

مطالعه کیفی تجربه زیسته بیماران مبتلا به افسردگی پنهان

۱. سروش جلالیان: گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۲. بهزاد رحیمیان*: گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه مازندران، بابلسر، ایران. (نویسنده مسئول). behzad.rahimian.psy@yahoo.com

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۵/۰۶

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۸/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۸/۱۳

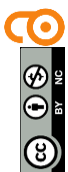
تاریخ چاپ: ۱۴۰۴/۱۰/۰۱

چکیده

هدف پژوهش حاضر فهم تجربه زیسته بیماران مبتلا به افسردگی پنهان و شناسایی مؤلفه‌های روان‌شناختی، رابطه‌ای و اجتماعی مؤثر بر پنهان‌سازی نشانه‌های افسردگی در زندگی روزمره بود. این پژوهش با رویکرد کیفی و طرح پدیدارشناسی تفسیری انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۱۸ بیمار مبتلا به نشانه‌های افسردگی پنهان ساکن شهر تهران بودند که با نمونه‌گیری هدفمند و با رعایت اصل تنوع در جنسیت، سن، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات انتخاب شدند. داده‌ها فقط از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته گردآوری شد و فرایند مصاحبه تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. اشباع در مصاحبه شانزدهم حاصل شد و دو مصاحبه تکمیلی برای اطمینان از کفایت داده‌ها انجام گرفت. مصاحبه‌ها پس از اخذ رضایت آگاهانه، ضبط، پیاده‌سازی و با استفاده از نرم‌افزار NVivo ۱۴ و روش تحلیل مضمون انعکاسی تحلیل شدند. تحلیل داده‌ها به استخراج پنج مضمون اصلی منجر شد: نقاب عملکردی و حفظ ظاهر، بدن به مثابه زبان خاموش افسردگی، شرم و ترس از برچسب‌خوردن، تنه‌های رابطه‌ای و فرسودگی عاطفی، و کمک‌خواهی مشروط به احساس امنیت روانی. مشارکت‌کنندگان بیان کردند که با وجود تجربه خلق پایین، بی‌انرژی بودن، بی‌معنایی و فرسودگی درونی، در محیط‌های خانوادگی، شغلی و اجتماعی ظاهری کارآمد، آرام و حتی شاد از خود نشان می‌دادند. پنهان‌سازی نشانه‌ها در کوتاه‌مدت موجب حفظ تصویر اجتماعی می‌شد، اما در بلندمدت به تشدید احساس انزوا، تأخیر در دریافت کمک و افزایش فشار روانی منجر می‌گردید. افسردگی پنهان بیش از آنکه صرفاً یک وضعیت خلقی خاموش باشد، تجربه‌ای پیچیده از مدیریت ظاهر، سکوت هیجانی، ترس از قضاوت و جست‌وجوی محتاطانه برای حمایت امن است. نتایج نشان می‌دهد که مداخلات بالینی باید علاوه بر کاهش نشانه‌های افسردگی، بر کاهش انگ، آموزش افشای انتخابی، تقویت سواد هیجانی و ایجاد فضاهای امن برای بیان رنج روانی تمرکز کنند.

کلیدواژه‌ها: افسردگی پنهان؛ تجربه زیسته؛ پنهان‌سازی هیجانی؛ انگ سلامت روان؛ تحلیل مضمون؛ مصاحبه نیمه‌ساختاریافته.

۱



A Qualitative Study of the Lived Experience of Patients with Hidden Depression

1. Soroush Jalalian: Department of Clinical Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran

2. Behzad Rahimian*: Department of General Psychology, University of Mazandaran, Babolsar, Iran. (Corresponding Author).
behzad.rahimian.psy@yahoo.com

Submit Date: 2025-07-28

Revise Date: 2025-10-23

Accept Date: 2025-11-04

Publish Date: 2025-12-22

Abstract

This study aimed to explore the lived experience of patients with hidden depression and to identify the psychological, relational, and social components involved in concealing depressive symptoms in everyday life. This qualitative study was conducted using an interpretive phenomenological design. Participants were 18 patients with hidden depressive experiences living in Tehran, Iran, who were selected through purposive sampling with maximum variation in gender, age, marital status, and educational level. Data were collected only through semi-structured interviews. Interviews continued until theoretical saturation was achieved; saturation occurred at the sixteenth interview, and two additional interviews were conducted to confirm data adequacy. After obtaining informed consent, interviews were audio-recorded, transcribed verbatim, and analyzed using reflective thematic analysis with the support of NVivo 14 software. Data analysis led to the extraction of five main themes: functional masking and maintaining appearances, the body as the silent language of depression, shame and fear of labeling, relational loneliness and emotional exhaustion, and help-seeking conditional upon psychological safety. Participants reported that although they experienced low mood, fatigue, emptiness, loss of meaning, and internal exhaustion, they continued to present themselves as competent, calm, sociable, or even cheerful in family, occupational, and social contexts. Concealment helped them temporarily preserve their social image, but over time it intensified isolation, delayed help-seeking, and increased psychological pressure. Hidden depression is not merely a silent mood disturbance; it is a complex lived experience shaped by impression management, emotional silence, fear of judgment, and cautious searching for safe support. Clinical interventions should therefore address not only depressive symptoms but also stigma reduction, selective disclosure, emotional literacy, and the creation of safe interpersonal spaces for expressing psychological distress.

Keywords: *hidden depression; lived experience; emotional concealment; mental health stigma; thematic analysis; semi-structured interview.*

مقدمه

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی و از مهم‌ترین عوامل کاهش کیفیت زندگی، افت عملکرد اجتماعی، اختلال در روابط بین‌فردی و کاهش بهره‌وری شغلی و تحصیلی است. در طبقه‌بندی‌های روان‌پزشکی، افسردگی عمده با نشانه‌هایی مانند خلق افسرده، کاهش علاقه یا لذت، تغییرات خواب و اشتها، احساس بی‌ارزشی، خستگی، دشواری تمرکز و افکار مرگ یا خودکشی شناخته می‌شود (American Psychiatric Association, ۲۰۲۲). تجربه زیسته بیماران همواره به‌طور کامل با توصیف‌های تشخیصی رسمی انطباق ندارد. بسیاری از افراد ممکن است نشانه‌های افسردگی را در قالب‌هایی تجربه کنند که به‌سادگی توسط اطرافیان یا حتی متخصصان تشخیص داده نمی‌شود؛ زیرا فرد در سطح بیرونی، چهره‌ای کارآمد، آرام، مسئولیت‌پذیر یا حتی شاد از خود نشان می‌دهد، در حالی که در سطح درونی با فرسودگی، بی‌معنایی، رنج خاموش و احساس گسست از خود و دیگران درگیر است.

اصطلاح «افسردگی پنهان» در این پژوهش به‌عنوان یک مفهوم بالینی-توصیفی به کار می‌رود، نه به‌عنوان یک تشخیص مستقل در DSM-۵. TR. مقصود از افسردگی پنهان وضعیتی است که در آن نشانه‌های افسردگی در تجربه درونی فرد حضور دارند، اما به‌دلیل شرم، انگ، ترس از قضاوت، فشار نقش‌های اجتماعی، انتظار عملکرد مداوم یا ناتوانی در بیان هیجان‌ها، آشکارا ابراز نمی‌شوند. این مفهوم با اصطلاحاتی مانند *masked depression*, *concealed depression* و *camouflaging depression* هم‌پوشانی دارد. در ادبیات بالینی، افسردگی نقاب‌دار اغلب با غلبه نشانه‌های جسمانی، شکایت‌های بدنی، خستگی، دردهای مبهم، مشکلات خواب و کاهش انرژی همراه است و همین امر می‌تواند فرایند تشخیص و درمان را دشوار کند (Shetty et al., ۲۰۱۸; Tylee & Gandhi, ۲۰۰۵). به بیان دیگر، در افسردگی پنهان، رنج روانی ممکن است نه از مسیر گفتار مستقیم، بلکه از طریق بدن، افت تدریجی عملکرد، کناره‌گیری خاموش و فرسودگی رابطه‌ای خود را نشان دهد.

اهمیت مطالعه افسردگی پنهان از آنجا ناشی می‌شود که بسیاری از بیماران افسرده نه تنها با نشانه‌های درونی اختلال، بلکه با مدیریت اجتماعی این نشانه‌ها نیز درگیرند. فرد افسرده ممکن است هم‌زمان با بی‌انرژی بودن، احساس پوچی یا ناامیدی، تلاش کند در محیط کار، خانواده یا جمع دوستان «طبیعی» به نظر برسد. این تلاش مستمر برای حفظ ظاهر، انرژی روانی قابل توجهی مصرف می‌کند و می‌تواند به چرخه‌ای از خستگی، احساس بیگانگی از خود و تشدید انزوا منجر شود. پژوهش‌های جدید درباره *camouflaging depression* نشان داده‌اند که برخی افراد افسرده رفتارها، چهره و گفتار خود را به‌گونه‌ای تنظیم می‌کنند که نشانه‌های درونی افسردگی برای دیگران قابل مشاهده نباشد (Brown, ۲۰۲۵). چنین پنهان‌سازی‌ای ممکن است در کوتاه‌مدت از فرد در برابر قضاوت، دلسوزی ناخواسته یا برچسب‌زنی محافظت کند، اما در بلندمدت مانع دریافت حمایت و درمان به‌موقع می‌شود.

یکی از عوامل محوری در شکل‌گیری افسردگی پنهان، انگ اجتماعی مرتبط با مشکلات سلامت روان است. انگ می‌تواند به‌صورت باورهای منفی جامعه درباره افراد دارای اختلال روانی، نگرش‌های تحقیرآمیز، ترس از طرد، یا درونی‌سازی کلیشه‌ها تجربه شود. کمیسون Lancet

درباره پایان دادن به انگ و تبعیض در سلامت روان تأکید می‌کند که انگ نه تنها پیامدی اجتماعی، بلکه مانعی ساختاری برای دسترسی به مراقبت، مشارکت اجتماعی و بهبود روانی است (Thornicroft et al., ۲۰۲۲). در زمینه افسردگی، فرد ممکن است از ترس اینکه ضعیف، ناسپاس، ناکارآمد، بی‌اراده یا مشکل‌ساز تلقی شود، نشانه‌های خود را پنهان کند. این مسئله به‌ویژه در جوامعی اهمیت دارد که ارزش‌هایی مانند خودکنترلی، حفظ آبرو، تاب‌آوری ظاهری و انجام نقش‌های خانوادگی یا شغلی بدون شکایت، به‌عنوان معیارهای مطلوب اجتماعی تلقی می‌شوند. پنهان‌سازی افسردگی همچنین با مسئله افشاگری انتخابی ارتباط دارد. مطالعات کیفی نشان داده‌اند که افراد افسرده همواره میان دو خطر روانی و اجتماعی قرار می‌گیرند: اگر درباره افسردگی خود سکوت کنند، ممکن است تنها بمانند و حمایت دریافت نکنند؛ اگر آن را آشکار کنند، ممکن است با قضاوت، کوچک‌انگاری، نصیحت‌های ساده‌انگارانه یا فاصله‌گیری دیگران مواجه شوند (Prizeman et al., ۲۰۲۴). بنابراین، مسئله اصلی برای بسیاری از بیماران این نیست که «آیا باید افسردگی را آشکار کرد یا نه»، بلکه این است که «با چه کسی، در چه زمانی، تا چه اندازه و در چه فضایی می‌توان درباره آن سخن گفت». چنین وضعیتی افسردگی پنهان را به تجربه‌ای پیچیده از محاسبه رابطه‌ای، مراقبت از تصویر اجتماعی و جست‌وجوی امنیت هیجانی تبدیل می‌کند.

از منظر روان‌شناسی هیجان، پنهان‌سازی افسردگی را می‌توان در ارتباط با راهبردهای تنظیم هیجان نیز فهم کرد. سرکوب بیان هیجانی یکی از راهبردهایی است که فرد از طریق آن می‌کوشد نشانه‌های بیرونی هیجان را کنترل کند. هرچند سرکوب ممکن است در برخی موقعیت‌ها به حفظ نظم اجتماعی کمک کند، اما استفاده مزمن از آن با کاهش بهزیستی روانی، افزایش فاصله بین تجربه درونی و بیان بیرونی، و اختلال در کیفیت روابط ارتباط دارد (Gross & John, ۲۰۰۳). فردی که افسردگی خود را پنهان می‌کند، اغلب مجبور است میان تجربه واقعی و نمایش اجتماعی خود فاصله ایجاد کند. این فاصله در طول زمان می‌تواند احساس اصالت، خودپذیری و نزدیکی عاطفی به دیگران را کاهش دهد.

از سوی دیگر، نشخوار فکری نیز می‌تواند در تداوم افسردگی پنهان نقش داشته باشد. وقتی فرد امکان بیان مستقیم رنج خود را ندارد، افکار منفی ممکن است درونی‌تر، تکرارشونده‌تر و مقاوم‌تر شوند. نشخوار فکری به‌عنوان تمرکز مداوم و منفعلانه بر علل و پیامدهای خلق منفی، یکی از فرایندهای شناختی مهم در تداوم افسردگی شناخته می‌شود (Nolen-Hoeksema et al., ۲۰۰۸). در افسردگی پنهان، سکوت بیرونی ممکن است با گفت‌وگوی درونی فرساینده همراه شود؛ فرد در ظاهر آرام است، اما در ذهن خود بارها درباره بی‌ارزشی، شکست، بی‌کفایتی، طردشدگی یا بی‌معنایی زندگی فکر می‌کند.

تجربه زیسته افسردگی نشان می‌دهد که افسردگی صرفاً مجموعه‌ای از نشانه‌های بالینی نیست، بلکه تغییری بنیادین در نسبت فرد با خود، بدن، زمان، دیگران و آینده است. مرور bottom-up درباره تجربه زیسته افسردگی نشان می‌دهد که افراد افسرده اغلب از احساس بیگانگی از خود، تغییر در تجربه بدن، دشواری در ارتباط با دیگران، کاهش حس امکان‌مندی و تغییر در معنای زمان سخن می‌گویند (Fusar-Poli et al., ۲۰۲۳). این یافته برای مطالعه افسردگی پنهان اهمیت زیادی دارد؛ زیرا فرد ممکن است این تجربه‌های عمیق را درونی نگه دارد و

تنها نشانه‌هایی غیرمستقیم مانند خستگی مزمن، سکوت، تحریک‌پذیری، کاهش میل به تعامل یا ناتوانی در لذت بردن از فعالیت‌های معمول را آشکار کند.

افسردگی پنهان از منظر رابطه‌ای نیز قابل تحلیل است. روابط نزدیک معمولاً یکی از منابع مهم حمایت روانی هستند، اما برای فردی که از آشکارسازی رنج خود می‌ترسد، همین روابط ممکن است به صحنه پنهان‌کاری تبدیل شوند. بیمار ممکن است برای محافظت از خانواده، جلوگیری از نگرانی والدین، حفظ نقش همسر یا والد کارآمد، یا جلوگیری از قضاوت دوستان، احساسات واقعی خود را مخفی کند. در نتیجه، رابطه‌ای که می‌توانست منبع حمایت باشد، به فضایی تبدیل می‌شود که در آن فرد ناچار است «نقش سلامت» را اجرا کند. این وضعیت با یافته‌هایی همسو است که نشان می‌دهند افسردگی به‌عنوان هویتی قابل پنهان‌سازی می‌تواند بر تصمیم فرد برای افشا یا عدم افشای مشکل روانی اثر بگذارد. (Cooper et al., ۲۰۲۰)

در بافت فرهنگی-اجتماعی شهر تهران، مطالعه افسردگی پنهان می‌تواند ابعاد خاصی از این تجربه را آشکار کند. زندگی شهری، فشارهای اقتصادی، رقابت شغلی، انتظارات خانوادگی، نگرانی از قضاوت اجتماعی و ارزش‌گذاری بر حفظ ظاهر می‌توانند پنهان‌سازی رنج روانی را تشدید کنند. در چنین فضایی، بسیاری از افراد ممکن است به جای بیان مستقیم افسردگی، از واژه‌هایی مانند خستگی، بی‌حوصلگی، فشار عصبی، درد بدنی یا «حال نداشتن» استفاده کنند. این زبان غیرمستقیم، هم نشانه‌ای از دشواری بیان افسردگی است و هم نشان می‌دهد که تجربه افسردگی در زندگی روزمره چگونه به‌صورت فرهنگی رمزگذاری می‌شود.

با وجود اهمیت بالینی و اجتماعی افسردگی پنهان، بخش زیادی از پژوهش‌ها بر سنجش کمی نشانه‌های افسردگی، اثربخشی درمان‌ها یا شیوع اختلال متمرکز بوده‌اند و تجربه زیسته افرادی که افسردگی خود را پنهان می‌کنند کمتر مورد توجه قرار گرفته است. رویکرد کیفی می‌تواند امکان فهم عمیق‌تری از معانی، روایت‌ها، تعارض‌ها و راهبردهای روزمره این بیماران فراهم کند. از آنجا که افسردگی پنهان در سطح تجربه شخصی و رابطه‌ای شکل می‌گیرد، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته می‌تواند ابزار مناسبی برای شنیدن صدای بیماران و کشف لایه‌هایی باشد که در پرسشنامه‌ها یا مصاحبه‌های تشخیصی کوتاه آشکار نمی‌شوند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مطالعه کیفی تجربه زیسته بیماران مبتلا به افسردگی پنهان در شهر تهران انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و طرح پدیدارشناسی تفسیری انجام شد. انتخاب این طرح به این دلیل بود که هدف پژوهش، اندازه‌گیری شدت افسردگی یا آزمون رابطه میان متغیرها نبود، بلکه فهم عمیق تجربه زیسته افرادی بود که نشانه‌های افسردگی را تجربه می‌کردند اما آن را در تعاملات روزمره خود پنهان می‌ساختند. در این پژوهش، افسردگی پنهان به‌عنوان تجربه‌ای تعریف شد که در آن فرد نشانه‌هایی مانند خلق پایین، بی‌انرژی بودن، احساس پوچی، کاهش لذت، فرسودگی روانی، بی‌معنایی یا ناامیدی را تجربه می‌کند، اما به دلایل فردی، رابطه‌ای یا اجتماعی از بیان مستقیم آن پرهیز دارد. مشارکت‌کنندگان از میان بیماران بزرگسال ساکن شهر تهران انتخاب شدند. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند و با راهبرد بیشینه‌سازی تنوع انجام گرفت تا تجربه افراد با جنسیت، سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و وضعیت شغلی متفاوت

پوشش داده شود. معیارهای ورود شامل سکونت در تهران، سن ۲۰ تا ۴۵ سال، تجربه نشانه‌های افسردگی در شش ماه گذشته، تمایل به توصیف تجربه پنهان‌سازی نشانه‌ها، توانایی شرکت در مصاحبه و رضایت آگاهانه بود. معیارهای خروج شامل ناتوانی در ادامه مصاحبه، تجربه بحران حاد روان‌پزشکی در زمان مصاحبه، یا عدم تمایل به ضبط صدا بود. در نهایت، ۱۸ نفر در پژوهش شرکت کردند. اشباع نظری در مصاحبه شانزدهم حاصل شد و دو مصاحبه دیگر برای اطمینان از تکرارپذیری مضامین و کفایت داده‌ها انجام گرفت.

گردآوری داده‌ها فقط از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته انجام شد. راهنمای مصاحبه بر اساس هدف پژوهش و مرور ادبیات مربوط به افسردگی، پنهان‌سازی هیجانی، انگ سلامت روان و تجربه زیسته بیماران طراحی شد. پرسش‌های مصاحبه باز و انعطاف‌پذیر بودند تا مشارکت‌کنندگان بتوانند روایت خود را با زبان شخصی بیان کنند. نمونه پرسش‌ها عبارت بودند از: «وقتی می‌گویید افسردگی‌تان را پنهان می‌کنید، دقیقاً چه چیزی را از دیگران مخفی نگه می‌دارید؟»، «در چه موقعیت‌هایی بیشتر مجبور می‌شوید حال واقعی خود را نشان ندهید؟»، «بدن شما چگونه رنج روانی را نشان می‌دهد؟»، «چه چیزی باعث می‌شود درباره افسردگی با دیگران صحبت نکنید؟»، «اگر بخواهید از کسی کمک بگیرید، چه شرایطی باید وجود داشته باشد؟». مصاحبه‌ها بین ۴۵ تا ۷۵ دقیقه طول کشیدند و در محیطی آرام، محرمانه و متناسب با ترجیح مشارکت‌کننده انجام شدند. پیش از هر مصاحبه، هدف پژوهش، حق خروج از مطالعه، محرمانگی اطلاعات و نحوه استفاده از داده‌ها توضیح داده شد. با رضایت مشارکت‌کنندگان، مصاحبه‌ها ضبط و سپس کلمه‌به‌کلمه پیاده‌سازی شدند.

تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل مضمون انعکاسی Braun و Clarke و با کمک نرم‌افزار NVivo ۱۴ انجام شد (Braun & Clarke, ۲۰۰۶, ۲۰۲۱). در مرحله نخست، پژوهشگر چندین بار متن مصاحبه‌ها را خواند تا با فضای کلی داده‌ها آشنا شود. در مرحله دوم، واحدهای معنایی مرتبط با تجربه افسردگی پنهان، پنهان‌سازی نشانه‌ها، انگ، بدن‌مندی رنج، روابط و کمک‌خواهی استخراج و کدگذاری شدند. در مرحله سوم، کدهای مشابه در خوشه‌های معنایی قرار گرفتند و مضامین اولیه شکل گرفتند. در مرحله چهارم، مضامین با بازگشت مکرر به متن مصاحبه‌ها بازبینی شدند تا از انطباق آن‌ها با داده‌ها اطمینان حاصل شود. در مرحله پنجم، مضامین نهایی نام‌گذاری و تعریف شدند. برای افزایش اعتبار پژوهش، از بازبینی مشارکت‌کنندگان، یادداشت‌برداری تحلیلی، مقایسه مستمر داده‌ها، بازخوانی کدها توسط یک پژوهشگر همکار و ثبت مسیر تصمیم‌گیری تحلیلی استفاده شد. معیارهای اعتمادپذیری شامل اعتبارپذیری، انتقال‌پذیری، اتکاپذیری و تأییدپذیری بر اساس چارچوب Lincoln و Guba رعایت شد (Lincoln & Guba, ۱۹۸۵). همه نام‌ها و نشانه‌های هویتی حذف و نقل‌قول‌ها با کدهایی مانند مشارکت‌کننده ۳ یا مشارکت‌کننده ۱۲ گزارش شدند.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۱۸ بیمار دارای تجربه افسردگی پنهان شرکت کردند. از نظر جنسیت، ۱۰ نفر زن بودند که ۵۵.۶ درصد نمونه را تشکیل می‌دادند و ۸ نفر مرد بودند که معادل ۴۴.۴ درصد بود. دامنه سنی مشارکت‌کنندگان بین ۲۲ تا ۴۵ سال قرار داشت؛ ۶ نفر در گروه سنی ۲۰ تا ۲۹ سال، ۸ نفر در گروه ۳۰ تا ۳۹ سال و ۴ نفر در گروه ۴۰ تا ۴۵ سال بودند. از نظر وضعیت تأهل، ۹ نفر مجرد، ۷ نفر متأهل و ۲ نفر مطلقه بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۳ نفر دارای دیپلم یا فوق‌دیپلم، ۸ نفر دارای کارشناسی، ۵ نفر دارای کارشناسی ارشد و ۲ نفر دارای دکتری

حرفه‌ای یا تخصصی بودند. از نظر وضعیت شغلی، ۱۱ نفر شاغل، ۳ نفر دانشجو، ۲ نفر خانه‌دار و ۲ نفر در زمان مصاحبه بیکار بودند. مدت تجربه نشانه‌های افسردگی در میان مشارکت‌کنندگان از شش ماه تا پنج سال متغیر بود. تحلیل مصاحبه‌ها به استخراج پنج مضمون اصلی منجر شد: نقاب عملکردی و حفظ ظاهر، بدن به مثابه زبان خاموش افسردگی، شرم و ترس از برچسب‌خوردن، تنهایی رابطه‌ای و فرسودگی عاطفی، و کمک‌خواهی مشروط به احساس امنیت روانی.

نخستین مضمون، «نقاب عملکردی و حفظ ظاهر» بود. بیشتر مشارکت‌کنندگان توضیح دادند که در محیط بیرونی، به‌ویژه در محل کار، دانشگاه یا جمع خانوادگی، تلاش می‌کردند تصویری عادی، توانمند و قابل اتکا از خود نشان دهند. آنان افسردگی را نه فقط به‌عنوان یک رنج درونی، بلکه به‌عنوان چیزی تجربه می‌کردند که باید از نگاه دیگران مخفی بماند. برخی مشارکت‌کنندگان بیان کردند که لبخند زدن، شوخی کردن، پاسخ دادن به پیام‌ها، انجام وظایف شغلی و حضور در مهمانی‌ها بخشی از «اجرای سلامت» برای آنان بود. مشارکت‌کننده ۴ گفت: «همه فکر می‌کنند من آدم پرانرژی‌ای هستم، چون سر کار همیشه لبخند می‌زنم. ولی همان لبخند برای من مثل یک ماسک سنگین است. وقتی برمی‌گردم خانه، دیگر حتی توان حرف زدن ندارم.» مشارکت‌کننده ۹ نیز اظهار کرد: «نمی‌خواهم کسی بفهمد حالم بد است، چون فوری می‌گویند چرا؟ تو که همه چیز داری. برای همین سعی می‌کنم همان آدم قبلی باشم، حتی اگر از درون کاملاً خالی باشم.» این مضمون نشان داد که پنهان‌سازی افسردگی اغلب با فشار برای حفظ تصویر اجتماعی همراه است؛ تصویری که در ظاهر ثبات و کارآمدی را نشان می‌دهد، اما در سطح درونی به فرسودگی شدید منجر می‌شود.

دومین مضمون، «بدن به مثابه زبان خاموش افسردگی» بود. مشارکت‌کنندگان بارها توضیح دادند که وقتی نمی‌توانند یا نمی‌خواهند درباره افسردگی سخن بگویند، بدن آنان به محل اصلی بروز رنج تبدیل می‌شود. خستگی مزمن، سردرد، دردهای عضلانی، سنگینی قفسه سینه، اختلال خواب، تپش قلب، مشکلات گوارشی و بی‌حالی مداوم از جمله نشانه‌هایی بود که در روایت‌ها تکرار شد. نکته مهم آن بود که بسیاری از مشارکت‌کنندگان ابتدا این نشانه‌ها را به مشکلات جسمی، کمبود ویتامین، فشار کاری یا بی‌خوابی نسبت داده بودند و دیرتر متوجه پیوند آن‌ها با افسردگی شدند. مشارکت‌کننده ۲ گفت: «من نمی‌گفتم افسرده‌ام، می‌گفتم فقط خسته‌ام. ولی این خستگی با خواب خوب نمی‌شد. انگار بدنم داشت چیزی را می‌گفت که خودم جرئت گفتنش را نداشتم.» مشارکت‌کننده ۱۵ بیان کرد: «هر وقت باید جلوی خانواده عادی رفتار می‌کردم، شب‌ها سردرد شدید می‌گرفتم. بدنم انگار تاوان آن نقش بازی کردن را می‌داد.» این مضمون نشان داد که در افسردگی پنهان، بدن نه تنها حامل نشانه‌های زیستی افسردگی، بلکه رسانه‌ای برای بیان غیرمستقیم رنج خاموش است.

سومین مضمون، «شرم و ترس از برچسب‌خوردن» بود. بیشتر مشارکت‌کنندگان پنهان‌سازی افسردگی را با ترس از قضاوت، کوچک‌انگاری یا برچسب‌های اجتماعی توضیح دادند. آنان نگران بودند که اگر درباره افسردگی خود صحبت کنند، دیگران آن‌ها را ضعیف، ناسپاس، بی‌اراده، تنبل، نمایشی یا ناتوان از مدیریت زندگی بدانند. برخی مشارکت‌کنندگان تجربه کرده بودند که در گذشته، هنگام بیان حال بد خود با پاسخ‌هایی مانند «مثبت فکر کن»، «همه مشکل دارند»، «خودت را لوس نکن» یا «ایمانت را قوی‌تر کن» مواجه شده‌اند. این واکنش‌ها باعث شده بود که بعدها سکوت را ترجیح دهند. مشارکت‌کننده ۷ گفت: «یک بار به دوستم گفتم حالم خوب نیست، گفت تو زیادی فکر می‌کنی. همان یک

جمله کافی بود که دیگر به کسی چیزی نگویم.» مشارکت‌کننده ۱۱ نیز گفت: «از اینکه بگویند افسرده است می‌ترسم. انگار این کلمه آدم را کوچک می‌کند. ترجیح می‌دهم بگویند سرم شلوغ است تا اینکه بگویند مشکل روانی دارد.» این مضمون نشان داد که انگ اجتماعی و خودانگاره منفی، نقش مهمی در تداوم پنهان‌سازی افسردگی دارند و مانع افشای سالم و کمک‌خواهی به‌موقع می‌شوند.

چهارمین مضمون، «تنهایی رابطه‌ای و فرسودگی عاطفی» بود. مشارکت‌کنندگان توضیح دادند که پنهان‌سازی افسردگی اگرچه در ظاهر آنان را از قضاوت دیگران محافظت می‌کند، اما در عمل احساس تنهایی عمیقی ایجاد می‌کند. این تنهایی صرفاً به معنای نداشتن افراد در اطراف نبود، بلکه به معنای دیده نشدن در رابطه بود. فرد ممکن بود در خانه، محل کار یا جمع دوستان حضور داشته باشد، اما احساس کند هیچ‌کس حال واقعی او را نمی‌داند. مشارکت‌کننده ۶ گفت: «تنهایی من این نیست که کسی دورم نیست. اتفاقاً همیشه آدم هست. تنهایی من این است که هیچ‌کدام نمی‌دانند من واقعاً چه حالی دارم.» مشارکت‌کننده ۱۳ بیان کرد: «گاهی کنار هم‌سرم نشسته‌ام، حرف می‌زنم، حتی می‌خندم، ولی درونم انگار کیلومترها دورم. چون آن چیزی که واقعاً هستم را نشان نمی‌دهم.» این مضمون نشان داد که افسردگی پنهان به تدریج کیفیت روابط را فرسوده می‌کند؛ زیرا رابطه بر پایه تصویری مدیریت‌شده از خود ادامه می‌یابد و امکان صمیمیت اصیل کاهش می‌یابد.

پنجمین مضمون، «کمک‌خواهی مشروط به احساس امنیت روانی» بود. برخلاف تصور رایج، مشارکت‌کنندگان الزاماً مخالف دریافت کمک نبودند؛ بلکه کمک‌خواهی را منوط به شرایطی خاص می‌دانستند. آنان نیاز داشتند مطمئن شوند که شنونده، قضاوت‌گر، نصیحت‌گر، افشاگر یا کوچک‌انگار نیست. برخی ترجیح می‌دادند ابتدا با یک دوست قابل اعتماد صحبت کنند، برخی مراجعه به روان‌شناس را امن‌تر می‌دانستند و برخی به دلیل نگرانی از برچسب خانوادگی یا هزینه‌های درمان، کمک‌خواهی را به تعویق انداخته بودند. مشارکت‌کننده ۱ گفت: «من کمک می‌خواستم، ولی نمی‌خواستم کسی با من مثل آدم خراب رفتار کند. دنبال جایی بودم که فقط بتوانم بدون ترس حرف بزنم.» مشارکت‌کننده ۱۷ گفت: «اگر مطمئن باشم کسی حرفم را علیه من استفاده نمی‌کند، شاید بگویم چه می‌گذرد. مشکل این است که آدم‌ها گوش نمی‌دهند، سریع نسخه می‌دهند.» این مضمون نشان داد که کمک‌خواهی در افسردگی پنهان یک تصمیم ساده و فردی نیست، بلکه به کیفیت رابطه، امنیت روانی، کاهش انگ و دسترسی به حمایت حرفه‌ای وابسته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف فهم تجربه زیسته بیماران مبتلا به افسردگی پنهان انجام شد و نتایج نشان داد که این تجربه حول پنج مضمون اصلی سازمان می‌یابد: نقاب عملکردی و حفظ ظاهر، بدن به‌مثابه زبان خاموش افسردگی، شرم و ترس از برچسب‌خوردن، تنهایی رابطه‌ای و فرسودگی عاطفی، و کمک‌خواهی مشروط به احساس امنیت روانی. در مجموع، یافته‌ها نشان دادند که افسردگی پنهان وضعیتی است که در آن فرد میان رنج درونی و نمایش بیرونی شکافی پایدار تجربه می‌کند. مشارکت‌کنندگان نه‌تنها با خلق پایین، خستگی، بی‌معنایی و ناامیدی درگیر بودند، بلکه ناچار بودند این نشانه‌ها را مدیریت، پنهان یا به شکل قابل قبول‌تری برای دیگران بازنمایی کنند. این نتیجه با دیدگاه‌های جدید درباره تجربه زیسته افسردگی همسو است که افسردگی را صرفاً مجموعه‌ای از نشانه‌های روان‌پزشکی نمی‌دانند، بلکه آن را نوعی دگرگونی در تجربه خود، بدن، رابطه، زمان و آینده توصیف می‌کنند. (Fusar-Poli et al., ۲۰۲۳)

در ارتباط با مضمون نخست، یعنی نقاب عملکردی و حفظ ظاهر، یافته‌ها نشان دادند که بسیاری از بیماران برای جلوگیری از آشکار شدن افسردگی، تصویری اجتماعی از کارآمدی، آرامش و کنترل ارائه می‌کنند. این نتیجه با پژوهش Brown درباره camouflaging depression همسو است؛ زیرا در آن پژوهش نیز پنهان‌سازی افسردگی به‌عنوان تلاش فرد برای تنظیم خودارائه‌گری در موقعیت‌های اجتماعی مطرح شده است. (Brown, ۲۰۲۵) همچنین یافته حاضر با مطالعه Cooper و همکاران همخوانی دارد که افسردگی را نوعی هویت داغ‌خورده اما قابل پنهان‌سازی می‌دانند؛ هویتی که فرد بسته به ارزیابی خطر، آن را آشکار یا مخفی می‌کند. (Cooper et al., ۲۰۲۰) از نظر تحلیلی، نقاب عملکردی در افسردگی پنهان دو کارکرد متضاد دارد: از یک سو به فرد کمک می‌کند تصویر اجتماعی خود را حفظ کند و از برچسب‌زنی فوری جلوگیری نماید؛ از سوی دیگر، به دلیل مصرف مداوم انرژی روانی، احساس دوپارگی میان خود واقعی و خود نمایشی را تشدید می‌کند.

در ارتباط با مضمون دوم، یعنی بدن به‌مثابه زبان خاموش افسردگی، نتایج نشان دادند که خستگی مزمن، دردهای بدنی، مشکلات خواب و نشانه‌های جسمانی برای بسیاری از مشارکت‌کنندگان جایگزین گفتار مستقیم درباره افسردگی شده بود. این یافته با ادبیات افسردگی نقاب‌دار همسو است که نشان می‌دهد برخی بیماران افسرده به‌جای شکایت آشکار از خلق پایین، با شکایت‌های جسمانی، درد، بی‌حالی، اختلال خواب یا مشکلات گوارشی مراجعه می‌کنند. (Shetty et al., ۲۰۱۸; Tylee & Gandhi, ۲۰۰۵) همچنین Kapfhammer تأکید می‌کند که نشانه‌های جسمانی در افسردگی رایج‌اند و می‌توانند تشخیص به‌موقع را دشوار سازند. (Kapfhammer, ۲۰۰۶) در مطالعه حاضر، بدن فقط محل بروز نشانه نبود، بلکه زبان غیرمستقیم رنج روانی محسوب می‌شد. وقتی فرد نمی‌توانست بگوید «افسرده‌ام»، بدن از طریق خستگی، درد یا بی‌خوابی اعلام می‌کرد که ظرفیت روانی او فرسوده شده است.

در ارتباط با مضمون سوم، یعنی شرم و ترس از برچسب‌خوردن، یافته‌ها نشان دادند که انگ اجتماعی و خودانگاره منفی نقش مهمی در پنهان‌سازی افسردگی دارند. مشارکت‌کنندگان از اینکه ضعیف، بی‌اراده، ناسپاس، تنبل یا مشکل‌دار تلقی شوند هراس داشتند و همین هراس موجب سکوت و تأخیر در کمک‌خواهی شده بود. این یافته با مرور Clement و همکاران درباره اثر انگ بر کمک‌خواهی سلامت روان همسو است؛ آنان نشان دادند که انگ یکی از موانع مهم جست‌وجوی کمک برای مشکلات روانی است. (Clement et al., ۲۰۱۵) همچنین کمیسئون Lancet نشان می‌دهد که انگ و تبعیض می‌توانند دسترسی به مراقبت، کیفیت روابط و مشارکت اجتماعی افراد دارای مشکلات روانی را مختل کنند. (Thornicroft et al., ۲۰۲۲) در پژوهش حاضر، انگ فقط یک نگرش بیرونی نبود، بلکه به درون تجربه فرد وارد شده بود؛ یعنی فرد پیش از آنکه از سوی دیگران قضاوت شود، خود را از چشم قضاوت‌گر جامعه می‌دید.

در ارتباط با مضمون چهارم، یعنی تنهایی رابطه‌ای و فرسودگی عاطفی، یافته‌ها نشان دادند که افسردگی پنهان می‌تواند به شکل خاصی از تنهایی منجر شود: تنهایی در حضور دیگران. مشارکت‌کنندگان ممکن بود از نظر اجتماعی منزوی نباشند، اما احساس کنند هیچ‌کس به تجربه واقعی آنان دسترسی ندارد. این یافته با پژوهش Prizeman و همکاران همخوانی دارد که نشان داد پنهان‌کاری درباره افسردگی می‌تواند در کوتاه‌مدت حس کنترل ایجاد کند، اما در بلندمدت به کاهش اصالت رابطه، تنهایی و انزوای اجتماعی منجر شود. (Prizeman et al., ۲۰۲۰)

(۲۰۲۴) از منظر نظری، وقتی فرد افسردگی خود را پنهان می‌کند، رابطه‌ها بر اساس بخشی از خود که «قابل نمایش» است ادامه می‌یابند، نه بر اساس کلیت تجربه فرد. در نتیجه، حتی رابطه نزدیک نیز ممکن است به رابطه‌ای عاطفياً ناکافی تبدیل شود؛ زیرا فرد احساس می‌کند دوست داشته شدن یا پذیرفته شدن او وابسته به سالم، قوی یا بی‌مشکل نشان دادن خود است.

در ارتباط با مضمون پنجم، یعنی کمک‌خواهی مشروط به احساس امنیت روانی، یافته‌ها نشان دادند که مشارکت‌کنندگان الزاماً از کمک گرفتن امتناع نمی‌کردند، بلکه به دنبال شرایطی بودند که در آن شنیده شدن بدون قضاوت امکان‌پذیر باشد. این نتیجه با یافته‌های Prizeman و همکاران درباره افشای انتخابی افسردگی همسو است؛ آنان نشان دادند که افراد افسرده در تصمیم برای افشا یا پنهان‌سازی، به پیامدهای احتمالی رابطه‌ای و اجتماعی توجه می‌کنند (Prizeman et al., ۲۰۲۴). همچنین با یافته‌های مربوط به اثر انگ بر کمک‌خواهی همخوان است، زیرا زمانی که فرد انتظار قضاوت، کوچک‌انگاری یا افشای ناخواسته دارد، احتمال مراجعه به منابع حمایتی کاهش می‌یابد (Clement et al., ۲۰۱۵). در مطالعه حاضر، امنیت روانی به معنای فضایی بود که در آن فرد بتواند بدون ترس از برچسب، نصیحت ساده‌انگارانه یا سوءاستفاده از اطلاعات شخصی، درباره رنج خود سخن بگوید.

از منظر تنظیم هیجان، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که افسردگی پنهان با سرکوب مزمن بیان هیجانی ارتباط نزدیکی دارد. مشارکت‌کنندگان اغلب میان تجربه درونی و نمایش بیرونی فاصله ایجاد می‌کردند و این فاصله به مرور باعث خستگی، گسست از خود و کاهش صمیمیت می‌شد. این نتیجه با پژوهش Gross و John درباره پیامدهای سرکوب هیجانی همسو است؛ زیرا سرکوب بیان هیجان می‌تواند با کاهش بهزیستی، افت کیفیت رابطه و افزایش فشار روان‌شناختی همراه باشد (Gross & John, ۲۰۰۳). افزون بر این، سکوت بیرونی می‌تواند زمینه را برای نشخوار فکری فراهم کند. وقتی تجربه افسردگی بیان نمی‌شود، فرد ممکن است در ذهن خود بارها آن را بازتولید کند و این چرخه با یافته‌های Nolen-Hoeksema و همکاران درباره نقش نشخوار در تداوم افسردگی همخوانی دارد (Nolen-Hoeksema et al., ۲۰۰۸).

یافته‌های این مطالعه همچنین نشان می‌دهد که افسردگی پنهان باید به‌عنوان پدیده‌ای چندسطحی فهم شود. در سطح فردی، فرد با خلق پایین، خستگی، احساس پوچی، نشخوار و سرکوب هیجان درگیر است. در سطح رابطه‌ای، او می‌کوشد تصویر خود را نزد خانواده، دوستان یا همکاران حفظ کند. در سطح اجتماعی، انگ و هنجارهای فرهنگی درباره قدرت، موفقیت و حفظ ظاهر بر تصمیم او برای سکوت اثر می‌گذارند. بنابراین، درمان افسردگی پنهان نباید صرفاً به کاهش نشانه‌های خلقی محدود شود، بلکه باید به الگوهای پنهان‌سازی، ترس از افشا، مهارت‌های بیان هیجانی، حمایت اجتماعی و کاهش انگ نیز توجه کند.

محدودیت نخست پژوهش حاضر آن است که داده‌ها از مشارکت‌کنندگان ساکن شهر تهران گردآوری شده‌اند و بنابراین انتقال یافته‌ها به سایر شهرها، بافت‌های فرهنگی یا گروه‌های سنی باید با احتیاط انجام شود. محدودیت دوم به ماهیت خودگزارشی مصاحبه‌ها مربوط است؛ تجربه افسردگی پنهان به دلیل حساسیت، شرم و ترس از افشا ممکن است حتی در فضای مصاحبه نیز به‌طور کامل بیان نشده باشد. محدودیت سوم آن است که پژوهش حاضر فقط از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته استفاده کرده و از منابع مکمل مانند مشاهده، یادداشت‌های روزانه یا مصاحبه با

درمانگران استفاده نشده است. همچنین به دلیل ماهیت کیفی مطالعه، هدف تعمیم آماری یافته‌ها نبوده، بلکه ارائه فهمی عمیق و زمینه‌مند از تجربه زیسته مشارکت‌کنندگان بوده است.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده تجربه افسردگی پنهان را در گروه‌های متفاوتی مانند نوجوانان، سالمندان، مادران، مردان شاغل، دانشجویان، کارکنان سازمان‌های پرفشار و بیماران دارای بیماری‌های مزمن بررسی کنند. همچنین انجام مطالعات تطبیقی میان شهرهای مختلف یا میان گروه‌های فرهنگی متفاوت می‌تواند نشان دهد که هنجارهای اجتماعی و خانوادگی چگونه بر پنهان‌سازی افسردگی اثر می‌گذارند. پژوهش‌های آینده می‌توانند از روش‌های ترکیبی استفاده کنند؛ به‌گونه‌ای که ابتدا با مصاحبه‌های عمیق، ابعاد تجربه زیسته استخراج شود و سپس با ابزارهای کمی، ارتباط افسردگی پنهان با انگ، سرکوب هیجانی، نشخوار فکری، حمایت اجتماعی و کمک‌خواهی بررسی گردد. همچنین طراحی و اعتبارسنجی ابزاری بومی برای سنجش پنهان‌سازی افسردگی می‌تواند به توسعه پژوهش‌های آینده کمک کند.

از نظر کاربردی، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که متخصصان سلامت روان باید نسبت به نشانه‌های غیرمستقیم افسردگی حساس باشند؛ به‌ویژه زمانی که بیمار با خستگی، دردهای مبهم، بی‌خوابی، کاهش انگیزه یا فرسودگی مراجعه می‌کند اما آشکارا از افسردگی سخن نمی‌گوید. در مداخلات بالینی، لازم است فضایی امن، غیرقضاوت‌گر و محرمانه ایجاد شود تا بیمار بتواند به تدریج از پشت نقاب عملکردی بیرون بیاید. آموزش سواد سلامت روان در خانواده‌ها، محیط‌های کاری و دانشگاه‌ها نیز می‌تواند به کاهش انگ و تسهیل کمک‌خواهی کمک کند. همچنین درمانگران می‌توانند بر مهارت‌های افشای انتخابی، تنظیم هیجان، کاهش شرم، بازسازی باورهای منفی درباره افسردگی و تقویت شبکه حمایت اجتماعی تمرکز کنند.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در انجام این پژوهش ما را همراهی کردند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

موازین اخلاقی

در این پژوهش اصول اخلاقی مرتبط با نشر و انجام پژوهش رعایت گردیده است.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

بر اساس اظهار نویسندگان، در این مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

فهرست منابع

Braun, V., & Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in reflexive thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 328–352. doi:10.1080/14780887.2020.1769238

- Brown, S. (2025). Camouflaging depression. *Discover Mental Health*, 5, Article 71. doi:10.1007/s44192-025-00200-x
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11–27. doi:10.1017/S0033291714000129
- Cooper, K. M., Gin, L. E., & Brownell, S. E. (2020). Depression as a concealable stigmatized identity: What influences whether students conceal or reveal their depression in undergraduate research experiences? *International Journal of STEM Education*, 7, Article 27. doi:10.1186/s40594-020-00216-5
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE.
- Fusar-Poli, P., Estradé, A., Stanghellini, G., Esposito, C. M., Rosfort, R., Mancini, M., Norman, P., Cullen, J., Adesina, M., Benavides Jimenez, G., da Cunha Lewin, C., Drah, E. A., Julien, M., Lamba, M., Mutura, E. M., Prawira, B., Sugianto, A., Teresa, J., White, L. A., ... Maj, M. (2023). The lived experience of depression: A bottom-up review co-written by experts by experience and academics. *World Psychiatry*, 22(3), 352–365. doi:10.1002/wps.21111
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. doi:10.1037/0022-3514.85.2.348
- Kapfhammer, H. P. (2006). Somatic symptoms in depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(2), 227–239. doi:10.31887/DCNS.2006.8.2/hpkapfhammer
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE.
- Malhi, G. S., & Mann, J. J. (2018). Depression. *The Lancet*, 392(10161), 2299–2312. doi:10.1016/S0140-6736(18)31948-2
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424. doi:10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x
- Prizeman, K., McCabe, C., & Weinstein, N. (2024). Stigma and its impact on disclosure and mental health secrecy in young people with clinical depression symptoms: A qualitative analysis. *PLOS ONE*, 19(1), Article e0296221. doi:10.1371/journal.pone.0296221
- Shetty, P., Mane, A., Fulmali, S., & Uchit, G. (2018). Understanding masked depression: A clinical scenario. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(1), 97–102. doi:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_272_17
- Thornicroft, G., Sunkel, C., Alikhon Aliev, A., Baker, S., Brohan, E., El Chammay, R., Davies, K., Demissie, M., Duncan, J., Fekadu, W., Gronholm, P. C., Guerrero, Z., Gurung, D., Habtamu, K., Hanlon, C., Heim, E., Henderson, C., Hijazi, Z., Hoffman, C., ... Winkler, P. (2022). The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *The Lancet*, 400(10361), 1438–1480. doi:10.1016/S0140-6736(22)01470-2
- Tylee, A., & Gandhi, P. (2005). The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 7(4), 167–176. doi:10.4088/PCC.v07n0405