease: A Scoping Review. *J Am Heart Assoc.* 2020 Nov 17; 9(22).
13. Angermann CE, Ertl G. Depression, Anxiety, and Cognitive Impairment. *Curr Heart Fail Rep.* 2018 Nov 06; 15(6):398-410.
14. Rechenberg K, Cousin L, Redwine L. Mindfulness, Anxiety Symptoms, and Quality of Life in Heart Failure. *J Cardiovasc Nurs.* 2020 Jul/Aug; 35(4):358-363
15. Bordoni B, Marelli F, Morabito B, Sacconi B. Depression and anxiety in patients with chronic heart failure. *Future Cardiol.* 2018 Jan 22; 14(2):115-119.
16. Vongmany J, Hickman LD, Lewis J, Newton PJ, Phillips JL. Anxiety in chronic heart failure and the risk of increased hospitalisations and mortality: A systematic review. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2016 Dec; 15(7):478-485.