

PRISUTNOST ANKSIOZNOSTI KOD PACIJENATA KOJI BOLUJU OD KARDIOVASKULARNIH BOLESTI

ANXIETY IN PATIENTS SUFFERING FROM CARDIOVASCULAR DISEASES

Antonija Golić¹, Ivana Ljubičić Bistrović², Fadil Habibović²

¹Klinički bolnički centar Rijeka, Klinika za internu medicinu,

²Klinički bolnički centar Rijeka, Klinika za psihijatriju

Autor za korespondenciju: Antonija Golić
antonijagolic2@gmail.com

SAŽETAK

Zbog suvremenog i ubrzanog načina života anksioznost je sve učestaliji poremećaj prisutan među populacijom. Osim što se javlja u gotovo svim psihijatrijskim poremećajima, može biti povezana i sa stresom i stresnim događajima. Povezanost anksioznosti s kardiovaskularnim tegobama značajna je, a povezuje se s prisutnosti kronične bolesti, dužinom boravka u zdravstvenoj ustanovi, kao i učestalim hospitalizacijama koji svaka-ko čine rizične faktore i utječu na porast anksioznosti te nepovoljno djeluju na ishod liječenja, brzinu oporavka kao i opće zdravstveno stanje pacijenta.

Cilj istraživanja bio je procijeniti i prikazati stupanj anksioznosti kod pacijenata koji boluju od kardiovaskularnih bolesti, te odrediti razliku u stupnju anksioznosti kod pacijenata koji su prvi put hospitalizirani i onih koji su hospitalizirani više od tri puta. Istraživanje je provedeno na Odjelu za ishemijske bolesti srca, Klinike za internu medicinu KBC Rijeka, na uzorku od 80 ispitanika, u jednakom omjeru s obzirom na spol. Korišten je upitnik koji se upotrebljava za brzo utvrđivanje i procjenu stupnja generaliziranog anksioznog poremećaja GAP-7. Dobiveni rezultati ukazuju da najveći broj ispitanika 29 (36,2%), ima umjereno izražene simptome anksioznog poremećaja, dok 19 (23,8%) ispitanika manifestira ozbiljnu razinu simptoma anksioznosti, što je ujedno veliki pokazatelj zastupljenosti anksioznosti među ispitanicima, s tim da je 26% ispitanika oboljelo od neke psihičke bolesti. Utvrđena je statistički značajna pozitivna korelacija broja hospitalizacija i razine simptoma anksioznosti ($r = 2,46$; $p < 0,01$). Prema dobivenim rezultatima pacijenti koji imaju veći broj hospitalizacija manifestiraju

veću razinu anksioznosti od onih sa manjim brojem hospitalizacija.

Za istaknuti je i rezultat dobiven istraživanjem koji ukazuje na prisutnost veće razine anksioznosti u pacijenta s kroničnim bolestima kao što su dijabetes, artritis, lupus, osteoporoza i sl.

Ključne riječi: Generalizirani anksiozni poremećaj, anksioznost, kardiovaskularne bolesti

SUMMARY

Anxiety involves various forms of disorder that almost all human beings face, and is an integral part of their development and community action. Anxiety is an increasingly common disorder present among the population, it also affects younger people and is considered to be more likely to be manifested in women. Anxiety is one of the most common diagnoses of an ever-growing younger or middle-aged population. Relationship with cardiovascular disorders is quite pronounced as it relates to the presence of possible chronic illnesses, as well as length of stay in a healthcare institution and the frequency of hospitalization which certainly constitute risk factors affecting anxiety growth and adversely affecting treatment outcome, recovery rate and general health condition of the patient.

The aim of the study was to evaluate and demonstrate anxiety degree in patients with cardiovascular diseases and determine anxiety degree in patients hospitalized for the first time and those hospitalized more than three times. The study was conducted using a questionnaire used to quickly determine and assess the degree of generalized anxiety

disorder GAP-7. The study was conducted on a total of 80 subjects, 40 women and 40 men at the Department of Ischemic Heart Disease.

The results obtained in relation to the subjective claims of the respondents showed that out of the total number of respondents, the vast majority of respondents, 29 (36.2%), had moderately symptomatic symptoms of anxiety disorder, while 19 (23.8%) patients exhibited a serious level of anxiety symptoms at the same time, a great indicator of anxiety among the respondents, with 26% of the respondents suffering from mental illness. It should be noted that a statistically significant positive correlation between the number of hospitalizations and the level of anxiety symptoms ($r = 2.46$; $p < 0.01$) has been established; patients who are hospitalized more often manifest a higher level of anxiety symptoms than those who were hospitalized at the department fewer times.

Of course, it is important to point out that there is an increasing level of anxiety in patients with chronic illness compared to those who have no chronic illness such as diabetes, arthritis, lupus, osteoporosis, and the like, ranging from moderate to severe symptoms of anxiety.

Key words: Generalized anxiety disorder, anxiety, cardiovascular disease

UVOD

Anksioznost je sve učestaliji problem današnjice s kojim se susreću sve populacije neovisno o spolu i dobi. Ujedno se ubraja među najučestalije psihijatrijske poremećaje. Prema učestalosti, u općoj populaciji kreće se od 5 do 10 %, a prevalencija anksioznih

poremećaja u svijetu iznosi 16,6% (1,2). Važno je napomenuti kako anksioznost i strah nisu sinonimi. Anksioznost je stanje u kojem je objekt nepoznat. Opasnost i prijetnja dolaze same od sebe, a opis kliničke slike je nejasan, može trajati jako dugo a ponekad prijeci i u kronično stanje (3). Prema podjeli, anksioznost može biti normalna ili (fiziološka) i patološka. Normalna ili fiziološka anksioznost definira se kao normalna ljudska reakcija, ne može se posve otkloniti ali se može naučiti kontrolirati (4). Ukoliko je višeg intenziteta, može prijeci u poremećaj. Ponekad je veoma teško odrediti granicu između normalne i patološke anksioznosti. Prema tumačenju Mahoneyja, (1995) govori se da normalnu anksioznost pojedinac može kontrolirati, dok patološka čini upravo suprotno, ona kontrolira pojedinca. Patološka anksioznost obično se javlja u različitim kliničkim oblicima i poremećajima. (5). Glavna značajka generaliziranog anksioznog poremećaja (GAP) kronična je tjeskoba koja traje najmanje pola godine. Takvi pacijenti iskazuju veliku zabrinutost i za najmanje sitnice vezane uz svoju budućnost. Napetost se prepoznaje trzanjem dijela tijela na vanjski podražaj, npr. zvuk, te iskazivanju nelagode i napetosti u blizini drugih ljudi. Uz navedene smetnje može se javiti kronični umor, iscrpljenost organizma, glavobolja, nesanica te brojni sub akutni autonomni simptomi. Kod ovog poremećaja radna sposobnost nije posve urušena, ali ovo stanje predstavlja poteškoće u svakodnevnim aktivnostima i međuljudskim odnosima (6). Etiologija anksioznih poremećaja nije u potpunosti poznata i može uključivati duševne i tjelesne čimbenike. Većina tjelesnih bolesti kao što su zatajenja srca, aritmija, astme i kronična opstruktivna bolest pluća može izazvati neočekivane simptome anksioznosti. Postoji više istraživanja koja ukazuju na genetsko porijeklo anksioznosti prema kojim se predispozicija anksioznom reagiranju u stresogenim situacijama nasljeđuje (7,8). Većina istraživanja potvrdila su povećanje koncentracije metabolita noradrenalina u urinu kod anksioznih pacijenata (9). Kod psihoanalitičkog tumačenja anksioznosti S.Freud (1926) je postavio tezu o transformaciji libida u strah, dok je teoretičar Sullivan (1953) smatrao da se anksioznost prenosi sa majke na dijete, postoji niz teoretičara koji tumače anksioznost na sebi svojstven način (10,11).

Činjenica je da različita psihička stanja mogu utjecati na pojedina tjelesna stanja i na razvoj kardiovaskularnih bolesti (KVB). Istraživanja velikih prospektivnih epidemioloških studija i manje osnovne znanstvene studije pokazale su snažnu povezanost između KVB i nekoliko psihičkih stanja uključujući depresiju, kronični psihički stres, posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) i anksioznost. Najčešće citirana biološka teorija spominje koncept multifaktornosti, koji, uz genetsku predispoziciju za razvoj anksioznih poremećaja, govori i o nadogradnji i drugih čimbenika. Stimulacija autonomnog živčanog sustava i pojačana aktivnost amigdale uzrokuje aktivaciju hipotalamus-hipofizno-nadbubrežne osi i simpatičkog živčanog sustava, povećano oslobađanje kateholamina u plazmi i oštećenje endotela, što u konačnici može dovesti do ateroskleroze, bolesti koronarne arterije i akutnih koronarnih događaja u smislu nastanka infarkta (3,12,13).

Često se osobe s duševnim smetnjama i poremećajima povezuju s devijantnim ponašanjem, stigmatizira ih se te su zbog toga isključene iz društvenog života i neprihvaćene u zajednici u kojoj žive (14). S obzirom na ovakvo poimanje društva nerijetko osobe s psihičkim smetnjama pokušavaju prikriti simptome svoje bolesti (15,16).

CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja bio je utvrditi prisutnost razine anksioznosti kod pacijenata koji boluju od kardiovaskularnih bolesti na Odjelu za ishemijske bolesti srca, Klinike za internu medicinu KBC Rijeka, lokaliteta Sušak, te ispitati razlike u razini anksioznosti između pacijenata koji su hospitalizirani jedan put i onih koji su hospitalizirani više od tri puta.

HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

Hipoteza 1.

Većina ispitanih pacijenata s KVB ima simptome anksioznosti.

Hipoteza 2.

Veću razinu anksioznosti imaju pacijenti s većim brojem hospitalizacija.

Hipoteza 3.

Pacijenti s komorbidnim bolestima imaju razvijenu visoku razinu anksioznosti.

ISPITANICI I METODE

Ispitivanje je provedeno u svibnju 2018. godine na Odjelu za ishemijske bolesti srca, Klinike za internu medicinu, KBC Rijeka, lokalitet Sušak. Istraživanje je odobreno od strane Etičkog povjerenstva KBC Rijeka i Etičkog povjerenstva Fakulteta zdravstvenih studija. Pacijentima hospitaliziranim na Odjelu za ishemijske bolesti srca, ponuđeno je sudjelovanje u anketnom ispitivanju. Ispitanici su dobili primjerak anketnog upitnika, uz informirani obrazac za pacijente u kome je opisan plan i svrha provođenja ankete. Upoznati su sa zaštitom osobnih podataka te su dobili dodatno pojašnjenje pojedinih pitanja ako im nisu bila dovoljno jasna. Potrebno vrijeme za ispunjavanje anketnog upitnika je od 5 - 10 minuta.

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 80 pacijenata koji su bili hospitalizirani na Odjelu za ishemijsku bolest srca, Klinike za internu medicinu, KBC Rijeka, lokaliteta Sušak. U uzorak je metodom slučajnog odabira izabrano 40 žena i 40 muškaraca neovisno o dobnoj skupini. U svrhu provođenja istraživanja, formiran je anketni upitnik koji se sastojao od pitanja o sociodemografskim i kliničkim podacima izrađen od strane autora te kratkog upitnika koji se upotrebljava za brzo utvrđivanje i procjenu stupnja generaliziranog anksioznog poremećaja GAP-7 (17).

Prvi dio upitnika odnosio se na sociodemografske podatke ispitanika, drugi dio bio je vezan za broj hospitalizacija i duljinu boravka na Odjelu za ishemijske bolesti srca te druge kronične i psihijatrijske bolesti i liječenje, dok se treći odnosio na procjenu anksioznosti.

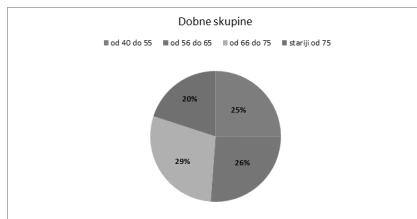
Dobiveni podaci obrađeni su koristeći statistički softver SPSS 16 (SPSSInc., Chicago, IL, USA). Deskriptivni statistički parametri kod kontinuiranih varijabli normalne distribucije prikazani su u obliku aritmetičkih sredina i standardnih devijacija, dok su kod ostalih mjera prikazani u obliku frekvencija i postotaka. Povezanost normalno distribuiranih varijabli ispitivana je Pearsonovim koeficijentom korelacije, dok je kod ostalih korišten neparametrijski koeficijent korelacije – Spearmanov ρ . Značajnosti razlika u frekvencijama kategorijalnih varijabli ispitivane su Hi-kvadrat testom.

Razina statističke značajnosti postavljena je na 95% ($p < 0,05$).

REZULTATI

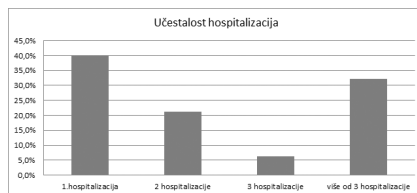
Sociodemografske i kliničke karakteristike ispitanika

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 80 pacijenata koji su bili hospitalizirani na Odjelu za ishemijsku bolest srca. Uzorak se sastojao od 40 muškaraca i 40 žena u dobi od 42 do 88 godina. Prosječna dob ispitanih pacijenata iznosila je 64,8 (SD 11,6). Za potrebe daljnjih analiza, ispitanici su podijeljeni u 4 dobne skupine (Slika 1).



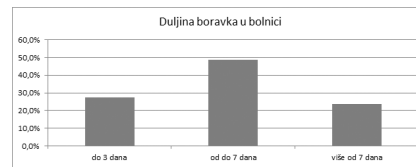
Slika 1. Prikaz raspodjele ispitanika s obzirom na dobne skupine

Ispitani pacijenti bili su hospitalizirani u prosjeku 2,7 (SD 1,9) puta. Najviše pacijenata, 32 (40%) bilo je hospitalizirano prvi put, dvije hospitalizacije imalo je njih 17 (21,2%), dok je tri puta bilo hospitalizirano 5 (6,2%) ispitanih. Više od 3 hospitalizacije imalo je 26 (32,5%) ispitanih pacijenata (Slika 2).

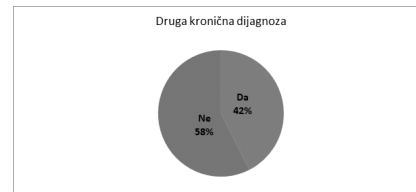


Slika 2. Prikaz učestalosti hospitalizacija

Dužina boravka na odjelu kretala se u rasponu od 1 do 28 dana s prosječnom vrijednošću od 6,3 (5,1) dana. Do tri dana u bolnici je bilo 22 (27,5%) ispitanih, od 4 do 7 dana u bolnici je provelo 39 (48,7%) ispitanih pacijenata, dok je više od 7 dana bilo hospitalizirano njih 19 (23,8%) (Slika 3). Druga kronična dijagnoza zabilježena je kod 34 (42,5%) ispitanih pacijenata (Slika 4), dok je 21 (26,3%) pacijenata liječeno psihijatrijski, odnosno imaju psihijatrijsku dijagnozu (Slika 5).



Slika 3. Prikaz duljine boravka na odjelu za kardiovaskularne bolesti

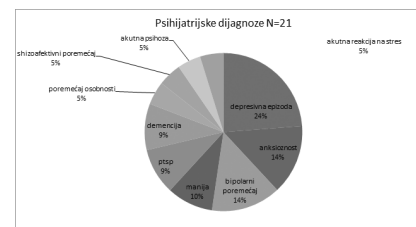


Slika 4. Prikaz učestalosti drugih kroničnih dijagnoza



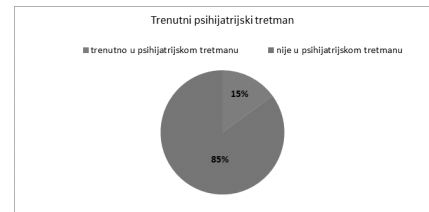
Slika 5. Prikaz učestalosti psihijatrijskih dijagnoza

Kod bolesnika koji su psihijatrijski liječeni (N=21) najučestalija dijagnoza je depresivna epizoda koja je zabilježena kod 5 (23,8%) ispitanih, slijedi anksioznost, zabilježena kod 3 (14,3%) i bipolarni poremećaj zabilježen također kod 3 (14,3%) ispitanika. Ostale dijagnoze registrirane su kod manjeg postotka ispitanih pacijenata (Slika 6).

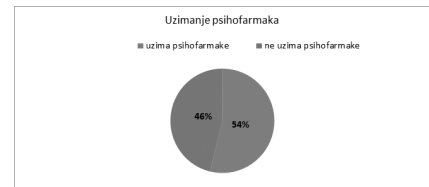


Slika 6. Prikaz učestalosti pojedinih psihijatrijskih dijagnoza

U trenutnom psihijatrijskom tretmanu nalazi se 12 (15%) ispitanih pacijenata (Slika 7), dok psihofarmakološku terapiju uzima 43 (53,8%) ispitanika (Slika 8).



Slika 7. Prikaz pacijenata u trenutnom psihijatrijskom tretmanu



Slika 8. Prikaz učestalosti uzimanja psihofarmaka

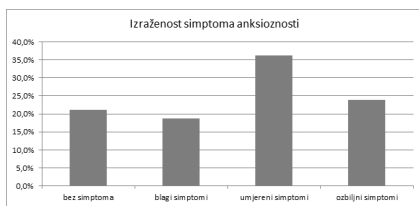
Anksioznost

Od ukupnog broja ispitanih kod 17 (21,2%) pacijenata nisu zabilježeni simptomi anksioznosti, dok 15 (18,8%) pacijenata ima blago izražene simptome anksioznosti. Većina ispitanih, njih 29 (36,2%) ima umjereno izražene simptome anksioznog poremećaja, dok 19 (23,8%) pacijenata manifestira ozbiljnu razinu simptoma anksioznosti (Slika 9).

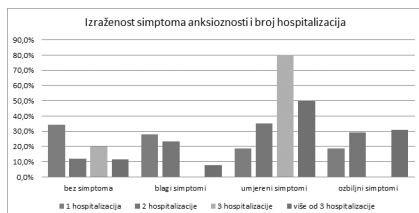
Utvrđena je statistički značajna pozitivna korelacija broja hospitalizacija i razine simptoma anksioznosti ($r = 2,46$; $p < 0,01$): pacijenti koji su češće hospitalizirani manifestiraju veću razinu simptoma anksioznosti (Slika 10). Duljina trenutne hospitalizacije i izraženi simptoma anksioznosti nije se pokazala statistički značajnom, kao ni povezanost dobi i razine simptoma.

U usporedbi s pacijentima bez druge kronične dijagnoze, pacijenti kod kojih je registrirana druga kronična dijagnoza u statistički značajno većem broju manifestiraju umjerenu i ozbiljnu razinu simptoma anksioznosti ($\chi^2 = 18,84$; $p < 0,01$) (Slika 11).

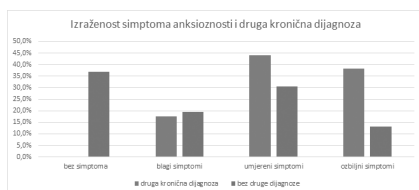
U usporedbi s pacijentima koji nisu psihijatrijski liječeni, pacijenti kod kojih je registrirana psihijatrijska dijagnoza u statistički značajno većem broju manifestiraju umjerenu i ozbiljnu razinu simptoma anksioznosti.



Slika 9. Prikaz izraženosti simptoma anksioznog poremećaja



Slika 10. Prikaz izraženosti simptoma anksioznog poremećaja i učestalosti hospitalizacija



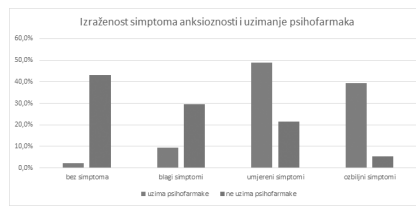
Slika 11. Prikaz izraženosti simptoma anksioznog poremećaja i prisutstva druge kronične dijagnoze



Slika 12. Prikaz izraženosti simptoma anksioznog poremećaja i prisutstva psihijatrijske dijagnoze

ti ($\chi^2 = 8,59$; $p < 0,05$) (Slika 12).

U usporedbi s pacijentima koji trenutno ne uzimaju farmakološku terapiju za psihičke poremećaje, pacijenti koji uzimaju psihofarmake u statistički značajno većem broju manifestiraju umjerenu i ozbiljnu razinu simptoma anksioznosti ($\chi^2 = 33,91$; $p < 0,01$) (Slika 13).



Slika 13. Prikaz izraženosti simptoma anksioznog poremećaja i uzimanja psihofarmakološke terapije

RASPRAVA

Dobivenim rezultatima potvrđene su sve tri postavljene hipoteze našeg istraživanja.

Rezultati ukazuju kako je kod većine pacijenata liječenih na Odjelu za ishemijsku bolest srca, Klinike za internu medicinu KBC Rijeka, lokaliteta Sušak, zabilježeni neki od simptoma anksioznosti (Slika 9.).

Prisutnost anksioznosti znatno utječe na socijalno funkcioniranje svake osobe, može doći do izdvajanja od okoline, do gubitka volje za svakodnevne aktivnosti, pogotovo ako je to povezano s nekom kroničnom organskom bolesti i njezinim posljedicama, poput kardiovaskularnih tegoba i tegoba vezanih uz druge komorbidne bolesti koje dodatno narušavaju funkcioniranje pojedinca u svakom segmentu njegovog rada i života (18).

Poznato je da se anksioznost definira kao jedan od najsloženijih poremećaja s brojnim podvrstama. GAP ima posebno izražene simptome, koji se uvelike preklapaju s ostalim anksioznim poremećajima i depresijom i često prati KVB (19,20).

Prema dobivenim rezultatima, utvrđena je statistički značajna korelacija broja hospitalizacija i simptoma anksioznosti, pacijenti koji su češće hospitalizirani, manifestiraju veću razinu anksioznosti (Slika 10.).

Činjenica je da bolest, odnosno nenadana hospitalizacija, može djelovati uznemirujuće na pacijenta te može prouzročiti simptome anksioznosti, a sama dužina hospitalizacije popratno negativno djeluje na svakog pojedinca koji je suočen sa takvom činjenicom (14).

Postoje brojna druga istraživanja u skladu s rezultatima dobivenim našim istraživanjem. Tako npr. meta-analizom 20 studija iz 2010. godine, provedenom u Sjedinjenim Državama (N=249.846), procjenjuje se povezanost anksioznosti (anksioznost, panika,

fobija, posttraumatski stresni poremećaj i zabrinutost) s incidencijom KVB. Roest i sur. (2010) otkrili su da ispitani zdravi pojedinci s visokom anksioznošću imaju povećan rizik za incidenciju KVB (HR: 1,26; 95% CI: 1,15-1,38, $P < 0,0001$) i srčanu smrt (HR: 1,48, 95% CI: 1,14-1,92; $= 0,003$), neovisno o demografskim varijablama, biološkim čimbenicima rizika i zdravstvenom ponašanju (17).

Iako su uključene studije o PTSP, nije bilo značajnih razlika u procjeni razine anksioznosti. Međutim, meta-analička procjena povezanosti anksioznosti s KVB nije bila prilagođena za depresiju, koja je često popraćena s anksioznošću. Dvije velike prospektivne studije nacionalnih registara izvijestile su o povezanosti anksioznosti s incidencijom KVB. U švedskom istraživanju provedenom nad 49.321 muškaraca koji su procjenjivali anksioznost prije vojne službe, bilo koja dijagnoza anksioznog poremećaja bila je snažno povezana s incidencijom KVB i akutnim infarktomiokarda tijekom 37 godina praćenja (multivarijantna analiza HR: 2,17 (95% CI : 1,28-3,67) i 2,51 (95% CI: 1,38-4,55)(18).

Druga prospektivno kohortna studija od 25.895 finskih muškaraca i žena izvijestila je o značajnoj povezanosti anksioznosti s povišenim rizikom od incidencije KVB-a tijekom 7 godina praćenja. Međutim, nakon detaljne provedbe istraživanja, uključujući faktore rizika za nastanak depresije, jedina poveznica anksioznosti i KVB bile su ženske ispitanice, s HR od 1,24 (95% CI: 0,91-1,70). Nadalje, skala anksioznosti procijenila je somatske simptome kao što su palpitacija srca, nepravilan rad srca, bol u grudima povezana emocionalnim uzbuđenjem i znojenje, koji se ubrajaju u simptome kardiovaskularnih bolesti (19). Slična je usporedba anksioznosti s nepovoljnim ishodom u bolesnika s postojećim KVB-om. Na primjer, u nekim je studijama GAP povezan s povećanim rizikom za recidivirajući događaj i smrtnost od KVB-a (HR = 1,7-1,9), dok drugi nisu pronašli nikakvu povezanost za ovaj anksiozni poremećaj (20,21)

Još jedno 5-godišnje istraživanje depresivnih i anksioznih poremećaja utvrdilo je njihov snažan utjecaj na nastanak KVB-a (22).

Rezultati 6-godišnje nizozemske studije u koju je bilo uključeno 2510 sudionika kojima je postavljena dijagnoza anksioznost ili depresija prema DSM-IV, govore da je

106 ispitanika (4,2%) razvilo KVB. S obzirom na prisutnost trenutnih depresivnih i anksioznih poremećaja (HR = 2.86, 95% CI 1.49-5.49) ili dugotrajna depresija (HR = 2.30; 95% CI 1.10-4.80) značajno je povezana s povećanom incidencijom KVB-a, dok dugotrajna anksioznost (HR = 1,48; 95% CI 0,74-2,96) i poremećaji raspoloženja (HR = 1,48; 95% CI 0,80-2,75) nisu pokazali povezanost. Ozbiljnost simptoma bila je povezana s povećanim rizikom za nastanak KVB-a (depresija, depresivne simptomatologije po SD porastu: HR = 1,51, 95% CI 1,25-1,83)(23).

Postoje neki nedostaci koji su mogli utjecati na rezultate dobivene našim istraživanjem o stupnju anksioznosti, kao što su subjektivno poimanje anketiranja, fiksiranje na dosadašnju problematiku pogotovo kod pacijenata koji su u psihijatrijskom tretmanu, zabrinutost za ishod liječenja, strah od problema s kojim se pojedinac trenutno suočava, kao i moguća nezainteresiranost pacijenta za ispunjavanje anketnog upit-

nika. S obzirom da su dobiveni rezultati dobiveni subjektivnom tvrdnjom, ne može se jasno donijeti zaključak jesu li uistinu točni. Svakako je zabrinjavajuća činjenica da se više od polovice ispitanika susreće s ozbiljnim visokim, ili vrlo visokim stupnjem anksioznosti koji je, osim sa psihičkom bolesti, povezan i s kardiovaskularnom bolesti pa i sa drugim kroničnim bolestima i poremećajima te je podjednako izražen u odnosu na spolnu pripadnost ispitanika (Slika 11.).

Rezultati ovog istraživanja ukazuju na potrebu organiziranja liaison psihijatrijske službe tijekom liječenja od KVB-a, a, po otpustu, upućivanje na ambulantni psihijatrijski pregled radi procjene i odluke o daljnjem psihijatrijskom tretmanu. Rana procjena i otkrivanje simptoma anksioznosti osigurali bi pacijentima pravovremenu i odgovarajuću psihijatrijsku skrb što bi doprinijelo bržem oporavku od KVB.

ZAKLJUČAK

Rezultati dobiveni istraživanjem ukazuju da hospitalizacija kardiovaskularnih bolesnika, utječe na pojavu umjerenih i ozbiljnih simptoma anksioznosti. Pacijenti koji su češće hospitalizirani, manifestiraju ozbiljnije simptome anksioznosti u odnosu na one koji su hospitalizirani manji broj puta.

Uočena je prisutnost veće razine anksioznosti u pacijenta sa kroničnim bolestima kao što su dijabetes, artritis, lupus, osteoporoza, kao kod pacijenata sa registriranom psihijatrijskom dijagnozom.

Zabrinjavajući je podatak da čak 46% ispitivanih pacijenata uzima neki od psihofarmaka iako je kod samo 15% ispitivanih pacijenata potvrđena neka psihijatrijska dijagnoza.

Kardiovaskularne bolesti u komorbiditetu s neliječenim psihijatrijskim bolestima mogu dodatno narušiti svakodnevno funkcioniranje i smanjiti kvalitetu života oboljele osobe.

LITERATURA

1. Merikangas K. R., Kalaydjian A. E. Epidemiology of anxiety disorders. In: Sadock B. J., Sadock V. A., Ruiz P., Kaplan H. I. (Eds), Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams &Wilkins, Philadelphia, 2009, pp. 1856-1864.
2. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry*. 2006 Feb;51(2):100-13.
3. Begić D. Psihopatologija, treće, nepromijenjeno izdanje. Zagreb: Medicinska naklada, 2016.
4. Begić D. Suvremeno liječenje anksioznih poremećaja. Zagreb: Medicinska naklada, 2012.
5. Mahoney M. J. (1995). Continuing evolution of the cognitive sciences and psychotherapies. In R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy* (pp. 39-67). Washington, DC, US: American Psychological Association
6. Moro Lj., Frančišković T. i suradnici: Psihijatrija, udžbenik za više zdravstvene studije. Drugo izdanje. Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
7. Ohen ME, Badal DW, Kilpatrick A, Reed EW, White PD. The high familial prevalence of neurocirculatory asthenia, anxiety neurosis, effort syndrome. *Am J Hum Genet*. 1951 Jun; 3(2): 126-158.
8. Crowe R.R., Noyes R., Pauls D.L. & Slymen, D.(1983). A family study of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 40(10), 1065-1069
9. Stein MB. Neurobiology of generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*. 2009;70 Suppl 2:15-9.
10. Freud S. (1926) Inhibition symptoms and anxiety. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, vol XX: an autobiographical study, inhibitions, symptoms and anxiety, the question of lay analysis and other works. London: The Hogarth Press - Institute of Psychoanalysis, 75-176
11. Sullivan H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York, NY, US: W Norton & Co.
12. Bowlby J. (1959). Separation anxiety. *International Journal of Psycho-Analysts*, XLI.1-25. In Bretherton, I. (1992). *The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth*. *Developmental Psychology*, 28, 759-775.
13. Cohen BE, Edmondson D, Kronish IM. State of the Art Review: Depression, Stress, Anxiety, and Cardiovascular Disease. *Am J Hypertens*. 2015;28(11):1295-1302. doi:10.1093/ajh/hpv047
14. Avdibegović E. i saradnici. *Socijalna psihijatrija*. Tuzla, Off-Set, 2016.
15. Swinson RP; The GAD-7 scale was accurate for diagnosing generalised anxiety disorder. *Evid Based Med*. 2006 Dec 11(6):184.
16. Štrkalj Ivezić S, Folnegović Šmalc V, Mimica N. Dijagnostičko liječenje anksioznih poremećaja. *Medix [Internet]*. 2007 [pristupljeno 15.05.2020.];13(71):56-58. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/21897>
17. Tyrer P, Baldwin D. Generalised anxiety disorder. *Lancet* 2006;368:2156-66.
18. Marčinko D, Bilić V, Miličić D. Psihološko – psihijatrijski faktori kod oboljelih od koronarnih bolesti, Psihički poremećaji u somatskoj medicini i tjelesne bolesti u duševnih bolesnika: Zagreb 2012; 9-13.

19. Roest AM, Martens EJ, de Jonge P, Denollet J. Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. *J Am Coll Cardiol*. 2010 Jun 29;56(1):38-46.
20. Janszky I, Ahnve S, Lundberg I, Hemmingsson T. Early-onset depression, anxiety, and risk of subsequent coronary heart disease: 37-year follow-up of 49,321 young Swedish men. *J Am Coll Cardiol* 2010; 56:31-37
21. Nabi H, Hall M, Koskenvuo M, Singh-Manoux A, Oksanen T, Suominen S, Kivimäki M, Vahtera J. Psychological and somatic symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease: the health and social support prospective cohort study. *Biol Psychiatry* 2010; 67:378-385.
22. Martens EJ, de Jonge P, Na B, Cohen BE, Lett H, Whooley MA. Scared to death? Generalized anxiety disorder and cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease: The Heart and Soul Study. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67:750-758.
23. Roest AM, Zuidersma M, de Jonge P. Myocardial infarction and generalised anxiety disorder: 10-year follow-up. *Br J Psychiatry* 2012; 200:324-329.
24. Versteeg H, Hoogwegt MT, Hansen TB, Pedersen SS, Zwisler AD, Thygesen LC. Depression, not anxiety, is independently associated with 5-year hospitalizations and mortality in patients with ischemic heart disease. *J Psychosom Res* 2013; 75:518-525.
25. Seldenrijk A, Vogelzangs N, Batelaan NM, Wieman I, van Schaik DJ, Penninx BJ. Depression, anxiety and 6-year risk of cardiovascular disease. *J Psychosom Res* 2015, 78:123-129.