

به نام خدا

زندگی در آرامش:

راهنمای عملی برای غلبه بر اضطراب و افسردگی

مؤلفان :

پری ملکی گلندوز

نرجس گیلانی

بیریوان پاک‌سرشت

فرحناز کهریزی

انتشارات ارسطو

(سازمان چاپ و نشر ایران - ۱۴۰۴)

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

Chaponashr.ir



chaponashr.ir



iran-journals.com



سرشناسه: ملکی گلندوز، پری، ۱۳۶۵
عنوان و نام پدیدآورندگان: زندگی در آرامش: راهنمای عملی برای غلبه بر اضطراب و افسردگی /
مولفان پری ملکی گلندوز، نرجس گیلانی، بیویان پاکسرشت، فرحناز کهریزی
مشخصات نشر: انتشارات ارسطو (سازمان چاپ و نشر ایران)، ۱۴۰۴.
مشخصات ظاهری: ۱۸۷ ص.
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۱۲۹-۵۹۲-۰
شناسه افزوده: گیلانی، نرجس، ۱۳۷۶
شناسه افزوده: پاکسرشت، بیویان، ۱۳۶۱
شناسه افزوده: کهریزی، فرحناز، ۱۳۵۴
وضعیت فهرست نویسی: فیفا
یادداشت: کتابنامه.
موضوع: زندگی - آرامش - اضطراب و افسردگی
رده بندی کنگره: TP ۹۸۳
رده بندی دیویی: ۶۶۸/۵۵
شماره کتابشناسی ملی: ۷۸۳۷۶۱۵۳
اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیفا

نام کتاب: زندگی در آرامش: راهنمای عملی برای غلبه بر اضطراب و افسردگی
مولفان: پری ملکی گلندوز - نرجس گیلانی - بیویان پاکسرشت - فرحناز کهریزی
ناشر: انتشارات ارسطو (سازمان چاپ و نشر ایران)
صفحه آرای، تنظیم و طرح جلد: محدثه فرهنگد
تیراژ: ۱۰۰۰ جلد
نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۴
چاپ: زبرجد
قیمت: ۳۲۰۰۰۰ تومان
فروش نسخه الکترونیکی - کتاب رسان:
<https://chaponashr.ir/ketabresan>
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۱۲۹-۵۹۲-۰
تلفن مرکز پخش: ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵
www.chaponashr.ir



فهرست مطالب

پیشگفتار.....	۸
فصل اول: شناخت افسردگی؛ از نشانه‌ها تا مسیر درمان.....	۱۲
پیش درآمدی بر افسردگی.....	۱۳
اختلال افسردگی.....	۱۴
مفهوم افسردگی.....	۲۰
ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی.....	۲۲
ویژگی‌های افسردگی.....	۲۴
اختلال‌های همبود با افسردگی.....	۲۸
تشخیص افتراقی برای افسردگی.....	۳۰
منظور از افسردگی حاد یا گذرا چیست؟.....	۳۲
حملات افسردگی.....	۳۳
انواع افسردگی.....	۳۵
حالات افسردگی.....	۴۱
طبقه‌بندی افسردگی در DSM-IV.....	۴۶
شیوع افسردگی.....	۵۱
سبب‌شناسی افسردگی.....	۵۲
دیدگاه زیست‌شناختی.....	۵۲
دیدگاه شناختی.....	۵۵
درماندگی آموخته شده.....	۵۸

نظریه نو میدی.....	۵۹
نظریه نشخوار فکری.....	۶۰
راهبردها و فنون رویکرد شناختی - رفتاری.....	۶۱
فصل دوم: شناخت اضطراب؛ از ترس و نگرانی تا اختلال	۶۸
اختلالات اضطرابی.....	۶۹
تفاوت ترس و اضطراب.....	۷۲
اضطراب تهدیدی برای خود.....	۷۳
انواع اضطراب.....	۷۶
همه گیرشناسی اضطراب.....	۷۷
علت شناسی اختلالات اضطرابی.....	۷۸
آثار و عوارض اختلالات اضطرابی.....	۸۵
مؤلفه های اضطراب.....	۸۸
اضطراب کرونا.....	۹۱
اختلال اضطراب اجتماعی.....	۹۲
اختلال اضطراب فراگیر.....	۹۹
اختلال وحشت زدگی.....	۱۰۳
فصل سوم: از تنش تا آرامش؛ رویکردها و فنون مدیریت روان شناختی	۱۱۲
تکنیک های رفتار درمانی.....	۱۱۳
حساسیت زدایی منظم.....	۱۱۳
آموزش تن آدابی.....	۱۱۴
مواجهه درمانی.....	۱۲۱

۱۲۳	تمرین رفتاری.....
۱۲۵	جرات‌آموزی.....
۱۲۶	کنترل وابستگی.....
۱۲۸	بیزاری‌درمانی.....
۱۳۲	فصل چهارم: زندگی در آرامش؛ راهکارهای عملی برای سلامت روان
۱۳۳	از شناخت تا تغییر.....
۱۳۴	شناخت چرخه افکار، احساسات و رفتار.....
۱۳۶	شناسایی افکار خودکار.....
۱۳۷	تمرین ثبت موقعیت.....
۱۳۸	مدیریت افکار منفی و نگرانی‌های مداوم.....
۱۳۹	هر فکری واقعیت نیست.....
۱۳۹	شواهد را بررسی کنید.....
۱۴۱	نشخوار فکری؛ وقتی فکر کردن دیگر به حل مسئله کمک نمی‌کند.....
۱۴۲	بازگشت به زمان حال.....
۱۴۴	مقابله با بی‌انگیزگی و خلق پایین.....
۱۴۵	منتظر انگیزه نمانید.....
۱۴۵	قانون شروع کوچک.....
۱۴۶	تمرین هفت‌روزه فعال‌سازی.....
۱۴۷	خواب، فعالیت بدنی و سبک زندگی.....
۱۴۸	خواب و سلامت روان.....
۱۵۰	فعالیت بدنی؛ حرکت به‌عنوان بخشی از مراقبت روانی.....

۱۵۱	مدیریت فشارهای روزمره.....
۱۵۲	آنچه در کنترل ماست و آنچه نیست.....
۱۵۳	قانون سه اولویت.....
۱۵۴	روابط سالم و حمایت اجتماعی.....
۱۵۴	درخواست کمک، نشانه ضعف نیست.....
۱۵۵	مرزهای سالم و توانایی «نه» گفتن.....
۱۵۶	تعارض، بخش طبیعی روابط است.....
۱۵۶	خودشفقتی؛ رابطه‌ای انسانی‌تر با خود.....
۱۵۷	مسئولیت‌پذیری با خودسرزنشگری تفاوت دارد.....
۱۵۷	تمرین «اگر دوست من بود».....
۱۵۸	اشتباه بخشی از تجربه انسانی است.....
۱۵۸	تمرین سه مرحله‌ای خودشفقتی.....
۱۵۹	تاب‌آوری؛ سازگاری در برابر دشواری‌های زندگی.....
۱۶۱	انعطاف‌پذیری؛ تغییر مسیر بدون کنار گذاشتن زندگی.....
۱۶۲	امید؛ نگاه واقع‌بینانه به امکان تغییر.....
۱۶۳	امید را به رفتار تبدیل کنید.....
۱۶۳	معنا، ارزش‌ها و جهت زندگی.....
۱۶۴	تفاوت ارزش و هدف.....
۱۶۵	زندگی را تا زمان خوب شدن کامل به تعویق نیندازید.....
۱۶۵	تمرین قطب‌نمای زندگی.....
۱۶۶	برنامه شخصی زندگی در آرامش.....

- پیشگیری از بازگشت اضطراب و افسردگی..... ۱۶۹
- برنامه هشدار زودهنگام..... ۱۶۹
- درمان را خودسرانه متوقف نکنید..... ۱۷۰
- چه زمانی خودیاری کافی نیست؟..... ۱۷۰
- برنامه هفتگی زندگی در آرامش..... ۱۷۱
- سخن پایانی؛ آرامش یک مهارت است، نه یک مقصد..... ۱۷۳
- منابع و مآخذ..... ۱۷۶

پیشگفتار

زندگی امروز، با همه فرصت‌ها و امکاناتی که در اختیار انسان قرار داده است، با فشارها و پیچیدگی‌های روان‌شناختی فراوانی نیز همراه است. نگرانی درباره آینده، مسئولیت‌های شغلی و خانوادگی، مشکلات اقتصادی، تغییرات اجتماعی، تجربه شکست و فقدان، تعارض‌های بین‌فردی و تلاش مداوم برای پاسخ‌گویی به انتظارات گوناگون، بخشی از واقعیت زندگی بسیاری از انسان‌ها شده‌اند. در چنین شرایطی، اضطراب، غم و فشار روانی تجربه‌هایی دور از ذهن نیستند؛ بلکه تقریباً همه ما در دوره‌هایی از زندگی با آن‌ها روبه‌رو می‌شویم.

وجود اضطراب یا غم، به‌خودی‌خود به معنای ابتلا به یک اختلال روان‌شناختی نیست. ترس می‌تواند ما را برای مقابله با خطر آماده کند، نگرانی در حد متعادل می‌تواند به برنامه‌ریزی بهتر کمک کند و غم واکنشی طبیعی به بسیاری از فقدان‌ها و ناکامی‌های زندگی است. مسئله از جایی آغاز می‌شود که این تجربه‌ها شدت پیدا می‌کنند، برای مدت طولانی ادامه می‌یابند یا آن‌چنان بر افکار و رفتار فرد تأثیر می‌گذارند که روابط، تحصیل، شغل، خواب، فعالیت‌های روزمره و کیفیت زندگی او را مختل می‌کنند. از همین رو، شناخت مرز میان هیجان‌های طبیعی و مشکلاتی که به توجه و مداخله بیشتری نیاز دارند، یکی از نخستین گام‌های مراقبت از سلامت روان است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۲).

در میان مشکلات سلامت روان، اضطراب و افسردگی از مهم‌ترین و شایع‌ترین اختلالات به شمار می‌روند. سازمان جهانی بهداشت گزارش کرده است که صدها میلیون نفر در سراسر جهان با اختلالات اضطرابی یا افسردگی زندگی می‌کنند و این مشکلات می‌توانند بر سلامت جسمانی، روابط اجتماعی، توانایی کار و تحصیل و کیفیت کلی زندگی تأثیر قابل‌توجهی داشته باشند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۲). با این حال، اهمیت این

موضوع تنها در آمارها خلاصه نمی‌شود؛ پشت هر عدد، انسانی قرار دارد که ممکن است هر روز با نگرانی، بی‌انگیزگی، خستگی، ترس، احساس ناامیدی یا افکاری دست‌وپنجه نرم کند که دیگران از آن‌ها اطلاعی ندارند.

یکی از مشکلات موجود در مواجهه با سلامت روان، دو نگاه افراطی است. در یک سو، گاهی مشکلات روان‌شناختی کوچک شمرده می‌شوند و به فرد گفته می‌شود «فقط مثبت فکر کن»، «به آن فکر نکن» یا «خودت را سرگرم کن». در سوی دیگر، ممکن است هر تجربه طبیعی غم، نگرانی یا فشار روانی به سرعت به یک اختلال نسبت داده شود. هیچ‌یک از این دو نگاه با درک علمی سلامت روان سازگار نیست. تجربه‌های روان‌شناختی باید با توجه به شدت، مدت، زمینه وقوع، میزان اختلال در عملکرد و شرایط فرد بررسی شوند و در صورت نیاز، ارزیابی تخصصی صورت گیرد.

هدف از نگارش این کتاب، ارائه تصویری علمی و در عین حال قابل‌فهم از اضطراب، افسردگی و راه‌های مدیریت آن‌هاست. تلاش شده است مفاهیم تخصصی روان‌شناسی تا حد امکان با زبانی روشن و روان بیان شوند، بدون آنکه دقت علمی مطالب قربانی ساده‌سازی شود. خواننده قرار نیست صرفاً مجموعه‌ای از اصطلاحات و تعریف‌ها را به خاطر بسپارد؛ هدف مهم‌تر آن است که بتواند تجربه‌های روان‌شناختی را بهتر بشناسد، ارتباط میان افکار، هیجان‌ها و رفتارهای خود را درک کند و با راهکارهای علمی مقابله با فشارهای روانی آشنا شود.

یکی از اصولی که در سراسر این کتاب مورد توجه قرار گرفته، پرهیز از ارائه نسخه‌ای واحد برای همه انسان‌هاست. اضطراب و افسردگی پدیده‌هایی چندعاملی هستند و عوامل زیستی، روان‌شناختی، خانوادگی، اجتماعی و محیطی می‌توانند در شکل‌گیری و تداوم آن‌ها نقش داشته باشند. به همین دلیل، روشی که برای یک فرد مفید است الزاماً برای فرد دیگری به همان اندازه مؤثر نخواهد بود. مداخلات روان‌شناختی نیز باید با توجه به ویژگی‌ها، نیازها، شدت مشکل و شرایط زندگی هر فرد انتخاب شوند. راهنماهای بالینی

معتبر نیز بر همین اصل و بر مشارکت فرد در انتخاب شیوه درمان تأکید دارند (مؤسسه ملی سلامت و تعالی بالینی، ۲۰۲۲).

در عین حال، پژوهش‌های چند دهه اخیر نشان داده‌اند که برای بسیاری از مشکلات مرتبط با اضطراب و افسردگی، روش‌های درمانی مؤثری وجود دارد. روان‌درمانی‌های مبتنی بر شواهد، به‌ویژه رویکردهای شناختی-رفتاری و رفتاری، در کنار سایر مداخلات روان‌شناختی و در موارد لازم درمان‌های دارویی، می‌توانند به کاهش نشانه‌ها و بهبود عملکرد افراد کمک کنند. مرورهای پژوهشی گسترده نیز از اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در درمان افسردگی حمایت کرده‌اند (کوپرس و همکاران، ۲۰۲۳). این یافته‌ها حامل پیام مهمی هستند: تجربه اضطراب یا افسردگی به معنای محکوم بودن به ادامه همیشگی آن نیست.

اما سلامت روان فقط در اتاق درمان ساخته نمی‌شود. شیوه‌ای که با افکار خود برخورد می‌کنیم، میزان فعالیت روزانه، کیفیت خواب، روابط اجتماعی، نحوه مواجهه با شکست، توانایی درخواست کمک، مراقبت از بدن و حتی نوع گفت‌وگویی که با خود داریم، می‌توانند در تجربه روزمره ما نقش داشته باشند. به همین دلیل، در کنار شناخت و درمان اختلالات، یادگیری مهارت‌هایی برای مدیریت زندگی روزمره اهمیت دارد. سازمان جهانی بهداشت نیز بر آموزش مهارت‌های ساده و قابل تمرین برای مقابله با استرس، توجه به زمان حال، فاصله گرفتن از افکار دشوار و حرکت در جهت ارزش‌های شخصی تأکید کرده است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۰).

با وجود این، باید مرز میان خودیاری و درمان تخصصی روشن باقی بماند. هیچ کتابی، هر اندازه علمی و کاربردی، نمی‌تواند جایگزین ارزیابی فردی توسط متخصص سلامت روان شود. هنگامی که نشانه‌ها شدید یا پایدار هستند، عملکرد روزمره به شکل قابل توجهی مختل شده است، یا افکار خودآسیب‌رسان و خودکشی وجود دارند، مراجعه به روان‌شناس، روان‌پزشک یا سایر خدمات تخصصی ضروری است. مهارت‌های

خودیاری زمانی بیشترین فایده را دارند که فرد علاوه بر آموختن آن‌ها، بداند چه زمانی به کمک حرفه‌ای نیاز دارد (مؤسسه ملی سلامت و تعالی بالینی، ۲۰۲۲).

عنوان «زندگی در آرامش» نیز به معنای وعده زندگی بدون اضطراب، غم یا مشکل انتخاب نشده است. چنین وعده‌ای نه واقع‌بینانه است و نه با ماهیت زندگی انسان سازگار. آرامش به معنای حذف تمام طوفان‌های زندگی نیست؛ بلکه می‌تواند به معنای داشتن شناخت، مهارت و انعطاف بیشتری برای عبور از آن‌ها باشد. انسان سالم نیز نگران می‌شود، غمگین می‌شود، شکست می‌خورد و گاهی احساس درماندگی می‌کند؛ اما می‌تواند بیاموزد چگونه این تجربه‌ها را بهتر بشناسد، در آن‌ها گرفتار نماند و در صورت نیاز برای تغییر شرایط یا دریافت کمک اقدام کند. امید است این کتاب بتواند فاصله میان دانش روان‌شناختی و زندگی روزمره را اندکی کمتر کند؛ به گونه‌ای که خواننده نه تنها اضطراب و افسردگی را بهتر بشناسد، بلکه در پایان مطالعه، مجموعه‌ای از نگاه‌ها و مهارت‌های عملی برای مراقبت از سلامت روان خود در اختیار داشته باشد. آرامش شاید به معنای نداشتن روزهای دشوار نباشد؛ بلکه توانایی ما برای شناختن، پذیرفتن، مدیریت کردن و ادامه دادن در همین روزهاست.

سخنی از مؤلفین

فصل اول: شناخت افسردگی؛ از نشانه‌ها تا مسیر درمان

پیش درآمدی بر افسردگی

مردم موارد افسردگی را از زمان‌های بسیار دور ثبت کرده‌اند و توصیف‌هایی از آنچه ما امروزه اختلالات خلقی می‌خوانیم، در بسیاری از منابع طبی قدیم وجود دارد. داستان عهد عتیق شاه سائول^۱ و داستان خودکشی آژاکس در ایلید هومر، هر دو یک سندرم افسردگی را توصیف کرده‌اند. حدود ۴۰۰ سال قبل از میلاد، بقراط اصطلاحمانی و ملانکولی را برای توصیف اختلالات روانی به کاربرد. در حدود سال ۳۰ میلادی، پزشک رومی، سلسوس^۲ ملانکولی را ناشی از صفرای سیاه معرفی نمود. {از ریشه یونانی Melan (سیاه) و Chole (صفرا)} در سال ۱۸۵۴، ژول فالره حالتی را توصیف نموده و آن را جنون ادواری^۳ نامید. چنین بیمارانی متناوباً حالات خلقی مانی و افسردگی را تجربه می‌کنند. در سال ۱۸۸۲، کارل کاپام روانپزشک آلمانی، با استفاده از اصطلاح سایکوتایمی، مانی و افسردگی را مراحل مختلف یک بیماری توصیف نمود. امیل کراپلین^۴ در سال ۱۸۹۹، بر اساس معلومات روان‌پزشکان فرانسوی و آلمانی مفهوم بیماری منیک - دپرسیو را شرح داد که شامل اکثر ملاک‌های تشخیص است که امروزه روان‌پزشکان برای استفاده از اختلال قطبی I از آن‌ها استفاده می‌کنند. کراپلین نوع خاصی از افسردگی را نیز شرح داد که پس از یائسگی در زن‌ها و اواخر بزرگسالی در مردها شروع می‌شود و بعداً به افسردگی رجعتی^۵ معروف شد، و از آن به بعد یکی از معادل‌های اختلالات خلقی، با شروع دیررس شمرده شد (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۶؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴). بدون تردید امروزه اختلال افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلال روانپزشکی است. سازمان بهداشت جهانی^۶ نیز، افسردگی را در ردیف چهارم فهرست حادث‌ترین مشکلات بهداشت در سراسر جهان قرار

^۲ King Saul

^۳ Celsus

^۴ Folie circulaire

^۵ Emil Kraepelin

^۱ Involutional Melancholia

^۶ WHO

داده (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۶)، و پیش‌بینی می‌شود این اختلال از لحاظ فراوانی در سال ۲۰۲۰ در مرتبه دوم بیماری‌های وخیم قرار گیرد (سامپس، ۲۰۰۱). بسیاری از ما نیز در مواردی افسردگی را تجربه می‌کنیم. میزان شیوع افسردگی در زنان حداقل ۲ برابر مردان است و تقریباً ۲ نفر از هر صد مرد و ۴ نفر از هر صد زن، حداقل یک‌بار در زندگی خود به بیماری افسردگی گرفتار می‌شوند (بلاک برن، ۲۰۰۱؛ ترجمه شمس، ۱۳۸۲). افسردگی، به‌قدری متداول است که گاهی به‌منزلهٔ سرماخوردگی معمولی در روان‌پزشکی مطرح می‌شود. اختلال افسردگی، اخیراً به‌شدت رو به افزایش گذاشته است. بدین معنی که اگر شما بعد از سال ۱۹۷۰ متولد شده باشید، ده برابر بیشتر از پدربزرگ و مادر بزرگتان احتمال دارد که به افسردگی مبتلا شوید (روزنهان و سیلگمن، ۲۰۰۶؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۶). طبق پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت، تا ۲۰ سال دیگر مردم بیش از هر بیماری دیگری به اختلالات روانی مبتلا خواهند شد که از این‌بین، افسردگی بزرگ‌ترین بار اقتصادی و اجتماعی برای جوامع مختلف در جهان خواهد بود. آمارهای موجود نیز حاکی از آن است که افسردگی بیشترین بار بیماری‌ها را در بین زنان و دومین بار بیماری را در بین مردان - پس از حوادث - به خود اختصاص می‌دهد. همچنین شیوع مادام‌العمر افسردگی ۱۵ درصد است که در خانم‌ها میزان شیوع به ۲۵ درصد می‌رسد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷).

اختلال افسردگی

افسردگی پاسخ طبیعی آدمی به فشارهای زندگی است. عدم موفقیت در تحصیل یا کار، ازدست‌دادن یکی از عزیزان و آگاهی از اینکه بیماری یا پیری توان ما را تحلیل می‌برد و غیره از جمله موقعیت‌هایی هستند که اغلب موجب بروز افسردگی می‌شوند. اختلال

⁷ Blakbern

⁸ Rosenhan & Seligman

⁹ Sadock & Sadock

فصل اول: شناخت افسردگی؛ از نشانه‌ها تا مسیر درمان ۱۵

افسردگی صرف‌نظر از تنوع آن، نسبتاً شایع هستند. بدین معنی که حدود ۱۷٪ مردم در طول زندگی یک دوره افسردگی حاد پیدا می‌کنند (هیلگارد،^{۱۰} ۲۰۰۷؛ ترجمهٔ براهنی و همکاران، ۱۳۹۵). آنچه مورد توافق است اینکه افسردگی اساسی یکی از مهم‌ترین بیماری‌های ناتوان‌کننده است که امروزه تعداد زیادی از مردم جهان را درگیر کرده و توانایی آن‌ها را در عملکرد، تفکر و احساس تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. از طرفی، شیوع افسردگی به‌گونه‌ای است که آن را به‌عنوان رایج‌ترین اختلال و سرماخوردگی بیماری‌های روانی مطرح کرده‌اند (روزنهان و سلیگمن، ۲۰۰۶). از نظر تشخیصی نیز، افسردگی یکی از شایع‌ترین تشخیص‌ها در اختلال روانی است که تعداد زیادی از افراد با سوابق مختلف در جهان را شامل می‌شود (شارپ و لیپسکی،^{۱۱} ۲۰۰۳).

به‌رغم شیوع این اختلال، ارائهٔ یک تعریف مشخص از افسردگی آسان نیست. اصطلاح افسردگی، برای افراد عادی حالتی مشخص با غمگینی، گرفتگی و بی‌حوصلگی و برای یک متخصص و پزشک، گروه وسیعی از اختلالات خلقی با زیر شاخه‌های متعدد را تداعی می‌کند. تعریف‌های مختلف افسردگی به نشانه‌های بسیار متنوعی اشاره دارند که می‌توانند به گونه‌های مختلف با یکدیگر ترکیب شوند که این امر گاهی بازشناسی افسردگی را از بین این ترکیب‌ها بسیار مشکل می‌کند. اما به‌هرحال می‌توان این نکته را پذیرفت که افسردگی درعین‌حال با نشانه‌های روانی و جسمانی همراه است و نشانه‌های جسمانی گاهی چنان بر جدول بالینی سایه می‌افکنند که مانع بازشناسی افسردگی می‌شوند (دادستان، ۱۳۹۴).

واژهٔ افسردگی، هنگامی به یک حالت روحی نسبت داده می‌شود که معانی اصطلاحات عامیانه‌ای نظیر «دمغ و پکر بودن» را پیدا کند و با نشانه‌هایی از قبیل کسالت روان، کمبود انرژی، ازدست‌دادن چیزی، ناامیدی و احساس بی‌فایده بودن، سبب از دست‌دادن علاقه

^{۱۰}Hilgard

^{۱۱}Sharp & Lipsky