

Depresija med športniki

Avtorica:

Anisija Stojkowska, dr. med.

Mentor: prof. dr. Marjan Bilban, dr. med.

IZVLEČEK:

Zaradi stigmatizacije bolezni, ki zahteva psihiatrično zdravljenje, sta diagnoza in zdravljenje depresije pri športnikih še vedno težavna. Pozitiven vpliv fizične aktivnosti na mentalno zdravje temelji na kombinaciji fizioloških, psiholoških, socialnih in nevroloških mehanizmov. Pomembni dejavniki tveganja za razvoj depresije pri športnikih so poškodbe, upokožitev, spol, starost, uspeh, pandemija covid-19 idr. Pri športnikih se lahko simptomi depresije razlikujejo od simptomov pri ostalih ljudeh. Diagnozo depresije lahko postavimo po MKB-10 lestvici, DSM-V, specifično pri športnikih po Baronovi lestvici depresije. Psihofarmakoterapevtsko zdravljenje mora biti zelo premišljeno, saj lahko zdravilo povzroči neželene učinke in škodljivo vpliva na doseganje športnih rezultatov. Prav zato bi morali v proces zdravljenja vključiti konvencionalno psihoterapijo ali kognitivno-vedenjsko terapijo.

Ključne besede: športniki, fizična aktivnost, duševno zdravje, depresija, poškodbe, starost, neuspeh, covid-19, Baronova lestvica, psihofarmakoterapija, kognitivno-vedenjska terapija

ABSTRACT:

Due to the stigma associated with a potential psychiatric illness among athletes, the diagnosis and treatment of depression in this group remain a major challenge. The benefits of physical activity on mental health come from a combination of physiological, psychological, social and neurological mechanisms. Important risk factors for the development of depression in athletes are injuries, retirement, gender, age, failure, the COVID-19 pandemic... The symptoms of depression among athletes may differ from those witnessed in other people. Depression can be diagnosed according to the ICD-10, DSM-V scale, specifically for athletes according to the Baron depression scale. Psychopharmacotherapeutic treatment must be used very carefully because of the various side effects and possible unwanted effects on the sports results. Therefore, treatment should begin with conventional psychotherapy or cognitive behavioral therapy.

Keywords: athletes, physical activity, mental health, depression, injuries, age, failure, COVID-19, Baron scale, psychopharmacotherapy, cognitive behavioral therapy

UVOD

Na področju medicine športa se preventivno usmerjeno in multidisciplinarno organizirano izvajajo vse naloge preventivnega zdravstvenega varstva v športu (Čajavec, 2008). Zahteve, obremenitve in obremenjenosti vrhunškega športnika presegajo zmoglosti povprečne populacije, kar športnika uvršča med potencialno ogrožene. Pred začetkom ukvarjanja z izbrano športno panogo kandidat opravi preventivni zdravstveni pregled, v okviru katerega se ugotavlja njegova zdravstvena sposobnost za prenašanje obremenitev in zahtev določene športne panoge. Na obdobjih preventivnih zdravstvenih pregledih preverjamo, če obstoječe zdravstveno stanje še ustreza obremenitvam in zahtevam izbrane športne panoge. Pregledi so predvideni enkrat na leto. Pri trenerjih preglede opravljamo na 36 mesecev. Psihološki testi se izvajajo pri vrhunskih športnikih, trenerjih in sodnikih (Čajavec, 2008).

Življenje športnika, njegovi dosežki, pa tudi fizično zdravje danes v medijskem prostoru prejmejo ekstenzivno obravnavo. Fizične poškodbe so na primer že med tekmo natančno prikazane v ponovitvah videoposnetkov, nasprotno pa je le redko omenjeno športnikovo čustveno stanje in duševno zdravje. Zdi se, da je status depresivnega športnika še vedno v veliki meri tabu, zaradi stigme, povezane z morebitno športnikovo psihiatrično boleznijo, pa sta diagnoza in zdravljenje depresije pri športnikih še vedno velik izziv (Glick, 2009). Športniki se od nešportnikov bistveno razlikujejo predvsem v tem, da se pogosteje težje sprijaznijo z ugotovljenimi bolezenskimi stanji in jih skušajo prikriti (zlasti v višjih kvalitetnih razredih) (Čajavec, 2008). Nedavno so specialisti športne medicine in športne psihologije ter drugi raziskovalci svojo pozornost usmerili na ta pomemben problem, pretekla mnenja so namreč temeljila na predpostavki, da imajo športniki manj duševnih



zdravstvenih težav zaradi višje ravni fizične aktivnosti (Paluska, 2000). Aerobna vadba in treningi za moč resda dokazano zmanjšajo depresivne simptome. Kljub temu raziskave v veliki meri kažejo, da športniki še zdaleč niso odporni na depresijo. Empirične študije so celo pokazale, da pri športnikih kljub povišani ravni fizične aktivnosti obstaja enaka verjetnost za razvoj depresije kot v splošni populaciji. Več študij je obravnavalo visokošolske športnike in med rezultati navedlo, da se stopnja razširjenosti depresije med športniki giblje okoli 20 %, kar pomeni, da je eden od petih športnikov lahko depresiven (Reardon, 2010; Yang, 2007).

DEPRESIJA

Depresija je široka in heterogena bolezen, za katero sta značilna znižano oziroma depresivno razpoloženje (opisano kot žalost, izpraznjenost ali potrtost) in/ali izguba užitka pri večini aktivnosti. Resnost bolezni določata tako število kot izraženost simptomov (Švab 2012).

Depresijo lahko opredelimo na različne načine, in sicer glede na določene populacije, starostne skupine in področja sveta. Nekateri avtorji jo delijo na dve glavni obliki (Faulkner, 2019):

a) Velika (unipolarna) depresija

Določajo jo simptomi, ki vztrajajo večino dneva, skoraj vsak dan in vsaj dva tedna. Ti simptomi vplivajo na posameznikovo delazmožnost, spanec, sposobnost prehranjevanja, učenja in uživanja v življenju. Lahko gre za posamezno epizodo, ki se ne ponovi, pogosteje pa oseba v svoji življenjski dobi doživi več epizod.

b) Bipolarna depresija ali distimija

Gre za simptome depresije, ki trajajo dlje od dveh let. Oseba, ki ima diagnosticirano to obliko depresije, ima lahko epizode hude depresije z vmesnimi obdobji manj hudih simptomov.

FIZIČNA AKTIVNOST IN DEPRESIJA

Fizična aktivnost je dokazano sama po sebi nizkointenzivna terapija za depresijo, ki jo je treba upoštevati pred začetkom intenzivnega zdravljenja ali med čakanjem na nadaljnje zdravljenje depresije. Prevladuje mnenje, da fizična aktivnost koristno vpliva na mentalno zdravje v kombinaciji fizioloških, psiholoških, socialnih in nevroloških mehanizmov (Faulkner, 2019).

a) Fiziološki vidik: Fizična aktivnost zvišuje sproščanje endorfinov in endokanabinoidov, kemijskih substanc, ki spodbujajo sproščanje in sposobnost občutenja veselja ter manjšajo občutke bolečine. Prav tako se zmanjša produkcija stresnega hormona kortizola.

b) Psihološki vidik: Redna telesna vadba povečuje občutek samozavesti in izboljšuje samopodobo, reducira negativne misli.

c) Socialni vidik: Redna neposredna socialna interakcija (npr. v fitnesu, pri timskih športih) dviguje razpoloženje in lahko pomaga preprečiti depresijo.

d) Nevrološki vidik: Fizična aktivnost spodbuja produkcijo dopamina in serotonina, kar prispeva k pozitivnemu razpoloženju. Poleg tega pospeši krvni pretok skozi možgane in izboljšuje spomin.

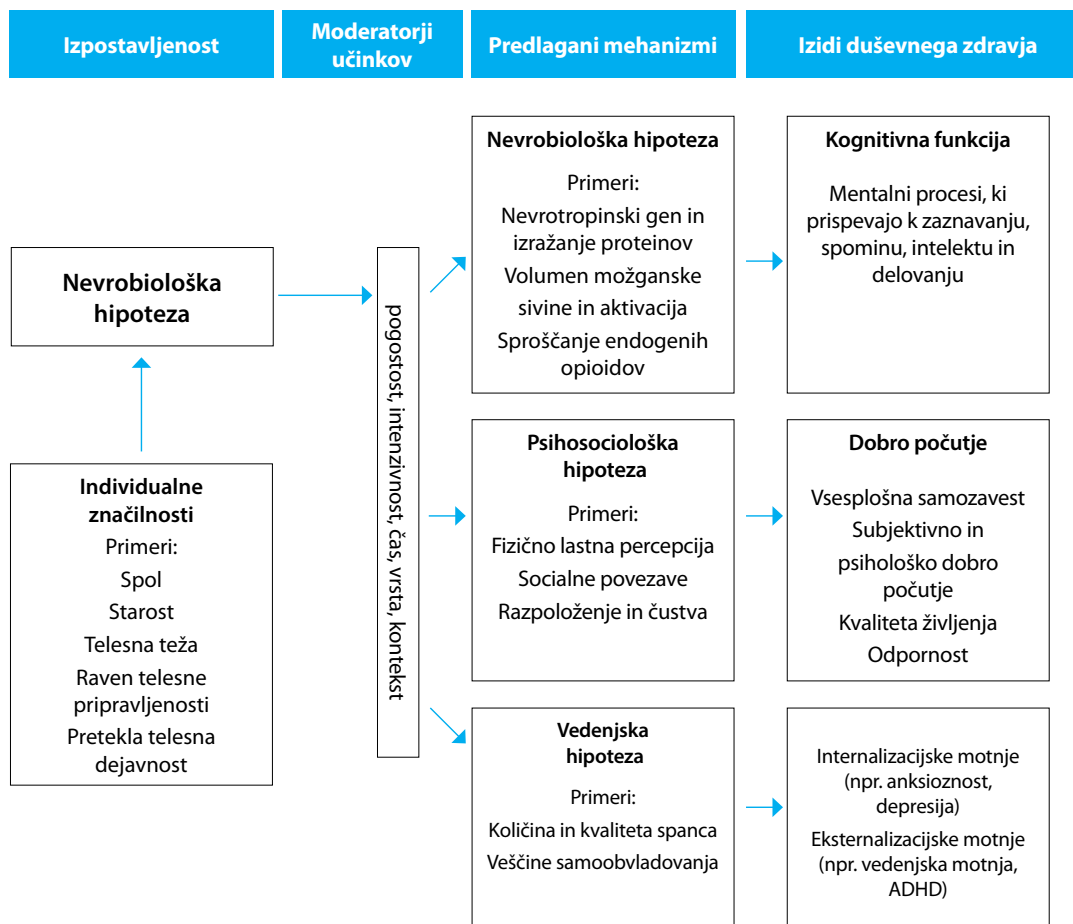


Tabela 1: Predlagani mehanizmi, preko katerih fizična aktivnost prispeva k zmanjšanju depresije (Faulkner, 2019)

Verjetno pa je najpomembnejša monoaminska hipoteza, ki temelji na dejstvu, da fizična aktivnost spodbuja aminergični sinaptični prenos v možganih, kar je najpomembnejše pri razlagi antidepresivnega učinka fizične aktivnosti (Paluska, 2000). Raziskovalci poudarjajo hipotezo o serotoninu, saj so danes največ v uporabi antidepresivna zdravila na njegovi osnovi (Wipfli, 2009). Funkcija večine antidepresivnih zdravil je omogočiti, da je čimveč serotonina na voljo za vezavo na celična receptorska mesta (Wipfli, 2009). Pri depresivnih ljudeh je prenos serotonina zmanjšan bodisi zaradi napake v metabolizmu, produkciji, ponovnem prevzemu bodisi prenosu (Paluska, 2000). S fizično aktivnostjo se proizvodnja serotonina poveča, kar pomeni, da ima telovadba podoben učinek kot antidepresivi (Wipfli, 2009).

DEJAVNIKI TVEGANJA ZA DEPRESIJO PRI ŠPORTNIKIH

Študije o visokošolskih in profesionalnih športnikih navajajo specifične dejavnike tveganja za depresijo (Stillman, 2016; Reardon, 2010). Med njimi je pomemben upad telesne zmogljivosti zaradi starosti. Pomembni dejavniki tveganja so tako akutne kot kronične poškodbe, še posebej tiste, ki športnike daljše obdobje ovirajo pri treningu in med tekmami. Študije kažejo tudi na to, da perfekcionistični pristop in obsesivno-kompulzivni rituali povečujejo možnost razvoja depresije pri športnikih. Prav tako tvegana so določena vedenja, kot so obvladovanje stresa z zlorabo substanc (npr. alkohola), igranje na srečo, nezvestoba, narcizem in tudi uporaba drog za izboljšanje zmogljivosti (npr. anabolni steroidi), ki lahko prispeva k povečanju tveganja za motnje razpoloženja. Drugi dejavniki tveganja

so psihosocialni dejavniki – sem sodijo pritiski ob športnih rezultatih, ob neuspešnosti, izgubi profesionalnosti, članstva v določenem timu in agresija v individualnem ali ekipnem tekmovanju.

V nadaljevanju obravnavamo nekatere dejavnike tveganja:

a) Poškodbe

Ni si težko predstavljati, kako ima lahko težja poškodba hude posledice za športnikovo duševno zdravje. Vedno več študij potrjuje povečanje depresije pri poškodovanih športnikih. Zdravniki športne medicine so ugotovili, da se je 80 % poškodovanih pacientov, vključenih v raziskavo, srečevalo s čustvenimi problemi, povezanimi s poškodbo, od teh 31 % pogosto in 49 % občasno (Mann, 2007).

Že leta 1995 so raziskovalci primerjali simptome depresije med športniki, ki so doživeli poškodbe, in tistimi, ki je niso (Brewer, 1995). Že takrat so športniki, ki so doživeli poškodbo, za nazaj poročali o bistveno več depresivnih simptomih kot tisti, ki niso bili poškodovani. V vzorec te študije je bilo vključenih 916 nogometašev, še študentov, na podlagi CES-D lestvice pa je bilo ugotovljeno, da kar 33 % športnikov s poškodbami izkazuje depresijo (Brewer, 1995).

Pred kratkim so v študiji srednješolskih in visokošolskih športnikov s pretresi možganov poročali o bistveno višjem nivoju depresije po 2, 7 in 14 dnevih pretresa (Kontos, 2012). Ugotovili so, da so povečani simptomi izrazitejši pri študentih, saj ti izkušajo višje nivoje tekmovalnosti, več stresa, prizadevajo si za štipendije in so frustrirani, ker ne vedo, kdaj natančno bodo lahko zopet začeli s treningi, kdaj

bodo okrevali. Obremenjujejo jih tudi težave pri treningih, ki so posledice same poškodbe. Hkrati lahko izolacija od prijateljev in soigralcev v času poškodbe še okrepi čustvene posledice, športniki so lahko frustrirani, saj ne morejo pripomoči k skupinskim zmagam, obžalujejo zamujene priložnosti in nagrade. Pomembno je, kako športnik dojema lastno poškodbo, kar je odvisno od njegovih osebnostnih lastnosti (npr. starosti, samozavesti) kot tudi od situacijskih dejavnikov (resnosti poškodbe, trajanja, bolečine, socialne podpore). Depresivni športniki, vključeni v študijo, so imeli oslABLJENE nevrokognitivne funkcije, poročali so na primer o oslABLJENEM reakcijskem času in šibkejšemu vizualnemu spominu (Kontos, 2012).

Nedavne študije dokazujejo tudi, da imajo pretresi možganov lahko precej dolgotrajen čustveni vpliv. V nedavni raziskavi, ki je vključevala 1044 upokojenih nogometašev Ameriške nogometne lige, je bilo ugotovljeno, da se je 9-letno tveganje za diagnozo depresije povečalo s številom doživetih pretresov možganov (Kerr, 2012). Upokojeni športniki, ki so poročali o treh ali več pretresih, so imeli trikrat večjo verjetnost za diagnozo depresije v primerjavi s športniki brez pretresov možganov. Pri depresiji, povezani s pretresom možganov, se dalje pojavlja vprašanje, kakšen je pri tem nevrološki mehanizem. Rezultati funkcionalne slikovne študije so pokazali, da je prefrontalno področje možganov možno anatomsko mesto za depresijo in hkrati za poškodbo ob pretresu možganov. Ugotovljeno je bilo, da frakcijska anizotropija, ki prikazuje gostoto vlaken, premer aksona in mielinizacijo v beli substanci možganov (natačneje v forceps minorju), lahko diferencira depresivne od nedeprativnih športnikov s 100% občutljivostjo in 95% specifičnostjo (Strain, 2013). Tako difuzijska MRI predstavlja obetaven biomarker za napovedovanje depresije.

Razne študije obravnavajo tudi vpliv tipa poškodbe na mentalno zdravje. V študiji, v katero so bili vključeni univerzitetni športniki iz različnih športnih disciplin, je bilo pri tistih, ki so utrpeli poškodbo sprednje križne vezi na enem kolenu, ugotovljeno sedemkratno povečanje tveganja za depresivne simptome, medtem ko je bilo pri tistih s pretresom možganov tveganje le trikrat povečano (Mainwaring, 2010). Stanje depresije je bilo hujše pri tistih s poškodbo sprednje križne vezi, poleg tega je trajalo dlje kot pri tistih s pretresom; športniki s poškodbo vezi so namreč kazali simptome depresije 11 dni po poškodbi, medtem ko je depresija pri tistih s pretresom dosegla vrhunec četrty dan in je minila po enem tednu. Študija je potrdila tudi, da bi lahko bili depresivni simptomi prisotni kot posledica nenadne prekinitev z intenzivnimi treningi. Slednje lahko vpliva na nevrološke procese, zmanjša se na primer sproščanje endogenih opiatov, povezanih z dobrim počutjem (Mainwaring, 2010).

b) Upokojitev

Ni težko predvideti, da bo športnik po upokojitvi nagnjen k razvoju depresije, zato je tudi veliko študij skušalo obravnavati čustveno stanje športnika na prehodu iz aktivnega tekmovalca v upokojenca. Študija, ki je obravnavala kar 3377 upokojenih športnikov Ameriške nogometne zveze, je pokazala, da je 14,7 % testiranih športnikov kazalo simptome zmerne do hude depresije, 7 % jih je navedlo, da sta zaradi depresivnih simptomov njihovo delo in življenje zelo težka (Schwenk, 2007). Poročali so o težavah pri iskanju zaposlitve in zadovoljstva pri delu, o težavah s spanjem, finančnih težavah, težavah v odnosih in partnerstvu, težavah z ohranjanjem telesne pripravljenosti in s pridobivanjem telesne teže. V veliki meri je bila pri njih prisotna komorbidnost s kronično bolečino – kar 52,1 % udeležencev



raziskave je navajalo občasno prisotnost bolečine (Schwenk, 2007). Med razlogi za to, da niso poiskali zdravniške pomoči, pa so navedli: neprepoznavnost pomembnosti novonastalih problemov, osramočenost zaradi pričakovanj prijateljev in družine, občutek nemoči idr.

Raziskovalci so ugotovili tudi, da obstaja razlika v posledicah za mentalno zdravje med tistimi športniki, ki so kariero zaključili predčasno oziroma nenačrtovano (na primer zaradi izključitve iz ekipe ali nastanka poškodbe), in tistimi, ki so zaključek vnaprej načrtovali (osebna odločitev) (Wippert, 2010). Z načrtovanjem upokojitve imajo športniki namreč večji nadzor nad novonastalo osebno situacijo. Hkrati pa so tako tisti, ki so upokojitve načrtovali, kot tisti, ki je niso, prehod označili kot stresen (Wippert, 2010).

c) Mladi

V raziskavah je bilo tudi ugotovljeno, da so mladi športniki izpostavljeni velikim pritiskom s strani staršev, trenerjev, poudarek je na zmagovanju na tekmah, kar pa jih lahko pahne v depresijo. Da mladi športniki doživljajo hude duševne stiske, kaže tudi študija o 71 športnikih, ki so o samomoru razmišljali, so ga poizkusili izvesti ali so ga naredili (Baum, 2005). Kar 66 jih je samomor uspešno dokončalo, od tega je bilo 61 moških, starih le 22 let. Za pomembnega se je izkazal tip športa, saj se je največ samomorov (42 %) zgodilo pri kontaktnem športu, nogometu.

d) Ženske

Veliko študij navaja ženski spol kot dejavnik tveganja za depresijo. Število športnic, ki se spopadajo z depresijo, narašča (Baron, 2013). Prevalenca depresije je pri ženskah dvakrat večja kot pri moških, hkrati je tudi pri njih več komorbidnosti. Nekateri hipoteze pravijo, da so športnice izpostavljene večjemu številu stresorjev in da ponotranjijo stresno situacijo na drugačen način kot moški (Hammond, 2013). Hkrati športnice menijo, da so deležne manj podpore s strani družbe kot sovrstnice, ki niso športnice, kar zmanjšuje njihovo sposobnost spopadanja s stresom in povečuje ranljivost za depresijo. Možna razlaga prevladanja depresije pri ženskem spolu pa je tudi ta, da ženske športnice na splošno lažje poiščejo pomoč in poročajo o svojih težavah (Hammond, 2013). Vseeno se morajo strokovnjaki s področja športne medicine zavedati, da je pri ženskah še posebej izrazita somatizacija duševnih težav, zato lahko ostane depresija neprepoznana. Pomembno je, da to upoštevajo pri obravnavi športnice, ki je doživela travmatični dogodek in ima pozitivno družinsko anamnezo za depresijo (Baron, 2013).

e) Neuspeh

Študije kažejo na možnost razvoja depresivnih simptomov, če športnik ne dosega zastavljenih ciljev. Med vrhunskimi športniki, ki sodijo med 25 % najboljših, so ugotovili, da jih po kriterijih DSM-IV kar 66 % trpi za depresijo, 41 % športnikov pa je poročalo o blagih do zmernih simptomih (Hammond, 2013). Razlog za povečano prevalenco med njimi je bil, če upoštevamo izsledke študije, izrazito poudarjen pomen neuspeha. Tekmovalni rezultati bistveno vplivajo na njihovo mentalno zdravje. Če so plavalci na tekmi dosegli slabši čas in posledično slabši rezultat, so bili tako depresivnejši. Poleg tega neuspeh ni vplival le na (ne)izbira tega športnika v

določenem timu in na njegovo financiranje, pač pa tudi na identiteto posameznika kot športnika (Hammond, 2013).

f) Covid-19

Učinki pandemije koronavirusne bolezni 2019 (covid-19) so negativno vplivali na duševno zdravje številnih športnikov in povečali število poročil o depresiji in simptomih tesnobe (Davis, 2020). Spremembe urnikov treningov in tekmovanj lahko pri športnikih povzročijo čustveno stisko, medtem ko sočasne vladne omejitve (npr. socialna izolacija, karantena) okrnijo dostopnost socialne in čustvene podpore.

Španski raziskovalci so ugotavljali vpliv zaprtja na mentalno zdravje 1248 španskih športnikov (Jaenes, 2021). Rezultati so pokazali, da so tisti športniki, ki jim je primanjkovalo motivacije, v obdobju zaprtja poročali o več stresnih mislih, vedenjskih težavah in čustvenih pretresih (jeza, utrujenost, napetost in depresija). Študija je tudi pokazala, kako sta za športnikovo čustveno počutje dragocena podpora in treniranje, saj preprečujeta škodljive učinke izolacije med pandemijo.

Najnovejše študije kažejo, da lahko protokol ekspresivnega pisanja (angl. *Written Emotional Disclosure*) pozitivno vpliva na mentalno zdravje športnikov in jim pomaga pri vrnitvi na tekmovanje po pandemiji (Davis, 2020).

SIMPTOMI

Pri športnikih se lahko simptomi depresije razlikujejo od simptomov pri ostalih ljudeh (Baron, 2013). Športniki, ki trpijo za depresijo, niso nujno žalostni. Njihovi simptomi se lahko kažejo kot povečana iritabilnost, slabši uspeh v športni vadbi, pogosto tudi izgubljajo telesno težo, kar lahko velikokrat zamenjamo za anoreksijo nervozo.

Depresija ovira športnike pri sposobnosti treniranja in tekmovanju. Ker imajo trenerji ključno vlogo v življenju športnikov, je pomembno, da opazijo simptome in varovance spodbudijo k iskanju pomoči. Možni znaki, ki jih je mogoče opaziti, so: povešena drža, pomanjkanje interesa, zamujanje ali odsotnost s treningov, zmanjšanje prisotnosti in participacije nasploh (Baron, 2013). Med druge indikacije depresije uvrščamo težave s prekomerno samokritičnostjo ter postavljanje nerealistično visokih standardov in zahtev. Posebno pozornost je treba posvetiti pretreniranosti, saj je ta lahko tako vzrok kot simptom depresije (Armstrong, 2002). Včasih je zahtevno ločiti med pretreniranostjo in veliko depresivno motnjo, saj imata lahko skupne simptome (utrujenost, nespečnost, sprememba apetita, izguba telesne teže, izguba motivacije in zmanjšana koncentracija). Obstajajo pomembne fiziološke razlike: pri pretreniranosti imajo pacienti pospešen srčni utrip in povišan krvni tlak, mišično bolečino in spremenjeno raven hormonov v serumu. Še pomembnejša razlika nastopi po prenehanju treninga: pri pretreniranosti se razpoloženje takoj izboljša, medtem ko se pri depresiji pri nedejavnem športniku simptomi poslabšajo.

Strokovnjaki, ki delajo s športniki, se morajo zavedati, da lahko depresijo zamenjajo za pretreniranost, vendar hkrati tudi tega, da se lahko oba pojma pojavita sočasno.



DIAGNOZA

Postavitev diagnoze po kriterijih Mednarodne klasifikacije bolezni, 10. verzija (MKB-10), zahteva vsaj štiri od desetih simptomov depresije (Švab, 2012). Po ameriških kriterijih *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) pa postavitev diagnoze zahteva vsaj pet od devetih simptomov depresije. Simptomi morajo trajati vsaj dva tedna, vsak simptom pa mora biti prisoten večino dneva. DSM-IV kriteriji zahtevajo obvezno prisotnost enega, MKB-10 kriteriji pa obvezno prisotnost vsaj dveh ključnih simptomov: nizko razpoloženje, izgubo zanimanja in užitka ter izgubo energije. Po MKB-10 kriterijih diagnosticiramo blago depresivno epizodo, če sta prisotna vsaj dva ključna simptoma in še vsaj dva ostala simptoma; zmerno, če sta prisotna vsaj dva ključna in vsaj trije ostali; hudo, če so prisotni vsi trije ključni in še vsaj štirje drugi simptomi. Ključni simptomi so v Tabeli 2 v ležeči pisavi.

MKB-10 simptomi	DSM-IV simptomi
<i>depresivno razpoloženje</i>	<i>depresivno razpoloženje</i>
<i>izguba zanimanja in užitka pri večini aktivnosti</i>	<i>izguba zanimanja in užitka pri večini aktivnosti</i>
<i>izguba energije</i>	utrujenost ali izguba energije
zmanjšan apetit	hujšanje (vsaj 5 % teže na mesec)
nespečnost	nespečnost ali prekomerna zaspanost
občutki nevrednosti ali krivde	občutki nevrednosti ali krivde
zmanjšana koncentracija	zmanjšana koncentracija ali zmožnost sprejemanja odločitev
misli o poškodovanju samega sebe	ponavljajoče se misli o smrti, samomoru ali samomorilni načrt ali poskus samomora
pesimistične misli	psihomotorna upočasnenost ali agitacija
zmanjšani samopodoba in samozavest	

Tabela 2: Simptomi depresije (Švab, 2012)

Pri športnikih je lahko diagnoza – zaradi atipične prezentacije depresije – otežena (Baron 2013). Pri postavitvi diagnoze depresije je treba tudi upoštevati športnikovo situacijo. Če je na primer igralec tenisa še nedavno igral na svoji optimalni ravni, zdaj pa je izgubil določeno tekmo, ima manjšo verjetnost za razvoj depresije kot nekdo, ki se pri športu že dlje časa vede obupano (Baron 2013).

Za diagnosticiranje depresije pri športnikih se uporablja specifična, Baronova lestvica (angl. Baron Depression Screener for Athletes) (Baron, 2013). Gre za vprašalnik, preko katerega športnik poroča o lastnem počutju, anhedoniji, povezani s športom, izgubi teže, utrujenosti, samopodobi, uživanju substanc, misli o samomoru itd. Orodje je presajalno, kar pomeni, da določen rezultat ne pomeni avtomatično diagnoze velike depresivne motnje. Kljub temu mora športnika, ki ima oceno več kot 5, obravnavati strokovnjak za duševno zdravje.

	Nikoli (0)	Včasih (1)	Pogosto (2)
<i>Počutim se žalostno tudi po uspešnem treningu ali tekmi.</i>			
<i>Redkokdaj me tekme veselijo in izgubil/-a sem zanimanje za moj šport.</i>			
<i>Moji športni dosežki mi ne prinašajo zadovoljstva.</i>			
Imam težave z apetitom in težo.			
Ko se zjutraj zbudim, se ne počutim spočito in sveže.			
Imam težave z vzdrževanjem pozornosti in koncentracije.			
Počutim se neuspešno kot oseba in kot športnik.			
Ne morem prenehati razmišljati o neuspehu in o prenehanju športne kariere.			
Za izboljšanje razpoloženja pijem alkohol ali jemljem dodatke.			
Imam samomorilne misli.			

Tabela 3: Baronova lestvica za ocenjevanje depresije pri športnikih⁽²⁵⁾

ZDRAVLJENJE

Kot že omenjeno, športniki zaradi konkretnih okoliščin in načina razmišljanja neradi poiščejo pomoč v primeru psihiatrične bolezni. Bili bi zaskrbljeni zaradi morebitnih neželenih stranskih učinkov antidepresivne terapije ter njenega vpliva na uspeh, športne rezultate. Navajeni so, da je treba fizično bolečino prenesti in zdržati brez drugih mehanizmov obvladovanja, da morajo biti »trd oreh« tudi, ko doživljajo emocionalni stres (Baron, 2013). Ko psihiater zdravi depresivnega športnika, mora psihofarmakološko zdravljenje skrbno načrtovati. Ob predpisovanju psihiatričnih zdravil se mora tudi sam zavedati, kako problematični so lahko neželeni stranski učinki, poleg tega mora skrbeti za varnost in protidopinško politiko (Reardon, 2016). Seznanjen mora biti s seznamom prepovedanih substanc, ki ga vodi Svetovna protidopinška agencija, poleg tega mora imeti pregled nad sezname prepovedanih psihoaktivnih sredstev, ki veljajo za nekatere posamezne športe.

Študije kažejo, da so psihiatri depresivnim športnikom v 63 % primerov predpisovali fluoksetin, v 21 % venlafaksin, v 16 % SSRI na splošno, v 11 % bupropion in v manj kot 5 % klomipramin, fluvoksamin, nefazodon ali paroksetin. Za fluoksetin (selektivni zaviralec ponovnega privzema serotonina (SSRI)) so se odločili zaradi njegovih stimulirajočih lastnosti in dejstva, da ne vpliva na povišanje telesne teže (Reardon, 2010). V splošnem so zdravniki raje predpisovali zdravila, ki imajo sorazmerno bolj »energičen« vpliv na počutje in manj verjetno povzročajo sedacijo, povečanje



telesne mase, neželene učinke na srce in tremor. Zdravniki Mednarodnega združenja za športno psihiatrijo so proti depresiji radi predpisovali bupropion (zaviralec ponovnega privzema dopamina in noradrenalina) (Reardon, 2016).

Pomembna težava metodologij, uporabljenih v študijah, je določanje načina, ki bi omogočil neporedno razvidnost škodljivih vplivov zdravil na rezultate športnikov (Reardon, 2010). Pri tem je treba najti zelo natančno merilo, ki bi zaznalo povsem majhne, a pomembne vplive na športnikove sposobnosti. Najpomembnejše rezultate bi dobili, če bi športniki tekmovali po aplikaciji zdravila, a je v teh primerih lahko ogrožena njihova kompetitivnost. Optimalno študijo, ki bi kazala na učinke teh zdravil, je težko izpeljati. Težko je tudi oceniti učinke na športnikove sposobnosti po le eni dozi zdravila. Veliko psihotropnih zdravil namreč dosega terapevtske učinke šele po nekaj tednih neprekinjene uporabe (Reardon, 2010).

Upoštevajoč te zadržke, lahko rečemo, da farmakoterapija ne pride v poštev kot prva izbira zdravljenja. Začeti bi morali s konvencionalno psihoterapijo ali kognitivno-vedenjsko terapijo (Baron, 2013). Pri visokozmogljivih športnikih je lahko kognitivno-vedenjska terapija (KVT) precej učinkovita, saj so zanje značilne rutine vraževerja in obsesivna prepričanja o srečnih številkah ter raznih predmetih, ki prinašajo srečo. KVT je potrjeno učinkovita metoda zdravljenja depresije, ki skuša poiskati pacientove nerealistične negativne misli o sebi, lastnih dogodkih in ravnanjih, o svetu in pričakovani prihodnosti. Cilj terapevta je, da izpodbija ta pretirana prepričanja z alternativnimi razlagami in pokaže pacientu, da lahko s spremembo misli in obnašanjem sam vpliva na svoja čustva.

Ta metoda je ustrezna za športnike zaradi različnih razlogov. Športniki so navajeni prejemati nasvete trenerjev in se zanašati nanje, naloga kognitivno-vedenjskega terapevta pa je, da posluša, uči in spodbuja. Tako kot dobivajo navodila med treningi, športniki tudi med terapijo te vrste prejmejo t. i. domače naloge, da okrepijo strategije, pridobljene med sesijami. V primerjavi z drugimi psihoterapijami je KVT dokaj kratkotrajna, kar pomeni, da je primerna za depresivne športnike, ki iščejo hitre rezultate.

ZAKLJUČEK

V članku je obravnavan pojem depresije pri športnikih. Navedli smo etiologijo in specifične dejavnike tveganja, ki se lahko pri športnikih pojavijo (poškodbe, upokojitve, mladi, ženski spol, neuspeh, pandemija covid-19 itn.). Simptomi in diagnoze se v primerjavi z ostalo populacijo pri športnikih lahko razlikujejo. Pri zdravljenju pa je najbolj učinkovit pristop kognitivno-vedenjska terapija. Zdravniki vseh specializacij se morajo zavedati, da je lahko kljub povečani ravni fizične aktivnosti (ki velja za varovalni mehanizem) športnikovo duševno zdravje prizadeto. Prvi kontakt z depresivnim športnikom ima lahko specialist športne medicine, kar pomeni, da je bistveno, da je pri svojih pacientih sposoben prepoznati znake depresije in jih ustrezno obravnavati ali napotiti k drugemu specialistu. Sicer še dandanes velja zgodovinska hipoteza »zdrav duh v zdravem telesu«, a je treba upoštevati, da se tudi pri vrhunskih športnikih neredko pojavi depresija.

VIRI

1. Armstrong, L. E., in VanHeest, J. L. (2002). The Unknown Mechanism of the Overtraining Syndrome. *Sports Medicine*, 32(3), 185–209.
2. Baron A. B., Reardon C. L., in Baron S. H. (2013). *Clinical Sports Psychiatry: An International Perspective*, First Edition.
3. Baum, A. L. (2005). Suicide in Athletes: A Review and Commentary. *Clinics in Sports Medicine*, 24(4), 853–869.
4. Brewer B. W., in Petrie T. A. (1995) A Comparison Between Injured and Uninjured Football Players on Selected Psychosocial Variables. *Acad. Athl.*
5. Čajavec, R. (2008). *Medicina športa: priročnik*. Celje: Diagnostični center.
6. Davis, P. A., Gustafsson, H., Callow, N., in Woodman, T. (2020). Written Emotional Disclosure Can Promote Athletes' Mental Health and Performance Readiness During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychology*, 11.
7. Faulkner, G., in Karim, K. (2019). *Brunker & Khan's Clinical Sports Medicine: The Medicine of Exercise*, Volume 2, 5e. Sidney: MacGraw Hill.
8. Glick, I. D., in Horsfall, J. L. (2009). Psychiatric Conditions in Sports: Diagnosis, Treatment, and Quality of Life. *The Physician and Sportsmedicine*, 37(3), 29–34
9. Hammond, T., Gialloreti, C., Kubas, H., in (Hap) Davis, H. (2013). The Prevalence of Failure-Based Depression Among Elite Athletes. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 23(4), 273–277.
10. Jaenes, J. C., in Rubio, D. A. (2021). Emotional Reactions and Adaptation to COVID-19 Lockdown (or Confinement) by Spanish Competitive Athletes: Some Lesson for the Future.
11. Kerr, Z. Y., Marshall, S. W., Harding, H. P., in Guskiewicz, K. M. (2012). Nine-Year Risk of Depression Diagnosis Increases With Increasing Self-Reported Concussions in Retired Professional Football Players. *The American Journal of Sports Medicine*, 40(10), 2206–2212.
12. Kontos, A. P., Covassin, T., Elbin, R. J., in Parker, T. (2012). Depression and Neurocognitive Performance After Concussion Among Male and Female High School and Collegiate Athletes. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(10), 1751–1756.
13. Mainwaring, L. M., Hutchison, M., Bisschop, S. M., Comper, P., in Richards, D. W. (2010). Emotional response to sport concussion compared to ACL injury. *Brain Injury*, 24(4), 589–597.
14. Mann, B. J., Grana, W. A., Indelicato, P. A., O'Neill, D. F., in George, S. Z. (2007). A Survey of Sports Medicine Physicians regarding Psychological Issues in Patient-Athletes. *The American Journal of Sports Medicine*, 35(12), 2140–2147.
15. Paluska, S. A., in Schwenk, T. L. (2000). Physical Activity and Mental Health. *Sports Medicine*, 29(3), 167–180.
16. Reardon, C. L., in Creado, S. (2016). Psychiatric Medication Preferences of Sports Psychiatrists. *The Physician and Sportsmedicine*, 44(4), 397–402.
17. Reardon, C. L., in Factor, R. M. (2010). Sport Psychiatry. *Sports Medicine*, 40(11), 961–980.
18. Schwenk, T. L., Gorenflo, D. W., Dopp, R. R., in Hipple, E. (2007). Depression and Pain in Retired Professional Football Players. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 39(4), 599–605.
19. Stillman, M. A., Brown, T., Ritvo, E. C., in Glick, I. D. (2016). Sport Psychiatry and Psychotherapeutic Intervention, Circa 2016. *International Review of Psychiatry*, 28(6), 614–622.
20. Strain, J., Didehban, N., Cullum, C. M., Mansinghani, S., Conover, H., Kraut, M. A., ... Womack, K. B. (2013). Depressive Symptoms and White Matter Dysfunction in Retired NFL Players With Concussion History. *Neurology*, 81(1), 25–32.
21. Švab I., Rotar P. D. (2012). *Družinska medicina: učbenik*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2012.
22. Wipfli, B., Landers, D., Nagoshi, C., in Ringenbach, S. (2009). An Examination of Serotonin and Psychological Variables in the Relationship Between Exercise and Mental Health. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 21(3), 474–481.
23. Wippert, P. M., Wippert, J. (2010). The Effects of Involuntary Athletic Career Termination on Psychological Distress. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 4(2), 133–149.
24. Yang, J., Peek-Asa, C., Corlette, J. D., Cheng, G., Foster, D. T., in Albright, J. (2007). Prevalence of and Risk Factors Associated With Symptoms of Depression in Competitive Collegiate Student Athletes. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 17(6), 481–487.
25. U SPORTS Mental Health Best Practices 2020 Guidelines.