



كلية التربية

المجلة التربوية



جامعة سوهاج

فاعلية مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية

في خفض الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة "دراسة حالة"

إعداد

د. أحمد محمد جاد الرب أبوزيد

أستاذ مساعد الصحة النفسية والتربية الخاصة

Drahmedab2020@gmail.com

https://orcid.org/0000-0002-0795-278X

أ.د. هبة جابر عبد الحميد

أستاذ الصحة النفسية- كلية التربية-

جامعة سوهاج

تاريخ استلام البحث : ٦ يناير ٢٠٢٥ م - تاريخ قبول النشر: ٦ فبراير ٢٠٢٥ م

مستخلص البحث:

هدف البحث إلى التعرف على فاعلية مدخل "خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية" في خفض الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة "دراسة حالة"، وتكونت العينة من طالبتين بمرحلة الدراسات العليا، من كلية التربية جامعة سوهاج، تراوحت أعمارهم بين ٢٩-٣٠ سنة، واستخدم البحث الحالي منهج تصميم الحالة الواحدة الذي يعتمد على مرحلة الأساس ومرحلة التدخل والمتابعة، وتم استخدام مقياس بيك للاكتئاب الصورة الثانية ترجمة غريب (٢٠٠٠)، ومقياس انعدام التلذذ إعداد **Abouzaid and Abdelhamid, (2023)**، والبرنامج العلاجي إعداد الباحثان الذي تكون من مرحلتين المرحلة الأولى عبارة عن ٨ جلسات تمهيدية للتشخيص المشكلة وقياس بيانات خط الأساس، ثم المرحلة الثانية وتكونت من ١٨ جلسة، تم التطبيق بشكل فردي كل حالة على حدى، وأشارت النتائج التي اعتمدت على التحليل البصري فاعلية برنامج "خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية" في خفض الأعراض الاكتئابية وانعدام التلذذ لدى الحالتين بعد التدخل وخلال فترة المتابعة (بعد توقف التدخل بشهرين)، كما أشارت النتائج الإحصائية باستخدام اختبار **Non-Overlap Analysis of All Pairs** إلى أن فاعلية البرنامج تراوحت من متوسطة إلى فعالة للغاية.

الكلمات المفتاحية: خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية- الأعراض الاكتئابية -انعدام التلذذ- طلاب الجامعة- دراسة حالة.

The Effectiveness of Mindfulness-Based Anhedonia Reduction Therapy in reducing the Depressive Symptoms Among University Students (A Case Study)

Prof. Heba Gaber Abdelhamid

Mental Health Professor, Sohag University

Dr. Ahmed Mohamed Gadelrab Abouzaid

Mental Health and Special Education Assistant Professor

Drahmedab2020@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-0795-278X>

Abstract:

The aim of the research was to identify the effectiveness of Mindfulness-Based Anhedonia Reduction Therapy (MART) in reducing the depressive symptoms and anhedonia among university students (case study). Their ages ranged between 29-30 years, and the current study used a single-case design approach that relies on a baseline phase, intervention phase, and follow-up phase. The Beck Depression Inventory, second edition, translated by Gharib (2000), the Anhedonia Scale, prepared by Abouzaid and Abdelhamid (2023), and the treatment program prepared by the researchers were used. which consisted of two stages. The first stage consisted of 8 introductory sessions to diagnose the problem and measure baseline data, then the second stage consisted of 18 sessions, which were applied individually for each case separately. The results, which were based on visual analysis, indicated the effectiveness of the MART in reducing depressive symptoms and anhedonia in both cases after the intervention and during the follow-up period (two months after the intervention stopped). Statistical results using the Non-Overlap Analysis of All Pairs test also indicated that the effectiveness of the program ranged from moderate to very effective.

Keywords: Mindfulness-Based Anhedonia Reduction Therapy (MART), Depressive Symptoms, Anhedonia-University students - a case study.

المقدمة والإطار النظري للبحث:

يعد الاكتئاب من أكثر مشكلات الصحة النفسية انتشارًا في العصر الذي نعيش فيه، حيث تشير الإحصائيات إلى أن أكثر من ٣٥٠ مليون شخص يعانون من الاكتئاب في جمع أنحاء العالم ومن جميع الأعمار، حيث ينتشر لدى طلاب المرحلة الثانوية في مصر بنسبة ١٥.٣٪ بمدارس شرق القاهرة، وهي نسبة كبيرة لدى شريحة مهم من المراهقين وطلاب المدارس التي لا بد من التدخل السريع لعلاجها ومحاولة خفضها (المسيري وآخرون، ٢٠١٢)، وينتشر لدى طلاب الجامعات بنسبة كبيرة على مدار السنوات العشر الماضية حيث بلغ نسبة ٣١.٣٨٪ لدى طلاب الجامعة الصينية (Wang et al., 2020b)، كما وجد مستوي مرتفع من الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة (عبد الحميد وقاسم، ٢٠٢٢).

ويرتبط الاكتئاب بالعديد من مخاطر الصحة النفسية التي قد تؤدي إلى العديد من الأضرار النفسية والجسدية والاقتصادية على الفرد والمجتمع مثل: صدمة الطفولة والتحيز المعرفي (عبد الحميد وقاسم، ٢٠٢٢)، والانتحار، وتفاقم التدهور المعرفي (Reddy, 2010)، وانخفاض الرضا عن الحياة (Guney et al., 2010)، وانخفاض تقدير الذات وتدني مستوى السعادة (عبد الخالق وآخرون، ٢٠١١)، وعجز التعبير عن المشاعر (الألكسيثيميا)، والمخططات المعرفية اللاتكيفية (جريش، ٢٠١٧)، والوحدة النفسية Kundu (et al., 2021). والضغط الأكاديمية والوضع الاقتصادي للأسرة والثقة بالنفس وتقدير الذات والتجارب المؤلمة (Li et al., 2022). وأمراض القلب التاجية، والتهاب المفاصل الروماتويدي، أو داء السكري، فضلاً عن العبء الاقتصادي الكبير. Murray, & Lopez, (Reddy, 2010; Kessler, 2012; 1996).

وتعرف الأعراض الاكتئابية بأنها حالة انفعالية دائمة أو وقتية يشعر فيها الفرد بالانقباض، والحزن، والضيق، وتشيع فيها مشاعر كالهيم، والغم، والتشاؤم، فضلاً عن مشاعر القنوط، والجزع، واليأس، والعجز، وهي حالة مصحوبة بأعراض مرتبطة بالجوانب المعرفية والسلوكية والجسمية، ومن بين هذه الأعراض التشاؤم، وضعف التركيز، ومشكلات النوم، وفقدان الاستمتاع، والتعب والوحدة، ونقص تقدير الذات، والشكاوى الجسدية (عبد الخالق وآخرون، ٢٠١١).

وتعرف الأعراض الاكتئابية بأنها خبرة وجدانية سلبية يشعر بها الفرد نتيجة تعرضه لخبرات وتجارب صادمة في حياته، وتظهر في صورة عدة أعراض منها الحزن، واليأس،

وفقدان الاهتمام، وسرعة الاستثارة، وانعدام القيمة، وتغيرات في الشهية، والإرهاق، وصعوبة التركيز (عبد الحميد وقاسم، ٢٠٢٢).

وتفسر النظرية المعرفية لبيك ظهور الأعراض الاكتئابية من خلال أحداث الحياة السلبية التي يتعرض لها الفرد حيث تنشط لديه المخطط الاكتئابي في شكل معتقدات غير مرنة وغير مناسبة حول الذات والعالم والمستقبل، وهو ما يعرف بالثالوث المعرفي للاكتئاب ويتكون من ثلاثة مخططات معرفية تعمل في وقت واحد لتقييم معني/ قيمة أحداث الحياة وتوليد الاستجابات المناسبة نحو صورة الذات، وصورة العالم، وتوقعات المستقبل ، وتتشكل هذه المواقف المختلفة من خلال تجارب الحياة المبكرة والتي تعتبر مستقرة نسبياً، ومن خلال الأفكار التلقائية التي تعتبر غير مستقرة نسبياً وتعتمد على الحالة (Beck, 2007; Oei & Kwon, 2016). وهذا يعني أن الفرد يتعرض للعديد من المواقف والمحن والأزمات والأحداث السلبية والخبرات الحياتية التي قد تمثل مصادر للضغط تؤثر على الموارد المتاحة لديهم مما يؤدي بهم إلى إجراء تقييمات معرفية تزيد من إدراكهم وتصورهم للضغط بشكل سلبي فينتج عنه سمات وأعراض اكتئابية مثل القنوط والشعور بالغم والتشاؤم وانخفاض القيمة ، وانعدام التلذذ وفقدان الطاقة.

ويفسر أصحاب النظرية السلوكية الأعراض الاكتئابية باعتبارها مكتسبة من البيئة التي تعيش فيها الإنسان نتيجة خفض التدعيم الإيجابي مما يؤدي إلى زيادة الوجدان السلبي وفقدان القيمة، حيث يفترض أصحاب هذه النظرية أن السلوك مكتسب ومتعلم من البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد، والتي قد تعزز ظهور بعض الأعراض الاكتئابية لديه؛ نتيجة انخفاض في التدعيم الإيجابي عن الحد الذي يتوقعه الفرد، مما قد يؤثر بدوره على شعوره بعدم الارتياح وانعدام التلذذ، وانخفاض تقدير الذات، فيظهر لديه الوجدان السلبي مثل مشاعر العزلة، والإحباط، واليأس، والحزن الشديد (حسين، ٢٠١٠). فضلاً عن عدم الشعور بالاستمتاع وفقدان الاهتمام بالمتعة واللذة في الحياة.

ويعد انعدام التلذذ أحد الأعراض الأساسية للاكتئاب وله آثار مهمة وقوية في العلاج والتي تمتد خلال فترة المتابعة. ويشير مصطلح انعدام التلذذ إلى الافتقار إلى المتعة استجابةً للمحفزات المجزية، ويُعرف بأنه أحد الأعراض المهمة في التشخيصات النفسية، بما في ذلك الاضطرابات الوجدانية والفصام واضطرابات تعاطي المخدرات (Treadway and Zald, 2011).

ويعتبر انعدام التلذذ من أبرز الأعراض المميزة للاكتئاب، والذي يعرف بأنه قلة الرغبة في المشاركة بالأعمال والأنشطة التي من طبيعتها أن تُدخل البهجة والسرور إلى النفس، حيث لا يستطيع الفرد الاستمتاع بأي مباحج الحياة الطبيعية، ولا يشعر بالذلة عند قيامه بالأنشطة المعتادة الطبيعية في الحياة التي كانت تمتعه من قبل، فالشخص العادي الذي لا يعاني من أعراض اكتئابية في حياته اليومية يشعر بالمتعة والاستمتاع عند تناول وجبة شهية أو عند القيام برحلة، لكن الشخص الذي يعاني من الأعراض الاكتئابية لا يمكنه الاستمتاع أو الشعور بالمتعة أثناء ممارسة نشاطات حياته اليومية (عبد الباقي، ٢٠٠٩).

وانعدام التلذذ، أو "انخفاض الاهتمام أو المتعة بشكل ملحوظ في جميع الأنشطة أو كلها تقريباً" هو أحد الأعراض الأساسية للاكتئاب (الجمعية الأمريكية للطب النفسي، ٢٠٢٢). ولتسمية فترة الاكتئاب "توبة اكتئاب كبرى"، يجب أن يعاني الفرد إما من مزاج مكتئب أو انعدام التلذذ، بالإضافة إلى أعراض أخرى، لمدة أسبوعين أو أكثر. (Dichter, 2010).

ويعرف انعدام التلذذ بأنه انخفاض القدرة على تجربة المتعة (المرور بخبرة المتعة) من المنبهات الإيجابية أو التدهور في تذكر المتعة التي سبق تجربتها (المرور بها). وكسمة تشخيصية أساسية لاضطرابات الاكتئاب الرئيس، وتم تمييز الأعراض الاكتئابية عن الأعراض الجسدية **somatic symptoms** بانعدام التلذذ وانخفاض المزاج، وكعرض من الانسحاب من المنشطات في الاضطرابات المرتبطة بالمنشطات، وكعرض في السمات المرضية المقترحة لاضطراب الشخصية التجنبية، وتم تعريفه في سياق سمات الشخصية كجانب من الانفصال على أنه: الافتقار إلى التمتع بتجارب الحياة أو المشاركة فيها أو بذل الطاقة من أجلها؛ والعجز في القدرة على الشعور بالمتعة والاهتمام بالأشياء. (APA, 2022). ويعرف انعدام التلذذ على أنه فقدان الاهتمام أو المتعة في الحياة اليومية (سواء من المواقف الجسدية أو الفكرية أو الاجتماعية). (السلطاني والأعرجي، ٢٠٢٤).

وتم تقديم مصطلح **Anhedonia** في عام ١٨٩٦ من قبل Ribot، المحلل النفسي الفرنسي، الذي عرّفه على أنها عدم القدرة على تجربة المتعة، وهو شائع في الاضطرابات النفسية وسمات الشخصية. وفي عام ١٩٥٦ عرف Rado انعدام التلذذ بأنه: عدم القدرة على تجربة المتعة والافتقار إلى الدافع لمتابعة الأنشطة المجزية، من خلال نموده عن الفصام. (Di Giannantonio & Martinotti, 2012).

وظهر انعدام التلذذ في أدبيات علم النفس والطب النفسي من خلال انعدام التلذذ الاجتماعي والجسدي، ويعبر ذلك التصنيف عن مفهوم ضيق أو محدود لانعدام التلذذ. فانتقد (Diener et al., 1998) المفهوم المحدود لانعدام التلذذ؛ حيث ذكر أنه لا يمكن اختزال السعادة في مذهب اللذة hedonism الجسدية، حيث يمكن اشتقاقها من تحقيق الأهداف أو النتائج القيمة في مجالات متنوعة؛ وفي الآونة الأخيرة ركز علماء النفس الذين تبنا وجهة نظر التلذذ على مفهوم واسع لمذهب المتعة الذي يتضمن تفضيلات وملذات العقل والجسد (Kubovy, 1999).

وقد تم اقتراح رؤى جديدة مفادها أن انعدام التلذذ غير متجانس عبر الاضطرابات النفسية، اعتمادًا على الأجزاء الأكثر تأثرًا من شبكات المتعة (Thomsen et al., 2015)؛ فانعدام المتعة هو بناء معقد، مع العديد من المفاهيم التي تستند إلى أدوات مختلفة. على سبيل المثال، تقليديًا، يتم قياس انعدام التلذذ إما كسمة أو بناء حالة (Loas et al., 2009). وتم تقييم انعدام التلذذ الجسدي والاجتماعي في المقام الأول باستخدام مقاييس انعدام المتعة الجسدية والاجتماعية لـ "تشابمان" (Chapman et al., 1976). ويسمح مقياس التجربة الزمنية للمتعة بالتمييز بين انعدام المتعة الاستباقي والاستهلاكي (Gard, 2006)، في حين تم استخدام مقياس المتعة سنيث-هاميلتون لتقييم انعدام التلذذ في الحالة (Snaith et al., 1995). وعلى النقيض من قياس الافتقار إلى المتعة أو الاهتمام مدى الحياة، تم استخدام مقياس انعدام التلذذ الفرعي لمقياس اكتئاب بيك (BDI) (البنود ٤ و ١٢ و ٢١) ومقياس فقدان الاهتمام والمتعة المحدد (Joiner et al., 2003). وفي الآونة الأخيرة، وجد أن التغييرات الأخيرة في انعدام التلذذ، من خط الأساس إلى تجربة المتعة الحالية، تعد من المؤشرات المهمة المحتملة للاكتئاب الرئيس والأفكار الانتحارية (Winer et al., 2014a; Borsboom and Cramer, 2013). ومع ذلك، لم يتم دائمًا أخذ الاختلافات في التعريف في الاعتبار بوضوح في الأدبيات.

وحديثًا، تم النظر إلى انعدام التلذذ كمفهوم متعدد الأبعاد حيث أجري (Abouzaid and Abdelhamid, 2023) بحث للكشف عن البنية العاملية لمفهوم انعدام التلذذ كبنية متعددة الأبعاد لا يمكن الاقتصار فيه على الجانب الجسدي والاجتماعي فقط، لمعالجة المفهوم الضيق لانعدام التلذذ في المقاييس السابقة، حيث حصرنا انعدام التلذذ في الجانب الجسدي والاجتماعي، والذي قد تعرض للانتقادات من قبل مؤلفي دليل التشخيصي للاضطرابات العقلية

وإحصائها الخامس (٢٠٢٣) والخامس المعدل (٢٠٢٢)، حيث رأى الباحثان أهمية الجانب المعرفي والانفعالي باعتبارها من الجوانب المهمة للإنسان، وحيث إن القصور الانفعالي والمعرفي يمثلان محددات مهمة في الاضطراب النفسي والعقلي واضطرابات الشخصية سواء كعامل مسبب أو سمة أو خاصية أو كنتيجة، وبالتالي قد يؤدي القصور في الجانب المعرفي والانفعالي إلى ضعف وقصور في معايشة التجربة الانفعالية والمعرفية كما ينبغي، مما يؤدي إلى عدم الشعور بالمتعة واللذة. وتوصلت نتائج البحث إلى أن مفهوم انعدام التلذذ مفهوم متعدد الأبعاد يتكون من أربع مقاييس فرعية هي: انعدام التلذذ المعرفي، وانعدام التلذذ الانفعالي، وانعدام التلذذ الاجتماعي، وانعدام التلذذ الجسدي، ولكل مقياس فرعي ثلاث عوامل (مستويات)، هي الرغبة والجهد والتجربة.

وتم التحقق من الخواص السيكومترية لقائمة انعدام التلذذ متعدد الأبعاد على عينات متنوعة (إكلينيكية وإكلينيكية)، كما في بحث الجداوي (٢٠٢٤) والذي أجري على النساء العاملات وغير العاملات، وبحث كل من عبداللطيف وأبو زيد (٢٠٢٤) والذي أجري على عينة من معلمات رياض الأطفال في محافظة الزقازيق، وبحث كل من النجار وأبو زيد (٢٠٢٤) والذي أجري على عينة من معلمي التربية الخاصة بمحافظة المنصورة، وبحث كل من منسي وأبو زيد (٢٠٢٤) والذي أجري على عينة من المراهقين ذوي الاضطرابات الانفعالية والعصبية (عينة إكلينيكية) بمحافظة الاسكندرية.

وتتعدد مظاهر انعدام التلذذ لدى المكتئبين، حيث يري الشربيني (٢٠٠١) أن الشخص المكتئب لا يبقى لديه الاعتزاز والإقبال بالأشياء التي كان متعلقاً بها فيما مضى، فلم يعد يحرص على الإجازات ويرتب لها، ولا يستمتع بمداعبة أبنائه والجلوس معهم، ويظهر بعض المرضى هذه المعاناة في قولهم أنهم فقدوا الاهتمام بكل شيء في الحياة، ويقول بعضهم أيضاً "لم أستطع أن أستمتع بأي شيء في الحياة، ولم يعد في مقدوري أن أضحك من قلبي نهائياً"، وفي حالات الاكتئاب الحادة يصل المريض إلى وضع لا يمكنه من الشعور بأي شيء حوله؛ حيث تجف الدموع، وتتجمد الملامح والأحاسيس حين تصل مشاعر الاكتئاب الداخلي إلى قمتها، وتبدو الحياة في عينه حالكة الظلام، وتصل حالة الجمود التي يسببها الاكتئاب إلى حد أن يبدو كالتمثال الذي لا يتحرك ولا يستجيب لأي شيء من حوله.

وفقدان الاهتمام أو المتعة موجود دائماً تقريباً في الاكتئاب الرئيس، على الأقل إلى حد ما، وقد يبلغ الأفراد عن شعورهم بانخفاض الاهتمام بالهوايات، أو "عدم الاهتمام بعد

الآن"، أو عدم الشعور بأي استمتاع بالأنشطة التي كانت تعتبر ممتعة في السابق (المعيار A2). وغالبًا ما يلاحظ أفراد الأسرة الانسحاب الاجتماعي أو إهمال الهوايات الممتعة (على سبيل المثال، لاعب الجولف المتعطش سابقًا لم يعد يلعب، أو يجد الطفل الذي كان يستمتع بكرة القدم أعداءًا لعدم ممارسة اللعبة). وفي بعض الأفراد، يكون هناك انخفاض كبير عن مستويات الاهتمام أو الرغبة الجنسية السابقة. (APA, 2022).

ويمكن تفسير انعدام التلذذ في ضوء نظرية تخفيض قيمة المكافأة (RDT) **Reward devaluation theory** التي تفترض أن بعض الأفراد المكتئبين لديهم ارتفاع في الوجدان السلبي، والذي يعمل كحاجز أمام التجارب الممتعة ومعاشتها، الأمر الذي يجعلهم يتجنبون الإيجابية بسبب ارتباطها السابق بالنتائج السلبية.

كما يمكن تفسير انعدام التلذذ في ضوء نظرية تداخل الوجدان السلبي **Negative Affective Interference theory (NAIT)**، أو تجربة الوجدان السلبي استجابة للإيجابية، والخوف من السعادة، الخوف من السعادة المحتملة. (Jordan, et al., 2021). والتي تنظر إلى التجارب المؤلمة للأفراد على أنها تهديد، ويقلل من الوجدان الإيجابي ويزيد الوجدان السلبي على المشاعر الذاتية التي تفسد التجارب الاجتماعية الممتعة اللاحقة. (Barkus, E2021).

وبناء على ذلك يمكن تفسير انعدام التلذذ على أنه يحدث لدى الفرد نتيجة لتعلم خاطئ في السياق، وبالتالي قد يمتلك الشخص الذي يعاني من انعدام التلذذ معتقدات وخبرات سلبية قد تعوق استمتاعه وتجعل منه تجربة سلبية يتجنبها، وهذا يمهد للإصابة بالاضطرابات، وربما هذا ما يفسر ظهور انعدام التلذذ كعامل مستقل في العديد من الاضطرابات، وربما يفسر التباين في طبيعة انعدام التلذذ من اضطراب إلى آخر ومن شخص إلى آخر، وبنفس الطريقة التي تم بها إنتاج انعدام التلذذ يمكن فك هذه الارتباط، فالمدخل العلاجي الحالي يتسند على نظريات التعلم في بناء وتطوير "تلذذ" بشكل صحيح.

ويعد مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية مدخل علاجي جديد، ينسب إلى كل من أبوزيد وعبد الحميد (٢٠٢٤)، حيث يتفق مع التوجهات العلاجية التي تعتمد على اليقظة العقلية كألية علاجية؛ مثل: خفض الضغوط القائم على اليقظة العقلية **Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)** والذي ينسب إلى **Kabat Zinn, et al. (1992)**، والعلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية **Mindfulness**

Segal et al. (2002) Based Cognitive Therapy (MBCT) والذي ينسب إلى وهناك العلاج السلوكي الجدلي **Dialectical-Behavioral Therapy** والذي ينسب إلى **Marsha Linehan (1993a, b; Didonna, 2009)**. وهناك أيضا العلاج **بالقبول والالتزام** الذي ينسب إلى **Hayes, et al. (١٩٩٩)**.

ويعرف مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية بأنه تدخل علاجي عابر للتشخيص حيث يستهدف انعدام التلذذ كعملية عابرة للتشخيص، ويعتمد على ممارسات اليقظة العقلية في تحسين شعور الفرد بالاستمتاع والمتعة وخفض انعدام التلذذ. ويهدف المدخل العلاجي "خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية" إلى بناء وتطوير وتحسين التلذذ في أربع مجالات هي: المعرفي، والانفعالي، والاجتماعي، والجسدي. ويتطلب ذلك أيضاً تحسين ثلاث مستويات لانعدام التلذذ، وهي: تحسين أو تطوير الرغبة والجهد والتجربة في كل مجالات انعدام التلذذ.

ويقوم على مجموعة من الأسس مفادها: العلاقة بين انعدام التلذذ والاضطرابات النفسية المختلفة، انعدام التلذذ كعامل وسيط بين اليقظة العقلية وغيرها من الاضطرابات النفسية، واليقظة العقلية كعامل حاجز للوقاية من الإصابة بالعديد من الاضطرابات النفسية المختلفة (**Barcaccia et al., 2024, 2022; Morris, 2020, Watkins et al., 2022**). وجود علاقة بين انعدام التلذذ والاضطرابات النفسية، انعدام التلذذ عامل مستقل في الاكتئاب والاضطرابات الأخرى، النظر إلى انعدام التلذذ كتجنب، انعدام التلذذ كوجدان إيجابي منخفض أو وجدان سلبي مرتفع، انعدام التلذذ كهدف علاجي، اليقظة العقلية كألية علاجية، كألية تطوير وبناء، كعامل وقاية، كعازل. (أبوزيد، ٢٠٢٤).

وتم التحقق من فاعلية مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية في بحث كل من **Abouzaid, and Abdelhamid (2024)** في خفض الاكتئاب الرئيس لدى طلاب الجامعة، وفي بحث كل من عبد اللطيف وأبوزيد (٢٠٢٤) في تحسين الرفاهية النفسية لدى معلمات رياض الأطفال.

مشكلة البحث:

نبعت مشكلة البحث الحالي من خبرة الباحثان الناتجة من تردد الكثير من الطالبات وشكواها المستمر بالشعور بفقدان المتعة وفقدان الطاقة واليأس والشعور بالحزن وفقدان الهدف في الحياة والرغبة في الإفراط في النوم والتي تعد من أبرز أعراض الاكتئاب انتشارًا لدى طلاب الجامعات.

ففي شكوى إحدى الطالبات أن لديها خيبة أمل وتخرط في البكاء بشكل مستمر تتمنى ان تنام ولا تصحي مرة أخرى في هذه الحياة، وليس لديها الرغبة بالاستمتاع بمباهج الحياة وتشعر بالدونية وعدم القيمة مقارنة بأخواتها. كما يصاحبها رفض للطعام وتثبيط المهمة والصداق المتكرر ونقص الوزن.

كما تشكو أخرى أنها قضت في التعليم الجامعي ٨ سنوات بين البكالوريوس والدراسات العليا، وتشعر بعدم القيمة وانخفاض تقدير الذات، وفقدان الطاقة، والعزوف عن المشاركة في أي نشاط ممتع؛ حتى إذا شاركت لا تشعر بالمتعة فيه، رغم أن من يصاحبها يستمتع ويشعر باللذة، تشعر أن الحياة كاحلة في وجهها؛ أي أن الحياة بلا أمل بالنسبة لها، والإدراك السلبي للحياة والبيئية والمستقبل من حولها، ولديها تفكير انهزامي وفقدان الاهتمام بأي شيء في الحياة.

كما نبعت مشكلة البحث من نتائج البحوث والدراسات السابقة والتي أشارت إلى أن الأعراض الاكتئابية تمثل عبء على الشباب والمراهقين على مستوى العالم، حيث تشكل الاضطرابات النفسية نسبة كبيرة من العبء المرضي لدى الشباب على مستوى العالم، وتبدأ معظم الاضطرابات النفسية خلال فترة المراهقة/الشباب (١٢-٢٤ عامًا)، وتظهر ثلاثة أرباع جميع الاضطرابات النفسية مدى الحياة قبل سن ٢٥ عامًا (Nwachukwu et al., 2021; Tabor, et al., 2021).

وأشارت نتائج بحث بنهان (٢٠١٣) أن حوالي ٤٥٪ من طلاب الجامعة الذين يبحثون عن الإرشاد النفسي يعانون من الأعراض الاكتئابية. وأجري (Li et al. (2022) مراجعة منهجية وتحليل بعدي ل ٦٤ بحث للتعرف على معدل انتشار أعراض الاكتئاب والقلق بين طلاب الجامعات وأشارت النتائج إلى نسبة انتشار الاكتئاب بلغت ٣٣.٦٪ والقلق بلغ ٣٩٪، كما كان أعلى معدل لانتشار أعراض الاكتئاب في منطقة أفريقيا والبلدان ذات الدخل

المتوسط والمنخفض، وأشارت النتائج إلى الحاجة لتطوير تدخلات فعالة لفحص أعراض الاكتئاب وعلاجها والوقاية منها وفقاً للعوامل المرتبطة بها.

ويعتبر الاكتئاب هو مصدر قلق متزايد للصحة العامة، وتقدر منظمة الصحة العالمية حالياً أن الاكتئاب يؤثر على أكثر من ٣٥٠ مليون شخص في جميع أنحاء العالم ويمثل ما يقرب من ٧.٥ ٪ من سنوات الصحة المفقودة بسبب الإعاقة (Ng, et al., 2018)، وبلغ الاكتئاب لدى طلاب الجامعة الصينية على مدار السنوات العشر الماضية ٣١.٣٨ ٪ (Wang et al., 2020).

وبلغ معدل الانتشار العالمي لأعراض الاكتئاب المبلغ عنها ذاتياً المرتفعة من عام ٢٠٠١ إلى عام ٢٠٢٠ نسبة ٣٤ ٪. وبلغ معدل الانتشار لاضطراب الاكتئاب الرئيس والاكتئاب المزمن ٨ ٪ و ٤ ٪ على التوالي. وبلغ معدل الانتشار المجمع لمدة عام واحد وانتشار مدى الحياة لاضطراب الاكتئاب الرئيس ٨ ٪ و ١٩ ٪. وارتفع معدل انتشار أعراض الاكتئاب المرتفعة بين المراهقين من ٢٤ ٪ بين عامي ٢٠٠١ و ٢٠١٠ إلى ٣٧ ٪ بين عامي ٢٠١١ و ٢٠٢٠. وتشهد منطقة الشرق الأوسط وأفريقيا وآسيا أعلى معدل انتشار لأعراض الاكتئاب المرتفعة، كما أفادت التقارير أن المراهقات لديهن معدل انتشار أعلى لأعراض الاكتئاب المرتفعة مقارنة بالمراهقين الذكور. وأشارت التقارير إلى أن ٣٤ ٪ من المراهقين على مستوى العالم، الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠ - ١٩ عامًا، معرضون لخطر الإصابة بالاكتئاب الإكلينيكي، وهو ما يتجاوز التقديرات المبلغ عنها للأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين ١٨ - ٢٥ عامًا. المراهقات والمراهقين من الشرق الأوسط وأفريقيا وآسيا هن الأكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب. (Shorey, et al., 2022).

وتوصلت نتائج بحث كل من (Desouky, and Allam, 2017) - على عينة من المعلمين والمعلمات المصريات- إلى أن انتشار الاكتئاب بين المعلمين بلغ ٦٧.٥ ٪ وكان أعلى بين المعلمين ذوي الراتب المنخفض، وخبرة التدريس الأعلى، والمؤهلات الأعلى، وعبء العمل الأعلى.

كما إن الانتشار المرتفع لأعراض القلق والاكتئاب هي الأسباب الرئيسية لسنوات العمر الضائعة بسبب الإعاقة وسنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة لدى الشباب (Mokdad et al., 2016)، والتي لها العديد من التأثيرات السلبية عليهم وعلى أسرهم. لذلك، يجب إيلاء الصحة النفسية لطلاب الجامعات المزيد من الاهتمام. (Li et al., 2022)

ويعد انعدام التلذذ من أكثر أعراض الاكتئاب انتشارًا. فضلاً عن كونه علامة محددة نسبياً للاكتئاب أكثر من الاضطرابات النفسية الأخرى (Joiner et al., 2003) ، وجدت العديد من الدراسات الطولية أن انعدام التلذذ الاجتماعي والجسدي كان دائم ومستقر في العينات الإكلينيكية والإكلينيكية (Chapman et al., 1994; Herbener and Harrow, 2002; Kwapil et al., 1997). ويشكل انعدام التلذذ الحالة بعداً حاداً ويرتبط بشدة أعراض الاكتئاب. (Loas, 2014). وكان انخفاض انعدام التلذذ أقوى المؤشرات على التعافي من الأعراض الاكتئابية وخفض الأفكار الانتحارية وتحسين الأداء الاجتماعي (Ballard et al., 2017)، كما أن انعدام التلذذ أظهر انخفاضاً كبيراً بعد العلاج لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب الاكتئاب الرئيس (Martinotti et al., 2011; Vinckier et al., 2017).

وأجرى كل من السلطاني والاعرجي (٢٠٢٤) دراسة للتعرف على فقدان التلذذ وعلاقته باضطراب الاكتئاب المستمر لدى طلبة الجامعة في ست جامعات عراقية، وأشارت النتائج إلى أن طلبة الجامعة لديهم مستوى متوسط من فقدان التلذذ، كما أنه أكثر انتشاراً لدى الإناث، كما ينتشر اضطراب الاكتئاب بنسبة ٢٣.٩١٪ لدى طلبة الجامعة، كما أنه أكثر انتشاراً لدى الإناث.

وتوصلت نتائج بحث (Vinckier et al., 2017) إلى أن تحسين انعدام التلذذ أقوى مؤشر على التحسن في الأداء النفسي والاجتماعي. بالإضافة إلى ذلك، أكدت اختبارات الوساطة أن الارتباط بين تحسين أعراض الاكتئاب وتحسين الأداء الاجتماعي كان مدعوماً بشكل كبير بتحسين انعدام التلذذ بمرور الوقت، وأظهرت نتائج بحث (Gourion, et al., 2016) أن تحسين انعدام التلذذ هو متغير وسيط مهم بين تطور أعراض الاكتئاب وانخفاض الأداء الاجتماعي.

ويعد مدخل "خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية" من مداخل العلاج السلوكي المعرفي الحديثة (الموجة الثالثة)، وهو مدخل عابر للتشخيص يستهدف انعدام التلذذ كعملية عابرة للتشخيص، ويعتمد على اليقظة العقلية كتقنية علاجية، وتم التحقق من فاعليته في خفض الاكتئاب الرئيس لدى الطلاب الجامعة في بحث كل من (Abouzaid and Abdelhamid (2024)، وفي تحسين الرفاهية النفسية لدى معلمات رياض الأطفال (عبد اللطيف وأبو زيد، ٢٠٢٤). وتم في البحث الحالي الاعتماد على مدخل خفض انعدام التلذذ

القائم على اليقظة العقلية، لذا تم صياغة مشكلة البحث الحالي في السؤال الرئيس التالي: ما فاعلية مدخل "خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية" في خفض الأعراض الاكتئابية وانعدام التلذذ لدى طلاب الجامعة دراسة حالة؟

أهداف البحث:

- هدف البحث الحالي إلى التعرف على فاعلية مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية في خفض الأعراض الاكتئابية وانعدام التلذذ لدى طلاب الجامعة "دراسة حالة".
- التعرف على مدى استمرارية مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية في خفض الأعراض الاكتئابية وانعدام التلذذ بعد فترة المتابعة (بعد شهرين من توقف تطبيق البرنامج).

أهمية البحث: تنبع أهمية البحث الحالي من الأهمية النظرية والتطبيقية التي تتضح في النقاط التالية:

- أهمية متغيرات البحث الحيوية والتجريبية هي: خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية باعتباره توجه علاجي جديد يعتمد على ممارسات اليقظة العقلية والتي ثبت في الأدبيات النظرية أن لها دور كبير حماية الفرد من الوقوع في براثن المرض النفسي حيث تعمل كعامل وقائي ضد الإصابة بالاضطرابات والأمراض النفسية وحاجز حصين ضد ضغوط وأزمات الحياة وتجاربها السلبية، وأهمية انعدام التلذذ باعتباره من العمليات العابرة للتشخيص في جميع الاضطرابات النفسية والذي يهدد حياة الفرد وتجعله عرض للاكتئاب والانتحار. كما تنبع من خطورة الأعراض الاكتئابية والتي في حالة استمرار لتصبح السبب الأول للمرض بحلول ٢٠٣٠، وتعد مؤشر خطير على الانتحار.
- أهمية العينة وهم طلاب الجامعة والذي يمرون بمرحلة عمرية حرجة وهي المراهقة المتأخرة التي تلقي على عاتقهم العديد من المسؤوليات وتجعلهم عرضة للمزيد من الضغوط والاحباطات، مما يؤثر على تحصيلهم الدراسي ومستقبلهم العلمي والعملية.
- إثراء المكتبة العربية بأدبيات نظرية حول مدخل علاجي جديد يمكن أن يفتح آفاق جديدة أمام الباحثين لاستكشاف مداخل علاجية جديدة تمثل تقدم في البيئة العربية.
- يمكن أن تسهم نتائج هذه الدراسة في فتح آفاق جديدة أمام الباحثين لاستخدام خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية كمدخل عابر للتشخيص في تخفيف حدة الاضطرابات النفسية المختلفة.

- تقدم نتائج البحث الحالي دليلاً إجرائياً لفاعلية مدخل "خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية" في تخفيف الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة مما يفيد مراكز الإرشاد في الحرم الجامعي.
- تعتبر نتائج البحث الحالي تمهيداً لإعداد البرامج الإرشادية والعلاجية التي تهدف إلى خفض الوجدان السلبي وزيادة الوجدان الإيجابي لتحقيق الإيجابية وتعزيز الانفعالات الإيجابية ورفع مستوى الصحة النفسية لدى طلاب الجامعة، مما له دور وقائي ضد الإصابة بالأمراض والاضطرابات النفسية.

مصطلحات البحث:

انعدام التلذذ **Anhedonia**: يعرف بأنه انخفاض المتعة (التلذذ) استجابة للمنبهات الممتعة، والتي تظهر في ثلاثة مستويات هي: الرغبة، والجهد، والتجربة. ويتكون انعدام التلذذ من أربع مجالات فرعية هي:

- انعدام التلذذ المعرفي **Cognitive Anhedonia**: ويعرف بأنه: عدم قدرة الفرد على الاستمتاع بقدراته المعرفية، أثناء ممارسة المهام والأنشطة في الحياة اليومية؛ والتي تقاس من خلال عدم الرغبة في النشاط الممتع، أو بذل جهد للحصول عليه، أو معايشة التجربة الممتعة كما ينبغي.
- انعدام التلذذ الانفعالي **Emotional Anhedonia**: ويعرف بأنه: عدم قدرة الفرد على الاستمتاع الانفعالي أثناء ممارسة المهام والأنشطة في الحياة اليومية؛ والتي تقاس من خلال عدم الرغبة في النشاط الممتع، أو بذل جهد للحصول عليه، أو معايشة التجربة الممتعة كما ينبغي.
- انعدام التلذذ الاجتماعي **Social Anhedonia**: ويعرف بأنه: عدم قدرة الفرد على الاستمتاع الاجتماعي أثناء ممارسة المهام والأنشطة في الحياة اليومية؛ والتي تقاس من خلال عدم الرغبة في النشاط الممتع، أو بذل جهد للحصول عليه، أو معايشة التجربة الممتعة كما ينبغي، على سبيل المثال رفض المشاركة الاجتماعية مع الآخرين، أو التمتع بالاندماج مع الأقران.
- انعدام التلذذ الجسدي **Physical Anhedonia**: يعرف بأنه عدم قدرة الفرد على الاستمتاع الجسدي أثناء ممارسة المهام والأنشطة في الحياة اليومية؛ والتي تقاس من خلال عدم الرغبة في النشاط الممتع، أو بذل جهد للحصول عليه، أو معايشة

التجربة الممتعة كما ينبغي، على سبيل الاستمتاع بتذوق فاكهة معينة أو رغبته فيها، أو الحرص على شرائها. ((Abouzaid & Abdelhamid (2023)). ويقاس انعدام التلذذ إجرائيا بالدرجة التي تحصل عليها الطالبة على المقياس المستخدم في البحث الحالي.

خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية Mindfulness Based Anhedonia Reduction (MBAR) Therapy

يعرف بأنه: مدخل علاجي عابر للتشخيص قائم على الأدلة يشمل مجموعة من ممارسات اليقظة العقلية القائمة على خفض انعدام التلذذ، ويهدف إلى تنمية الشعور بالاستمتاع لتحسين كفاءة الفرد للاستمتاع والتلذذ والشعور بالمتعة لدى طلاب الجامعة وهو مدخل تكون فيه تقنية اليقظة العقلية تقنية أساسية، مع التركيز على التقنيات المشتقة من المداخل العلاجية لتنفيذ ممارسات اليقظة العقلية، وليست كتقنيات عامة في حد ذاتها.

الأعراض الاكتئابية Depressive Symptoms

تعرف بأنها: خبرة معرفية وجدانية تظهر في أعراض الحزن والتشاؤم وعدم حب الذات ونقدها، والأفكار الانتحارية وفقدان الاهتمام والتردد، وانعدام القيمة والتهيج أو الاستثارة، وفقدان الطاقة، وتغيرات نمط النوم، والغضب، وتغيرات في الشهية وصعوبة التركيز والارهاق، وفقدان الاهتمام بالجنس (غريب، ٢٠٠٤، ٢٥). وتقاس إجرائيا بالدرجة التي تحصل عليها الطالبة على المقياس المستخدم في البحث الحالي.

محددات البحث: تم البحث الحالي وفق المحددات التالية: محددات موضوعية: اقتصر البحث الحالي على تناول متغيرات: خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية والأعراض الاكتئابية، محددات بشرية: تم تطبيق أدوات البحث على عينة من طلاب جامعة سوهاج كلية التربية، محددات مكانية: اقتصر تطبيق البحث على طلاب كلية التربية بجامعة سوهاج، الحدود الزمنية: تم تطبيق البحث في الفصل الدراسي الثاني للعام الدراسي ٢٠٢٣/٢٠٢٤ م.

فروض البحث:

١- يمكن خفض الأعراض الاكتئابية لدى طالبات الجامعة باستخدام مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية بعد التدخل وخلال فترة المتابعة (بعد توقف تطبيق البرنامج بشهرين).

٢- يمكن خفض انعدام التلذذ لدى طالبات الجامعة باستخدام مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية بعد التدخل وخلال فترة المتابعة (بعد توقف تطبيق البرنامج بشهرين).

إجراءات البحث:

منهج البحث: استخدم البحث الحالي منهج تصميم الحالة الواحدة **Single Subject Designs** لتحقيق أهداف البحث للتعرف على فاعلية خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية (كمتغير مستقل) في خفض الأعراض الاكتئابية (كمتغير تابع) لدى طلاب الجامعة. والذي يمتاز بتعدد القياسات المستخدمة، والتعرف على التغيرات التي تحدث أول بأول في المتغير التابع، وذلك يسهم في الحصول على دقة عالية في النتائج، حيث استخدم الباحثان التصميم **AB** مع مرحلة متابعة. وهو أساس تصاميم الحالة الواحدة وأبسطها، والذي يعتمد على مرحلة خط الأساس (مرحلة الخط القاعدي) ويرمز لها بالرمز **A**، ويتم فيها تسجيل بيانات الخاصة بالمتغير التابع أكثر من مرة، ويتبعها مرحلة العلاج أو التدخل ويرمز لها بالرمز **B** ويتم فيها تقديم المتغير المستقل أي الأسلوب العلاجي وقياس التغير الحادث في المتغير التابع بعد عملية العلاج أو التدخل.

عينة البحث: تكونت عينة البحث من طالبتين من طالبات كلية التربية، بمرحلة الدراسات العليا في مرحلة الماجستير، وبلغ عمر الأولى ٢٩ عامًا والثانية ٣٠ عامًا، بناءً على درجاتهم المرتفعة على مقياس الأعراض الاكتئابية وقائمة انعدام التلذذ المستخدمة في البحث الحالي.

أدوات البحث:**قائمة انعدام التلذذ (Abouzaid & Abdelhamid, 2023)**

تكونت قائمة انعدام التلذذ من ٦٩ عبارة موزعة على أربعة مقاييس فرعية هي: انعدام التلذذ المعرفي "١٧ عبارة"، والانفعالي "١٧ عبارة"، والاجتماعي "١٨ عبارة"، والجسدي "١٧ عبارة"، لكل مقياس فرعي ثلاث عوامل مستويات هي: الرغبة والجهود والتجربة، وقام معدا

المقياس من التحقق من ثبات المقياس من خلال معامل ثبات ألفاكرونباخ فتراوحت القيم بين ٠.٩٧٣ - ٠.٨١٩، ومن خلال معامل ثبات أوميغا تراوحت القيم بين ٠.٩٣٨ - ٠.٨١٢، وتم التحقق من صدق البناء من خلال الارتباط بين المقاييس الفرعية للقائمة انعدام التلذذ ومقياس انعدام التلذذ الاجتماعي والجسدي المختصر (Winterstein et al., 2011)، وتراوحت القيم بين ٠.٩٠١ - ٠.٨٢١ بالنسبة لمقياس انعدام التلذذ الاجتماعي المختصر، وتراوحت القيم بين ٠.٨١٢ - ٠.٨٩٥ بالنسبة لمقياس انعدام التلذذ الجسدي المختصر، وتراوحت قيم الاتساق الداخلي (العبرة بالدرجة الكلية للبعد) بين ٠.٨٦٦ - ٠.٩٣٢. مقياس بيك للاكتئاب الصورة الثانية ترجمة غريب (٢٠٠٠)

تكون مقياس بيك (BDI-II) من ٢١ عبارة ممثلة لأعراض الاكتئابية، ويُطلب من المفحوص اختيار ما يعبر عن حالته خلال الأسبوعين الماضيين بما في ذلك يوم التطبيق. ويطبق على المراهقين والراشدين بدءًا من ١٣ عامًا، ويتم التصحيح على أساس مقياس رباعي يقدر بدرجات من (٠-٣) تتراوح درجاتها من ٠ إلى ٦٣. وحدد مترجم المقياس الدرجات الفاصلة لتقييم شدة الاكتئاب للراشدين الإناث من سن ٢١-٦٠ كما يلي: من ٠-٢٠ لا اكتئاب، من ٢١-٣١ خفيف، من ٣٢-٤١ معتدل، من ٤٢-٦٣ شديد. وتم التحقق من الخواص السيكومترية للمقياس في العديد من البحوث والدراسات داخل مصر وخارجها.

برنامج خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية إعداد الباحثان

الهدف العام للبرنامج: التدريب على ممارسات اليقظة العقلية القائمة على خفض

انعدام التلذذ لتخفيف حدة الأعراض الاكتئابية لدى طالبات الجامعة

مصادر بناء البرنامج: الاطلاع على الأطر النظرية التي تناولت انعدام التلذذ والنظريات

والدراسات التي تناولت اليقظة العقلية وانعدام التلذذ (Abouzaïd &

Abdelhamid, 2023; 2024). والأطر النظرية التي تناولت خفض انعدام التلذذ

القائم على اليقظة العقلية (أبو زيد، ٢٠٢٤).

أسس وقواعد إعداد وتنفيذ البرنامج:

تم اعتماد البرنامج الحالي على الأسس العامة والنفسية والاجتماعية والأخلاقية التي

ينبغي مراعاتها عند تصميم البرامج الإرشادية بصورة عامة وهي: الأسس العامة: والتي تشير

إلى أن السلوك البشري وهو كل ما يصدر عن الكائن الحي من قول أو فعل أو فكر أو انفعال

مكتسب ومتعلم، وثابت نسبيًا ويمكن تعديله وتغييره إذا توافرت الظروف المناسبة، والذي يتأثر

بالمجتمع الذي يعيش فيه، لذا يمكن تعديل انعدام التلذذ إذا توفرت الظروف المناسبة لشعور الفرد باللذة والاستمتاع. الأسس النفسية والتربوية: وتتضمن مراعاة الفروق الفردية بين الأفراد وخصائص المرحلة العمرية التي يمرون بها، فلكل فرد خصائص وإمكانات وقدرات مختلفة عن الآخرين، لذلك فتنوع الأنشطة الخاصة باليقظة وممارساتها تجعلها تتناسب مع العديد من الأفراد وفق قدراتهم وإمكاناتهم. الأسس الاجتماعية: أن أنشطة وتمارين البرنامج يجب تأخذ في الاعتبار قيم وعادات وتقاليد المجتمع عند تصميمه. الأسس الأخلاقية: تعني التأكيد على السرية للمعلومات الخاصة بالعميل، وأهمية الثقة المتبادلة بينه وبين المرشد. (زهران، ١٩٨٠).

فضلاً عن الأسس التي تعتمد عليها العلاجات القائمة على اليقظة العقلية وهي:

kabat-zinn,2013

- قبول الأشياء كما هي: قبول اللحظة الحالية بكل ما فيها، ورؤية الأشياء كما تظهر في اللحظة الراهنة (المشاعر، والأفكار، التجارب، الخبرات، الأحاسيس)، وليس كما تريدها أنت، بداية من قبول نفسك كما تراها الآن، والانفتاح المتعمد على كل ما يحدث وقبول كل ما تجلبه الحياة.
- عدم الحكم: حي تهدف اليقظة العقلية إلى ملاحظة الأشياء ووصفها دون إصدار حكم عليها، مما يشير إلى التوقف عن التقييم الذاتي السلبي المتحيز للتجارب الداخلية (المشاعر، والأفكار والأحاسيس الجسدية) والخارجية، والتي تؤدي إلى انعدام الهدوء والطمأنينة الداخلية، فقد يحكم الفرد على شيء بأنه سلبي لأنه يزعجه ويحكم على شيء بأنه إيجابي لأنه يحقق له منفعة.
- البقاء في اللحظة الراهنة: والتي تهدف إلى خفض الاجترار السلبي للأفكار ومحاولة التركيز على اللحظة الحالية للتغلب على شروء للعقل.
- عقل المبتدئ: يطلق عليه الفضول الطفولي، وهو يعني التعامل مع الأشياء كأنك تراها أول مرة من منظور جديد حتى يتخلص من الأفكار السلبية الهدامة التي تجلب انعدام التلذذ.
- الثقة: وتتمثل في الثقة بالنفس والتي تعد سر النجاح في الحياة، فضلاً عن الثقة في فاعلية ممارسات اليقظة العقلية وتمارينها في تحسين حياة الإنسان للأفضل.

- الصبر: الصبر أثناء ممارسة تمارين وأنشطة اليقظة العقلية وعدم استعجال النتائج والحكم على الأنشطة بأنها ليست ذات فائدة أو أنك لم تستفد شيئاً، فاليقظة العقلية مهارة لا يتم اكتسابها وتطويرها إلا من خلال الممارسة المكثفة والصبر حتى تتحقق الأهداف المرجوة.
- التخلي عن: تتطور هذه السمة عندما يتم تطوير عدم الحكم، والفضول، والقبول، وتتضمن التخلي عن توقعات، وأفكار وأحكام تلقائية، وعادات سيئة من أجل خلق عادات واتجاهات جديدة تسهم في تحقيق متعة واستمتاع ورفاهية الإنسان.

جدول ١

مخطط جلسات البرنامج العلاجي خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية

م	الجلسة	الأهداف	الأنشطة	الفنيات
١	تعارف	التعرف بالبرنامج أهدافه وأهميته والاتفاق على مواعيد	التعريف بالبرنامج تحالف علاجي	الانتباه اليقظ
٢	انعدام التلذذ	التعرف على انعدام التلذذ وأبعاده واستنتاج تأثيره على الصحة النفسية والجسدية التعرف على علاقته بالاضطرابات المختلفة	محاضرة قصيرة الواجب المنزلي	
٣	اليقظة العقلية	التعرف على اليقظة العقلية وأهميتها.	اليقظة العقلية وأهميتها مسح الجسم هالة من الضوء	محاضرة الواجب المنزلي
٤	اليقظة العقلية	التدريب على اليقظة العقلية	صور التنفس اليقظ صناعة القهوة تمرين الانفعال موجه	المراقبة الذاتية الانتباه اليقظ الواجب المنزلي
٥	التلذذ الجسدي	تنمية الرغبة في الشعور بالتلذذ الجسدي	الأكل اليقظ التلوين اليقظ المشي اليقظ	الانتباه اليقظ مسح الجسم المراقبة الذاتية الواجب المنزلي
٦		تنمية القدرة على بذل الجهد للحصول على اللذة الجسدية	البستنة اليقظة تمارين الاسترخاء التنفس اليقظ	الاسترخاء اليقظ المراقبة الذاتية الواجب المنزلي
٧		تدعيم الجهد للحصول على التلذذ الجسدي	البستنة اليقظة التنزه اليقظ التنفس اليقظ	الاسترخاء اليقظ الواجب المنزلي
٨	التلذذ المعرفي	تنمية الرغبة في الشعور بالتلذذ المعرفي	الكتابة الحرة التركيز على الكائن	الانتباه اليقظ القراءة اليقظة
٩		تنمية القدرة على بذل الجهد للحصول على اللذة المعرفية	البحث عن المتشابهات البحث عن الاختلافات	الانتباه اليقظ الواجب المنزلي
١٠		تدعيم الجهد للحصول على	نشرة الاخبار	الانتباه اليقظ

م	الجلسة	الأهداف	الأنشطة	الفنيات
		التلذذ المعرفي	القذوة اليقظة الكتابة اليقظة	الاستماع اليقظ الواجب المنزلي
١١	التلذذ الانفعالي	تنمية الرغبة في الشعور بالتلذذ الانفعالي	قصيدة شعرية التشتيت بالانفعالات المعكسة الأحداث الإيجابية	الانتباه اليقظ الاستماع اليقظ التشتيت الواجب المنزلي
١٢		تنمية القدرة على بذل الجهد للحصول على اللذة الانفعالية	قصيدة شعرية التشتيت بالأنشطة نصف ابتساما	الاستماع اليقظ التشتيت الواجب المنزلي
١٣		تدعيم الجهد للحصول على التلذذ الانفعالي	تمرين ملاحظة النجوم تمرين ملاحظة الغيوم تمرين الانفعال موجه توجيهات لزيادة تجربة الانفعالات الإيجابية	الانتباه اليقظ الواجب المنزلي
١٤	التلذذ الاجتماعي	تنمية الرغبة في الشعور بالتلذذ الاجتماعي	قصة حل المشكلات بناء الاتقان	المراقبة الذاتية الانتباه اليقظ الواجب المنزلي
١٥		تنمية القدرة على بذل الجهد للحصول على اللذة الاجتماعية	قصة خلق معنى إيجابي للحياة	القراءة اليقظة المشاركة اليقظة الواجب المنزلي
١٦		تدعيم الجهد للحصول على التلذذ الاجتماعي	الاجتماع اليقظ التواصل الصامت	المراقبة الذاتية الانتباه اليقظة الواجب المنزلي
١٧	مراجعة وتقويم	مراجعة ما تم التدريب عليه في الجلسات السابقة تقويم البرنامج	مواقف	الحوار والمناقشة
١٨	متابعة		تقويم	الحوار والمناقشة

الأساليب الإحصائية: تم استخدام اختبار Non-Overlap Analysis of All Pairs

لحساب حجم التأثير المتغير المستقل على المتغير التابع.

نتائج البحث وتفسيرها:

نتائج الفرض الأول: والذي ينص على "يمكن خفض الأعراض الاكتئابية لدى طالبات الجامعة باستخدام مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية بعد التدخل وخلال فترة المتابعة (بعد توقف تطبيق البرنامج بشهرين)". وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم تسجيل الأعراض الاكتئابية لدى الحالتين في مرحلة الخط القاعدي أربع مرات، وتم تسجيل الأعراض الاكتئابية خلال جلسات التدخل ٧ مرات، كما تم متابعة الحالتين بعد شهرين من التطبيق. وتم

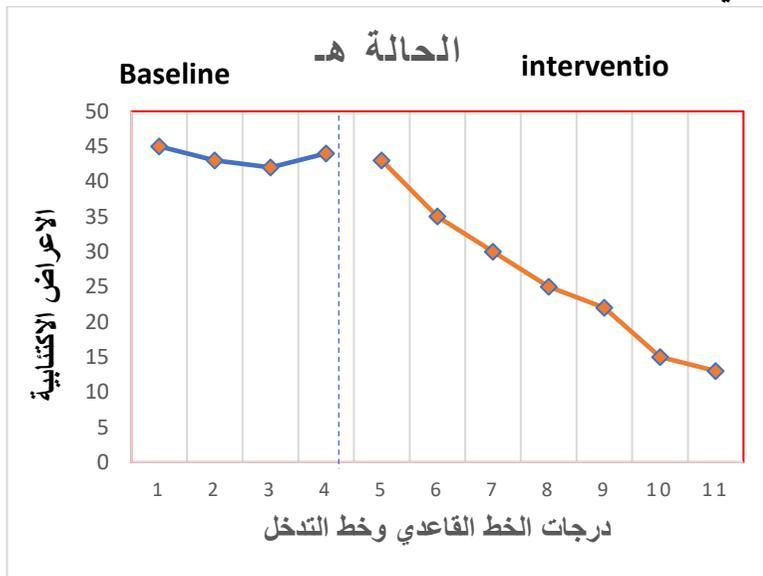
تمثيل البيانات من خلال الاكسيل في مرحلة الخط القاعدي وخط التدخل والجدول ٢ يوضح نتائج مرحلة الخط القاعدي والتدخل للحالتين والمتابعة:

جدول ٢

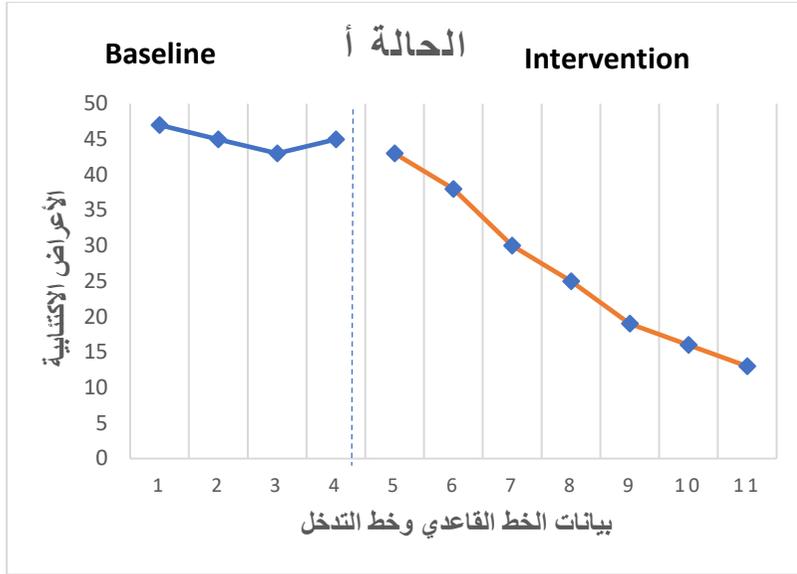
بيانات الخط القاعدي وخط التدخل والمتابعة للحالتين على مقياس الأعراض الاكتئابية

الحالة الثانية: أ			الحالة الأولى: هـ		
بيانات المتابعة	بيانات خط التدخل	بيانات الخط القاعدي	بيانات المتابعة	بيانات خط التدخل	بيانات الخط القاعدي
١٣	٤٢	٤٦	١٢	٤٣	٤٥
	٣٨	٤٤		٣٥	٤٣
	٣١	٤٣		٣٠	٤٢
	٢٧	٤٣		٢٥	٤٤
	٢١			٢٢	
	١٨			١٥	
	١٤			١٣	

يتضح من خلال التحليل البصري للجدول ٢ انخفاض درجات الحالتين على مقياس الأعراض الاكتئابية بعد تطبيق البرنامج مقارنة بقبل التطبيق، مما يشير إلى فاعلية مدخل "خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية" في خفض الأعراض الاكتئابية. والشكل رقم ١ يوضح نتائج الحالة الأولى هـ



يتضح من نتائج الشكل انخفاض درجات الحالة الأولى على مقياس الأعراض الاكتئابية بعد التدخل إي؛ بعد تطبيق برنامج خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية. والشكل رقم ٢ يوضح نتائج الحالة الثانية أ



وللتأكد من صحة هذه البيانات تم حساب حجم الأثر من خلال الاعتماد على العديد من الأساليب الإحصائية التي تحسب يدويًا عن طريق اختبار **All Pairs** وذلك للحكم على حجم تأثير المتغير المستقل (البرنامج) على المتغير التابع (الأعراض الاكتئابية)، باعتباره أحد التحليلات الإحصائية المستخدم في بحوث تصميمات الحالة الواحدة. عن طريق ثلاث طرق هي:

١- النسبة المئوية للبيانات غير المتداخلة **Percentage of Nonoverlapping Data (PND)**

حيث يستخدم هذا الاختبار في حساب حجم التأثير من خلال حساب النسبة المئوية للبيانات غير المتداخلة **Percentage of Nonoverlapping Data (PND)**، والذي قدمه **Scruggs et al. (1987)**، وذلك لإجراء النسبة المئوية للبيانات غير المتداخلة **(PND)** باعتباره أحد البدائل الإحصائية الرئيسية الأولى لتحليل الاتجاه البصري. تم تصور هذا المقياس كنسبة مئوية لبيانات مرحلة العلاج التي تتجاوز نقطة واحدة جديرة بالملاحظة ضمن مرحلة الأساس. تتمثل إحدى نقاط القوة البارزة لـ **PND** في أنه يمكن حسابها بسهولة باستخدام مسطرة وقلم رصاص أو خط مستقيم إذا تم استخدام الرسوم البيانية في **Excel**. بالإضافة إلى ذلك، يمكن تنفيذ هذا الإجراء باستخدام مجموعات بيانات أصغر أي، $n < 20$ ، وقد ارتبط بشكل روتيني جيدًا بأحكام التحليل البصري أثناء التحليل التلوي **(Lenz, 2013)**،

ويتم حسابه عن طريق تحديد أقل درجة في مرحلة خط الأساس أو الخط القاعدي، ثم معرفة عدد النقاط في خط التدخل الأقل منها، وقسمة هذا العدد على العدد الكلي لنقاط خط التدخل.

٢- نسبة البيانات التي تتجاوز المتوسط Percentage of Data Exceeding the

Median (PEM)

قدم (2006) Ma إجراء النسبة المئوية للبيانات التي تتجاوز المتوسط (PEM) لاستيعاب مجموعات البيانات التي قد تؤثر فيها القيم المتطرفة في الحالة الأساسية سلبًا على تقييم التدخل. تم تصور هذا الإجراء على أنه تحليل لبيانات مرحلة العلاج التي تعتمد على التداخل مع نقطة البيانات المتوسطة داخل مرحلة الأساس. اقترح (2006;2009) Ma أن PEM يعتمد على افتراض أنه إذا كان التدخل فعالاً، فستكون البيانات بشكل أساسي على الجانب العلاجي من المتوسط؛ إذا كان التدخل غير فعال، فستتذبذب نقاط البيانات في مرحلة العلاج أعلى وأسفل متوسط خط الأساس. وتحسب من خلال حساب متوسط نقاط خط الأساس، ثم حساب عدد النقاط في خط التدخل الأقل من هذا المتوسط، وقسمة العدد على العدد الكلي لنقاط خط التدخل.

٣- النسبة المئوية لجميع البيانات غير المتداخلة Percentage of All

Nonoverlapping Data

قدم (2007) Parker et al. إجراء النسبة المئوية لجميع البيانات غير المتداخلة (PAND) لتوفير بديل لتقنيات مثل PND و PEM التي تعرضت لانتقادات بسبب المبالغة في التأكيد على أهمية نقطة بيانات واحدة ضمن مرحلة الأساس. وعلى غرار PND و PEM، وتستخدم PAND نسبة تستند إلى عدم تداخل البيانات بين المرحلتين؛ ومع ذلك، فإن الميزة الفريدة التي قدمها باركر وآخرون (٢٠٠٧) هي استخدام جميع البيانات من كلتا المرحلتين للوصول إلى تحديد فعالية العلاج. يُزعم أن هذه الممارسة تسفر عن مقياس أكثر قوة لحجم التأثير في مجموعات البيانات بما في ذلك الحد الأدنى من ٢٠ ملاحظة عند مقارنتها بـ PND. وتحسب عن طريق تحديد عدد النقاط المتشابهة أو المتداخلة بين خط الأساس وخط التدخل، وطرح هذا العدد من العدد الكلي لنقاط خط الأساس وخط التدخل والنتائج يقسم على العدد الكلي لنقاط خط الأساس وخط التدخل. والجدول ٣ يوضح نتائج ذلك:

جدول ٣

نتائج حجم الأثر لبرنامج خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية في تخفيف الأعراض الاكتئابية

الحالة هـ	PND	PEM	PAND
الحالة هـ	6/7=85.7%	متوسط خط الأساس = ٤٣,٥ ، عدد النقاط الأقل من متوسط خط الأساس = ٧ ، عدد بيانات خط التدخل = ٧	عدد النقاط المتداخلة بين نقاط خط الأساس وخط التدخل = ١ العدد الكلي لنقاط خط الأساس وخط التدخل = ١١ نسبة جميع البيانات غير المتداخلة = ١١/١٠ = ٩٠%
الحالة أ	6/7=85.7%	متوسط خط الأساس = ٤٥ ، عدد النقاط الأقل من متوسط خط الأساس = ٧ ، عدد بيانات خط التدخل = ٧	عدد النقاط المتداخلة بين نقاط خط الأساس وخط التدخل = ١ العدد الكلي لنقاط خط الأساس وخط التدخل = ١١ نسبة جميع البيانات غير المتداخلة = ١١/١٠ = ٩٠%

اقتراح كل من (Scruggs and Mastropieri 1998) أن أحجام التأثير التي تبلغ

٠.٩٠ وأكبر تشير إلى علاجات فعالة للغاية، وتمثل تلك التي تتراوح من ٠.٧٠ إلى ٠.٨٩ فعالية معتدلة، وتلك التي تتراوح من ٠.٥٠ إلى ٠.٦٩ فعالة بشكل مثير للجدال، وتعتبر الدرجات الأقل من ٠.٥٠ غير فعالة، يتضح من نتائج الجدول ٣ أن العلاج له فاعلية تراوحت بين متوسطة إلى فعالة جدا في خفض الأعراض الاكتئابية.

ويتضح من الجدول ٣ استمرار فاعلية التدخل بعد شهرين من توقف تطبيق مدخل

خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية في خفض الأعراض الاكتئابية.

نتائج الفرض الثاني: والذي ينص على "يمكن خفض انعدام التلذذ لدى طالبات الجامعة باستخدام مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية بعد التدخل وخلال فترة المتابعة (بعد توقف تطبيق البرنامج بشهرين)". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب بيانات الحاليتين على قائمة انعدام التلذذ المتعدد الأبعاد في مرحلة الخط القاعدي ومرحلة التدخل والمتابعة والجدول ٤ يوضح ذلك:

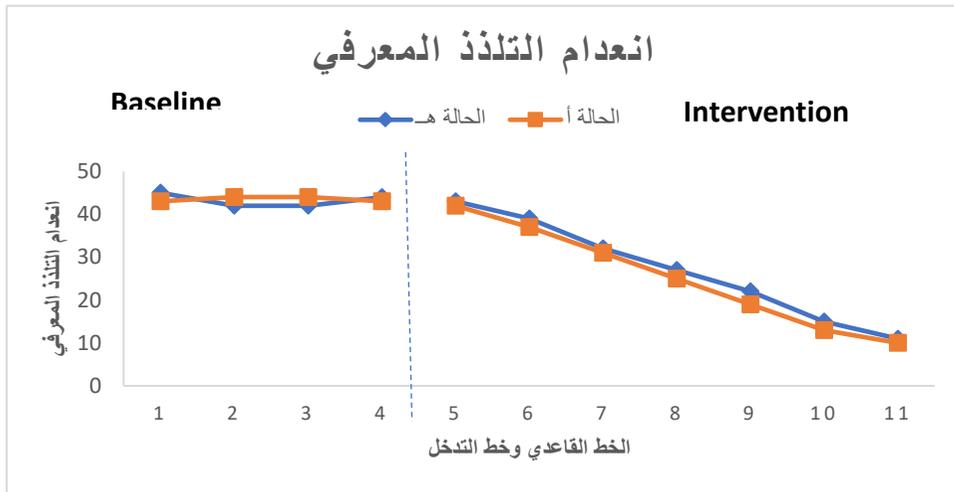
جدول ٤

بيانات الخط القاعدي وخط التدخل والمتابعة للحالتين على قائمة انعدام التلذذ متعددة الأبعاد

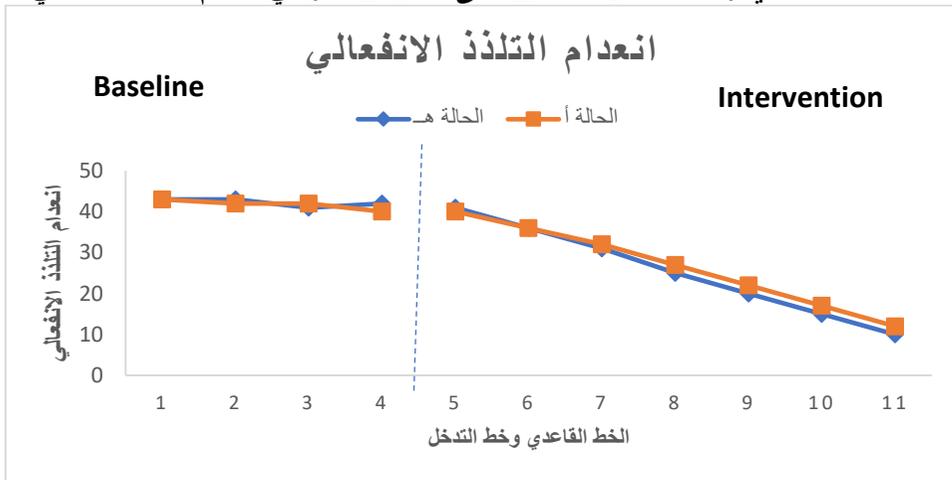
الحالة	المتغير	البيانات	القياسات			
الحالة الأولى هـ	انعدام التلذذ المعرفي	بيانات الخط القاعدي	٤٥	٤٢	٤٢	٤٤
الحالة الثانية أ		بيانات خط التدخل	٤٣	٣٩	٣٢	٢٧
		بيانات المتابعة	١١			
الحالة الأولى هـ		بيانات الخط القاعدي	٤٣	٤٤	٤٤	٤٣
	بيانات خط التدخل	٤٢	٣٧	٣١	٢٥	
الحالة الثانية أ	بيانات المتابعة	١٠				
	بيانات الخط القاعدي	٤٢	٤٠	٤١	٤١	
الحالة الأولى هـ	انعدام التلذذ الانفعالي	بيانات خط التدخل	٤١	٣٦	٣١	٢٦
		بيانات المتابعة	١٢			
بيانات الخط القاعدي		٤٣	٤١	٤٠	٤١	
بيانات خط التدخل		٤١	٣٧	٣٢	٢٧	
الحالة الثانية أ	بيانات المتابعة	١١				
	بيانات الخط القاعدي	٤٣	٤٢	٤٢	٤٠	
الحالة الأولى هـ	انعدام التلذذ الاجتماعي	بيانات خط التدخل	٤١	٣٦	٣١	٢٥
		بيانات المتابعة	١١			
بيانات الخط القاعدي		٤٣	٤٢	٤٢	٤٠	
بيانات خط التدخل		٤٠	٣٦	٣٢	٢٧	
الحالة الثانية أ	بيانات المتابعة	١٢				
	بيانات الخط القاعدي	٤١	٤٠	٤١	٣٩	
الحالة الأولى هـ	انعدام التلذذ الجسدي	بيانات خط التدخل	٣٩	٣٤	٢٩	٢٣
		بيانات المتابعة	١٠			
بيانات الخط القاعدي		٤٢	٤٢	٤٠	٤١	
بيانات خط التدخل		٤٠	٣٦	٣١	٢٦	
الحالة الثانية أ	بيانات المتابعة	٩				

والأشكال ٣، ٤، ٥، ٦ توضح نتائج هذه البيانات:

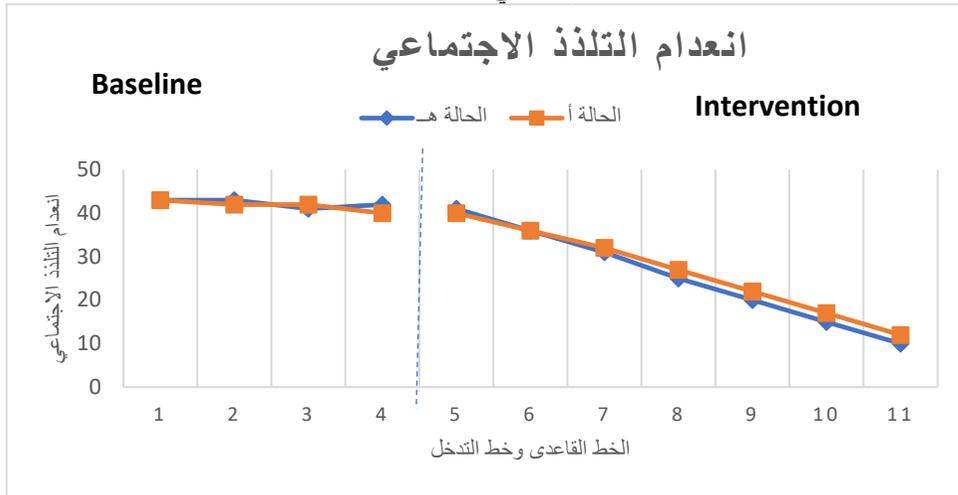
شكل ٣ بيانات الخط القاعدي وخط التدخل للحالتين على المقياس الفرعي انعدام التلذذ المعرفي



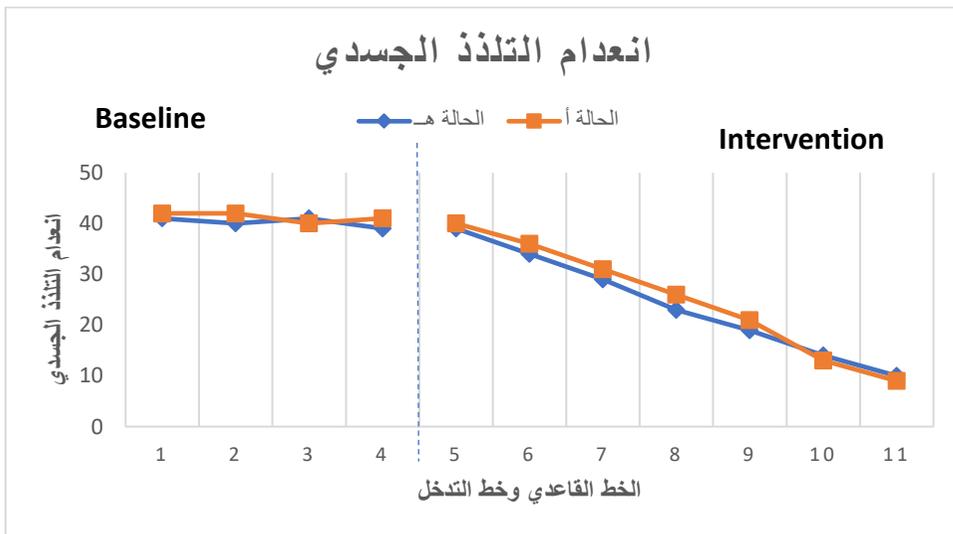
شكل ٤ بيانات الخط القاعدي وخط التدخل للحالتين على المقياس الفرعي انعدام التلذذ الانفعالي



شكل ٥ بيانات الخط القاعدي وخط التدخل للحالتين على المقياس الفرعي انعدام التلذذ الاجتماعي



شكل ٦ بيانات الخط القاعدي وخط التدخل للحالتين على المقياس الفرعي انعدام التلذذ الجسدي



وللتأكد من صحة هذه البيانات تم حساب حجم الأثر من خلال الاعتماد على العديد من الأساليب الإحصائية التي تحسب يدويًا عن طريق اختبار **Non-Overlap Analysis of All Pairs Percentage**، باعتباره أحد التحليلات الإحصائية المستخدم في بحوث تصميمات الحالة الواحدة. عن طريق ثلاث طرق هي: النسبة المئوية للبيانات غير المتداخلة **Percentage of Nonoverlapping Data (PND)**، نسبة البيانات التي تتجاوز المتوسط **Percentage of Data Exceeding the Median (PEM)**، النسبة المئوية لجميع

البيانات غير المتداخلة (PAND) Percentage of All Nonoverlapping Data

والجدول ٥ يوضح نتائج ذلك:

جدول ٥

نتائج حجم التأثير للبرنامج على خفض انعدام التلذذ

الحالة	المتغير	PND	PEM	PAND
الحالة هـ	انعدام التلذذ المعرفي	٠,٨٥٧=٧/٦	١=٧/٧	١=١١/١١
الحالة أ		١=٧/٧	١=٧/٧	١=١١/١١
الحالة هـ	انعدام التلذذ الانفعالي	٠,٨٥٧=٧/٦	٠,٨٥٧=٧/٦	٠,٩٠٩=١١/١٠
الحالة أ		٠,٨٥٧=٧/٦	١=٧/٧	٠,٩٠٩=١١/١٠
الحالة هـ	انعدام التلذذ الاجتماعي	٠,٨٥٧=٧/٦	١=٧/٧	٠,٩٠٩=١١/١٠
الحالة أ		٠,٨٥٧=٧/٦	١=٧/٧	٠,٩٠٩=١١/١٠
الحالة هـ	انعدام التلذذ الجسدي	٠,٨٥٧=٧/٦	١=٧/٧	٠,٩٠٩=١١/١٠
الحالة أ		٠,٨٥٧=٧/٦	١=٧/٧	٠,٩٠٩=١١/١٠

يتضح من نتائج الجدول ٥ فاعلية برنامج خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية في خفض انعدام التلذذ حيث كان حيث تراوحت الفاعلية من متوسطة بنسبة ٨٥.٧٪ إلى فعالة جدا بنسبة ٩٠.٠٪ في خفض انعدام التلذذ بجميع أبعاده؛ أي كان التدخل في فعال تحسين التلذذ لدى عينة البحث.

ويتضح من الجدول ٤ استمرار فاعلية التدخل بعد شهرين من توقف تطبيق مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية في خفض انعدام التلذذ.

تفسير نتائج البحث:

يتضح من نتائج البحث الحالي فاعلية العلاج بخفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية في تخفيف حدة الأعراض الاكتئابية، واتضح ذلك من خلال انخفاض درجات الحالة هـ والحالة أ بعد التدخل وكذلك بعد المتابعة بشهرين، كما تضح ذلك من خلال نتائج اختبار Non-Overlap Analysis of All Pairs والتي حسبت بثلاث طرق هي: النسبة المئوية للبيانات غير المتداخلة (PND)، ونسبة البيانات التي تتجاوز المتوسط (PEM)، والنسبة المئوية لجميع البيانات غير المتداخلة (PAND) وتعد هذه النسبة أكثر قوة لحجم التأثير عند مقارنتها بالنسبتين السابقتين حيث أنها تتعامل مع جميع نقاط خط الأساس أو الخط القاعدي وخط التدخل، وأشارت النسب إلى تمتع البرنامج بفاعلية تراوحت من معتدلة بنسبة ٨٥.٧٪ إلى فعالة جدا بنسبة ٩٠.٠٪ في خفض الأعراض الاكتئابية وكذلك انعدام التلذذ بجميع أبعاده.

وقد ترجع فاعلية علاج خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية في خفض الأعراض الاكتئابية إلى الدور المهم الذي يلعبه انعدام التلذذ في الاضطرابات النفسية والانفعالية والمزاجية ، حيث يعد انعدام التلذذ وفقدان الطاقة من أهم المؤشرات الدالة على الأعراض الاكتئابية، وذكر دليل تشخيص الاضطرابات العقلية وإحصائها الخامس (٢٠١٣) والخامس المعدل (٢٠٢٢) أن انعدام التلذذ هو جوهر الاضطرابات المزاجية؛ وبالتالي يعتبر استهداف انعدام التلذذ كهدف علاجي يعمل على تحسين الأداء، حيث توصل *Vinckier et al. (2017)* إلى أن تحسين انعدام التلذذ أقوى مؤشر على التحسن في الأداء النفسي والاجتماعي. بالإضافة إلى ذلك، أكدت اختبارات الوساطة أن الارتباط بين تحسين أعراض الاكتئاب وتحسين الأداء الاجتماعي كان مدعومًا بشكل كبير بتحسين انعدام التلذذ بمرور الوقت. (*Gourion, et al., 2016*).

فكان لاستهداف انعدام التلذذ في البحث الحالي كمتغير مستقل من خلال خفضه وتحسين القدرة على الشعور باللذة والاستمتاع بالأنشطة الحياتية والقدرات المعرفية والانفعالية والأنشطة الجسدية تأثير مباشر على خفض الأعراض الاكتئابية، حيث أن انعدام التلذذ سمة قوية وعرض جوهري من الأعراض الاكتئابية.

وكانت الآلية التي اعتمد عليها تطوير وتحسين التلذذ -وهي اليقظة العقلية- دورًا كبيرًا في التحقيق الأمثل لأهداف التدخل، فاليقظة العقلية كانت آلية علاجية، كآلية تطوير وبناء، كعامل وقاية، كعازل. (*Barcaccia et al., 2022; ;Morris, 2020; Watkins et al., 2008; Didonna, 2009; Nyklíček & Kuijpers, 2022*).

فكان الدمج بين انعدام التلذذ واليقظة العقلية في مدخل واحد فعال في خفض الأعراض الاكتئابية، حيث كان الاثنان معًا بمثابة أداة بناء وتطوير (اليقظة العقلية) ومواد (انعدام التلذذ/ التلذذ)، فكان تدخل عملي بالدرجة الأولى يدفع العميل إلى التحرك وبذل الجهد في جوانب ممتعة بسيطة قد تكون مختلفة عن موضوعات العلاج الأخرى التي تجعل العميل يبذل جهد في البحث عن الخبرات السابقة أو الكشف عن المعتقدات المختلة أو تعريضه لخبرات انفعالية سلبية قوية أو إجهاد الذهن في التعلم من خلال الاستعارات أو التمارين الشاقة، فالتدخل الحالي لا يركز على ما كان ولكن يركز على ما يقوم به العميل الآن ومستقبلًا، فهو يبني علاقات جديدة مع الذات أو المجتمع أو الطبيعة، تجعل العميل ينظر إيجابيًا في مختلف جوانب الحياة، أي يتعلم العميل في هذا المدخل خلق المتعة والاستمتاع بها.

ويؤكد ذلك نتائج البحوث التي توصلت إلى أن العديد من المداخل النفسية التي استهدفت انعدام التلذذ كانت محدودة الفائدة، على سبيل المثال العلاج السلوكي المعرفي، والعلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية (Boumparis et al. 2016)، والعلاج المعرفي والأدوية المضادة (Dunn et al. 2020: Watson et al. 1988). كما أن التنشيط السلوكي behavioral activation - الذي يهدف إلى زيادة التعزيز الإيجابي المرتبط بالاستجابة من خلال المشاركة في الأنشطة (Manos et al. 2010) - غير فعال نسبيًا في معالجة انعدام التلذذ، وبالتالي كانت هناك حاجة لتقنيات أخرى وتجارب جديدة لاستهداف انعدام التلذذ، وكانت اليقظة العقلية في المدخل الحالي فعالة في استهداف انعدام التلذذ.

وتدعم نتائج البحوث الارتباط بين اليقظة العقلية وانعدام التلذذ/ التلذذ في كثير من البحوث، فتوصل (Carlton et al. 2021) إلى وجود علاقة بين اليقظة العقلية وانعدام التلذذ، وتم إثبات أن التحسن في اليقظة العقلية فقط كانت بمثابة وسيط لتحسين حالة انعدام التلذذ الاجتماعي. وتوصل كل من (Thomas and Garland 2017) إلى أن اليقظة العقلية كانت مرتبطة بالقدرة على التلذذ لدى عينة من ذوي الألم المزمن، ويمكن أن تساعد اليقظة العقلية في زيادة الاستمتاع بالتجارب المتعة. وينطبق هذا -على سبيل المثال- على الاستمتاع بالطعام، والذي يكون أعلى مع الانتباه اليقظ (Arch et al. 2016; Hong et al. 2014) وكذلك لإشباع الأنشطة الجنسية الممتعة في العلاقات (Khaddouma et al. 2015). بالإضافة إلى ذلك، هناك دليل على أن اليقظة العقلية تتفاعل بشكل إيجابي مع القدرة على تذوق الانفعالات الإيجابية في اللحظة الحالية. فالتفاعل والتآزر بين اليقظة العقلية والقدرة المتصورة على تذوق اللحظة الحالية تتنبأ بالانفعالات الإيجابية اليومية، كما تؤثر على المتغيرات النفسية الأخرى (الرفاهية، الاكتئاب، الرضا عن الحياة). (Kiken et al. 2017). وأوصى كل من (Thomas and Garland 2017) أن التدخلات التي تزيد من اليقظة العقلية قد تقلل من الضعف المرتبط بالألم من خلال تعزيز القدرة على المتعة، حيث كان انعدام التلذذ مرتبطًا بالتداخل المرتبط بالألم، في حين أن اليقظة الذهنية، كانت محمية ضد مثل هذا التدخل بحكم ارتباطها بقدرة أكبر على المتعة.

وترجع فاعلية البرنامج العلاجي إلى مجموعة من الفنيات العلاجية التي تم توظيفها لخدمة أهداف التدخل، فقد اكتسب هذه الفنيات وظيفية جديدة في إطار التدخل الحالي، وربما هذا التنوع في خلق المتعة ومعايشتها جعل منه علاجًا فريدًا في خفض انعدام التلذذ وتحسين

الاستمتاع والشعور باللذة، فقد اعتمد المدخل الحالي على استخدام تقنيات مساعدة يمكن حصرها في ثلاث مجموعات؛ (١) تقنيات تعديل الفكر المختل المرتبطة بانعدام التلذذ، (٢) تقنيات التخيل لاستحضار التجارب التي ربما لا تكون متاحة في غرفة التدخل، (٣) فنيات الغمر وتستخدم لوضع العميل في تجربة فعلية مباشرة.

وترجع استمرارية فاعلية التدخل إلى أن التدخل اعتمد على مفهوم واسع لانعدام التلذذ (المعرفي، الانفعالي، السلوكي، الاجتماعي) والذي جعل هناك فرص متنوعة ليطور فيها العميل تجاربه الممتعة، ويكتشف ذاته في المجال الذي يراه مناسب، كما تضمن التدخل تنوع في مستويات انعدام التلذذ (رغبة، بذل جهد، تجربة)، وهذا جعل العميل يبدأ من المستوى الذي يمثل مشكلة عنده، كما تم في البرنامج تقديم عدد متنوع من أنشطة التلذذ، وهذا أتاح أمام العميل فرصة للتعرف على عدد كبير من المواد والأنشطة الممتعة التي ربما لا تكون معروفة لدى العميل.

كما تتفق نتائج البحث الحالي مع الأطر النظرية والدراسات التي تشير إلى أن اليقظة العقلية آلية تعمل على زيادة الاستمتاع بالحياة، والذي يؤثر بدوره على الاضطراب النفسي (ومنه اضطراب القلق الرئيس)، فتوصل كل من (Thomas and Garland (2017 إلى أن اليقظة العقلية كانت مرتبطة بالقدرة على التلذذ، ورأى آخرون أن اليقظة العقلية تساعد في زيادة الاستمتاع بالتجارب الممتعة. (Arch et al. 2016; Hong et al. 2014). (Khaddouma et al. 2015).

توصيات البحث:

١. توعية طلاب الجامعة بخطورة انعدام التلذذ والأعراض الاكتئابية والتي لها تأثير على الصحة النفسية والجسدية وجميع مناحي الحياة، حيث تفقد هم الشعور باللذة والاستمتاع بمباهج الحياة وأنشطتها.
٢. تصميم برامج إرشادية لطلاب الجامعة لخفض مستوى انعدام التلذذ، لما له من دور في ظهور وتطوير العديد من الاضطرابات النفسية.
٣. استخدام مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية في خفض العديد من المشكلات والاضطرابات التي تؤثر على طلاب الجامعة وتعوق تحصيلهم الدراسي ومستقبلهم الأكاديمي والمهني.

المراجع:

- أبوزيد، أحمد محمد جادالرب (٢٠٢٤). المرجع الإكلينيكي في العلاجات النفسية التقليدية والمعاصرة (النظرية والممارسة) الجزء الخامس. القاهرة، المؤلف.
- بنهان، بديعة حبيب (٢٠١٣). فعالية الإرشاد بالمعني في خفض الكمالية العصابية وأثره في رفع تقدير الذات وخفض حدة الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة المتفوقين عقليا. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، ٢٣ (٨٠)، ١٣٧ - ٢٠٩.
- الجدوي، سارة (٢٠٢٤). الدور الوسيط لاجترار الأفكار في العلاقة بين فقدان المتعة واليأس لدى العاملات وغير العاملات. *مجلة كلية الآداب، جامعة حلوان*، مقبول للنشر.
- جريش، إيمان عطية حسين منصور (٢٠١٧). الأعراض الاكتئابية وعلاقتها بالألكسيثيميا والمخططات المعرفية اللاتكيفية لدى طالبات الجامعة. *دراسات تربوية ونفسية، كلية التربية - جامعة الزقازيق*، ٩٦، ١٤١ - ٢٢٩.
- حسين، طه عبد العظيم (٢٠١٠). *الصحة النفسية ومشكلاتها لدى الأطفال*. القاهرة: دار الجامعة الجديدة.
- زهران، حامد عبد السلام (١٩٨٠). *التوجيه والإرشاد النفسي*. القاهرة: عالم الكتب.
- السلطاني، سيف ناجح كريم، الاعرجي، إبراهيم مرتضى (٢٠٢٤). فقدان التلذذ وعلاقته باضطراب الاكتئاب المستمر لدى طلبة الجامعة. *Al-Adab Journal*، ١٥٠، ٢٣٧ - ٢٥٢.
- عبد الباقي، علا (٢٠٠٩). *الاكتئاب - أنواعه - أعراضه*. القاهرة: عالم الكتب.
- عبد الحميد، هبه جابر، وقاسم، نعمات أحمد (٢٠٢٢). النموذج البنائي للعلاقات بين صدمة الطفولة والتحيز المعرفي والأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة. *مجلة البحث في التربية وعلم النفس - كلية التربية جامعة المنيا*، (٣٧) ١، ٧٨ - ١.
- عبد الخالق، أحمد، وكاظم، على، عيد، غادة (٢٠١١). العوامل المنبئة بمستويات بعض الأعراض الاكتئابية لدى عينتين من الأطفال والمراهقين الكويت وعمان. *مجلة جامعة دمشق*، ٢٧، (٣) - ٤، ١٠٦ - ٢٢٩.
- عبد اللطيف، أروى عبد اللطيف، وأبوزيد، أحمد محمد جادالرب (٢٠٢٤). فاعلية مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية في تحسين الرفاهية النفسية لدى معلمات رياض الأطفال. *المجلة الدولية للبحوث والدراسات الإنسانية*، ٩، ١١ - ٣٢.
- غريب، غريب عبد الفتاح (٢٠٠٤). *المواصفات السيكومترية لقائمة بيك الثانية للاكتئاب في البيئة المصرية*، بحوث في الصحة النفسية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- لطفى الشربيني، لطفى (٢٠٠١). *الاكتئاب: المرض والعلاج*. الإسكندرية: منشأة المعارف.

منسي، غادة أحمد حسن إسماعيل، وأبوزيد، أحمد محمد جادالرب (٢٠٢٤). انعدام التلذذ كعملية عابرة للتشخيص بين بعض الاضطرابات الانفعالية والعصبية لدى عينة من المراهقين. *المجلة الدولية للبحوث والدراسات الإنسانية*، ٩، ٧٣-١٠٣.

النجار، ايناس على محمد، وأبوزيد، أحمد محمد جادالرب (٢٠٢٤). انعدام التلذذ لدى معلمي التربية الخاصة وعلاقته بالضغوط النفسية. *المجلة الدولية للبحوث والدراسات الإنسانية*، ٩، ٣٥-٧٠.

- Abouzaid, A. M. G., & Abdelhamid, H. G. (2023). The Factorial Structure of the Anhedonia List and its mediating role between Mindfulness and both Anxiety and Depression among University Students. *Sohag University International Journal of Educational Research*, 8(8), 319-387.
- Abouzaid, A. M. G., & Abdelhamid, H. G. (2024). Mindfulness Based Anhedonia Reduction (MBAR) Therapy in reducing Major Depression in University Students. *Sohag University International Journal of Educational Research*, 9(9), 241-290.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th.ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5-TR.). Washington, DC: Author.
- Arch, J. J., Brown, K. W., Goodman, R. J., Della Porta, M. D., Kiken, L. G., & Tillman, S. (2016). Enjoying food without caloric cost: The impact of brief mindfulness on laboratory eating outcomes. *Behaviour research and therapy*, 79, 23-34.
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International journal of environmental research and public health*, 15(7), 1425.
- Ballard, E. D., Wills, K., Lally, N., Richards, E. M., Luckenbaugh, D. A., Walls, T., ... & Zarate Jr, C. A. (2017). Anhedonia as a clinical correlate of suicidal thoughts in clinical ketamine trials. *Journal of affective disorders*, 218, 195-200.
- Barcaccia, B., Hartstone, J. M., Pallini, S., Petrocchi, N., Saliani, A. M., & Medvedev, O. N. (2022). Mindfulness, social safeness and self-reassurance as protective factors and self-criticism and revenge as risk factors for depression and anxiety symptoms in youth. *Mindfulness*, 13(3), 674-684.
- Barcaccia, B., Medvedev, O. N., Pallini, S., Mastandrea, S., & Fagioli, S. (2024). Examining mental health benefits of a brief online mindfulness intervention: A randomised controlled trial. *Mindfulness*, 15(4), 835-843.
- Barkus, E. (2021). The Effects of Anhedonia in Social Context. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 8(3), 77-89.

- Beck, A. T., & Bredemeier, K. (2016). A unified model of depression: Integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. *Clinical Psychological Science*, 4(4), 596-619.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck depression inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588-597. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6703_13
- Borsboom, D., & Cramer, A. O. (2013). Network analysis: an integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual review of clinical psychology*, 9(1), 91-121.
- Borsboom, D., Mellenbergh, G. J., & van Heerden, J. (2003). The theoretical status of latent variables. *Psychological Review*, 110, 203-219. doi:10.1037/0033 295X.110.2.203
- Boumparis, N., Karyotaki, E., Kleiboer, A., Hofmann, S. G., & Cuijpers, P. (2016). The effect of psychotherapeutic interventions on positive and negative affect in depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 202, 153-162.
- Carlton, C. N., Antezana, L., Garcia, K. M., Sullivan-Toole, H., & Richey, J. A. (2021). Mindfulness-based stress reduction specifically improves social anhedonia among adults with chronic stress. *Affective Science*, 1-15.
- center for Collegiate Mental Health. (2020). *2019 annual report*. University Park, PA: Penn State University. Available from: <https://ccmh.memberclicks.net/assets/docs/2019-CCMH-Annual-Report 3.17.20.pdf>
- Chapman, L. J., Chapman, J. P., & Raulin, M. L. (1976). Scales for physical and social anhedonia. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(4), 374.
- Chapman, L. J., Chapman, J. P., Kwapil, T. R., Eckblad, M., & Zinser, M. C. (1994). Putatively psychosis-prone subjects 10 years later. *Journal of abnormal psychology*, 103(2), 171.
- Di Giannantonio, M., & Martinotti, G. (2012). Anhedonia and major depression: the role of agomelatine. *European Neuropsychopharmacology*, 22, S505-S510.
- Dichter, G. S. (2010). Anhedonia in unipolar major depressive disorder: A review. *The Open Psychiatry Journal*, 4(1).
- Didonna, F. (2009). Mindfulness-based interventions in an inpatient setting. In *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 447-462). New York, NY: Springer New York.
- Didonna, F. (2009). *Clinical handbook of mindfulness* (Vol. 18, pp. 5-18). New York: Springer.
- Diener, P. S., & Bregman, B. S. (1998). Fetal spinal cord transplants support the development of target reaching and coordinated postural adjustments after neonatal cervical spinal cord injury. *Journal of Neuroscience*, 18(2), 763-778.

- Dunn BD, German RE, Khazanov G et al (2020) Changes in positive and negative affect during pharmacological treatment and cognitive therapy for major depressive disorder: a secondary analysis of two randomized controlled trials. *Clin Psychol Sci* 8:36–51
- Gourion, D., Vinckier, F., & Mouchabac, S. (2016). Impact and importance of anhedonia as a mediating variable in amelioration of social functioning in depressed patients. *European Psychiatry*, 33(S1), S408-S408.
- Hong, P. Y., Lishner, D. A., & Han, K. H. (2014). Mindfulness and eating: An experiment examining the effect of mindful raisin eating on the enjoyment of sampled food. *Mindfulness*, 5, 80-87.
- Joiner, T. E., Brown, J. S., & Metalsky, G. I. (2003). A test of the tripartite model's prediction of anhedonia's specificity to depression: Patients with major depression versus patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 119, 243-250. doi:10.1016/S0165-1781(03)00131-8
- Jordan, D. G., Collins, A. C., Dunaway, M. G., Kilgore, J., & Winer, E. S. (2021). Negative affect interference and fear of happiness are independently associated with depressive symptoms. *Journal of clinical psychology*, 77(3), 646-660.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living, revised edition: how to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. Hachette Uk. <https://books.google.com.eg>.
- Kessler, R. C. (2012). The costs of depression. *Psychiatric Clinics*, 35(1), 1-14.
- Khaddouma, A., Gordon, K. C., & Bolden, J. (2015). Zen and the art of sex: Examining associations among mindfulness, sexual satisfaction, and relationship satisfaction in dating relationships. *Sexual and Relationship Therapy*, 30(2), 268-285.
- Kiken, L. G., Lundberg, K. B., & Fredrickson, B. L. (2017). Being present and enjoying it: Dispositional mindfulness and savoring the moment are distinct, interactive predictors of positive emotions and psychological health. *Mindfulness*, 8, 1280-1290.
- Kundu, S., Bakchi, J., Al Banna, M. H., Sayeed, A., Hasan, M. T., Abid, M. T., & Khan, M. S. I. (2021). Depressive symptoms associated with loneliness and physical activities among graduate university students in Bangladesh: findings from a cross-sectional pilot study. *Heliyon*, 7(3), e06401.
- Lenz, A. S. (2013). Calculating effect size in single-case research: A comparison of nonoverlap methods. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 46(1), 64-73.
- Li, W., Zhao, Z., Chen, D., Peng, Y., & Lu, Z. (2022). Prevalence and associated factors of depression and anxiety symptoms among college students: a systematic review and meta-analysis. *Journal of child psychology and psychiatry*, 63(11), 1222-1230.

- Loas, G. (1996). Vulnerability to depression: A model centered on anhedonia. *Journal of Affective Disorders*, **41**(1), 39–53. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(96\)00065-1](https://doi.org/10.1016/0165-0327(96)00065-1)
- Ma, H. H. (2006). An alternative method for quantitative synthesis of single-subject researches: Percentage of data points exceeding the median. *Behavior Modification*, **30**, 598–617.
- Manos RC, Kanter JW, Busch AM (2010) A critical review of assessment strategies to measure the behavioral activation model of depression. *Clin Psychol Rev* 30:547–561
- Martinotti, G., Andreoli, S., Reina, D., Di Nicola, M., Ortolani, I., Tedeschi, D., ... & D'Iddio, S. (2011). Acetyl-L-Carnitine in the treatment of anhedonia, melancholic and negative symptoms in alcohol dependent subjects. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, **35**(4), 953-958.
- Mokdad, A.H., Forouzanfar, M.H., Daoud, F., Mokdad, A.A., El Bcheraoui, C., Moradi-Lakeh, M., ... & Murray, C.J.L. (2016). Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, **387**, 2383–2401
- Morris, T. H. (2020). Transformative learning through mindfulness: Exploring the mechanism of change. *Australian Journal of Adult Learning*, **60**(1), 44-65.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1996). Evidence-based health policy—lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science*, **274**(5288), 740-743.
- Nwachukwu, C.E., Olufunmilayo, E.O., Otor, V.O., Yakubu, A.O., Akingbade, A.E., Odefemi, O.F., ... & Abdulmalik, J.O. (2021). Common mental health problems and associated factors among medical students of University of Ibadan, Nigeria. *Journal of Mental Health*, **30**, 315–322.
- Nyklíček, I., & Kuijpers, K. F. (2008). Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: is increased mindfulness indeed the mechanism?. *Annals of behavioral medicine*, **35**(3), 331-340.
- Oei, T. P., & Kwon, S. M. (2007). Evaluation of the integrated cognitive model of depression and its specificity in a migrant population. *Depression and Anxiety*, **24**(2), 112-123
- Parker, R. I., Hagan-Burke, S., Vannest, K. (2007). Percentage of all non-overlapping data (PAND): An alternative to PND. *Journal of Special Education*, **40**, 194–204
- Reddy, M. S. (2010). Depression: the disorder and the burden. *Indian journal of psychological medicine*, **32**(1), 1-2.
- Scruggs, T. E., & Mastropieri, M. A. (1998). Summarizing single-subject research: Issues and applications. *Behavior Modification*, **22**, 221–242.

- Snaith, R. P., Hamilton, M., Morley, S., Humayan, A., Hargreaves, D., & Trigwell, P. (1995). A scale for the assessment of hedonic tone the Snaith-Hamilton Pleasure Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 167(1), 99-103.
- Tabor, E., Patalay, P., & Bann, D. (2021). Mental health in higher education students and non-students: Evidence from a nationally representative panel study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56, 879-882.
- Thomas, E. A., & Garland, E. L. (2017). Mindfulness is associated with increased hedonic capacity among chronic pain patients receiving extended opioid pharmacotherapy. *The Clinical journal of pain*, 33(2), 166.
- Thompson, M. P., Swartout, K. M., & Koss, M. P. (2013). Trajectories and predictors of sexually aggressive behaviors during emerging adulthood. *Psychology of Violence*, 3, 247-259. doi:10.1037/a0030624
- Thompson, S. M., Kallarackal, A. J., Kvarita, M. D., Van Dyke, A. M., LeGates, T. A., & Cai, X. (2015). An excitatory synapse hypothesis of depression. *Trends in Neurosciences*, 38, 279-294. doi:10.1016/j.tins.2015.03.003
- Treadway, M. T., & Zald, D. H. (2011). Reconsidering anhedonia in depression: Lessons from translational neuroscience. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(3), 537-555. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.06.006>.
- Vinckier, F., Gourion, D., & Mouchabac, S. J. E. P. (2017). Anhedonia predicts poor psychosocial functioning: results from a large cohort of patients treated for major depressive disorder by general practitioners. *European Psychiatry*, 44, 1-8.
- Wang, M., Liu, J., Wu, X., Li, L., Hao, X., Shen, Q., Huang, M., & Sun, R. (2020b). The prevalence of depression among students in Chinese universities over the past decade: A meta-analysis. *Journal of Hainan Medical University*, 26(09), 686-693.
- Watkins, N. K., Salafia, C., & Ohannessian, C. M. (2022). Family functioning and anxiety symptoms in adolescents: the moderating role of mindfulness. *Journal of Child and Family Studies*, 31(5), 1474-1488.
- Watson D, Clark LA, Tellegen A (1988) Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *J Pers Soc Psychol* 54:1063-1070
- Winer, E. S., Nadorff, M. R., Ellis, T. E., Allen, J. G., Herrera, S., & Salem, T. (2014). Anhedonia predicts suicidal ideation in a large psychiatric inpatient sample. *Psychiatry Research*, 218, 124-128. doi:10.1016/j.psychres.2014.04.016
- Yang, X., Wang, D., Liu, S., Liu, G., & Harrison, P. (2020). Trajectories of state anhedonia and recent changes in anhedonia in college students: Associations with other psychiatric syndromes. *Journal of affective disorders*, 262, 337-343.