



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Κατάθλιψη και νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Φοιτήτρια

Στρατούλα Γαλάνη AM 1017

Υπεύθυνη καθηγήτρια

Γκούβα Μαίρη

Καθηγήτρια Ψυχολογίας Ασθενών

Ιωάννινα, 2022

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
Εισαγωγή.....	4
Σκοπός.....	4
Υλικό και μέθοδος.....	4
Αποτελέσματα.....	4
Συμπεράσματα.....	4
Λέξεις ευρετηρίου.....	4
ABSTRACT.....	5
Introduction.....	5
Aim.....	5
Materials and methods.....	5
Results.....	5
Conclusions.....	5
Keywords.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	7
1. Συμπτώματα κατάθλιψης	7
2. Διάγνωση κατάθλιψης	8
3. Κατάθλιψη στην εφηβεία	9
3.1 Λόγοι εμφάνισης κατάθλιψης στην εφηβεία	10
4. Κατάθλιψη στις γυναίκες	11
4.1 Παράγοντες εμφάνισης κατάθλιψης στις γυναίκες	12
4.2 Κατάθλιψη κατά την διάρκεια εγκυμοσύνης	12

4.3 Επιλόχειος κατάθλιψη.....	13
4.4 Κατάθλιψη στην εμμηνόπαυση.....	13
5. Κατάθλιψη στους άντρες	14
6. Κατάθλιψη μετά από αρρώστια ή ατύχημα.....	14
6.1 Κατάθλιψη σε ασθενείς της μονάδας εντατικής θεραπείας	16
6.2 Κατάθλιψη σε ασθενείς με καρκίνο	17
7.Θεραπεία.....	18
7.1 Καινούργια αντικαταθλιπτικά	18
7.2 Ψυχοθεραπεία	18
7.3 Σωματική άσκηση ως μέσο θεραπείας	19
7.4 Η μουσική ως μέσο θεραπείας	19
7.5 Παράγοντες που επηρεάζουν την θεραπεία	19
8. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	22
Ειδικό Μέρος	23
Μελέτη περίπτωσης	23
Σκοπός της παρούσας μελέτης.....	23
Υλικό και Μεθολογική προσέγγιση του ερευνητικού ερωτήματος	23
Αποτελέσματα.....	24
1.1 Επιπολασμός κατάθλιψης και αθλητές.....	24
1.2Αθλητικοί τραυματισμοί και κατάθλιψη.....	25
1.3Τερματισμός καριέρας.....	26
2.1Απόδοση και κατάθλιψη.....	27
2.2Αυτοκτονία.....	28
3 Συμπεράσματα και Συζήτηση.....	28

Βιβλιογραφικές παραπομπές.....	30
--------------------------------	----

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ένα από τα κυριότερα ψυχολογικά ζητήματα που αφορούν τους ανθρώπους από την εφηβική ηλικία μέχρι και έγκυες γυναίκες είναι η κατάθλιψη. Οι λόγοι που μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη σε ένα άτομο είναι πολλοί και διαφορετικοί στον καθένα όπως ένα έντονο περιστατικό που μπορεί να συμβεί από ένα ατύχημα μέχρι τον θάνατο κάποιου στενού προσώπου, την εγκυμοσίνη μιας γυναίκας η ακόμη απλώς και η εφηβεία. Τα συμπτώματα που εκδηλώνονται είναι κοινά τις περισσότερες περιπτώσεις. Επειδή η κατάθλιψη μπορεί να πάρει πολλές διαστάσεις για αυτό είναι σημαντικό να υπάρξει στήριξη και παροχή βοήθειας όχι μόνο από την οικογένεια αλλά και από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η πραγματοποίηση ανασκόπησης της βιβλιογραφίας για την σωστή ανάλυση και εντοπισμό των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στην κατάθλιψη.

Υλικό – Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων pubmed και google scholar. Το υλικό της εργασίας αποτέλεσαν άρθρα τα οποία έχουν δημοσιευθεί κυρίως τα τελευταία είκοσι χρόνια, και όσο αναφορά την γλώσσα χρησιμοποιήθηκαν άρθρα και από ελληνικά αλλά και αγγλικά. Λέξεις κλειδιά για την αναζήτηση ήταν κατάθλιψη(depression), εφηβεία(puberty), επιλόχειος(postpartum). Και τέλος χρησιμοποιήθηκε το φίλτρο ταξινόμηση κατά συνάφεια και λογικοί τελεστές (and, in).

Αποτελέσματα: Κατά την διάρκεια της κατάθλιψης ο κάθε άνθρωπος βιώνει την δική του δύσκολη καθημερινότητα αντιμετωπίζοντας τα συμπτώματα που επιδρούν στην ψυχική , την πνευματική αλλά και σωματική ισοροπία καθιστώντας την ευάλωτη. Για αυτό χρειάζεται μια καλή ψυχολογική υποστήριξη και η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή την οποία ο νοσηλευτής μπορεί να ενθαρρύνει ώστε το άτομο να οδηγηθεί σε καλύτερη ποιότητα ζωής.

Συμπεράσματα: Μπορούμε να καταλάβουμε ότι ο νοσηλευτής μπορεί να έχει ενεργό ρόλο στην σωστή καθοδήγηση και αποτελεσματική θεραπεία των ατόμων.

Λέξεις Κλειδιά: κατάθλιψη, εφηβεία, εγκυμοσίνη, επιλόχειος κατάθλιψη, ατύχημα, θάνατος, ρόλος νοσηλεύτη, θεραπεία.

ABSTRACT

Introduction: One of the main psychological issues that concern people from adolescence to pregnant women is depression. The reasons that can cause depression in a person are many and different to each one, such as an intense incident that can happen from an accident to the death of a close person, a woman's pregnancy or even just adolescence. The symptoms that occur are common in most cases. Because depression can take many forms it is important to have support and help not only from the family but also from the nursing staff.

Purpose: The purpose of this work is to review the literature for the correct analysis and identification of nursing interventions in depression.

Material- Method: A review of the international and Greek literature in the electronic databases pubmed and google scholar. The material of the work were articles that have been published mainly in the last twenty years, and as far as the language is concerned, articles from both Greek and English were used. Keywords for the search were depression, adolescence (puberty), postpartum. Finally, the relevance filter and logical operators (and, in) were used.

Results: During depression, each person experiences their own difficult daily life, dealing with the symptoms that affect the mental, spiritual and physical balance, making it vulnerable. This requires good psychological support and appropriate medication which the nurse can encourage to lead the person to a better quality of life.

Conclusions: We can understand that the nurse can play an important role in the proper guidance and effective treatment of individuals.

Keywords: depression, adolescence, pregnancy, postpartum depression, accident, death, nurse role, treatment

Εισαγωγή

Η μεγαλύτερη ψυχιατρική περίθαλψη παρέχεται σε χώρους πρωτοβάθμιας περίθαλψης, όπου η κατάθλιψη είναι το πιο συχνό εμφανιζόμενο ψυχιατρικό σύμπτωμα. Δεδομένου των υψηλών ποσοστών ατόμων με κατάθλιψη παγκοσμίως και των καθιερωμένων συνεπειών της μη θεραπευμένης κατάθλιψης, η σημασία της ικανότητας των κλινικών ιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης να τη διαγνώσουν και να τη θεραπεύσουν αποτελεσματικά είναι εξαιρετικά σημαντική. (R.MacCarron, B.Shapiro, J.Rawles, 2021).

Ως κατάθλιψη θα μπορούσαμε να χαρακτηρίσουμε το αίσθημα της θλίψης, απόγνωσης, το να χάνεις το νόημα της ζωής. Ένα άτομο που έχει κατάθλιψη δεν έχει όρεξη να κάνει τις πιο απλές καθημερινές συνήθειες ακόμη και αυτές που του προκαλούσαν χαρά, μπορεί να γίνει απαθείς διότι νιώθει ότι δεν μπορεί να βοηθήσει τον εαυτό του με αποτέλεσμα να κλείνεται στον εαυτό του. Η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνά, προκαλώντας ταλαιπωρία, λειτουργική έκπτωση, αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας, πρόσθετο κόστος υγειονομικής περίθαλψης και απώλειες παραγωγικότητας.(L.Goldman, H.Nielsen, C.Champion, 2001).

Η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνά με σωματικά συμπτώματα, κυρίως κόπωση, πόνο ή διαταραχή ύπνου. Επειδή η κατάθλιψη μπορεί να θεωρηθεί χρόνια ασθένεια, η πιθανότητα να εμφανίσει υποτροπή αυξάνεται με τον αριθμό των επεισοδίων και συχνά απαιτείται η παρατεταμένη διατήρηση της φαρμακευτικής αγωγής. Οι περισσότεροι ασθενείς που έχουν ήπια έως μέτρια κατάθλιψη μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά από τον γιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης τους, το ίδιο όμως δεν ισχύει για αυτούς που δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία ή είναι αυτοκτονικοί. (RE.Rakel ,1999).

1. Συμπτώματα Κατάθλιψης

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι διαφορετικά από άτομο σε άτομο και διαφορετικός ο βαθμός στον οποίο εμφανίζονται. Ένα από τα συμπτώματα που σχετίζονται με την κατάθλιψη είναι η αυπνία ή ακόμη και η υπερπνία η σχέση ύπνου και κατάθλιψης είναι δυνατός. Συνήθως τα τρία τέταρτα των καταθλιπτικών ασθενών έχουν συμπτώματα αϋπνίας και η υπερπνία εμφανίζεται στους νέους καταθλιπτικούς ενήλικες με ποσοστό σαράντα της εκατό ενώ στους ηλικιωμένους ασθενείς με ποσοστό δέκα της εκατό με υπεροχή στις γυναίκες. Τα συμπτώματα προκαλούν τεράστια αγωνία, έχουν πολύ σοβαρό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων και αποτελούν ισχυρό παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονία.(D.Nutt, S. Wilson, L. Paterson, 2008)

Τα σωματικά συμπτώματα είναι επίσης αρκετά σημαντικά και εμφανίζονται συχνά όπως ο πονοκέφαλος, δυσκοιλιότητα, αδυναμία η και πόνο στην πλάτη. Όταν τα σωματικά συμπτώματα, κυρίως επώδυνες σωματικές καταστάσεις, συνοδεύονται με τα ήδη εξουθενωτικά ψυχιατρικά και συμπεριφορικά συμπτώματα της κατάθλιψης, η πορεία της νόσου μπορεί να είναι πιο σοβαρή, υποδηλώνοντας υψηλότερο κίνδυνο πρόωρης υποτροπής, αυτοκτονίας ή και θνησιμότητας λόγω άλλων φυσικών αιτιών. (P.Kapfhammer,2006).

Στην κατάθλιψη κυρίως διακρίνουμε διαταραχή των συναισθημάτων, εκτός όμως από αυτό καταλαβαίνουμε και την κοινωνική απόσυρση, το άτομο κλείνεται στον εαυτό του, αλλά παρουσιάζονται και αλλαγές στις διατροφικές συμπεριφορές με το να μην έχει όρεξη για φαί. (C.Dowrick , C.Katona, R. Peveler,2005)

Ακόμη στην κατάθλιψη φαίνεται να υπάρχει συννοσηρότητα με τις αγχώδεις διαταραχές και εμφανίζονται σε έως και εικοσιπέντε της εκατό των ασθενών. Περίπου το 85% των ασθενών με κατάθλιψη έχουν σημαντικό άγχος και αντίστοιχα το 90% των ασθενών με αγχώδη διαταραχή έχουν κατάθλιψη. Μόλις γίνει η διάγνωση της κατάθλιψης και της αγχώδεις διαταραχής, οι κλίμακες αξιολόγησης μπορεί να προσδιορίσουν τη σοβαρότητα της ασθένειας και να βοηθήσουν στην παρακολούθηση της προόδου της θεραπείας. Τόσο η κατάθλιψη όσο και η αγχώδης διαταραχή απαιτούν κατάλληλη θεραπεία. (W.John, G.Tiller,2013).

Πιο συγκεκριμένα συμπτώματα είναι η καταθλιπτική διάθεση, το μειωμένο ενδιαφέρον για τις δραστηριότητες στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, απώλεια βάρους ή αύξηση βάρους, αϋπνία ή υπερπνία σχεδόν κάθε μέρα όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα, ψυχοκινητική

διέγερση, κούραση ή απώλεια ενέργειας, αισθήματα αναξιότητας ή υπερβολικής ενοχής, επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου, επαναλαμβανόμενοι ιδεασμοί αυτοκτονίας ή απόπειρα αυτοκτονίας, μειωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης, ή αναποφασιστικότητα. (S.Goldman, H.Nielsen, C.Champion, 2001).

2. Διάγνωση κατάθλιψης

Για να γίνει σωστή θεραπεία της κατάθλιψης πρέπει να γίνει πρώτα μια καλή διάγνωση. Διατίθενται αποτελεσματικές θεραπείες τόσο όταν η κατάθλιψη εμφανίζεται μόνη της όσο και όταν συνυπάρχει με γενικές ιατρικές ασθένειες. Όταν χρησιμοποιούνται θεραπείες που έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητά τους τα βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα των ασθενών είναι γενικά καλά. Μπορεί όμως να υπάρξουν και εμπόδια στη διάγνωση και τη θεραπεία της κατάθλιψης όπου περιλαμβάνουν το στίγμα σωματοποίησης, η άρνηση του ασθενούς, η έλλειψη γνώσεων και δεξιοτήτων γιατρών, ο περιορισμένος χρόνος, η έλλειψη διαθεσιμότητας παρόχων και περιορισμοί στην εξειδικευμένη, φαρμακευτική και ψυχοθεραπευτική φροντίδα. Απαιτούνται προσπάθειες δημόσιας και επαγγελματικής εκπαίδευσης, αποστιγματισμός και βελτίωση της πρόσβασης σε φροντίδα ψυχικής υγείας για τη μείωση αυτών των φραγμών. (S.Goldman, H.Nielsen, C.Champion, 2001).

Η διάγνωση της κατάθλιψης είναι κυρίως κλινική. Όπως και στις περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές, γίνεται με βάση μια προσεκτική κλινική συνέντευξη και εξέταση της ψυχικής κατάστασης του ασθενούς. Η κατάθλιψη είναι μια διάγνωση, με βάση το ιατρικό ιστορικό και τη φυσική εξέταση του ασθενούς, μπορεί ωστόσο να πρέπει να ληφθούν υπόψη και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές όπως η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, διαταραχή πανικού, νευρική βουλιμία, άνοια και να γίνουν γενικές ιατρικές εξετάσεις, αλλά να σημειωθούν και τα φάρμακα που μπορεί να παίρνει ο ασθενής, ή ακόμη και μια διαταραχή χρήσης ουσιών ως αιτία για τη συνέχιση περαιτέρων διαγνωστικών ερευνών. (S.Goldman, H.Nielsen, C.Champion, 2001).

3. Κατάθλιψη στην εφηβεία

Η εφηβεία είναι μια περίοδος ταχείας ψυχολογικής μετάβασης από το παιδί στον ενήλικα, η έναρξη της κατάθλιψης στην εφηβεία λόγω του υψηλού επιπολασμού της και των εξουθενωτικών της επιπτώσεων στην ανάπτυξη, θεωρείται μία από τις σημαντικότερες ψυχικές ασθένειες στα παιδιά και τους εφήβους. Συνήθως όταν εμφανιστεί είναι υποτροπιάζουσα και μπορεί να συνεχιστεί και στην ενήλικη ζωή. Οι παράγοντες που καθορίζουν την ευαλωτότητα στην κατάθλιψη χωρίζονται σε κατηγορίες όπως την γενετική, το οικογενειακό περιβάλλον, τα προσωπικά χαρακτηριστικά και το έντονο στρες που βιώνουν σε εκείνη την περίοδο της ηλικίας τους. Οι κύριοι παράγοντες που μπορούν να εμφανίσουν κατάθλιψη είναι το να είσαι κορίτσι, το οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, τα υποκλινικά συμπτώματα, το διαφορετικό στυλ, αρνητικά γεγονότα ζωής. (E.Haueinstein et.al, 2003)

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορεί να είναι διαφορετικά στα παιδιά και τους εφήβους από ό,τι στους ενήλικες. Συχνά εμφανίζονται με άτυπα χαρακτηριστικά. Η διάγνωση μπορεί να είναι πιο δύσκολη γιατί συνήθως βασίζεται στην παρατήρηση των δυσλειτουργιών των παιδιών. Ως εκ τούτου, η θεραπεία της κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους θεωρείται δύσκολη. Είναι σημαντικό να εκτιμηθούν όλα τα χαρακτηριστικά που κρύβονται πίσω από τα συμπτώματα να γίνει δηλαδή μια καλή διάγνωση και στη συνέχεια να εφαρμοστεί η κατάλληλη θεραπεία. (E.Haueinstein et.al, 2003)

Από στατιστικές έρευνες φαίνεται ότι το 24% των νέων θα εμφανίσουν επεισόδιο μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, με τη πιο συνηθισμένη ηλικία έναρξης για το πρώτο επεισόδιο να είναι περίπου τα 15 έτη. Όσο νεότερος είναι ο έφηβος τόσο πιο μεγάλες οι πιθανότητες είναι τα συμπτώματα κατάθλιψης να σχετίζονται με τη δυναμική της οικογένειας. Ακόμη σημαντικό είναι να διαπιστωθεί εάν η καταθλιπτική διάθεση σχετίζεται με μια πρόσφατη τραυματική εμπειρία. Ενώ οι έφηβοι έχουν το δικαίωμα σε ιδιωτική και εμπιστευτική ιατρική συνέντευξη, κύριο μέλημα του γιατρού είναι να διασφαλίζει την ασφάλειά τους, ακόμα κι αν αυτό μπορεί να οδηγήσει σε συζήτηση με την οικογένεια ενάντια στις επιθυμίες των εφήβων. (G.Martin, 1996).

3.1 Λόγοι εμφάνισης κατάθλιψης στην εφηβεία

Λόγοι που μπορούν να εμφανίσουν κατάθλιψη οι έφηβοι είναι το οικογενειακό περιβάλλον, υπάρχει συσχέτιση του καπνίσματος με την κατάθλιψη και το άγχος, έφηβα άτομα που αναφέρουν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και άγχους είναι καπνιστές, οι τακτικοί καπνιστές έχουν σχεδόν διπλάσιες πιθανότητες από τους περιστασιακούς καπνιστές να αναφέρουν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και άγχους. (C.Patton, et.al, 1996). Ένας ακόμη παράγοντας σε αυτήν την ηλικία είναι οι αλλαγές στην εικόνα του σώματος λόγω σωματικών αλλαγών που συμβαίνουν κατά την εφηβική περίοδο. Η αυτοπεποίθηση σε αυτήν την ηλικία επηρεάζεται από σωματικές αλλαγές που μπορεί να εμφανίσουν ψυχικές διαταραχές και κατάθλιψη στους εφήβους. Παρατηρείται όμως πιο συχνή δυσaréσκεια με την εικόνα του σώματος και την κατάθλιψη στα κορίτσια από ότι στα αγόρια παρόλα αυτά θα πρέπει να δίνεται προσοχή και στις δύο ομάδες. (Z.Habibpour, et.al,2010).

Η έλλειψη του ύπνου φαίνεται να είναι ένας ακόμη σηματικός παράγοντας. Η εφηβική αϋπνία επηρεάζει σοβαρά τη μελλοντική υγεία και λειτουργικότητα και φαίνεται ότι επιταχύνει και πολλά συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα, κυρίως το άγχος και την κατάθλιψη. Ο ύπνος και το συναίσθημα είναι αλληλουποστηριζόμενα ρυθμιστικά συστήματα, με αποτέλεσμα η διαταρχή του ενός να επηρεάζει το άλλο, έτσι η διαταρχή του ύπνου κατά τη διάρκεια βασικών περιόδων ανάπτυξης μπορεί να προκαλέσει μεταγενέστερη συναισθηματική δυσρύθμιση. Εξαιτίας αυτής της συναισθηματικής δυσρύθμισης που προκύπτει από την έλλειψη ύπνου μπορούν να αυξηθούν οι πιθανότητες των εφήβων να πέσουν θύματα εκφοβισμού, να νιώσουν θλίψη, χαμηλή αυτοεκτίμηση, απελπισία και μοναξιά, τα οποία με τη σειρά τους μπορεί να επισπεύσουν διαταραχές. Επομένως η αϋπνία παίζει κρίσιμο ρόλο στα συμπτώματα εσωτερίκευσης των εφήβων και η θεραπεία της αϋπνίας μπορεί να αποτρέψει την ανάπτυξη συμπτωμάτων εσωτερίκευσης. (J.Blake, et.al, 2018).

Ακόμη οι αγχώδεις διαταραχές και η κατάθλιψη είναι συχνά συννοσηρά σε παιδιά και εφήβους και φαίνεται να συμπληρώνει το ένα το άλλο διότι μοιράζονται συγκεκριμένα στοιχεία. Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή των εφήβων και η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή αποτελούνται από πέντε κοινά συμπτώματα την ευερεθιστότητα, μειωμένη συγκέντρωση, την κόπωση, διαταραχές ύπνου και ανησυχία. Περίπου το 25-50% των καταθλιπτικών νέων έχουν συννοσηρείς αγχώδεις διαταραχές και περίπου το 10-15% των αγχωδών νέων έχουν κατάθλιψη. (J.Blake, et.al, 2018). Μια αγχώδης ή καταθλιπτική

διαταραχή κατά την εφηβεία ενέχει ισχυρό κίνδυνο για επαναλαμβανόμενο άγχος ή καταθλιπτικές διαταραχές κατά την πρώιμη ενήλικη ζωή. Οι περισσότερες αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές στους νεαρούς ενήλικες μπορεί να προηγούνται από άγχος ή κατάθλιψη στην εφηβεία. (S.Pine, et.al, 1998).

4. Κατάθλιψη στις γυναίκες

Η κατάθλιψη είναι η κύρια αιτία που σχετίζεται με ασθένειες στις γυναίκες. Στατιστικές μελέτες έχουν δείξει ότι μια μείζονος καταθλιπτική διαταραχή σε όλη τη ζωή στις γυναίκες είναι ο διπλάσιος από αυτήν στους άνδρες. (E.Noble, 2005). Οι γυναίκες συνήθως βιώνουν κατάθλιψη ως απάντηση σε διαπροσωπικά γεγονότα της ζωής όπου συμβάλλουν στην εμφάνιση αγχωτικών γεγονότων (C.Hammen, 2003).

Εξαιτίας των πολλών βιολογικών διεργασιών πιστεύεται ότι εμπλέκονται στην προδιάθεση να αναπτύξουν καταθλιπτικές διαταραχές ιδιαίτερα κατά την περίοδο της αναπαραγωγικής τους ηλικίας, που οφείλεται σε ορμονικές διακυμάνσεις στα εγκεφαλικά συστήματα που μεσολαβούν σε καταθλιπτικές καταστάσεις. Μπορεί να αναπτυχθεί κατά τη διάρκεια διαφορετικών φάσεων του αναπαραγωγικού κύκλου προεμμηνορροϊκή δυσφορική διαταραχή, κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, επιλόχειες καταθλιπτικές καταστάσεις και εμμηνοπαυσιακή κατάθλιψη. Άλλα αναπαραγωγικά συμβάντα όπως η στειρότητα, η αποβολή, τα από του στόματος αντισυλληπτικά και η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης έχουν αναφερθεί ότι είναι ένας παράγοντας κατάθλιψης. (C.Hammen, 2003).

Έχει αποδειχθεί ότι οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς από τους άνδρες στην κατάθλιψη που προκαλείται σε αλλαγές στη φωτοπερίοδο δηλαδή τις εποχιακές αλλαγές με συμπτώματα συναισθηματικής διαταραχής. Ακόμη ψυχοκοινωνικά γεγονότα όπως το άγχος των ρόλων, η θυματοποίηση, η κοινωνικοποίηση που σχετίζεται με το φύλο, το στυλ αντιμετώπισης εσωτερίκευσης και η μειονεκτική κοινωνική θέση έχουν θεωρηθεί ότι συμβάλλουν στην αυξημένη ευπάθεια των γυναικών στην κατάθλιψη. (E.Noble, 2005). Τα διαγνωστικά κριτήρια δείχνουν ότι εμφανίζουν ενοχές, άγχος, αυξημένη όρεξη και ύπνο, αύξηση βάρους και συννοσηρές διατροφικές διαταραχές.

4.1 Παράγοντες εμφάνισης κατάθλιψης στις γυναίκες

Έχουν αναφερθεί παράγοντες που έχουν συμβάλει στην εμφάνιση κατάθλιψης όπως, απώλεια γονέα πριν από την ηλικία των 10 ετών, παιδικό ιστορικό σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης, οικογενειακό ιστορικό διαταραχών διάθεσης, προσωπικό ιστορικό διαταραχών διάθεσης σε πρώιμα αναπαραγωγικά χρόνια, χρήση από του στόματος αντισυλληπτικού, ειδικά ενός με υψηλή περιεκτικότητα σε προγεστερόνη, χρήση διεγερτικών γοναδοτροπινών ως μέρος της θεραπείας, επίμονοι ψυχοκοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες, απώλεια του συστήματος κοινωνικής υποστήριξης. (C.Bhatia, et.al,1999).

4.2 Κατάθλιψη κατά την διάρκεια εγκυμοσύνης

Η κατάθλιψη κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης αλλά και μετά φαίνεται ότι προσβάλλει πολλές γυναίκες, μόλις διαγνωστεί μια γυναίκα με μείζονα κατάθλιψη, θα πρέπει να παρακολουθηθεί στενά για ένα χρόνο αφού γεννήσει. Οι γυναίκες με ήπια έως μέτρια κατάθλιψη θα πρέπει να υποβληθούν σε ψυχοθεραπεία, ωστόσο οι πιο σοβαρά ασθενείς ίσως να χρειαστούν επιπλέον θεραπεία με αντικαταθλιπτικά χάπια.

Τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα αντικαταθλιπτικά είναι οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, ο αναστολέας επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης και η βενλαφαξίνη. (R.Deirdre, L. Milis ,N. Misri 2005). Ωμως έχει αποδειχθεί ότι η έκθεση σε αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες για την έκβαση της γέννησης και την ανάπτυξη του παιδιού. Η χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης οδηγεί σε μικρό αυξημένο κίνδυνο αποβολής, πιθανό κίνδυνο συγγενών καρδιακών δυσπλασιών, πρόωρου τοκετού, πνευμονικής υπέρτασης του νεογνού και κίνδυνος καθυστερημένης κινητικής ανάπτυξης στα παιδιά.(T.Pearlstein,2015).

Επομένως η έγκαιρη ανίχνευση της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι κρίσιμη, διότι η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα του τοκετού, την υγεία του νεογνού και, εάν αφεθεί χωρίς θεραπεία, μπορεί να επιμείνει μετά τη γέννα και να υπάρξουν προβλήματα στην ανάπτυξη του παιδιού. Η ανεπεξέργαστη επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί να βλάψει τις προσκολλήσεις μητέρας-βρέφους και να έχει συναισθηματικές και συμπεριφορικές συνέπειες για το παιδί. (R.Deirdre, L. Milis ,N. Misri 2005).

4.3 Επιλόχειος κατάθλιψη

Όπως αναφέρθηκε πολύ πιθανό είναι η κατάθλιψη να συνεχίσει αφού έχει γεννηθεί το παιδί η και απλά να εμφανιστεί κατάθλιψη μετά τον τοκετό αυτό το είδος κατάθλιψης μετά την απόκτηση παιδιού ονομάζεται επιλόχειος κατάθλιψη. Εκτός από την ίδια την μητέρα επηρεάζει το βρέφος και την οικογένεια, η θεραπεία εξαρτάται από το πόσο σοβαρά είναι τα συμπτώματα και περιλαμβάνει είτε κοινωνική υποστήριξη, η ψυχολογική θεραπεία ή φαρμακοθεραπεία (E.Steward, S.Vigod, 2016). Οι κύριοι παράγοντες εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης περιλαμβάνουν, τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής, την κακή συζυγική σχέση και την κοινωνική υποστήριξη. (W.O' Hara, 2009). Για ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών, τα συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης μπορεί να συνεχίστουν για μήνες ή και χρόνια μετά τον τοκετό. (H.Goodman, 2004).Όμως κυρίως τα επεισόδια κατάθλιψης ξεκινούν εντός 4 εβδομάδες από τον τοκετό γιατί αυτή η χρονική περίοδος αντιστοιχεί στις γρήγορες ορμονικές αλλαγές που θεωρείται ότι συμβάλλουν στην ευαλωτότητα στην κατάθλιψη, και διαρκούν ως και 6 μήνες μετά τον τοκετό περίοδος που έχουν ορίσει οι περισσότεροι ερευνητές για τον ορισμό της επιλόχειας περιόδου. (J.Miller, 2002).

4.4 Κατάθλιψη στην εμμηνόπαυση

Η μετάβαση των γυναικών στην εμμηνόπαυση έχει παρουσιάσει μεγάλες πιθανότητες για κατάθλιψη. Έχει αποδειχθεί ότι η μετεμμηνοπαυσιακή περίοδο συνδέεται με απότομη μείωση της παραγωγής οιστρογόνων που υποδηλώνει την μεγαλύτερη έκθεση σε νευροπροστατευτικές και αντικαταθλιπτικές επιδράσεις των οιστρογόνων με αποτέλεσμα να υπάρχει ευαλωτότητα στην εμφάνιση κατάθλιψης. (M.Georgakis, P.Thomopoulos, A.Diamantaras, 2016). Οι γυναίκες με ιστορικό κατάθλιψης έχουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν διάγνωση μείζονος κατάθλιψης στην εμμηνοπαυσιακή μετάβαση, ενώ οι γυναίκες χωρίς ιστορικό κατάθλιψης έχουν δύο έως τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν καταθλιπτική διάθεση. Άλλοι παράγοντες κινδύνου για καταθλιπτική διάθεση εκτός από το μεταβαλλόμενο ορμονικό περιβάλλον είναι ο κακός ύπνος, οι εξάψεις, τα στρεσογόνα ή αρνητικά γεγονότα της ζωής, η εργασιακή κατάσταση, η ηλικία και η φυλή. (E.Freeman, 2010).

5. Κατάθλιψη στους άντρες

Η κατάθλιψη στους άνδρες αν και δεν είναι τόσο συχνό φαινόμενο και δεν έχει μελετηθεί τόσο πολύ όσο στις γυναίκες υπάρχει. Όταν οι άνδρες έχουν κατάθλιψη μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα που είναι διαφορετικά από αυτά που περιλαμβάνονται στα τρέχοντα διαγνωστικά κριτήρια. Αυτό συμβαίνει διότι θεωρείται κοινωνικά απαράδεκτο οι άνδρες να δείξουν θλίψη και συναισθηματική αδυναμία με αποτέλεσμα να το εξωτερικεύουν με συναισθηματική και ψυχολογική δυσφορία. Ειδικότερα το πλαίσιο της αρσενικής κατάθλιψης υποθέτει ότι ο αγώνας για την τήρηση των ηγεμονικών αντρικών κανόνων θέτει τους άνδρες σε κίνδυνο να βιώσουν μια εναλλακτική παραλλαγή κατάθλιψης που συχνά χαρακτηρίζεται από εξωτερικευμένα συμπτώματα. Αντί να φαίνονται λυπημένοι, οι άνδρες που βιώνουν συναισθηματικό πόνο είναι πιο πιθανό να αντιδράσουν με κρίσεις θυμού, επιθετικότητα, καταστροφική συμπεριφορά, αυτοδιάσπαση της προσοχής ή μούδιασμα του πόνου με χρήση ουσιών, τζόγο και εργασιομανία. (A.Martin, et.al, 2013).

6. Κατάθλιψη μετά από αρρώστια ή ατύχημα

Η κατάθλιψη είναι κοινή μεταξύ των ασθενών με εγκεφαλικό, με τους κινδύνους εμφάνισης να είναι παρόμοιοι για τα πρώιμα, μεσαία και όψιμα στάδια ανάρρωσης από εγκεφαλικό. Το ένα τρίτο των ανθρώπων εμφανίζουν σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης κάποια στιγμή μετά την έναρξη του εγκεφαλικού. Αυτό είναι πιθανό να είναι αποτέλεσμα μια πιθανής μη φυσιολογικής διάθεσης και των δυσκολιών σε ασθενείς με νευρολογική αναπηρία, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν προβλήματα επικοινωνίας με τον ασθενή που προκαλούνται από άνοια. (L.Hachett, et.al, 2005). Οι ασθενείς με εγκεφαλικό είναι πιο συχνά ηλικιωμένοι, γυναίκες, έχουν παράλληλα συνοδό ασθένεια και έχουν βιώσει πένθος ή και άλλα σημαντικά γεγονότα της ζωής.

Μεταξύ 35% και 60% των ατόμων με εγκεφαλικό θα έχουν επεισόδιο κατάθλιψης, ενώ η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή είναι έως και 3 φορές πιο συχνή μεταξύ των συγγενών πρώτου βαθμού όπου είναι καταθλιπτικά άτομα από ό,τι στο γενικό πληθυσμό. (L.Hackett, S.Anderson, 2005). Λίγοι ασθενείς με εγκεφαλικό λαμβάνουν αποτελεσματική διαχείριση όπως αντικαταθλιπτικά ή ψυχοθεραπεία για την κατάθλιψή τους, αν και τα δεδομένα υποδηλώνουν ότι τα συμπτώματα της κατάθλιψης υποχωρούν μετά από αρκετούς μήνες χωρίς

να χρειαστεί περαιτέρω θεραπεία. (L.Hachett, et.al, 2005). Σε άτομα όμως που δεν ήταν ελαφριά η κατάθλιψη και η αποστασιοποίηση έχουν ως συνέπεια των εθισμό στο αλκοόλ και τα ναρκωτικά. (L.Hachett, S.Anderson, 2005).

Η κατάθλιψη σχετίζεται με δύο έως τρεις φορές υψηλότερη θνησιμότητα μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου, ασταθή στηθάγχη ή μόσχευμα παράκαμψης στεφανιαίας αρτηρίας και σε ασθενείς με σταθερή στεφανιαία νόσο σε σύγκριση με ασθενείς που δεν έχουν κατάθλιψη. (W.Jiang, R.Krishnan, C. O'Connor, 2002). Περίπου το 20% των ασθενών με στεφανιαία νόσο έχουν μείζονα κατάθλιψη και το 20% έχει ήπια κατάθλιψη σε οποιοδήποτε στάδιο της ασθένειάς τους. Η κατάθλιψη προκαλεί σημαντική ψυχολογική και κοινωνική νοσηρότητα και έχει βρεθεί ότι αυξάνει την θνησιμότητα και τη νοσηρότητα σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια ανεξάρτητα από την αιτιολογία της. (R.Carney, E.Freedland, 2008).

Η μείζονα κατάθλιψη είναι μια κοινή συννοσηρή κατάσταση σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Αν και η ήπια συναισθηματική δυσφορία μπορεί να είναι μια φυσιολογική αντίδραση στο έμφραγμα του μυοκαρδίου ή σε άλλες εκδηλώσεις της στεφανιαίας νόσου, η μείζονα κατάθλιψη δεν πρέπει να θεωρείται φυσιολογική αντίδραση, ούτε πρέπει να αγνοείται. Η μείζονα κατάθλιψη είναι μια εξουθενωτική συννοσηρή διαταραχή που μπορεί να περιπλέξει σοβαρά την ανάρρωση και να αυξήσει τους κινδύνους περαιτέρω καρδιακής νοσηρότητας και θνησιμότητας. (R.Carney, I.Sheline, et.al, 2009).

Μελέτες που έχουν γίνει σε καταθλιπτικούς ασθενείς με στεφανιαία νόσο έχουν δείξει τους αυξημένους κινδύνους θνησιμότητας και καρδιακής νοσηρότητας με ενδείξεις δυσλειτουργίας του αυτόνομου νευρικού συστήματος, όπως αυξημένο καρδιακό ρυθμό, χαμηλή μεταβλητότητα καρδιακού ρυθμού, υπερβολικές αποκρίσεις καρδιακού ρυθμού σε φυσικούς στρεσογόνους παράγοντες, υψηλή μεταβλητότητα στην κοιλιακή επαναπόλωση και χαμηλή ευαισθησία στους βαροϋποδοχείς. (E.Kenneth, C.Richard, et.al, 2005). Υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι η θεραπεία της κατάθλιψης, τουλάχιστον σε ψυχιατρικούς ασθενείς, βελτιώνει την ποιότητα ζωής και την καθημερινή λειτουργία. (R.Carney, E.Kenneth, 2008).

Η θεραπεία περιλαμβάνει κυρίως ανοικτές ή συγκριτικές δοκιμές, με τα τρικυκλικά και εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης τα οποία είναι αποτελεσματικά για τη θεραπεία της κατάθλιψης σε ασθενείς με ισχαιμική καρδιακή νόσο και τα ποσοστά ανταπόκρισης είναι το ίδιο με τους καταθλιπτικούς ασθενείς χωρίς καρδιακή νόσο. Όσον αφορά την ασφάλεια, τα TCA σχετίζονται με ανεπιθύμητες καρδιαγγειακές επιδράσεις, συμπεριλαμβανομένων των αυξήσεων στον καρδιακό ρυθμό, της ορθοστατικής υπότασης και

των καθυστερήσεων αγωγιμότητας. Η χρήση TCA σε ασθενείς με ισχαιμική καρδιοπάθεια έχει αποδεδειγμένα αυξημένο κίνδυνο καρδιακής νοσηρότητας και ίσως και θνησιμότητας. Ωστόσο το SSRI φαίνεται να είναι σχετικά ασφαλές και αποτελεσματικός στη θεραπεία της κατάθλιψης σε ασθενείς με συννοσηρότητα ισχαιμικής καρδιοπάθειας. (R.Steven, 2005).

Η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή σε συνδυασμό με την αναισθησία και την χειρουργική επέμβαση είναι μια συχνή επιπλοκή η οποία μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικές αυξήσεις νοσηρότητας και θνησιμότητας των ασθενών. Η καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος σε καταθλιπτικές διαταραχές μπορεί να εκθέσει τους ασθενείς σε αυξημένα ποσοστά μετεγχειρητικών λοιμώξεων και αυξημένη θνησιμότητα από καρκίνο. Η κατάθλιψη συνδέεται συνήθως με γνωστική εξασθένηση, η οποία μπορεί να επιδεινωθεί μετεγχειρητικά. Υπάρχουν μελέτες που αποδεικνύουν ότι ο οξύς μετεγχειρητικός πόνος προκαλεί κατάθλιψη και η κατάθλιψη με την σειρά της μειώνει τον πόνο. Επίσης φέρνει αρνητικά αποτελέσματα με χρόνιο μετεγχειρητικό πόνο στους ασθενείς. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η κατάθλιψη έχει υψηλό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη μετεγχειρητικού παραληρήματος, το οποίο μπορεί να είναι αιτία για μακρά και ατελή ανάρρωση μετά την επέμβαση.

6.1 Κατάθλιψη σε ασθενείς της μονάδας εντατικής θεραπείας

Είναι επίσης συχνή σε ασθενείς της μονάδας εντατικής θεραπείας και σχετίζεται με χαμηλότερη ποιότητα ζωής που έχει άμεση σχέση με την υγεία και την αυξημένη θνησιμότητα. Η κατάθλιψη είναι μια συχνή αιτία νοσηρότητας σε χειρουργικούς ασθενείς που υποφέρουν από ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων. Μερικά παραδείγματα είναι σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση της στεφανιαίας αρτηρίας η κατάθλιψη και το άγχος παραμένουν για ένα χρόνο. Μπορεί να αυξήσουν την πιθανότητα για νέα επεισόδια στεφανιαίας αρτηρίας, και να χρειαστεί περαιτέρω νοσηλεία. Ακόμη και οι ασθενείς που είναι παχύσαρκοι και υποβάλλονται σε βαριατρική επέμβαση έχουν αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης η οποία μπορεί επίσης να σχετίζεται με μικρότερη απώλεια βάρους σε ένα έτος και περισσότερο. Αλλά και ασθενείς που έχουν προγραμματιστεί για οσφυϊκή δισκεκτομή η προεγχειρητική κατάθλιψη είναι ένας προγνωστικός παράγοντας της λειτουργικής έκβασης και της δυσaráεσκειας του ασθενούς, όπου μετά την χειρουργική επέμβαση η μετεγχειρητική θνησιμότητα αυξάνεται. (M.Ghoneim, M.O'Hara, 2016).

6.2 Κατάθλιψη σε ασθενείς με καρκίνο

Η μείζονα κατάθλιψη είναι μια συχνή αλλά υπο-αναγνωρισμένη και υποθεραπευμένη κατάσταση μεταξύ των ασθενών με καρκίνο, η οποία προκαλεί ενίσχυση των σωματικών συμπτωμάτων, αυξημένη λειτουργική έκπτωση και κακή τήρηση της θεραπείας. (J.Fann, M.Thomas, et.al, 2008). Οι παράγοντες κινδύνου για κατάθλιψη στα 5 χρόνια μετά τη διάγνωση σχετίζονται περισσότερο με τον ασθενή παρά με τη νόσο ή τη θεραπεία της. (M.Reich, A.Lesur, C.Chevallier, 2008). Οι ψυχιατρικές ασθένειες όπως η κατάθλιψη και το άγχος είναι συχνές, αλλά συχνά παραμελημένες, επιπλοκές του καρκίνου, που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, τη συμμόρφωση στη θεραπεία, την επιβίωση του καρκίνου και το κόστος θεραπείας. Η κατάθλιψη επηρεάζει έως και το 20% και το άγχος το 10% των ασθενών με καρκίνο, σε σύγκριση με ποσοστά του προηγούμενου χρόνου όπου ήταν 5% και 7%. Η αργή αναγνώριση της κατάθλιψης και του άγχους σχετίζεται με μειωμένη ποιότητα ζωής και επιβίωσης.

Ορισμένοι καρκίνοι, όπως του παγκρέατος και του πνεύμονα, μπορούν να απελευθερώσουν χημικές ουσίες που πιστεύεται ότι προκαλούν κατάθλιψη και ορισμένες θεραπείες καρκίνου, όπως η χημειοθεραπεία και τα κορτικοστεροειδή, σχετίζονται με την κατάθλιψη. Είναι αποδεδειγμένο πλέον ότι τα αντικαταθλιπτικά μπορούν να επιδεινώσουν τα υπάρχοντα συμπτώματα καρκίνου και να αλληλεπιδράσουν με παράγοντες χημειοθεραπείας όπως για παράδειγμα η σερτραλίνη και η σιταλοπράμη όπου τείνουν να έχουν τις λιγότερες αλληλεπιδράσεις σε σχέση με τα υπόλοιπα. (A.Pitman,S.Suleman, et.al, 2018).

Ένα παράδειγμα για καλή θεραπεία της κατάθλιψης είναι το στάδιο του καρκίνου του μαστού πρώιμο ή και προχωρημένο όπου δεν είναι στατιστικά σημαντικό ως προς τα ποσοστά ψυχοκοινωνικής δυσφορίας εκτός από την υποτροπή. Ωστόσο παράγοντες κινδύνου της κατάθλιψης μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής, όπως η κόπωση, το ιστορικό ή πρόσφατο επεισόδιο κατάθλιψης μετά την εμφάνιση του καρκίνου, με συμπτώματα στάσεις ανικανότητας απελπισίας και παραίτησης. Η εξασθένηση της εικόνας του σώματος από τη μαστεκτομή και τις συνέπειες της σεξουαλικότητας προκαλεί υψηλότερα ποσοστά διαταραχών της διάθεσης.

Η θεραπεία της κατάθλιψης σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού βελτιώνει την ποιότητα ζωής τους και μπορεί να αυξήσει τη μακροζωία. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα συνεχίζουν να είναι ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης αυτόν τον συμπτωμάτων. (M.Reich, A.Lesur, C.Chevallier, 2008). Για αυτό τον λόγο η κατάθλιψη πρέπει να αναγνωρίζεται συντομά και να αντιμετωπίζεται σωστά ώστε να μπορεί να συνεχιστεί η καλή θεραπεία του καρκίνου, η καλή επιβίωση και να μειωθούν τα ποσοστά αυτοκτονίας. (A.Pitman,S.Suleman, et.al, 2018).

7. Θεραπεία κατάθλιψης

Ως θεραπεία η πιο γνωστή είναι τα αντικαταθλιπτικά ωστόσο υπάρχουν και άλλες μέθοδοι για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης όπως η ψυχοθεραπεία που έχει αποδειχθεί ότι είναι ίση σε αποτελεσματικότητα με την αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή για ήπια έως μέτρια, μη διπολική, μη ψυχωτική μείζονα κατάθλιψη. (S.Goldman, H.Nielsen, C.Champion, 2001).

7.1 Καινούργια αντικαταθλιπτικά

Την τελευταία δεκαετία, κυκλοφόρησαν νέα αντικαταθλιπτικά όπως η φλουοξετίνη [Prozac], σερτραλίνη [Zoloft], παροξιτίνη [Paxil], βουπροπιόνη [Wellbutrin], βενλαφαξίνη [Effexor], φλουβοξαμίνη [Lu-vox], νεφαζοδόνη [Sertapine] και σιταλοπράμη [Celexa] προτοεμφανίστηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες. Αυτά τα φάρμακα είναι δομικά και φαρμακολογικά αρκετά διαφορετικά από τους παλαιότερους αναστολείς τρικυκλικών και μονοαμινοξειδάσης. Αυτά τα φάρμακα παρουσιάζουν ένα πιο θετικό προφίλ παρενεργειών, απλούστερης δοσολογίας, καλύτερη προσκόλληση στον ασθενή και χαμηλότερο κίνδυνο θανάτου σε καταστάσεις υπερβολικής δόσης σε σύγκριση με τα παλαιότερα φάρμακα. Ως αποτέλεσμα, έχουν υιοθετηθεί γρήγορα σε ιατρικά περιβάλλοντα, και αρκετά είναι από τα πιο συχνά συνταγογραφούμενα φάρμακα σε όλη την ιατρική. Αυτά τα νέα φάρμακα ωστόσο, χρειάζονται μεγαλύτερο χρόνο για την πλήρη θεραπευτική δράση σε σύγκριση με τα παλαιότερα φάρμακα και φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο αλληλεπίδρασης με άλλα φάρμακα. (S.Goldman, H.Nielsen, C.Champion, 2001).

7.2 Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία, που είναι δομημένη και χρονικά περιορισμένης φύσης, έχει αποδειχθεί ότι είναι ίση σε αποτελεσματικότητα με την αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή. Τέτοιες θεραπείες προσφέρουν μια εναλλακτική σε ασθενείς που δεν θέλουν να πάρουν κάποια

φαρμακευτική αγωγή αντικαταθλιπτικών, αλλά είναι και μια λύση σε έγκυες ή θηλάζουσες γυναίκες. Είναι ακόμη αβέβαιο εάν ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας αποφέρει καλύτερα αποτελέσματα από οποιαδήποτε μορφή θεραπείας μόνη της, το ίδιο ακριβώς ισχύει και για άλλες μορφές ψυχοθεραπείας όπως συμπεριφορικής, συζυγικής, οικογενειακής, ομαδικής, ψυχοδυναμικής στην κατάθλιψη όπου παραμένουν ασαφής. (S.Goldman, H.Nielsen, C.Champion, 2001).

7.3 Σωματική άσκηση ως μέσο θεραπείας

Οι θεραπείες για την κατάθλιψη και το άγχος είναι πολλές και έχουν διαφορετικούς βαθμούς αποτελεσματικότητας. Η σωματική άσκηση έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με μειωμένα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους. Η σωματική άσκηση έχει αποδειχθεί σταθερά ότι σχετίζεται με βελτιωμένη σωματική υγεία, ικανοποίηση από τη ζωή, γνωστική λειτουργία και ψυχολογική ευεξία. Αντίθετα, η σωματική αδράνεια φαίνεται να σχετίζεται με την ανάπτυξη ψυχολογικών διαταραχών. Μελέτες υποστηρίζουν τη χρήση της άσκησης ως θεραπεία για την κατάθλιψη. Η άσκηση συγκρίνεται ευνοϊκά με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα ως θεραπεία για την ήπια έως μέτρια κατάθλιψη και έχει επίσης αποδειχθεί ότι βελτιώνει τα καταθλιπτικά συμπτώματα όταν χρησιμοποιείται ως συμπλήρωμα σε φάρμακα. Ακόμη η άσκηση έχει αποδειχθεί ότι είναι μια αποτελεσματική και οικονομικά αποδοτική εναλλακτική θεραπείας για μια ποικιλία αγχωδών διαταραχών. Αν και είναι αποτελεσματική, η άσκηση δεν μειώνει το άγχος στο επίπεδο που επιτυγχάνουν τα ψυχοφάρμακα. (Carek PJ, et.al, 2011).

7.4 Η μουσική ως μέσο θεραπείας

Η ακρόαση μουσικής σύμφωνα με μελέτες μπορεί να θεωρηθεί ένα ευεργετικό εργαλείο αυτοδιαχείρισης για τον μετριασμό των σωματικών συμπτωμάτων και τη μείωση του στρες που εφαρμόζεται στην καθημερινή ζωή των ανθρώπων που πάσχουν από κατάθλιψη και άγχος. Επιπλέον, η μουσική που γίνεται αντιληπτή ως υψηλή σε σθένος δηλαδή που κυμαίνεται από λυπημένη προς χαρούμενη και χαμηλή σε διέγερση που κυμαίνεται από ήρεμη σε δυναμική σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα στρες και βλάβη από σωματικά συμπτώματα. Η μουσική μπορεί να βοηθάει στην μείωση της κατάθλιψης και του στρες αυτό όμως δεν σημαίνει ότι μπορεί να σταθεί μόνη της χωρίς κάποια φαρμακευτική αγωγή. (Feneberg AC, et.al, 2021).

7.5 Παράγοντες που επηρεάζουν την θεραπεία

Μερικοί ασθενείς μπορεί να μην είναι τόσο θετικοί στο να δεχτούν μια διάγνωση κατάθλιψης και επομένως δεν θα δεχτούν καμία θεραπεία. Άλλοι μπορεί να διστάζουν να ξεκινήσουν συγκεκριμένες θεραπείες. Μερικοί ασθενείς διστάζουν να λάβουν αντικαταθλιπτικά από φόβο, η και να αποφεύγουν την ψυχοθεραπεία φοβούμενοι ότι θα είναι πολύ παρεμβατική, περίπλοκη, χρονοβόρα, δαπανηρή ή υπερβολικά εστιασμένη σε παιδικές εμπειρίες. Ακόμα κι αν οι ασθενείς συμφωνήσουν αρχικά στη θεραπεία, θα πρέπει να είναι συνεπείς στο να τηρήσουν ένα σχέδιο θεραπείας ώστε να είναι πιθανό ότι τα αποτελέσματα θα βελτιωθούν, αυτό όμως απαιτεί προσπάθεια διότι έχει αποδειχθεί ότι πολλοί ασθενείς διακόπτουν τα φάρμακά τους μέσα στον πρώτο μήνα.(S.Goldman, H.Nielsen, C.Champion, 2001).

Υπάρχουν επίσης πολλά εμπόδια που σχετίζονται με τους γιατρούς. Πολλοί γιατροί ερμηνεύουν μια κατάθλιψη ως «κατάλληλη» για τις περιστάσεις του ασθενούς και επομένως δεν χρειάζεται θεραπεία. Σε άλλες περιπτώσεις, οι γιατροί δεν θα εκτιμήσουν σωστά την σοβαρότητα μιας κατάθλιψης και θα ακολουθήσουν μια ακατάλληλη προσέγγιση. Ακόμη και όταν ο γιατρός αποφασίσει ότι η θεραπεία είναι δικαιολογημένη, η προσφερόμενη θεραπεία μπορεί να είναι κατώτερη της βέλτιστης. Τα αντικαταθλιπτικά μπορεί να συνταγογραφούνται σε ανεπαρκείς δόσεις ή για περιόδους πολύ σύντομες για να είναι αποτελεσματικά.

Ένα κοινό πρόβλημα είναι ότι ένας γιατρός αντιδρά σε αναφορές ανεπιθύμητων ενεργειών που συμβαίνουν λίγο μετά την έναρξη ενός αντικαταθλιπτικού, διακόπτοντας το φάρμακο, μειώνοντας τη δόση κάτω από το θεραπευτικό εύρος ή αλλάζοντας σε άλλο φάρμακο. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μια σειρά από ανεπαρκείς δοκιμές φαρμάκων, με αποτέλεσμα πολλαπλές παρενέργειες χωρίς βελτίωση με αποτέλεσμα ο ασθενής να αποφασίσει να εγκαταλείψει περαιτέρω θεραπεία. (S.Goldman, H.Nielsen, C.Champion, 2001).

Άλλοι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την θεραπεία του ασθενή είναι το συστήμα υγειονομικής περίθαλψης. Η κάλυψη τρίτων για φροντίδα ψυχικής υγείας μπορεί να είναι περιορισμένη ή ανύπαρκτη. Έτσι, οι ασθενείς μπορούν να καλύπτονται μόνο για συγκεκριμένο αριθμό, διάρκεια ή συχνότητα συνεδριών ψυχοθεραπείας. Παρόλο που οι ψυχοθεραπείες απαιτούν γενικά 12 έως 20 συνεδρίες, αυτό συχνά υπερβαίνει τα όρια ενός προγράμματος υγειονομικής περίθαλψης για ψυχοθεραπεία. Σε ορισμένα περιβάλλοντα της ψυχικής υγείας οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης ενδέχεται να μην αποζημιώνονται για οποιαδήποτε θεραπεία κατάθλιψης παρέχουν. (S.Goldman, H.Nielsen, C.Champion, 2001).

Σε πολλές περιοχές (ιδιαίτερα στην ύπαιθρο), η διαθεσιμότητα επαγγελματιών ψυχικής υγείας μπορεί να είναι περιορισμένη και οι ασθενείς πρέπει να αρκεστούν σε οποιαδήποτε φροντίδα μπορεί να παράσχει ο γιατρός πρωτοβάθμιας φροντίδας ή μια περιορισμένη κοινότητα ιατρών ψυχικής υγείας. Οι ασθενείς που καλύπτονται από προγράμματα ψυχικής υγείας πρέπει να αποδέχονται την περίθαλψη που παρέχεται μέσω αυτού του συστήματος, ακόμη και αν είναι δύσκολη η πρόσβαση ή περιορισμένη παροχή. (S.Goldman, H.Nielsen, C.Champion, 2001)

Στον παρακάτω πίνακα ακολουθούν μερικά εμπόδια στην αναγνώριση, τη διάγνωση και τη βέλτιστη θεραπεία της κατάθλιψης. (S.Goldman, H.Nielsen, C.Champion, 2001)

Patient Factors	Physician Factors	Health Care System Factors
Denial, minimization of symptoms, believing can handle by self	Not believing it is real illness, very serious, or particularly distressing	Time constraints
Not seeing as medical in nature	Interviewing skills deficiencies	Other pressing clinical issues
Concerns about confidentiality	Medicalization of symptoms	Limitations on third-party coverage
Not ready to accept diagnosis	Fear of offending patient	Limited treatment resource availability
Fear of treatments or nonadherence with treatment plan	Knowledge deficit regarding diagnosis and/or treatment	Restrictions on access to particular treatments

Patient Factors	Physician Factors	Health Care System Factors
Stigma of mental health treatment	Diagnosis obscured by comorbidity	Fragmentation of care

8. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην κατάθλιψη

Κατόπιν έρευνας άρθρων που έχουν δημοσιευθεί φαίνεται ότι ο γιατρός πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχει μεγαλύτερη επαφή με τον ασθενή και όχι τόσο ο νοσηλευτής, παρόλα αυτά ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει αφού γίνει η διάγνωση και ξεκινήσει η θεραπεία να συμμετέχει σε προγράμματα διαχείρισης της νόσου εάν υπάρχουν στην δομή οι οποίες μπορούν να βοηθήσουν στην κλινική παρακολούθηση των ασθενών, στην εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με την κατάθλιψη, να βοηθήσουν τους γιατρούς να παρακολουθούν την πορεία της ασθένειας ενός ασθενούς και να διασφαλιστεί ότι οι ανάγκες του ατόμου αντιμετωπίζονται πλήρως ωπού αυτό μπορεί να επιτευχθεί με καλή επικοινωνία με τον ασθενή. (S.Goldman, H.Nielsen, C.Champion, 2001).

Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι σε θέση να δώσει μια έγκαιρη διάγνωση για την ύπαρξη κατάθλιψης σε ασθενή. Η έγκαιρη επέμβαση μπορεί να ξεκινήσει στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να λάβει από τον ασθενή ένα ιστορικό της διάθεσης και των ψυχικών μεταβολών του, παράγοντες άγχους, αλλαγή στην συμπεριφορά είτε ως ευερέθιστης ή δυσθυμικής(Goossens et al., 2007)

8.1 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην κατάθλιψη

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας είναι ένας ειδικός τομέας νοσηλευτικής πρακτικής. Η ειδικότητά του είναι η αξιολόγηση, η θεραπεία και διαχείριση ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Η κατανόηση των ψυχοθεραπευτικών διαδικασιών αποτελεί βασικό συστατικό και διακριτό χαρακτηριστικό της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας. Δεν αρκεί οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας να ακολουθούν απλώς ένα ιατρικό μοντέλο πρακτικής ή να εμπλέκονται σε βασικές θεραπευτικές σχέσεις (Crowe et al.,2008) .

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η σχέση νοσηλευτή και ασθενή να βασίζεται στην εμπιστοσύνης, η οποία έχει ως αποτέλεσμα μια πετυχημένη συνεργασία. Ειδικότερα οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη στοχεύουν στη δημιουργία μιας θεραπευτικής συμμαχίας, στην παρακολούθηση και στην βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς, στην βελτίωση επαγγελματικής και διαπροσωπικής κατάστασης του ασθενούς, στην καλύτερη ποιότητα ζωής και στην κατανόηση της νόσου από το οικογενειακό του περιβάλλον. (Miller, 2006)

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο ασθενής να νιώθει ασφάλεια και οικειότητα γνωρίζοντας πως ο νοσηλευτής γνωρίζει καλά για την ευπάθεια και τις ιδιόμορφίες του. Οι ασθενείς νιώθουν ότι μπορούν να μιλήσουν ελεύθερα και να εκφράζουν τα συναισθήματα. Αυξάνεται, επίσης, η εμπιστοσύνη του ασθενούς στις συστάσεις της θεραπείας του νοσηλευτή και μπορεί να προσαρμόζει την νοσηλευτική περίθαλψη στα προβλήματα και ανάγκες του ασθενούς όπου θα οδηγήσουν στην γρηγορότερη ανάρρωση των ασθενών. (Goossens et al., 2008) .

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Μελέτη περίπτωσης

Όπως ήδη αναφέρθηκε στο πρώτο μέρος της εργασίας η κατάθλιψη είναι ένα από τα κυριότερα ψυχολογικά ζητήματα που απασχολεί πολλούς ανθρώπους και ηλικίες και οι λόγοι που μπορεί να την πυροδοτήσουν είναι πολλοί και διαφέρουν από άτομο σε άτομο, ενώ τα συμπτώματα που εκδηλώνονται είναι κοινά στους περισσότερους και επειδή η κατάθλιψη μπορεί να πάρει πολλές διαστάσεις για αυτό είναι σημαντικό να υπάρξει στήριξη και παροχή βοήθειας όχι μόνο από την οικογένεια, τον γιατρό αλλά και από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Σκοπός της παρούσας μελέτης

Σκοπός, λοιπόν, της μελέτης ήταν να καταγράψω τα συμπτώματα και τα ποσοστά που έχει βιώσει η συγκεκριμένη ομάδα ανθρώπων και να προσπαθήσω να κατανοήσω τους λόγους για τους οποίους συμβαίνει αυτό και να προτείνω κάποιες προτάσεις σχετικά με την λύση.

Υλικό και Μεθοδολογική προσέγγιση του ερευνητικού ερωτήματος

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων pubmed και google scholar. Το υλικό της εργασίας αποτέλεσαν άρθρα τα οποία έχουν δημοσιευθεί κυρίως τα τελευταία είκοσι χρόνια, και όσο αναφορά την γλώσσα χρησιμοποιήθηκαν άρθρα και από ελληνικά αλλά και αγγλικά. Λέξεις κλειδιά για την αναζήτηση ήταν κατάθλιψη(depression), εφηβεία(puberty), επιλόχειος(postpartum) γυναίκες (women), άντρες (men), θεραπεία (therapeutic), διάγνωση (diagnosis), καρκίνος (cancer), νοσηλευτής (nurse), εμμηνόπαυση (menopause), ηλικιωμένος (elderly). Και τέλος χρησιμοποιήθηκε το φίλτρο ταξινόμηση κατά συνάφεια και λογικοί τελεστές (and, in).

Αποτελέσματα

Από την έρευνα που διενεργήθηκε γύρω από το θέμα της κατάθλιψης, προέκυψαν επιλεγμένα άρθρα που αποτελούν τα δεδομένα της εργασίας. Η κατάθλιψη επηρεάζει περίπου το 6,7% του σημερινού ενήλικου πληθυσμού σε περίοδο 12 μηνών. Τα ποσοστά επικράτησης, όπως οι νέοι ενήλικες και οι ηλικιωμένοι, είναι υψηλότερα. Ο σκοπός αυτής της έρευνας ήταν να ανασκοπήσει την τρέχουσα έρευνα για τους αθλητές και την κατάθλιψη. Ιδιαίτερα αυτή η έρευνα παρέχει μια επισκόπηση μελετών, οι οποίες έχουν διερευνήσει το ποσοστό κατάθλιψης μεταξύ των αθλητών και θα συζητήσουν σχετικούς παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι μπορεί να συμβάλλουν στην κατάθλιψη μεταξύ των αθλητών.

1.1 Επιπολασμός κατάθλιψης και αθλητές

Μέχρι σήμερα, η πλειονότητα των μελετών που διερευνούν το ποσοστό επικράτησης της κατάθλιψης μεταξύ των αθλητών έχουν διεξαχθεί με αθλητές κολεγίων. Τα ευρήματα από αυτές τις μελέτες υποδηλώνουν ότι το ποσοστό επικράτησης της κατάθλιψης μεταξύ των αθλητών κολεγίου κυμαίνεται από 15,6% έως και 21%. Με βάση αυτά τα ποσοστά επικράτησης, έως και ένας στους πέντε αθλητές μπορεί να έχει κατάθλιψη.

Οι Torch et al. ήταν οι πρώτοι ερευνητές που συνέκριναν τα ποσοστά συμπτωμάτων κατάθλιψης μεταξύ αθλητών και μη αθλητών. Αυτή η μελέτη υπέθεσε ότι επειδή οι αθλητές αντιμετωπίζουν περισσότερο άγχος από τους μη αθλητές, θα αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα χρήσης αλκοόλ, συμπτώματα κατάθλιψης και κοινωνικό άγχος. Η μελέτη έδειξε επίσης ότι οι αθλητές θα ανέφεραν ότι είχαν λιγότερη κοινωνική υποστήριξη από τους μη αθλητές. Υπήρχε μερική υποστήριξη για αυτές τις υποθέσεις, καθώς οι αθλήτριες ανέφεραν ότι εμφάνισαν συμπτώματα κατάθλιψης, κοινωνικό άγχος και μη υποστήριξη σε μεγαλύτερο βαθμό από τους άνδρες αθλητές και τους άνδρες και τις γυναίκες μη αθλητές. Σε μια άλλη μελέτη, οι Yang et al. κατέδειξαν παρόμοια ευρήματα σχετικά με το φύλο, καθώς οι αθλήτριες ανέφεραν τα υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης μεταξύ ενός δείγματος 257 αθλητών κολεγίων Κατηγορίας Ι. Αυτά τα ευρήματα είναι συνεπή με δεδομένα από τον γενικό πληθυσμό, ο οποίος επανειλημμένα έχει βρει ότι οι γυναίκες αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης από τους άνδρες. Συνολικά, το 21% των αθλητών που ρωτήθηκαν ανέφεραν συμπτώματα κατάθλιψης.

1.2Αθλητικοί τραυματισμοί και κατάθλιψη

Έχει διαπιστωθεί ότι οι αθλητές που υπέστησαν τραυματισμό ανέφεραν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες συμπτωμάτων κατάθλιψης από αυτές που αναφέρθηκαν από μη τραυματισμένους αθλητές, όπως μετρήθηκε από την επικυρωμένη κλίμακα Κέντρου Επιδημιολογικών Μελετών κατάθλιψης (CES-D). Το δείγμα σε αυτή τη μελέτη αποτελούνταν από 916 ποδοσφαιριστές του κολεγίου NCAA Division I. Διαπιστώθηκε ότι και οι δύο ομάδες αθλητών στη μελέτη τους ανέφεραν υψηλά επίπεδα συμπτωμάτων κατάθλιψης, καθώς το 33% των αθλητών με τραυματισμό και το 27% των μη τραυματισμένων αθλητών θα μπορούσαν να ταξινομηθούν ως καταθλιπτικοί με βάση τα αποτελέσματα του Κέντρου Επιδημιολογικών Μελετών κατάθλιψης.

Η διάσειση έχει προκαλέσει αύξηση των στοιχείων που υποδηλώνουν ότι μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές στη συναισθηματική κατάσταση. Επιπλέον, υπάρχουν πρόσφατα στοιχεία που υποδηλώνουν ότι η διάσειση μπορεί να έχει μακροχρόνιο συναισθηματικό αντίκτυπο. Σε μια έρευνα σε 1.044 συνταξιούχους παίκτες της Εθνικής Ποδοσφαιρικής Λίγκας (NFL), διαπιστώθηκε ότι ο κίνδυνος διάγνωσης κατάθλιψης αυξήθηκε και οι συνταξιούχοι αθλητές που ανέφεραν τρεις ή περισσότερες διάσεις είχαν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν ότι έχουν διαγνωστεί με κατάθλιψη σε σύγκριση με αθλητές χωρίς ιστορικό διάσεισης.

Ενώ η σχέση μεταξύ διάσεισης και κατάθλιψης μπορεί να είναι σημαντική, υπάρχουν επίσης στοιχεία που υποδηλώνουν ότι μια διάσειση μπορεί να έχει την ίδια επίδραση με άλλους τραυματισμούς στην ψυχική υγεία. Για παράδειγμα, οι Mainwaring et al. (18) διεξήγαγε μια μελέτη για να εξετάσει τις διαφορές μεταξύ των συναισθηματικών αποκρίσεων σε αθλητές που είχαν διάσειση σε σύγκριση με τραυματισμό του πρόσθιου χιαστού συνδέσμου (ACL). Διαπίστωσαν ότι οι αθλητές με τραυματισμούς ACL είχαν πιο σοβαρά επίπεδα κατάθλιψης και μεγαλύτερη διάρκεια κατάθλιψης σε σύγκριση με αυτούς των αθλητών με διάσειση.

Ακόμη το σύνδρομο υπερπροπόνησης (OTS) αν και δεν οφείλεται σε οξύ τραυματισμό μπορεί επίσης να απειλήσει τη συνολική ψυχική και σωματική ευεξία ενός αθλητή. Το σύνδρομο υπερπροπόνησης χαρακτηρίζεται από ψυχολογικές και φυσιολογικές διαταραχές, μαζί με μειώσεις στην απόδοση. Έρευνα δείχνει ότι τα συμπτώματα της μείζονος κατάθλιψης και της OTS μπορεί να εμφανίζονται παρόμοια. Ως εκ τούτου, αυτοί οι επαγγελματίες που εργάζονται με αθλητές θα πρέπει να προσέχουν να μην μπερδεύουν την κατάθλιψη ως OTS και

αντίστροφα. Ωστόσο, θα πρέπει επίσης να γνωρίζουν ότι οι δύο προϋποθέσεις δεν είναι απαραίτητα αμοιβαία αποκλειόμενες και μπορούν να συνυπάρχουν.

1.3 Τερματισμός καριέρας

Το τέλος της καριέρας ενός αθλητή σηματοδοτεί μια σημαντική μετάβαση στη ζωή που μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές στις διαπροσωπικές σχέσεις, τους ρόλους και τις καθημερινές ρουτίνες ενός αθλητή. Αν και ο τερματισμός της αθλητικής καριέρας αντιπροσωπεύει μια σημαντική μετάβαση στη ζωή για τους αθλητές, αυτό δεν σημαίνει απαραίτητα ότι οδηγεί σε ψυχολογική δυσφορία. Για ορισμένους αθλητές, η μετάβαση από τον αγωνιστικό στίβο στην αθλητική απόσυρση γίνεται με ευκολία, επιτρέποντάς τους να ακολουθήσουν νέα επαγγελματικά μονοπάτια και ευκαιρίες. Για άλλους, αυτή η μετάβαση είναι μια δύσκολη διαδικασία που έχει συσχετιστεί με δυσκολίες συμπεριφοράς και συναισθηματική δυσφορία. Για παράδειγμα, ο τερματισμός της αθλητικής καριέρας έχει συσχετιστεί με κατάθλιψη, άγχος, αυξημένη εχθρότητα, θυμό και κατάχρηση ουσιών.

Είναι πιθανό ότι αρκετές μεταβλητές επηρεάζουν την ανταπόκριση ενός αθλητή στον τερματισμό της σταδιοδρομίας. Μια συγκεκριμένη μεταβλητή που έχει λάβει μεγάλη προσοχή είναι η εθελοντική δηλαδή, προσωπική απόφαση για αποχώρηση έναντι της ακούσιας δηλαδή τραυματισμός, αποκοπή από την ομάδα. Έχει υποτεθεί ότι η ακούσια διακοπή της σταδιοδρομίας είναι πιο πιθανό από την οικειοθελή διακοπή της σταδιοδρομίας να επηρεάσει αρνητικά την ψυχική υγεία ενός αθλητή. Ωστόσο, διαπιστώθηκε ότι τα συμπτώματα ψυχολογικής δυσφορίας για εκείνους τους αθλητές μειώθηκαν με την πάροδο του χρόνου. Αυτό το εύρημα μπορεί να υποδεικνύει ότι, αρχικά, οι αθλητές δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στον ακούσιο τερματισμό της καριέρας τους, αλλά βιώνουν συνολική μείωση της ψυχολογικής δυσφορίας όσο πιο μακριά βρίσκονται από το αγώνισμα.

2.1 Απόδοση και κατάθλιψη

Από ψυχολογική άποψη, οι αθλητές μπορεί να είναι επιρρεπείς να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης όταν αντιμετωπίζουν πτώση στην αθλητική τους απόδοση ή καταστροφική αθλητική απόδοση. Η εννοιολογικά κακή αθλητική απόδοση μπορεί να οδηγήσει σε έλλειψη εξωτερικής ενίσχυσης, απενεργοποίηση συμπεριφοράς, αρνητικές αυτοαντιλήψεις και αίσθημα αδυναμίας ή απελπισίας, που συνάδουν με συμπτώματα κατάθλιψης. Μελέτη δείχνει

ότι ορισμένοι αθλητές με υψηλές επιδόσεις μπορεί στην πραγματικότητα να είναι πιο επιρρεπείς στην κατάθλιψη όταν αντιμετωπίζουν αποτελέσματα που είναι κατώτερα των προσδοκιών τους και ότι το προσωπικό αθλητικής ιατρικής πρέπει να γνωρίζει τις ψυχολογικές συνέπειες της ήττας ή της προσωπικής αποτυχίας κατά τη διάρκεια του αγώνα. Όσοι παρέχουν ολοκληρωμένη φροντίδα για τον αθλητή θα πρέπει να κατανοήσουν ότι οι προσδοκίες για την αθλητική απόδοση έχει πολλές επιρροές και μπορεί να περιλαμβάνει την άποψη του αθλητή αλλά και την αντίληψη των συμπαικτών, των προπονητών και της οικογένειας.

2.2 Αυτοκτονία

Ένας αριθμός πρόσφατων αυτοκτονιών νυν ή πρώην αθλητών και η προσοχή των μέσων ενημέρωσης οδήγησαν σε αυξημένη εστίαση σε πιθανούς παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονική συμπεριφορά σε αθλητές. Σε μια ανασκόπηση της ιατρικής και περιοδικής βιβλιογραφίας, ο Baum βρήκε 71 περιπτώσεις αθλητών που σκέφτηκαν, αποπειράθηκαν ή ολοκλήρωσαν την αυτοκτονία. Από αυτές τις 71 περιπτώσεις που εντοπίστηκαν, οι 66 ήταν ολοκληρωμένες αυτοκτονίες. Η πλειοψηφία αυτών των περιπτώσεων ήταν άνδρες αθλητές με μέσο όρο ηλικίας 22 ετών.

Αυτό είναι σύμφωνο με την βιβλιογραφία, η οποία δείχνει ότι οι άνδρες είναι πιο πιθανό να αυτοκτονήσουν από τις γυναίκες και ότι τα άτομα ηλικίας μεταξύ 15 και 24 ετών αντιπροσωπεύουν την ομάδα με τον υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας. Οι Smith και Milliner υποστηρίζουν ότι ένας σοβαρός τραυματισμός που απαιτεί χειρουργική επέμβαση, μια εκτεταμένη διαδικασία αποκατάστασης 6 εβδομάδες έως 1 έτος, μειωμένες αθλητικές δεξιότητες, η συμμόρφωση στην αποκατάσταση, η αντιληπτή έλλειψη ικανότητας κατά την επιστροφή στον αθλητισμό σε σύγκριση με τα επίπεδα πριν από τον τραυματισμό και η αντικατάστασή τους από συμπαίκτη στη δεδομένη θέση τους, όλα μπορεί να συμβάλλουν στην αυτοκτονική συμπεριφορά μεταξύ αθλητών με τραυματισμό.

3 Συμπεράσματα και Συζήτηση

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αποκαλύπτει ότι η κατάθλιψη συμβαίνει πράγματι σε αθλητές και ότι οι αθλητές δεν είναι κατά κάποιο τρόπο άνοσοι ή ανθεκτικοί στην κατάθλιψη. Σαφώς υπάρχει κατάθλιψη στους αθλητές ή ακόμη και αυτοκτονία μια τραγική έκβαση που μπορεί να σχετίζεται με την κατάθλιψη. Στην πραγματικότητα υπάρχουν παράγοντες κινδύνου που είναι πιο μοναδικοί σε έναν αθλητικό πληθυσμό δηλαδή τραυματισμός, ακούσιος τερματισμός καριέρας, προσδοκίες απόδοσης και πιθανώς υπερβολική προπόνηση που μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο κατάθλιψης σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό.

Αυτή τη στιγμή, υπάρχει περιορισμένη γνώση σχετικά με τη βέλτιστη αξιολόγηση της κατάθλιψης στους αθλητές και υπάρχει έλλειψη παρεμβάσεων που βασίζονται σε στοιχεία που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές για τη θεραπεία αθλητών με κλινικά επίπεδα κατάθλιψης. Μελλοντικές μελέτες για την κατάθλιψη και τους αθλητές θα πρέπει να διερευνήσουν πώς η αξιολόγηση και η διαχείριση της κατάθλιψης μπορεί να είναι διαφορετική σε αθλητές και μη αθλητές. για παράδειγμα, είναι η θεραπεία που βασίζεται σε τεκμήρια περισσότερο ή λιγότερο αποτελεσματική στους αθλητές ή ποια κατηγορία φαρμάκων μπορεί να είναι πιο χρήσιμη για τον αθλητή. Πρωταρχική επαφή σχετικά με θέματα κατάθλιψης και ψυχικής υγείας μπορεί να προκύψει με ομάδες αθλητιατρικής.

Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό αυτοί οι επαγγελματίες υγείας να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τα σημεία και τα συμπτώματα της κατάθλιψης μεταξύ των αθλητών και να προσφέρουν τις κατάλληλες παραπομπές όταν είναι απαραίτητο. Οι αθλητές μπορεί να παρουσιάζουν άτυπα σημεία και συμπτώματα, όπως θυμό και ευερεθιστότητα, και να συμμετέχουν σε υγιείς ή λιγότερο υγιείς μηχανισμούς αντιμετώπισης, όπως κατάχρηση ουσιών ή υπερβολική προπόνηση. Πέρα από τους παραδοσιακούς δείκτες της κατάθλιψης, οι αθλητικοί προπονητές και οι ομάδες αθλητικής ιατρικής θα πρέπει να διατηρούν αυξημένη επίγνωση ότι δεδομένης της φύσης της αθλητικής κουλτούρας οι αθλητές μπορεί να αρνούνται τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών της αθλητικής ιατρικής και του δικτύου αθλητικής φροντίδας είναι το κλειδί για τη βέλτιστη αξιολόγηση, διαχείριση και έκβαση της κατάθλιψης στους αθλητές.

Βιβλιογραφία

1. Nutt, D., Wilson, S. and Paterson, L., 2008. Sleep disorders as core symptoms of depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10(3), pp.329-336.
2. Kapfhammer, H., 2006. Somatic symptoms in depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(2), pp.227-239.
3. C Katona, R Peveler, C Dowrick, S Wessel, 2005. Pain symptoms in depression: definition and clinical significance
4. Tiller JW. *Med J Aust.*, 2013. Depression and anxiety.
5. Goldman, L., Nielsen, N. and Champion, H., 1999. Awareness, diagnosis, and treatment of depression. *Journal of General Internal Medicine*, 14(9), pp.569-580.
6. Hauenstein EJ.J, Obstet Gynecol ,Neonatal Nurs. 2003. Depression in adolescence. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, Volume 32, Issue 2, pp.239-248
7. G Martin. 1996. Depression in teenagers, Current therapeutics,
8. Patton, G., Hibbert, M., Rosier, M., Carlin, J., Caust, J. and Bowes, G., 1996. Is smoking associated with depression and anxiety in teenagers?. *American Journal of Public Health*, 86(2), pp.225-230.
9. Pahlavanzadeh, S., Habibpour, Z., Ghasavi, Z. and Maghsoudi, J., 2022. Association between body image satisfaction and depression in teenagers.
10. Blake, M., Trinder, J. and Allen, N., 2018. Mechanisms underlying the association between insomnia, anxiety, and depression in adolescence: Implications for behavioral sleep interventions. *Clinical Psychology Review*, 63, pp.25-40.
11. Pine, D., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J. and Ma, Y., 1998. The Risk for Early-Adulthood Anxiety and Depressive Disorders in Adolescents With Anxiety and Depressive Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55(1), p.5674(1), pp.49-57.
12. Goossens, P.J.J., Achterberg, T.V., Klein, E.A.M.K. der, 2007. Nursing processes used in the treatment of patients with bipolar disorder. *Int. J. Ment. Health*
13. Noble, R., 2005. Hammen, C., 2003. Interpersonal stress and depression in women. *Journal of Affective Disorders*, Depression in women. *Metabolism*, 54(5), pp.49-52.

14. Miller, K., 2006. Bipolar disorder: Etiology, diagnosis, and management. *J. Am. Acad. Nurse Pract.* 18, 368–373.
15. BHATIA, S. and BHATIA, S., 2022. Depression in Women: Diagnostic and Treatment Considerations.
16. Ryan, D., Milis, L. and Misri, N., 2022. Depression during pregnancy. *The College of Family Physicians of Canada.*
17. Pearlstein, T., 2015. Depression during Pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 29(5), pp.754-764.
18. Stewart, D. and Vigod, S., 2016. Postpartum Depression. *New England Journal of Medicine*, 375(22), pp.2177-2186.
19. O'Hara, M., 2009. Postpartum depression: what we know. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), pp.1258-1269.
20. Goodman, J., 2004. Postpartum Depression Beyond the Early Postpartum Period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 33(4), pp.410-420.
21. LJ Miller, *Jama*, 2002 . Postpartum depression
22. Georgakis, M., Thomopoulos, T., Diamantaras, A., Kalogirou, E., Skalkidou, A., Daskalopoulou, S. and Petridou, E., 2016. Association of Age at Menopause and Duration of Reproductive Period With Depression After Menopause. *JAMA Psychiatry*, 73(2), p.139.
23. Freeman, E., 2010. Associations of depression with the transition to menopause. *Menopause*, 17(4), pp.823-827.
24. Martin, L., Neighbors, H. and Griffith, D., 2013. The Experience of Symptoms of Depression in Men vs Women. *JAMA Psychiatry*, 70(10), p.1100
25. Maree L. Hackett, Chaturangi Yapa, Varsha Parag and Craig S. Anderson. 2005. Frequency of Depression After Stroke, Vol. 36, No. 6
26. Jiang, W., Krishnan, R.R. & O'Connor, C.M. 2002. Depression and Heart Disease. *Mol Diag Ther* 16, pp.111–127
27. Robert M.Carney,Kenneth E.Freedland. 2008. Depression in Patients with Coronary Heart Disease, *The American Journal of Medicine*, Volume 121, Issue 11, Supplement 2, November 2008, pp.20-27

28. Robert M. Carney PH.D.,Kenneth E. Freedland PH.D.,Yvette I. Sheline M.D.,Edward S. Weiss M.D.2009. Depression and coronary heart disease: A review for cardiologists, Volume20, Issue3, pp.196-200
29. Volume 121, Issue 11, Supplement 2, November 2008, Pages S20-S27
30. Robert M.Carney,Kenneth E.Freedland,2008. Depression in Patients with Coronary Heart Disease, The American Journal of Medicine, Volume 121, Issue 11, Supplement 2, November 2008, pp.20-27
31. Ghoneim, M.M., O'Hara, M.W,2016. Depression and postoperative complications: an overview. BMC Surg 16, 5.
32. Jesse R.FannM.D., M.P.H.abdeAnne M.Thomas-RichM.D.aWayne J.KatonM.D.aDeborahCowleyM.D.aMaryPeppingPh.D.bBonnie A.McGregorPh.D.fJulieGralowM.D.c,2008. Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. Volume 30, Issue 2, March–April 2008, pp. 112-126
33. Reich, M., Lesur, A. & Perdrizet-Chevallier, C.2008. Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. Breast Cancer Res Treat 110, 9–17
34. A Pitman, S Suleman, N Hyde, A Hodgkiss - Bmj, 2018 . Depression and anxiety in patients with cancer
35. Carek, P. J., Laibstain, S. E. and Carek, S. M. (2011) 'Exercise for the Treatment of Depression and Anxiety', The International Journal of Psychiatry in Medicine, 41(1), pp. 15–28.
36. Feneberg, A.C., Mewes, R., Doerr, J.M. et al. 2021.The effects of music listening on somatic symptoms and stress markers in the everyday life of women with somatic complaints and depression.
37. Wolanin, Andrew PsyD; Gross, Michael MA; Hong, Eugene MD
38. Current Sports Medicine Reports: January 2015 - Volume 14 - Issue 1 - p 56-60