

به نام خدا

معناداری زندگی با درمان روانشناختی زنان افسرده

مؤلفان :

نگین مرادی

یلدا مخلص

فرهاد روحانی

مأده هزارخانی

انتشارات ارسطو

(سازمان چاپ و نشر ایران - ۱۴۰۲)

نسخه الکترونیکی این اثر در سایت سازمان چاپ و نشر ایران و اپلیکیشن کتاب رسان موجود می باشد

chaponashr.ir

عنوان و نام پدیدآور : معناداری زندگی با درمان روانشناختی زنان افسرده/ مولفان نگین مرادی... [و دیگران].

مشخصات نشر : ارسطو (سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر ایران)، ۱۴۰۲.

مشخصات ظاهری : ۱۱۷ ص.

شابک : ۹۷۸-۶۲۲-۳۳۹-۳۰۹-۹

وضعیت فهرست نویسی : فیبا

یادداشت : مولفان نگین مرادی، یلدا مخلص، فرهاد روحانی، مانده هزارخانی.

یادداشت : کتابنامه: ص. [۱۰۱] - ۱۱۷.

Depression in women

موضوع : افسردگی در زنان

Depression, Mental-- Alternative treatment

افسردگی -- درمان جایگزین

Acceptance and commitment therapy

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

Life-- Psychological aspects

زندگی -- جنبه‌های روانشناسی

شناسه افزوده : مرادی، نگین، ۱۳۷۲-

رده بندی کنگره : RC۵۳۷

رده بندی دیویی : ۶۱۶/۸۵۲۷۰۰۸۲

شماره کتابشناسی ملی : ۹۳۷۸۲۳۶

اطلاعات رکورد کتابشناسی : فیبا

نام کتاب : معناداری زندگی با درمان روانشناختی زنان افسرده
مولفان : نگین مرادی - یلدا مخلص - فرهاد روحانی - مانده هزارخان

ناشر : ارسطو (سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر ایران)

صفحه آرای، تنظیم و طرح جلد: پروانه مهاجر

تیراژ : ۱۰۰۰ جلد

نوبت چاپ : اول - ۱۴۰۲

چاپ : زبرجد

قیمت : ۹۴۰۰۰ تومان

فروش نسخه الکترونیکی - کتاب‌رسان :

<https://chaponashr.ir/ketabresan>

شابک : ۹۷۸-۶۲۲-۳۳۹-۳۰۹-۹

تلفن مرکز بخش : ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵

www.chaponashr.ir



فهرست مطالب

| صفحه | عنوان |
|------|-------------------------------------------|
| ۹ | فصل اول..... |
| ۹ | کلیات..... |
| ۹ | مقدمه..... |
| ۱۳ | اهمیت موضوع..... |
| ۱۷ | فصل دوم..... |
| ۱۷ | مبانی نظری..... |
| ۱۷ | مقدمه..... |
| ۱۷ | مبانی نظری..... |
| ۱۷ | افسردگی..... |
| ۱۸ | تاریخچه افسردگی..... |
| ۲۰ | ملاک های تشخیصی افسردگی براساس DSM-۵..... |
| ۲۱ | شیوع..... |
| ۲۲ | بروز و سیر..... |
| ۲۲ | نظریه های مربوط به افسردگی..... |
| ۲۲ | دیدگاه زیستی..... |
| ۲۳ | عوامل ژنتیکی افسردگی..... |
| ۲۳ | اساس نوروشیمیایی افسردگی..... |
| ۲۳ | دیدگاه روان پویایی در افسردگی..... |

- ۲۵..... دیدگاه رفتارگرایان
- ۲۶..... دیدگاه انسان گرایانه
- ۲۶..... نظریه شناختی
- ۲۶..... نظریه بک
- ۲۸..... نظریه برنر
- ۲۹..... مدل درماندگی آموخته شده
- ۳۰..... نظریه عقلانی-عاطفی آلیس
- ۳۱..... نظریه یادگیری بندورا
- ۳۲..... نظریه فراشناختی بر افسردگی
- ۳۳..... معناداری زندگی
- ۳۵..... پیشینه فلسفی معنای زندگی
- ۳۶..... دیدگاه های مربوط به معنای زندگی
- ۳۶..... دیدگاه خدامحور
- ۳۷..... دیدگاه طبیعت گرایی
- ۳۷..... ۱- دیدگاه ذهنیت گرا
- ۳۸..... ۲- دیدگاه عینیت گرا
- ۳۸..... شیوه کسب «معنای زندگی»
- ۳۹..... خاستگاه «کشف» با «جعل» معنای زندگی
- ۴۰..... معنای زندگی از دیدگاه اندیشمندان
- ۴۰..... دیدگاه فروید
- ۴۰..... دیدگاه آدلر

- ۴۲..... دیدگاه وجودی
- ۴۳..... دیدگاه یالوم
- ۴۴..... معنای کیهانی
- ۴۴..... معنای شخصی این جهانی
- ۴۶..... دیدگاه فرانکل
- ۵۲..... ضرورت وجود معنا
- ۵۴..... معنا جویی
- ۵۶..... معنای ویژه در برابر معنای نهایی
- ۵۷..... اراده ی معطوف به معنا
- ۵۸..... آزادی اراده
- ۵۹..... خلاء وجودی
- ۶۱..... میرایی و جاودانگی
- ۶۳..... معنای زندگی در روانشناسی
- ۶۶..... انعطاف پذیری روانشناختی
- ۶۸..... تاریخچه انعطاف پذیری
- ۶۸..... میزان شیوع آسیب‌های انعطاف پذیری
- ۶۹..... نقش لوب گیجگاهی در انعطاف پذیری
- ۷۱..... تعریف انعطاف پذیری
- ۷۴..... مؤلفه‌های انعطاف پذیری
- ۷۴..... انعطاف‌پذیری شناختی

| | |
|----|-----------------------------------------|
| ۷۶ | برنامه‌ریزی |
| ۷۶ | سازمان‌دهی |
| ۷۷ | حافظه فعال |
| ۷۹ | بازداری پاسخ |
| ۷۹ | خودگردانی عاطفی (کنترل هیجانی) |
| ۸۰ | نظارت |
| ۸۰ | آغازگری |
| ۸۰ | فراشناخت |
| ۸۰ | مدیریت زمان |
| ۸۱ | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد |
| ۸۱ | مفهوم‌شناسی و تعاریف |
| ۸۵ | مبانی فلسفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد |
| ۸۶ | مبانی نظری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد |
| ۸۷ | مراحل درمان |
| ۸۹ | فرآیندهای بنیادین اکت |
| ۹۱ | پذیرش |
| ۹۱ | گسلش شناختی |
| ۹۳ | خود به عنوان زمینه: حس متعالی از خود |
| ۹۴ | ارتباط با زمان حال |
| ۹۴ | ارزش‌ها |
| ۹۵ | عمل متعهد |

| | |
|----------|------------------------------|
| ۹۶..... | انعطاف پذیری روانشناختی..... |
| ۹۶..... | مداخلات بالینی |
| ۹۸..... | جمع بندی |
| ۱۰۱..... | منابع..... |

فصل اول

کلیات

مقدمه

افسردگی یکی از مهم ترین بیماری های ناتوان کننده است که امروزه تعداد زیادی از مردم دچار آن شده اند. این بیماری توانایی افراد را در عملکرد، تفکر و احساس، تحت تاثیر قرار می دهد و یک مشکل خلقی خاص است که با اندوه، یاس و ناامیدی فراگیر، مشخص می شود. بسیاری از مردم در دوره هایی از زندگی خود نسبت به رویدادهای زندگی احساس دلسردی می کنند ولی افسردگی واقعی، عمیق تر و طولانی تر است و کل وجود شخص را تحت تاثیر قرار می دهد. با توجه به آن که افسردگی، ناتوان کننده و غالبا مزمن و عودکننده است، شناخت عوامل خطرزا و مداخله زودهنگام در آن اهمیت دارد.

رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند از مداخلات بسیار حیاتی در جهت بهبود بیماران افسرده باشد. در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف اصلی ایجاد انعطاف پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که متناسب تر باشد، نه اینکه عملی صرفا جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت، به فرد تحمیل شود. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرض بر این است که انسان ها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی شان را آزارنده می دانند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آن

ها رهایی یابند. این تلاش ها برای کنترل بی تاثیر بوده و به طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری می شود که فرد در ابتدا سعی داشت از آن ها اجتناب کند.

فرآیندهای مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد آموزش می دهد، چگونه عقیده بازداری فکر را رها کنند، از افکار آزارنده رهایی یابند، به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده گر را تقویت نمایند و رویدادها را به جای کنترل بپذیرند. همچنین در این درمان به بیماران کمک می شود تا افکار آزاردهندشان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد فعلی شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش هایشان است قدم بردارند.

اختلال افسردگی اساسی^۱ یکی از شایع ترین اختلال های روانی است (سراو-بلانکو، پالو، لوسیانو، پینتو مزا، لوجان^۲ و همکاران، ۲۰۱۰) که تخمین زده میشود که تا سال ۲۰۲۰ به دومین بیماری رایج در دنیا تبدیل شود (برلیم، مک گیر و فلک^۳، ۲۰۰۸). تقریباً ۱۵ درصد کل جمعیت در مقطعی از زندگی خود، یک دوره افسردگی اساسی را تجربه می کنند (انجمن روان پزشکی آمریکا^۴، ۲۰۱۳). در این راستا، یافته های همه گیر شناختی درصد شیوع افسردگی در زنان را ۲/۷ برابر بیشتر از مردان گزارش کرده اند (گابیلوندو، روجاس افارراس، ویلاگت، هارو، فرناندز^۵ و همکاران، ۲۰۱۰).

آنچه امروزه در کنار آسیب شناسی روانی ناشی از استرسورهای مختلف محیطی نظیر فرزندان استثنایی مورد توجه قرار گرفته است، مسئله انعطاف پذیری روانشناختی است (زارع بیدکی و جهانگیری، ۱۳۹۷). انعطاف پذیری روانشناختی به منزله توانایی سازگاری با محرک های در حال تغییر محیطی تعریف شده است. برخی از پژوهشگران انعطاف پذیری روانشناختی را توانایی فرد برای ارتباط کامل با زمان حال به عنوان یک

1 -Major Depression Disorder (MDD)

2 -Serrano-Blanco, Palao, Luciano, Pinto-Meza, Luján, Fernández, & Haro

3 -Berlim, McGirr & Fleck

4 -American Psychiatric Association

5 -Gabilondo, Rojas- Farreras, Vilagut, Haro, Fernandez, Pintomeza & Alonso

انسان هوشیار و آگاه و توانایی او برای تغییر یا ادامه رفتار در جهت ارزش هایش تعریف کرده اند (زارع بیدکی و جهانگیری، ۱۳۹۷).

در این راستا، برخی از پژوهش‌ها بیانگر رابطه انعطاف‌پذیری روانشناختی و نشانگان افسردگی هستند (هینکلمان، موریتز، بوتزنهارت، ریدسیل، ویدرمان^۱ و همکاران، ۲۰۰۹؛ بروکس^۲ و همکاران، ۲۰۱۰). علاوه بر این، شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که بین شدت افسردگی و انعطاف‌پذیری شناختی، نقایص شناختی در توجه، سرعت پردازش و حافظه کلامی طولانی مدت، رابطه وجود دارد (دیکستین^۳ و همکاران، ۲۰۰۷).

در مجموع میتوان اذعان کرد که انعطاف‌ناپذیری شناختی یکی از همبسته‌های کلیدی افسردگی است. افزون بر موارد فوق، از جمله عواملی که در سالهای اخیر در سبب شناسی افسردگی مورد توجه بسیاری از روانشناسان قرار گرفت، فقدان معناداری در زندگی است. منظور از معناداری از زندگی، برخورداری از مجموعه‌ای از ارزش‌ها، باورها و نگرش‌های مثبت به هستی و یک منبع لایزال الهی است که موجبات بهزیستی روانی و معناداری را در زندگی فراهم می‌کند (وو و بران^۴، ۲۰۱۳).

یکی از معروفترین تعاریف معناداری زندگی، توسط فرانکل^۵ در سال ۱۹۸۴ ارائه شده است. به اعتقاد وی معنا بخش بودن زندگی، عبارت است از پاسخ مثبت به زندگی و هر آنچه با آن روبرو شویم خواه آن چیز رنج و یا مرگ باشد در نهایت انسان سرنوشت را پذیرفته و برای رنج خویش معنایی می‌یابد (فرانکل^۶، ۲۰۱۱). وجود معنا در زندگی مانند کلیدی است که می‌تواند گره مشکلات زندگی را باز نموده و باعث بروز کنش‌های مثبتی در افراد شود و از این رو اغلب زندگی معنی‌دار را از عوامل مهم سلامت روانشناختی می‌دانند (غفاری آرام، ۱۳۹۶). معناداری زندگی و جایگاه و اهمیت آن برای

1 -Hinkelman, Moritz, Botzenhardt, Riedesel, Wiedemann, Kellner & Otte

2 -Brooks

3 -Dickstein

4 -Woo & Brown

5 -Frankl

6 -Frankl

برخوردار بودن از یک زندگی خوب و شاد، امری انکارناپذیر و غیر قابل کتمان است (کینگ^۱ و همکاران، ۲۰۰۶).

پژوهش های صورت گرفته نیز بیشتر کاهش نشانه ها را ملاک بهبودی قرار می دهند. این نگاه به موفقیت و پاسخ درمانی، نگاه کمی است و فقط نشانه های افسردگی را در نظر دارد و تمرکز کمتری روی عوامل دیگر علاوه بر کاهش نشانه ها از جمله کیفیت زندگی دارد (هیز، لوین و ویلات^۲، ۲۰۱۳).

بنابراین برای اختلال افسردگی گزینه های درمانی دیگر که روی سایر متغیرها تمرکز کند، ضروری است. اخیراً بحث زیادی در مورد مداخلات درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و زمینه محور مطرح شده است؛ مخصوصاً در زمینه افرادی که احتمال عود اختلال در آنها بالا است. این درمان ها که موج سوم رفتار درمانی هستند مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) روی باورها در مقابل چالش با آنها، ذهن آگاهی، گسلش شناختی یا توصیف افکار و احساسات بدون معنا دادن به آنها، زندگی مبتنی بر ارزش ها و معنویت شخصی تمرکز دارند.

در این دیدگاه، رنج انسانها ریشه در انعطاف پذیری روانشناختی دارد که به وسیله اجتناب از تجارب ایجاد شده است و آن چه آسیب زا تلقی می گردد تمایل به جذب تجارب و جنگ با آنها از طریق اجتناب نمودن از تجارب می باشد (افرت، فورتی، آرچ، اسپیجو، کلر و لانگر^۳، ۲۰۰۹). هدف اصلی این رویکرد آن است که فرد با کنترل موثر دردها، رنج ها و تنش هایی که در زندگی، به اجبار برای او ایجاد کرده است، یک زندگی پربار و معنادار برای خود ایجاد نماید. در این رویکرد به محض این که افکار، احساسات و خاطرات برجسب علایم و نشانه ها میخورند، بلادرنگ نزاع و کشمکش با آنان شروع می شود، زیرا این علایم به عنوان یک موضوع آسیب زا و مرضی معنی می گردند. پذیرش و تعهد ارتباط بین احساسات و افکار مشکل زا را تغییر می دهد تا افراد آنان را به عنوان

1 -King

2 -Hayes, Levin & Villatte

3-Eifert, Forsyth, Arch, Espejo, Keller & Langer

علایم مرضی درک نموده و حتی یاد بگیرند آنها را بی ضرر درک کنند(هاریس^۱، ۲۰۰۹). درواقع، پذیرش و تعهد تمرکز کمتری بر روی نشانه‌ها دارد (هایز^۲ و همکاران، ۲۰۱۳). مطالعات مختلفی به بررسی تاثیر "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" در برخی از سازه‌های روان‌شناختی از جمله انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پرداخته‌اند. فاشلر، وینریب، آزما و کاتز^۳ (۲۰۱۸) در پژوهشی بدین نتیجه رسیدند که "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" در بهبود معناداری زندگی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران آنکولوژی موثر است.

با توجه به مطالب فوق این پژوهش در پی پاسخ به این سوال است که آیا آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش معناداری زندگی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان افسرده تأثیر معناداری دارد؟

اهمیت موضوع

افسردگی یکی از اختلال‌های روانی بسیار رایج است که آن را از نظر روانی، به زکام تشبیه می‌کنند. اشخاصی که از افسردگی رنج می‌برند، ممکن است احساس غم کنند و افکار مالیخولیایی داشته باشند. احتمال دارد که از کمبود انرژی، کاهش اعتماد به نفس، دشواری در تمرکز، عدم علاقه به دیگران، احساس بدبینی به فعالیت‌های خوشایند، تمایل به گریه کردن و افکار منجر به خودکشی رنج ببرند(غلامحسینی، خدابخشی کولایی و تقوایی، ۱۳۹۴). اشخاص مبتلا به افسردگی شدید نیز معمولاً همه احساسات بالا را نشان می‌دهند، با این تفاوت که شدت احساسات آنها به ظاهر خیلی شدید است. افسردگی به عنوان اختلالی واحد در هیجان و خلق شناخته می‌شود. افسردگی از عوامل شایع محدودکننده افراد است و کاهش فعالیت‌های روزانه و فقدان انگیزش را در پی دارد. با توجه به اینکه افسردگی بسته بر شدت آن بر تمام جنبه‌های اقتصادی، اجتماعی و

1- Harris

2 -Hayes

3 -Fashler, Weinrib, Azam & Katz

عاطفی فرد، خانواده و جامعه اثر می گذارد، بنابراین پیشگیری از افسردگی و ناتوانی در انجام فعالیت‌های روزمره باعث ارتقاء سلامت فرد و جامعه می گردد. از دیدگاه درمان پذیرش و تعهد، اختلالات روانشناختی ناشی از عدم انعطاف پذیری روانشناختی هستند و انعطاف پذیری روانشناختی خود از هم جوشی شناختی، دلبسته شدن به مفهوم ساخته شده از خود، اجتناب تجربی، قطع ارتباط با زمان حال، ارزشهای نامشخص و عمل نکردن بر اساس ارزشهای شخصی که این موارد به صورت درونی با یکدیگر در ارتباط هستند، نشأت می گیرند.

از سوی دیگر همان طور که طی تحقیقات مختلف اشاره شد، اختلال افسردگی با مجموعه ای از نشانه ها همراه است که بر عملکرد اجتماعی و شغلی بیمار تأثیر گذاشته و منجر به آسیب معنادار در کیفیت زندگی می شود. بنابراین در صورت اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کیفیت زندگی افراد افسرده، می توان از آن جهت سایر اختلالاتی که در آنها کیفیت زندگی تحت الشعاع قرار می گیرد، استفاده کرد. با توجه به اهمیت و آثار عمیق و گسترده ی معنا در زندگی انسان و تأثیر مثبت آن بر بهزیستی روانشناختی، این پرسش مطرح می شود که چه عواملی زندگی را معنادار می سازند. در پژوهش هایی که تاکنون انجام شده اند به مقوله هایی شامل متعهد بودن به هدفی ویژه؛ خلاقیت و برتری؛ پیشرفت کردن؛ انسجام میان جنبه های گوناگون زندگی فرد همچون شخصیت، زندگی روزمره، ارزشهای فرهنگی و داستان زندگی؛ تمرکز بر رازهای جهان خلقت؛ تجربه ی بزرگ کردن فرزند؛ تعلق داشتن و خدمت کردن به چیزی که فرد معتقد است از خودش برتر است (سلیگمن^۱، ۲۰۱۱) و هدفمند بودن زندگی، عشق، اخلاقیات و تعالی (موئینک^۲، ۲۰۱۳) اشاره شده است. در پاسخ به این پرسش که چه چیز به زندگی معنا می بخشد، مقوله های بسیاری مطرح شده اند، زیرا معنای زندگی از بافت یا محیط زندگی تأثیر می پذیرد.

1- Seligman

2- Muijnck

مسأله قابل تأمل دیگر که بر لزوم و اهمیت انجام این پژوهش صحه می گذارد این است که نشان دادن اثربخشی روش های جدید رواندرمانی می تواند در برنامه ریزی کلان کشوری، قدم مؤثری در خصوص توجه به خدمات روانشناختی و مشاور فراهم آورد. همچنین به منظور به روز کردن و هماهنگی روشهای درمانی داخل کشور با جدیدترین روشهای درمانی در سطح جهان، پرداختن به روش درمانی مبتنی بر پذیرش تعهد لازم و ضروری بنظر می رسد.

فصل دوم

مبانی نظری

مقدمه

در این فصل ابتدا مبانی نظری و سپس مبانی عملی و در آخر جمع بندی از مبانی نظری و عملی افسردگی، معناداری زندگی، انعطاف پذیری روانشناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مطرح شده است.

مبانی نظری

در این قسمت توضیحات مفصل تری در زمینه متغیرهای پژوهش داده می شود.

افسردگی

براساس نظر انجمن روانپزشکی آمریکا، افسردگی جزو اختلال های خلقی محسوب می شود و یک واکنش به یک موقعیت و یک سبک اختصاصی رفتار مشخص مورد استفاده واقع می شود، افسردگی با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه یا بی ارزشی، اشکال در تمرکز یا تصمیم گیری، مشکلات تفکر، تغییرات اشتها یا وزن و افکار مکرر مرگ یا افکار خودکشی یا طرح نقشه خودکشی یا اقدام به آن مشخص می شوند. این اختلال عملاً منجر به اختلال در عملکرد شغلی، روابط اجتماعی و سایر جنبه های مهم کارکردی فرد می گردد و افسردگی به هر شکلی دیده می شود، شیوه دید فرد از خود، دیگران و از دنیا تعریف می کند، افسردگی قدرت قضاوت را تضعیف می کند و باعث رفتارهای

نامعقول می شود و در هر یک از موارد، بیمار نمی تواند زندگی روزمره عادی داشته باشد. افسردگی می تواند باعث ابتلاء به انواع بیماری های جسمی و روانی و حرکتی شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۳).

در سطح معمول بالینی، افسردگی نشانگانی است که تحت سلطه خلق افسرده است و اساس بیان لفظی یا غیرلفظی عواطف، غمگینی و یا حالت های برانگیختگی نشان داده می شود و در معنای محدوده ی پزشکی افسردگی به منزله یک بیماری خلق و خو با اختلال کنش خلق و خواست (صادقی، ۱۳۸۹).

کلمه افسردگی از عبارت در هم فشردن شدن گرفته شده است از این رو افسردگی به معنای احساس در هم فشردن شدن روح، غم یا بی ارزشی است. حالت روانی ناخوش که با دل زدگی، یاس، خستگی پذیری مشخص می شود و در بیشتر موارد با اضطرابی کم و بیش شدید همراه است (شاملو، ۱۳۹۰).

تاریخچه افسردگی

کلمه دپرسیون^۱ در زبان انگلیسی، برای توصیف وضعیت آب و هوا، کاهش بهای سهام در بورس، فرورفتگی زمین و البته برای توصیف وضعیت خلقی به کار برده می شود و برای اولین بار در قرن هفدهم برای توصیف وضع خلقی انسان به کار برده شد (گیلبرت، ۱۳۸۶).

داستان عهد عتیق شاه سائول^۲ و داستان خودکشی آژاکس در ایلیاد هومر، هر دو یک سندرم افسردگی را توصیف کرده اند. حدود ۴۰۰ سال قبل از میلاد، بقراط^۳ اصطلاح مانی و ملانکولی را برای توصیف اختلالات روانی به کار برد (سادوک و سادوک، ۱۳۹۲). که این پزشک مشهور یونانی برای اولین بار حدود ۲۴۰۰ سال پیش واژه مالیخولیا را برای توصیف افسردگی به کار برد (گیلبرت، ۱۳۸۶). و در حدود ۳۰ میلادی، پزشک

1-Depression

2- King Saul

3 -Boghrat

رومی سلسوس^۱ در کتاب De-re-medicna ملانکولی را ناشی از صفرای سیاه معرفی نمود(سادوک و سادوک، ۱۳۹۲).

این اصطلاح را پزشکان دیگر از جمله ارسطو^۲ (۱۸۰ تا ۱۲۰ سال قبل از میلاد) و جالینوس^۳ (۱۹۹ سال بعد از میلاد) نیز به کار بردند. در قرون وسطی طبابت در ممالک اسلامی رونق داشت. رازی، ابن سینا و پزشک یهودی، میموند^۴، ملانکولی را بیماری مشخصی تلقی می نمودند. در سال ۱۸۵۴ ژول فالره^۵ حالتی را توصیف نمود که آن را جنون ادواری نامید. در سال ۱۸۸۲ کارل کالبام^۶ روانپزشک آلمانی با استفاده از سایکوتایمی مانی، افسردگی را مراحل مختلف یک بیماری عنوان کرد. امیل کریپلین^۷ در سال ۱۹۸۶ براساس معلومات روانپزشکان فرانسوی و آلمانی، مفهوم بیماری مانیک دپرسیو را شرح داده که شامل اکثر ملاک های تشخیصی است که امروزه روانپزشکان برای تشخیص اختلال دوقطبی از آن ها استفاده می کنند(همان منبع).

افسردگی ربطی به موقعیت اجتماعی افراد و دارایی آنان ندارد. در واقع بسیاری از افراد مشهور در طول تاریخ به آن مبتلا بوده اند که از بین آن می توان به افرادی چون سلیمان نبی، آبرهام لینکن^۸، وینستون چرچیل^۹ و آهنگ ساز مشهور فنلاندی جین سیبلیوس^{۱۰} اشاره کرد(گیلبرت، ۱۳۸۶).

1 -Celsus

2 -Aristotle

3 -Galinos

4 -Mymvnd

5 -Jules Falrh

6 -Carl Kalbam

7 -Emil Kraepelin

8- Abraham Lincoln

9 -Winston Churchill

10 -Jean Sibelius

ملاک های تشخیصی افسردگی براساس DSM-5

پنج مورد یا بیشتر از علایم زیر در یک دوره دو هفته ای هم زمان وجود داشته و نشان دهنده بهم خوردن کارکرد قبلی فرد باشند، حداقل یکی از علایم باید یا (۱) خلق افسرده یا (۲) یا از دست رفتن علایق یا لذات باشد.

نکته: علایمی را که مشخصا مربوط به یک بیماری طبی دیگر هستند محسوب نکنید. خلق افسرده در اکثر ساعات روز و تقریبا تمام روزها وجود دارد یا خود فرد به آن اذعان دارد (مثلا احساس اندوه، ناامیدی یا پوچی) یا قابل رویت توسط دیگران است (مثلا گریان دارد) (توجه: در کودکان و نوجوانان می تواند به شکل خلق تحریک پذیر دیده شود). کاهش مشخص علایق یا لذات در تمام یا تقریبا تمام فعالیت های شبانه روزی و تقریبا تمام روزها (یا خود فرد به آن اذعان دارد یا دیگران مشاهده می کنند). کاهش وزن چشمگیر بدون گرفتن رژیم غذایی یا افزایش وزن (تقریبا بیش از ۵/۰ وزن بدن طی یک ماه). یا کاهش یا افزایش اشتها در تقریبا همه روزها (توجه: در کودکان عدم دستیابی به وزن مورد انتظار).

بی خوابی یا پر خوابی در تقریبا تمام روزها سراسیمگی یا کندی روانی-حرکتی تقریبا در تمام روزها (باید توسط دیگران تایید شود و تنها احساس ذهنی بی قرار یا کند شدن خود فرد کافی نیست).

خستگی و فقدان انرژی تقریبا در تمام روزها احساس بی ارزشی یا احساس گناه مفرط یا نامتناسب (که می تواند هذیانی باشد) در تقریبا تمام روزها (نه فقط احساس گناه یا سرزنش خود به خاطر بیمار بودن). کاهش توانایی تفکر و تمرکز در تقریبا تمام روزها (یا احساس ذهنی خود فرد یا مشاهده توسط دیگران).

افکار مکرر مربوط به مرگ (نه فقط ترس از مرگ)، افکار راجع به خودکشی بدون هیچ نقشه خاص، یا داشتن یک نقشه ویژه برای اقدام به خودکشی یا یک بار اقدام به خودکشی.