

**أدبيات انعدام التلذذ في الاضطرابات النفسية
(نحو مدخل علاجي جديد "خفض انعدام
التلذذ القائم على اليقظة العقلية)
بحث نظري**

إعداد

د. هبة جابر عبد الحميد

أستاذ مساعد الصحة النفسية
كلية التربية - جامعة سوهاج

د. أحمد محمد جاد الرب أبوزيد

أستاذ مساعد الصحة النفسية
Drahmedab2020@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-0795-278X>

**أدبيات انعدام التلذذ في الاضطرابات النفسية
(نحو مدخل علاجي جديد "خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية")
دراسة نظرية**

إعداد

د. أحمد محمد جاد الرب أبو زيد **د. هبة جابر عبد الحميد**

أستاذ مساعد الصحة النفسية

أستاذ مساعد الصحة النفسية

Drahmedab2020@gmail.com

كلية التربية - جامعة سوهاج

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

ملخص البحث

هدف البحث الحالي إلى فحص ودراسة انعدام التلذذ في الاضطرابات النفسية من خلال البحث النظري والتطبيقي في الأدبيات، وتمت معالجة موضوع البحث من خلال الأهداف التالية: (١) التعرف على الجوانب النظرية في الأدبيات لمفهوم انعدام التلذذ. (٢) التعرف على الجوانب التطبيقية في الأدبيات لمفهوم انعدام التلذذ (وتضمن قائمة انعدام التلذذ، انعدام التلذذ كوسيط بين اليقظة العقلية وكل من القلق والاكتئاب، اليقظة العقلية كوسيط علاجي، مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية)، وتم التوصل إلى بعض النتائج المهمة التي تؤكد على أن مفهوم انعدام التلذذ عاملاً مهماً في الاضطراب النفسية، وأن انعدام التلذذ يعمل كوسيط بين اليقظة العقلية وكل من القلق والاكتئاب، وأن انعدام التلذذ بناء متعدد الأبعاد (المعرفي، الانفعالي، الاجتماعي، الجسدي) ويتضمن ثلاث مستويات (الرغبة، الجهد، التجربة)، وتم التوصل إلى مدخل علاجي جديد تحت مسمى خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية، وتمت مناقشة ذلك في ضوء الأدبيات العالمية.

الكلمات المفتاحية: انعدام التلذذ، القلق، الاكتئاب، اليقظة العقلية، قائمة انعدام التلذذ، خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية.

Anhedonia Literature in Psychiatric Disorders (Towards a new therapeutic approach “Mindfulness Based Anhedonia Reduction”) Theoretical Study

Dr.

Ahmed Mohamed Gadelrab Abouzaid

Mental Health and Special Education
Assistant Professor

Drahmedab2020@gmail.com

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

Dr.

Heba Gaber Abdelhamid

Mental Health Assistant Professor,
Sohag University

Abstract

The current research aimed to examine and study anhedonia in psychological disorders through theoretical and applied research in the literature. The research topic was addressed through the following objectives: 1) Identifying the theoretical aspects in the literature of the concept of anhedonia (which includes anhedonia, anxiety, depression, and other disorders, and mindfulness, anxiety and depression). 2) Identifying the applied aspects in the literature of the concept of anhedonia (which included a list of anhedonia, anhedonia as a mediator between mindfulness and both anxiety and depression, mindfulness as a therapeutic mediator, and an approach to reducing anhedonia based on mindfulness), and some important results were reached that It emphasizes that the concept of anhedonia is an important factor in psychological disorders, that anhedonia acts as a mediator between Mindfulness and both anxiety and depression, and that anhedonia is a multidimensional construct (cognitive, emotional, social, physical) and includes three levels (desire, effort, experience). A new therapeutic approach was obtained under the name of Mindfulness Based Anhedonia Reduction (MBAR) Therapy, and this was discussed in light of international literature.

Keywords: Anhedonia, Anxiety, Depression, Mindfulness, Anhedonia List, Mindfulness Based Anhedonia Reduction (MBAR) Therapy.

مقدمة:

ظهر مصطلح انعدام التلذذ "Anhedonia" في الأدبيات النفسية للإشارة إلى فقدان الاهتمام أو الاستمتاع بالأنشطة المعتادة، وظهر أكثر في اضطرابات طيف الفصام والاضطرابات المرتبطة به، وكسمة من سمات الاكتئاب، وبعض أنواع القلق، وكذلك تعاطي المخدرات، وهو كمتغير منبئ بنتائج سلبية على المدى الطويل، كما يرتبط بنتائج العلاج غير الفعالة.

وتم في عام ١٩٨٠، إدراج مصطلح "Anhedonia" في الطبعة الثالثة من دليل تشخيص الاضطرابات العقلية وإحصائها (APA, 1980) (*) وأسند دوراً مركزياً لانعدام التلذذ في النسخة الرابعة (APA, 2000). وفي النسخة الخامسة تم الحفاظ على انعدام التلذذ كأحد الأعراض الرئيسية لتشخيص الاكتئاب الرئيس، وعرفته على أنه فقدان الاهتمام أو المتعة (APA, 2013). وذكر مصطلح انعدام التلذذ في دليل تشخيص الاضطرابات العقلية وإحصائها الخامس في عدة سياقات، فتم ذكرها في الأعراض السلبية في اضطرابات طيف الفصام واضطرابات الذهان، وتم تعريفها على أنها: انخفاض القدرة على تجربة المتعة (الممرور بخبرة المتعة) من المنبهات الإيجابية أو التدهور في تذكر المتعة التي سبق تجربتها (الممرور 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 تعريفها في سياق سمات الشخصية كجانب من الانفصال على أنها: الافتقار إلى التمتع بتجارب الحياة أو المشاركة فيها أو بذل الطاقة من أجلها؛ والعجز في القدرة على الشعور بالمتعة والاهتمام بالأشياء. (APA, 2013).

ويمكن تعريف انعدام التلذذ على أنه: فقدان الاهتمام بالأنشطة في معظم الأنشطة أو كلها وترتبط بدافع منخفض للانخراط في أحداث ممتعة، وبالتالي تستدعي مشاركة المسارات العصبية المتعلقة بالسعي للحصول على المكافآت والحصول عليها. (Tchanturia et al., 2012). ويشير Anhedonia إلى صعوبة الشعور بالمتعة كرد فعل للتجارب التي قد تثير

(*) American Psychiatric Association

استجابة ممتعة، أو فقدان المتعة أو عدم التفاعل مع المنبهات الممتعة، وهي سمة تشخيصية أساسية لاضطرابات الاكتئاب (WHO 1992; APA, 2013,2022)*).

واشتق مصطلح انعدام التلذذ في الطب النفسي من مصطلح اغريقي (باليونانية: -αv- an "بدون" + ἡδονή hēdonē "المتعة")، ويعني عدم القدرة على الاستمتاع بالأنشطة الممتعة عادةً، مثل التمارين الرياضية أو الهوايات أو الأنشطة الجنسية أو التفاعل الاجتماعي. (Loonen & Ivanova, 2016). وتم تقديم مصطلح Anhedonia في عام ١٨٩٦ من قبل Ribot، المحلل النفسي الفرنسي، الذي عرّفها 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 مثل هذه المتعة والافتقار إلى الدافع لمتابعة الأنشطة المجزية، من خلال نموذج عن الفصام (Di Giannantonio & Martinotti, 2012). واعتبر Meehl (١٩٦٢) متأثرًا بنموذج رادو Rado's Model انعدام التلذذ كأحد الأعراض الرئيسية الأربعة لمرض الفصام وعامل رئيسي للقيود الاجتماعية في اضطرابات طيف الفصام، ولقد صاغ مصطلح Hypohedonia كأثر ضعيف الأبعاد للتعزيز الإيجابي الموضوعي، على الرغم من أن الأدب استمر في استخدام مصطلح انعدام التلذذ. وأدى اهتمامه بدراسة انعدام التلذذ في الاضطرابات الذهانية في النهاية إلى ظهور مصطلح انعدام التلذذ الاجتماعي social anhedonia، وهو الافتقار إلى المتعة في التفاعلات الاجتماعية. واقترح Meehl أن انعدام التلذذ الاجتماعي كان المظهر الأساسي لطبيعة مستمرة من الفصام، وهو انعكاس لمزيج من العوامل متعددة الجينات والضغط. وأشار Meehl (1962) وأيضاً Rado (1956) إلى أن انعدام التلذذ كان مركزاً للعجز الاجتماعي في نمط الفصام والفصام. (Silvia & Kwapil, 2011).

ونظراً لأهمية مفهوم انعدام التلذذ في مجال علم النفس والطب النفسي بدأ الباحثون بتطوير أدوات قياسه، ومن هذه الأدوات تلك التي طورها تشابمان وزملائه عام ١٩٧٦، والتي ميز فيها بين انعدام التلذذ الاجتماعي والجسدي، والتي تعتبر من أكثر الأدوات انتشاراً وفائدةً في تقييم انعدام التلذذ (Chapman et al., 1976). وظهر في مجال البحث العديد من الأدوات الأخرى، مثل مقياس Fawcett-Clark Pleasure Scale (Fawcett et al.,)

(*) Word Health Organization.

ومقياس (1983). ومقياس Snaith-Hamilton Pleasure Scale (Snaith et al., 1995). ومقياس السرور Temporal Experience of Pleasure Scale (Gard et al. 2006). ومقياس تقدير انعدام التلذذ متعدد الأبعاد Dimensional Anhedonia Rating Scale (Rizvi et al., 2015).

مشكلة البحث:

انتقدت الكثير من البحوث النظرة المحدودة إلى انعدام التلذذ، والتي انحصرت في انعدام التلذذ الاجتماعي والجسدي، وأوصت بضرورة البحث في مفهوم انعدام التلذذ كبناء أكبر. (Kubovy, 1999; Diener et al. 1998). واقترح الباحثون أن كل بناء من أبنية انعدام التلذذ يتضمن مستويات مختلفة أو عناصر متعددة. (Hamilton, 1960; Rizvi et al., 2016; Gard et al., 2006; Gard et al., 2007; Strauss & Gold, 2012; Treadway & Zald 2011). واتضح من أدبيات البحث أن هناك علاقة بين انعدام التلذذ وكل من الاكتئاب (Di Giannantonio & Martinotti, 2012; Shankman et al., 2013) والقلق (Hallford et al., 2020; Loonen & Ivanova, 2016; et al., 2010; Taylor, et al., 2022; Naragon-Gainey et al. 2009; Brown et al. 1998) (Kashdan & Steger 2006).

ويعد مفهوم انعدام التلذذ من المفاهيم غير المتداولة في البيئة العربية بشكل مناسب، وهو من المتغيرات المهمة في الاضطرابات النفسية والعقلية، وعلى وجه الخصوص اضطرابات القلق والاكتئاب، لذلك تم في البحث الحالي تقديم إطار نظري وتطبيقي لمفهوم انعدام التلذذ.

أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى التعرف على:

1. التعرف على الجوانب النظرية في الأدبيات لمفهوم انعدام التلذذ.
2. التعرف على الجوانب التطبيقية في الأدبيات لمفهوم انعدام التلذذ.

مصطلحات البحث:

انعدام التلذذ Anhedonia: يشير انعدام التلذذ إلى انخفاض الاهتمام أو المتعة في الاستجابة للمنبهات التي كان يُنظر إليها سابقاً على أنها مجزية (APA, 2013). وتعرف

بأنها: عدم التمتع بتجارب الحياة أو المشاركة فيها أو بذل الجهد من أجلها؛ العجز في القدرة على الشعور بالمتعة أو الاهتمام بالأشياء. (APA, 2022). ويعرف بأنه انخفاض المتعة (التلذذ) استجابة للمنبهات الممتعة، والتي تظهر في ثلاثة مستويات هي: الرغبة، والجهد، والتجربة. ويتكون انعدام التلذذ من أربعة مقاييس 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, 2023a)

فيما يتعلق بمعالجة أهداف البحث تمت على النحو التالي:

أولاً: الجانب النظري:

١. **انعدام التلذذ والاكتئاب:**

تم وصف انعدام التلذذ مع اضطراب الاكتئاب الرئيس (Shankman, 1996; Loas, 2010). وتم وصف انعدام التلذذ كعرض رئيس في المزاج الاكتئابي (depressed

Beck et al., (APA,2013) mood). وقد تتضمن قائمة بيك للاكتئاب الإصدار الثاني (1996) مقياس فرعي لانعدام التلذذ Anhedonia Subscale مما يجعل انعدام التلذذ قائم في العديد من اضطرابات الاكتئاب، وهذه العبارات هي: فقدان المتعة (البند ٤)، وفقدان الاهتمام بالناس (البند ١٢) ، وفقدان الطاقة (البند ١٥) ، وفقدان الاهتمام بالجنس (البند ٢١). ووصف كلاين Klein عام ١٩٨٨ انعدام التلذذ بأنه: ضعف غير تفاعلي ومنتشر في القدرة على تجربة المتعة، أو الاستجابة بشكل فعال لتوقع المتعة. (Di Giannantonio & Martinotti, 2012). وتبين من نتائج بحث Shankman et al. (2010) أنه بمرور الوقت كان انعدام التلذذ الجسدي مستقرًا نسبيًا ومرتبًا بأعراض الاكتئاب. وأكدت نتائج بحث كل من Loonen and Ivanova, (2016) أن ذوي اضطراب الاكتئاب الرئيس لديهم قصور في السرور والشعور بالسعادة. وأكد Hallford et al. (2020) أن الأفراد المكتئبين يجدون صعوبة في توقع المتعة والسرور، وتم استخدام التفكير في المستقبل لتحسين المتعة لدى المكتئبين. وتوصلت نتائج بحث Taqavi et al. (2013) إلى أن ذوي اضطراب الاكتئاب الرئيس واضطراب القلق العام يعانون من عجز في التعبير عن المشاعر مقارنة بالأصحاء، مما يعني صعوبات في تحديد المشاعر ووصفها. وارتبطت شدة العجز في التعبير عن المشاعر بشدة أعراض الاكتئاب في نتائج بحث Bamonti et al. (2010). وتم التوصل إلى انتشار وارتباط عجز التعبير عن المشاعر لدى ذوي الاضطرابات العقلية (الاضطرابات الاكتئابية، واضطرابات القلق، واضطرابات التكيف، واضطرابات النفسجسمية somatoform، واضطرابات الأكل، والعوامل النفسية والسلوكية للأمراض الجسدية) (Leweke et al., 2012). وأفادت نتائج بحث Rottenberg et al. (2005) أن ذوي اضطراب الاكتئاب أقل سعادة وأقل مروراً بتجارب السعادة، وقد ينتج عن الاكتئاب تغيرات تعتمد على الحالة المزاجية في التفاعل الانفعالي والتي تكون أكثر وضوحًا في تقارير التجارب الانفعالية.

٢. انعدام التلذذ والقلق:

قد يكون انعدام التلذذ بمثابة حاجز أمام التعافي من اضطراب القلق الإكلينيكي، وقد يتزايد الاعتراف بانعدام التلذذ كأحد الأعراض البارزة لدى العديد من الأفراد الذين يعانون من القلق المتزايد، وقد يحافظ انعدام التلذذ على القلق ويحد من الاستجابة للعلاج. Taylor et al., (2022). وقد نشأت العلامات الأولية التي تشير إلى وجود انعدام التلذذ في اضطرابات

القلق من النموذج الثلاثي للاضطرابات الانفعالية (Clark & Watson 1991). وانعدام التلذذ Anhedonia عرض إكلينيكي محدد بتناقص الاهتمام بمتابعة و/ أو الاستجابة للأنشطة الممتعة أو ذات المغزى meaningful، تم افتراضه في البداية للتمييز بين الاكتئاب واضطرابات القلق. واقترحت الاختبارات المبكرة لهذا الإطار أن اضطراب القلق الاجتماعي كان استثناءً للقاعدة - مما يدل على وجود ارتباطات مع انعدام التلذذ مماثلة لتلك التي لوحظت مع الاكتئاب (Brown et al. 1998). ومنذ ذلك الحين، أثبت تراكم الأدلة وجود صلة بين القلق وانعدام التلذذ عبر عينات مختلفة (الإكلينيكية واللاإكلينيكية) وطرق التقييم. وتأتي الكثير من هذه الأدلة من الدراسات الاستقصائية التي تقيس المزاج أو الشخصية (على سبيل المثال، نظام التنشيط السلوكي behavioral activation؛ الانفعالية الإيجابية positive emotionality)، الوجدان الإيجابي (أي تكرار وشدة تجربة الانفعالات المتكافئة الإيجابية)، أو الأعراض الإكلينيكية لانعدام التلذذ (أي، المتعة المرتبطة لأنشطة محددة). (Taylor, et al., 2022).

وضمن اضطرابات القلق، يُظهر اضطراب القلق الاجتماعي الارتباطات الأكثر ثباتاً مع انعدام التلذذ - في الدراسات التي تتراوح بين الدراسات الاستقصائية للانفعال الإيجابية الشبيهة بالسّمات (Naragon-Gainey et al. 2009) إلى الوجدان الإيجابي اليومي (Kashdan & Steger 2006)، والتي تم تأكيدها من خلال التحليل البعدي، وعلى الرغم من أن أعراض الاكتئاب تحدث بشكل متكرر مع القلق، إلا أن هذا لا يفسر بشكل كامل الصلة بين القلق الاجتماعي وانخفاض الشعور بالوجدان الإيجابي. (Kashdan 2007).

يُعترف الآن بانعدام التلذذ باعتباره سمة بارزة للعديد من الأفراد الذين يستوفون معايير تشخيص اضطراب القلق الرئيسي. وتشير الأدلة عبر وحدات التحليل العصبية والسلوكية والتقارير الذاتية إلى وجود عجز في مجالات متعددة لمعالجة المكافآت، بما في ذلك التقييم والاستجابة والتعلم. حيث يُمكن فهم ودراسة انعدام التلذذ كمجموعة من المكونات الديناميكية والتفاعلية التي تتكشف على طول التدفق الزمني لمعالجة المكافأة. وتتفق النماذج المستنيرة لعلم الأعصاب من انعدام التلذذ (Der-Avakian & Markou 2012) عمومًا على أن معالجة المكافأة تشمل: (١) تقييم المكافأة - عملية التنبؤ بالحجم والاحتمالية والأفق الزمني والجهد المطلوب للحصول على مكافأة؛ (٢) استجابة المكافأة - تجارب المتعة أثناء التوقع واستلام المكافآت؛ و (٣) مكافأة التعلم - أي عملية دمج المعلومات حول نتائج المكافأة المتوقعة مقابل

الفعلية، والتي تُعلم التوقعات المستقبلية لاكتساب المكافأة والسلوك. الأدلة التي تدعم الارتباط بين انعدام التلذذ والعجز في كل من هذه العمليات المكونة تأتي في المقام الأول من البحث في الاكتئاب، وتم مؤخراً الكشف عنها في اضطرابات القلق. (Taylor et al., 2022).

٣. انعدام التلذذ والاضطرابات الأخرى:

وعلى الرغم من أن انعدام التلذذ يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالاكتئاب، إلا أنه أيضاً سمة من سمات الاضطرابات الأخرى مثل اضطراب ما بعد الصدمة، والرهاب الاجتماعي، والفصام (Nawijn et al., 2015; Strauss & Gold, 2012; Watson & Naragon-Gainey, 2010) واضطرابات الأكل (Murray et al., 2021). كما يرتبط باضطراب التوحد والاضطرابات العصبية النمائية ذات الصلة. (Dichter et al., 2022). ويختلف انعدام التلذذ عن السمة الأساسية الأخرى للاكتئاب والمزاج المكتئب depressed mood؛ يشار إليها أيضاً باسم الضيق distress. (Paulus et al., 2017; Watson, 2009). ويسهم في ضعف الأداء (Ameral, Bishop, & Palm Reed, 2017; Fried & Nesse, 2014) وزيادة الأفكار الانتحارية (Ducasse et al., 2018). فانعدام التلذذ ليس مقصوراً على اضطرابات المزاج. ومع ذلك، فإن الاهتمام بانعدام التلذذ وتأثيره على تجارب السياقات الاجتماعية يجب أن يمتد بالتساوي عبر جميع الاضطرابات. (Barkus, 2021).

٤. انعدام التلذذ واليقظة العقلية:

توصل Carlton et al. (2021) ضمن إجراءات بحثه 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 (ن=115 مريضاً). ويشمل التأثير الإيجابي لليقظة العقلية على الرفاهية كلاً من جوانب التلذذ وكذلك جوانب السعادة للرفاهية (Brown & Ryan, 2003).

ويمكن أن تساعد اليقظة العقلية في زيادة الاستمتاع بالتجارب المتعة. وينطبق هذا على سبيل المثال على الاستمتاع بالطعام، والذي يكون أعلى مع الانتباه اليقظة (Arch et al. 2016;) وكذلك لإشباع الأنشطة الجنسية الممتعة في العلاقات (Khaddouma et al. 2014).

al. 2015). بالإضافة إلى ذلك، هناك دليل على أن اليقظة العقلية تتفاعل بشكل إيجابي مع القدرة على تذوق الانفعالات الإيجابية في اللحظة الحالية. فالنفاعل والتأزر بين اليقظة العقلية والقدرة المدركة على تذوق اللحظة الحالية تنتبأ بالانفعالات الإيجابية اليومية، كما تؤثر على المتغيرات النفسية الأخرى (الرفاهية، الاكتئاب، الرضا عن الحياة). (Kiken et al. 2017).

٥. اليقظة العقلية وكل من القلق والاكتئاب:

أشارت نتائج البحوث إلى وجود علاقة بين اليقظة العقلية وكلا من القلق والاكتئاب، فتوصل كلا من Sharma and Kumra (2022) إلى أن اليقظة العقلية مرتبطة بشكل إيجابي بالكفاءة الذاتية، بينما كانت مرتبطة سلباً بالقلق والتوتر والاكتئاب. وعملت الكفاءة الذاتية كوسيط جزئي في الارتباط بين اليقظة والتوتر والاكتئاب والقلق على عينة هندية من الراشدين (ن=٣٨٢). وتوصل Watkins et al. (2022) إلى أن اليقظة العقلية قد تكون بمثابة عازل محتمل للقلق لدى الأولاد المراهقين (ن=١٣٣٣ مراهقاً). وكانت اليقظة والأمان الاجتماعي والطمأنينة الذاتية أقوى عوامل الحماية وأكثرها صلة ضد النزعات الاكتئابية والقلق معاً، مما يفسر أكثر من ٤٠٪ من التباين في القلق وأكثر من ٣٠٪ في درجات الاكتئاب. وبعد التحكم في العوامل الوقائية، فسرت عوامل الخطر ٢٣٪ من التباين في القلق وحوالي ٩٪ في الاكتئاب مع عدم الاكتفاء الذاتي والانتقام والوجدان السلبي على أنها المخاطر الرئيسية (ن=٤٢٤ شاباً). (Barcaccia et al., 2022). وتوصلت نتائج بحث Bajaj et al. (2016) باستخدام نمذجة المعادلات البنائية (SEM) إلى أن اليقظة العقلية تمارس تأثير غير مباشر على القلق والاكتئاب من خلال تقدير الذات. وترتبط اليقظة العقلية سلباً بكل من القلق والاكتئاب (ن=١٨٧ راشداً). (Cisler & Olatunji, 2012).

ثانياً: الجانب التطبيقي:

١. قائمة أبو زيد وعبد الحميد لانعدام التلذذ Abouzaid – Abdelhamid Anhedonia List:

ظهر انعدام التلذذ في أدبيات علم النفس والطب النفسي من خلال انعدام التلذذ الاجتماعي والجسدي، ويعبر ذلك التصنيف عن مفهوم ضيق أو محدود لانعدام التلذذ. وانتقد 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 (المتعة) على مفهوم واسع لمذهب المتعة الذي يتضمن تفضيلات وملذات العقل والجسد (Kubovy, 1999).

ونظراً للانتقادات التي وجهت إلى مفهوم انعدام التلذذ وبنائه، قام كل من Abouzaid, and Abdelhamid (2023a) من خلال إجراءات بحثهما بمعالجة تلك الانتقادات الموجهة إلى مفهوم انعدام التلذذ، حيث تم إثبات أن مفهوم انعدام التلذذ بناءً متعدد الأبعاد يتضمن أربعة أبعاد (مقاييس فرعية) هي: (١) انعدام التلذذ المعرفي، (٢) والانفعالي، (٣) والاجتماعي، (٤) والجسدي، وتكون كل مقاييس فرعي من ثلاث مستويات، هي: الرغبة، والجهد، والتجربة، وذلك من خلال قائمة انعدام التلذذ التي أعدها الباحثان.

أ. الأساس النظري لقائمة انعدام التلذذ:

استقر البحث العلمي على بحث انعدام التلذذ وقياسه في إطار مجالين؛ هما انعدام التلذذ الجسدي وانعدام التلذذ الاجتماعي، وتم قياسه بمقاييس طورها تشابمان وزملائه (Chapman et al., 1976). وتم نقل هذه الأدوات والتحقق من خواصها السيكومترية وتعديلها في العديد من البيئات. (Leventhal, et al., 2006; Fonseca-Pedrero, et al., 2009; Meyer & Keller, 2001; Leak, 1991; Li, et al, 2021).

ففيما يتعلق بالجانب المعرفي في الاضطراب النفسي، تم فحصه تحت مسميات كثير منها: المرونة المعرفية، والوظائف التنفيذية، التحيزات المعرفية، والتشوهات المعرفية، وسرعة المعالجة والضعف الإدراكي والتي ترتبط بالاضطرابات النفسية والعقلية، وخاصة الاكتئاب والقلق. (Sirota et al., 2018; Gualtieri & Morgan, 2008; Toren et al., ٢٠٠٠; Vives et al., 2015; Erk et al., Marazziti et al., 2010; Tariq et al. 2021a; 2010; Gündüz, 2013; Everaert et al., 2014; Platt et al., 2017; Müller et al., 2019; Yüksel et al., 2019; Ellis & Hudson, 2010; Capobianco et al., 2020; Carvalho et al., 2014; Murrough et al., 2011).

وفيما يتعلق بالجانب الانفعالي، اهتم الباحثون بفحصه في سياق الاضطرابات النفسية والذهانية تحت عدة مسميات، الذكاء الانفعالي، التنظيم الانفعالي، تعبيرات الوجه الانفعالية، المخططات الانفعالية، وعجز التعبير عن المشاعر والتي ترتبط بالاضطرابات النفسية والعقلية

Watson & Naragon-Gainey, 2010; Onur et al., 2013). وخاصة القلق والاكتئاب. (Berardis et al., 2008; Palm et al., 2011; Bamonti et al., 2010; Paniccia et Cisler & Olatunji, 2012; Sirota et al., 2018; Campbell et al., al. (2018) ويمثلان محددات مهمة في الاضطراب النفسي والعقلي واضطرابات الشخصية سواء كعامل مسبب أو سمة أو خاصية، 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.

وبشكل أكثر خصوصية، قد يكون تم تناول مصطلحي انعدام التلذذ الانفعالي والمعرفي في سياق البحوث التي تناولت الاستمتاع بالحياة، والسعادة والاستمتاع باللعب والوجدان الإيجابي والسلبي والمرونة المعرفية والضعف المعرفي والرفاهية، ولكن بطريقة غير مباشرة، وقد كان ذلك ضمن أبعاد المقاييس المستخدمة في التقييم أو سياق مفرداته، ففي مقياس Gaudiebility Scale for Adults of Morelia لقياس الخبرات الممتعة كان من إبعاده التركيز Concentration والتخيل Imagination (جانب معرفي)، وكل من التمتع بالعزلة Enjoyment in Solitude والإحساس بالدعابة Sense of Humor والمعتقدات المعرفية اللاعقلانية Irrational beliefs والفكاهة والضحك Humor/ Laught (جانب انفعالي). (Padrós-Blázquez et al., 2021). وتبين من نموذج Davidson (2018) وجود خمسة عوامل للاستمتاع بالحياة، منها: السرور Pleasure (جانب انفعالي) والكفاءة Competence التغيير والتحسين Challenge/Improvement، والانغماس Engagement (جانب معرفي). واقترح كل من O'brien and Toms (2013) في مقياس User Engagement Scale بعد الانتباه المركز Focused Attention (معرفي). واقترح Fang et al. (2010) ثلاثة عوامل في مقياس Enjoyment of Computer Game Play تتضمن في الاستمتاع المعرفي والوجداني والسلوكي. واقترح IJsselsteijn et al. (2008) في استبيان خبرة اللعب Game Experience Questionnaire أبعاد مثل الغمر Immersion والتحدي Challenge والكفاءة Competence (جانب معرفي) والوجدان الإيجابي والسلبي (جانب انفعالي). واقترح Fu et al. (2009) في مقياس الاستمتاع بالألعاب الإلكترونية EGameFlow وجود عوامل قد تقيس الاستمتاع؛ مثل: التركيز Concentration ووضوح

الهدف Goal Clarity، والتشجيع Feedback، التغيير Challenge، التحكم الذاتي Autonomy، الغمر Immersion، وتحسن المعرفة Knowledge Improvement (جانب معرفي)، والتفاعل الاجتماعي Social Interaction (اجتماعي). واقتراح Lin et al. (2008) في مقياس Enjoyment of Web Experiences Scale بعد الانغماس (معرفي) وبعد الوجدان الإيجابي (انفعالي). وتم في مقياس توجهات السعادة Orientations to Happiness Scale الإشارة إلى بعد الحياة السارة pleasure (انفعالي) والحياة ذات المعنى meaning والحياة المرتبطة engagement (معرفي). (Peterson et al., 2005). وتضمن استبيان جودة التمتع بالحياة والرضا Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire عناصر تقيس انعدام التلذذ المعرفي والانفعالي؛ مثل: السفر للحصول على الأشياء، التركيز والانتباه على النشاط، حل المشكلة تحت الضغط، الشعور بالسعادة أو البهجة، القدرة على العمل في الحياة اليومية، الشعور بالعاطفة تجاه شخص أو أكثر، النكات والضحك مع الآخرين، الشعور العام بالرفاهية. (Ritsner et al., 2005). واقتراح Warner (1980) ثلاثة عوامل للاستمتاع؛ هي المشاركة والوجدان الإيجابي والوفاء 'Fulfillment'؛ وقصد بالمشاركة الاهتمام المركز والذي يشمل التركيز والاستيعاب والانغماس والاهتمام (معرفي)، والوجدان الإيجابي الذي يشير إلى السعادة والسرور والرضا (انفعالي)، ويتضمن بعد الوفاء أربعة جوانب: المعنى، والمكافأة، والفائدة، والجدارة (معرفي/ انفعالي). وتبين من نتائج Ritsner et al. (2005) أن المشاعر الذاتية (أحد جوانب الاستمتاع بالحياة) وجوده الاستمتاع بالحياة ترتبط سلبياً (٠,٠٠١) باضطرابات الاكتئاب والأعراض السلبية والموجبة لاضطرابات طيف الفصام، والمسار المرضي بصفة عامة، والاستجابة المرضية للعلاج والضغط النفسي، وترتبط إيجابياً بالكفاءة الذاتية وتقدير الذات والمساندة الاجتماعية.

وبالتالي قد يكون مصطلح انعدام التلذذ المعرفي والانفعالي مصطلحان ليس جديداً كلياً ولكن توسيع لمفهوم انعدام التلذذ anhedonia كما تم وصفه في دليل تشخيص الاضطرابات العقلية وإحصائها الخامس (٢٠١٣) والخامس المعدل (٢٠٢٢)، وكما تم ذكره في الأدبيات ذات الصلة. فيتم النظر في البحث الحالي إلى انعدام التلذذ كمفهوم واسع متعدد المجالات يشمل انعدام التلذذ الاجتماعي والجسدي والانفعالي والمعرفي، وتم النظر إلى كل مجال على اعتبار أنه وحدة مستقلة بذاته ثلاثية المستويات (الرغبة، الجهد، التجربة).

فحديثاً، تم النظر إلى انعدام التلذذ كبناء متعدد الأبعاد، فضمن عرض مفهوم انعدام التلذذ في دليل تشخيص الاضطرابات العقلية وإحصائها في اضطرابات المحور الأول تم النظر إلى انعدام التلذذ ليعكس مفهوماً أوسع يشمل: الاهتمام وكذلك المتعة الشاملة. حتى ضمن مقياس تصنيف هاملتون للاكتئاب، وهو أحد مقاييس الاكتئاب الأكثر استخداماً، يتم قياس عنصر انعدام التلذذ على أنه بنية ذات أبعاد تمثل في: الرغبة والجهد والمتعة التامة، desire effort and consummatory pleasure، وفقدان الاهتمام بالأنشطة، انخفاض في الوقت الفعلي الذي يقضيه في الأنشطة، وتجربة المتعة. (Hamilton, 1960; Rizvi et al., 2016). واقترح كل من (Strauss and Gold (2012) أن انعدام التلذذ يحتوي على ثلاث مكونات: (١) مكون نفسي يتكون من مجموعة من المعتقدات المتعلقة بالمتعة المنخفضة التي تظهر عندما يُطلب من المريض الإبلاغ عن المشاعر الإيجابية غير الحالية، (٢) عنصر سلوكي ينعكس من خلال الانخفاض في البحث عن المتعة و (٣) ارتفاع المشاعر السلبية. وبالنظر إلى أن الفصام لا يتميز بنقص المتعة التجريبي، فقد يكون مصطلح "انعدام التلذذ" غير مناسباً. وقد تكون المصطلحات الأكثر وصفاً "انخفاض سلوك البحث عن المتعة reduced pleasure-seeking behavior" و "معتقدات المتعة المنخفضة beliefs of low pleasure" أكثر دقة وربما أكثر احتمالاً لتعزيز التقدم في التقييم والعلاج. وتم تصور انعدام التلذذ بشكل متزايد على أنه عجز في القدرة ليس فقط على تجربة المتعة من السلوك الذي عادة ما يكون مجزياً، ولكن أيضاً كعجز في توقع تجربة المتعة (Gard et al. 2006; Gard et al. 2007; Treadway & Zald 2011). وهذا يتطلب تصنيف انعدام التلذذ إلى ثلاث مستويات هي: الرغبة، والجهد، والتجربة.

وبناء على ذلك يعرف انعدام التلذذ المعرفي بأنه: عدم قدرة الفرد على الاستمتاع بقدراته المعرفية، أثناء ممارسة المهام والأنشطة في الحياة اليومية؛ ويظهر من خلال عدم الرغبة في النشاط الممتع، أو بذل جهد للحصول عليه، أو معايشة التجربة الممتعة كما ينبغي. وينطبق هذا على تعريف انعدام التلذذ الانفعالي حيث يشير إلى عدم قدرة الفرد على الاستمتاع الانفعالي أثناء ممارسة المهام والأنشطة في الحياة اليومية؛ ويستدل عليه من خلال عدم الرغبة في النشاط الممتع، أو بذل جهد للحصول عليه، أو معايشة التجربة الممتعة كما ينبغي. ومن المحتمل أن يكون القصور في واحدة من المراحل الثلاث أو الكل، بناء على طبيعة المشكلة أو

الاضطراب الذي يعاني منه الفرد. وعلى سبيل المثال، مريض الفصام لا يتصف انعدام تلذذه بنقص تجربة المتعة (معايشة التجربة الممتعة)، ولكن انخفاض سلوك البحث عن المتعة (جهد) ومعتقدات المتعة المنخفضة (رغبة). (Strauss & Gold, 2012).

ب. وصف القائمة:

تم بناء قائمة انعدام التلذذ بناءً على نتائج البحوث والمقاييس ذات الصلة. وباعتبارها بناء متعدد تمت صياغة أربعة مقاييس فرعية، هي: انعدام التلذذ المعرفي، والانفعالي، والاجتماعي، والجسدي، وتكون كل مقياس فرعي من ثلاث مستويات، هي: الرغبة، والجهد، والتجربة. وتم التحقق من خواص القائمة السيكومترية من خلال الاتساق الداخلي، وصدق المحك والتحليل العاملي الاستكشافي والتوكيدي وتم التحقق من الثبات باستخدام معامل ثبات كرونباخ ألفا ومعامل ثبات اوميغا. (أبوزيد وعبد الحميد، ٢٠٢٤، ب، (Abouzaid & Abdelhamid, 2023a).

٢. انعدام التلذذ كوسيط بين اليقظة العقلية والاضطرابات النفسية:

تبين من بحث كل من Abouzaid, and Abdelhamid (2023a) أن انعدام التلذذ لعب دوراً وسيطاً بين اليقظة العقلية وكل من القلق والاكتئاب، وتم تدعيم هذه النتائج بنتائج بعض البحوث والأطر النظرية. فكانت اليقظة العقلية عازل محتمل للاكتئاب وتمثل دوراً مهماً فيه (Barcaccia et al., 2022; Watkins et al., 2022; Sharma & Kumra, 2022; Cisler & Olatunji, 2012; كما أن اليقظة العقلية آلية قد يحدث من خلالها انخفاض أعراض انعدام التلذذ. (Carlton et al., 2021). وأن انعدام التلذذ عنصر رئيس ومسهم في الاكتئاب. (Loonen & Ivanova, 2016; Apa, 2013; 2002; Loas, 1996;) (Shankman et al., 2010 Hallford et al. 2020; Rottenberg et al. 2005).

٣. انعدام التلذذ كوسيط علاجي:

توصل Vinckier et al. (2017) إلى أنه باستخدام الانحدار متعدد المتغيرات multivariate regression، كان 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. وكان الانفصال متوقعًا بشدة من خلال استمرار انعدام التلذذ. وأوصى كل من Thomas and Garland (2017) أن التدخلات التي تزيد من اليقظة قد تقلل من الضعف المرتبط بالألم بين المرضى الذين يستخدمون المواد الأفيونية 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. واقترحت نتائج بعض البحوث أن اليقظة العقلية يمكن أن تساعد في زيادة الاستمتاع بالتجارب المتعة. (Arch et al. 2014; Hong et al. 2016) والذي قد يترتب عليه انخفاض القلق والاكتئاب، حيث أن انعدام التلذذ عنصر رئيس في كليهما.

٤. مدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية:

يعرف مدخل "خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة Mindfulness Based Anhedonia Reduction (MBAR) Therapy: بأنه: مدخل علاجي قائم على الأدلة يشمل مجموعة من ممارسات اليقظة العقلية القائمة على انعدام التلذذ، ويهدف إلى خفض انعدام التلذذ، لدى الأفراد المضطربين، أو لتحسين كفاءة الفرد للاستمتاع والتلذذ. 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. (Abouzaïd & Abdelhamid (2024)، وتم التحقق من المدخل العلاجي " خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية" في البحث الذي أجراه كل من (Abouzaïd, and Abdelhamid (2024) بعنوان: فعالية علاج خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية في خفض اضطراب الاكتئاب الرئيس لدى طلاب الجامعة". وقدم الباحثان وصف تفصيلي للتدخل فيما يلي:

أهداف التدخل بـخفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية:

يهدف المدخل العلاجي المقترح "خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية" إلى بناء وتطوير وتحسين التلذذ في أربع مجالات (المعرفي، والانفعالي، والاجتماعي، والجسدي). ويتطلب ذلك أيضاً تحسين ثلاث مستويات لانعدام التلذذ، وهي:

- تحسين أو تطوير الرغبة في كل مجالات انعدام التلذذ.
- تحسين أو تطوير بذل الجهد في كل مجالات انعدام التلذذ.
- تحسين أو تطوير التجربة في كل مجالات انعدام التلذذ.

الأسس التي يستند عليها المدخل العلاجي (خفض انعدام التلذذ القائم على البيقطة العقلية):

أ. **الأساس العام:** النموذج البنائي الذي اقترحه كل من Abouzaid, and Abdelhamid (2023a) والذي أشار إلى أن اليقظة العقلية ذات تأثير مباشر وغير مباشر على كل من القلق والاكتئاب، كما أن انعدام التلذذ لعب دوراً وسيطاً مهماً في تطوير هذه العلاقة.

ب. **نتائج البحوث السابقة:** نتائج البحوث السابقة تدعم المدخل العلاجي المقترح، وفيما يلي أهم العناصر المرتبطة بالمدخل العلاجي:

(١) **العلاقة بين انعدام التلذذ والاضطرابات النفسية:** توصلت نتائج بعض البحوث إلى وجود علاقة بين انعدام التلذذ والاكتئاب والاضطرابات الأخرى. انعدام التلذذ يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالاكتئاب، إلا أنه أيضاً سمة من سمات الاضطرابات الأخرى مثل اضطراب ما بعد الصدمة، والرهاب الاجتماعي، والفصام (Nawijn et al., 2015; Strauss & Gold, 2010; Murray et al., 2012; Watson & Naragon-Gainey, 2010). كما ترتبط باضطراب التوحد والاضطرابات العصبية النمائية ذات الصلة. (al., 2021). ويختلف انعدام التلذذ عن السمة الأساسية الأخرى للاكتئاب والمزاج المكتئب depressed mood؛ والتي يشار إليها أيضاً باسم الضيق distress. (Paulus et al., 2017; Watson, 2009). ويسهم في ضعف الأداء (Ameral, 2014; Bishop, & Palm Reed, 2017; Fried & Nesse, 2014). الانتحارية (Ducasse et al., 2018).

(٢) **انعدام التلذذ عامل مستقل في الاكتئاب والاضطرابات الأخرى:** رأى Boehm, et al. (2018) انعدام التلذذ مستقل عن الاكتئاب، ويشبه السمات لدى الأشخاص المصابين بفقدان الشهية. كما أن انعدام التلذذ يسهم في اضطرابات القلق بشكل مستقل عن الاكتئاب. (Pushkarskaya et al., 2019). وانعدام التلذذ هو جوهر الاضطرابات المزاجية (APA, 2013). وتم تصنيف انعدام التلذذ تحت مسمى الأعراض السلبية في الفصام، على الرغم من أن ضعف التعبير الانفعالي والانتماء الاجتماعي يمكن أن يشير أيضاً إلى انعدام التلذذ (Horan et al., 2011). ويعتبر انعدام التلذذ من الأعراض المركزية في اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، حيث يخلق المواجهة

اللاتكيفية (مثل التجنب) وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة ظروفًا لتقليل المكافأة والمتعة (Nawijn, et al., 2015).

(٣) يمكن النظر إلى انعدام التلذذ كتجنب: حيث كشفت نتائج بعض البحوث أن تجنب المواقف والتفاعلات الاجتماعية والانغماس في الأنشطة الممتعة نتيجة طبيعية لانعدام التلذذ، ومثل هذه الأعراض قد تظهر في اضطرابات القلق والاكتئاب وبعض متغيرات الصحة النفسية الأقل حدة مثل الشعور بالوحدة النفسية والخجل. (Nawijn, et al., 2015; Morgan, et al., 2017).

(٤) انعدام التلذذ كوجدان إيجابي منخفض أو وجدان سلبي مرتفع: حيث أن الأفراد المضطربين الذين يبحثون عن المخدرات وبدائلها هم أشخاص يبحثون عن المتعة. (Tragesser, et al., 2008; Buckner, et al., 2019). وتمهد نتائج البحوث في النقاط رقم ٢ ورقم ٣ ورقم ٤ لانعدام التلذذ ليكون هدف علاجي.

(٥) انعدام التلذذ كهدف علاجي: 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. وكان الانفصال متوقعًا بشدة من خلال استمرار انعدام التلذذ. وأظهرت نتائج بحث (Gourion, et al., 2016) أن تحسين انعدام التلذذ هو متغير وسيط مهم بين تطور أعراض الاكتئاب والأداء الاجتماعي ($\Delta QFS G = -14.3, P < 0.0001$)، ويشرح حوالي ثلث تباين النموذج (٣٥,٣٧٪).

(٦) اليقظة العقلية كألية علاجية، كألية تطوير وبناء، كعامل وقاية، كعازل. (Barcaccia et al., 2022; (Morris, 2020; Watkins et al., 2022;)
Didonna, 2009; Nyklíček & Kuijpers, 2008

(٧) خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية: توصل (Carlton et al., 2021) ضمن إجراءات بحثه 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 (ن=115 مريضاً). ويمكن أن تساعد اليقظة العقلية في زيادة الاستمتاع بالتجارب المتعة. وينطبق هذا على سبيل المثال على الاستمتاع بالطعام، والذي يكون أعلى مع الانتباه اليقظة (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 والتأزر بين اليقظة العقلية والقدرة المدركة 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 قد تقلل من الضعف المرتبط بالألم بين المرضى الذين يستخدمون المواد الأفيونية من خلال تعزيز القدرة على المتعة. حيث كان انعدام التلذذ مرتبطاً بالتداخل المرتبط بالألم، في حين أن اليقظة الذهنية، كانت محمية ضد مثل هذا التدخل بحكم ارتباطها بقدرة أكبر على المتعة.

ت. النظريات الداعمة لمدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية:

(١) تدعم بعض النظريات فرضية أن الوجدان السلبي يعمل كحاجز مزمن أمام التجارب الممتعة ومعايشتها، فتفترض نظرية تخفيض قيمة المكافأة (RDT) Reward devaluation theory أن بعض الأفراد المكتئبين يتجنبون الإيجابية بسبب ارتباطها السابق بالنتائج السلبية. ونظرية 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). فتم تصميم NAIT خصيصاً للمرضى الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة، على سبيل المثال، سوء المعاملة أو العنف المنزلي. نظراً لتجاربهم المؤلمة، يُنظر إلى التجارب الاجتماعية الخارجية الإيجابية على أنها تهديد، يقلل من الوجدان الإيجابي ويزيد الوجدان السلبي على المشاعر الذاتية التي تفسد التجارب الاجتماعية الممتعة اللاحقة. (Barkus, E2021). وهذا يشير إلى أن

انعدام التلذذ 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 انتاج انعدام التلذذ يمكن فك هذه الارتباط، فالمدخل العلاجي الحالي يتسند على نظريات التعلم في بناء وتطوير "التلذذ" بشكل صحيح.

(٢) يعتمد المدخل الحالي على أسس وفنيات مداخل العلاج المعرفي السلوكي لأن مفهوم انعدام التلذذ مفهوم واسع قد يتضمن نظم تعليم خاطئة، ومعتقدات مختلفة، ورغبة منخفضة، وهذا يتطلب تضافر فنيات متعددة ومتنوعة في إطار المدخل الحالي "خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية".

(٣) يتفق المدخل الحالي 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-Based Cognitive Therapy (MBCT) والذي ينسب إلى Segal et al. (2002) وهناك العلاج السلوكي الجدلي Dialectical-Behavioral Therapy والذي ينسب إلى Marsha Linehan (Linehan, 1993a, b; Didonna, 2009). وهناك أيضا العلاج بالتقبل والالتزام الذي ينسب إلى (Didonna, 2009) Hayes, et al. (1999).

التصميم والتنفيذ:

- تعتبر قائمة انعدام التلذذ أداة أساسية لبناء وتقديم العلاج المقترح.
- اليقظة العقلية آلية يُعتمد عليها في تنفيذ كل أنشطة التدخل.
- يتم إعداد التدخل مسبقاً بناء على مستوى انعدام التلذذ الذي تم قياسه وتقييمه قبل بدء التدخل. وهذا يقع تحت مسمى التدخل المختصر.
- والتدخل الشامل يتضمن تصميم تدخل يعتمد على كل مجالات انعدام التلذذ (المعرفي، والانفعالي، والاجتماعي، والجسدي)، وكل مستويات انعدام التلذذ (رغبة، جهد، تجربة).

- التدخل يتم من خلال جلسات فردية أو جماعية أو الاثنين معاً إذا كانت معتقدات انعدام التلذذ المختلة شديدة، وخاصة فيما يتعلق بالعلاقة الحميمة بين الزوجين.
- قد يصاحب تقنية انعدام التلذذ فنيات أخرى مساعدة، على سبيل المثال عند زيادة الرغبة كمستوى من انعدام التلذذ يمكن تطبيق اليقظة العقلية بمصاحبة فنيات معرفية لخفض المعتقدات المختلة التي غالباً ما تصاحب القصور في الرغبة. وعند تطوير مستوى بذل الجهد قد تنفذ اليقظة العقلية بمصاحبة فنيات تساعد على البحث والاستكشاف، والواجب المنزلي، والقراءة. وعند العمل على تطوير معاشة التجربة كمستوى ثالث لانعدام التلذذ قد تنفذ اليقظة العقلية بمصاحبة فنيات مثل: الغمر أو التعرض بأنواعه المختلفة.
- تطوير التلذذ أو خفض انعدام التلذذ يتم على المستوى الرأسي، أي البدء بمستوى الرغبة في كل مجالات انعدام التلذذ، ثم بذل الجهد، وأخيراً التجربة، حيث أن هذه المستويات متتالية، كما أن الرغبة في كل المجالات مترابطة، وهكذا مع بذل الجهد، والتجربة.
- يتطلب هذا التدخل أن يكون لدى المختص قائمة كبيرة تتضمن عدد كبير من تمارين اليقظة العقلية، لتكون متاحة في أي وقت، وأن يكون هناك أكثر من بديل للتمرين وأكثر من تمرين لإنجاز الهدف الواحد.
- تصاغ الأهداف إجرائياً بحيث تكون قابلة للملاحظة والقياس.
- يتم تقييم كل مرحلة من مراحل التنفيذ قبل البدء في المرحلة التالية، أي يتم تقييم مستوى الرغبة قبل البدء في مستوى بذل الجهد، ويمكن الاستفادة من عناصر تقييم الرغبة في قائمة انعدام التلذذ أو ابتكار عناصر تقييم أخرى في إطار التدخل.
- المذكرات اليومية والواجبات المنزلية عناصر مهمة تصاحب إجراءات التدخل.
- التركيز على ما هو متاح لدى العميل من موضوعات للتلذذ أو المتعة، أي محاولة البعد عما هو مكلف لدى العميل، مراعاة للظروف الاقتصادية والاجتماعية الخاصة بكل عميل.
- ربط تمارين اليقظة العقلية بالمتعة والتلذذ: من خلال الوعي اليقظ بالأحاسيس المعرفية والانفعالية والاجتماعية والجسدية أثناء تجارب مثل الأكل والتفاعل الاجتماعي والتمارين البدنية بالإضافة إلى الاقتران الواضح بين تجربة المتعة والأنشطة التي تسبقها.

ويشمل التصميم الكلاسيكي ما يلي:

- جلسات لخفض انعدام التلذذ المعرفي (جلسات لكل مستوى على حدة والتي تشمل الرغبة، والجهد، والتجربة).
- جلسات لخفض انعدام التلذذ الانفعالي (جلسات لكل مستوى على حدة والتي تشمل الرغبة، والجهد، والتجربة).
- جلسات لخفض انعدام التلذذ الاجتماعي (جلسات لكل مستوى على حدة والتي تشمل الرغبة، والجهد، والتجربة).
- جلسات لخفض انعدام التلذذ الجسدي (جلسات لكل مستوى على حدة والتي تشمل الرغبة، والجهد، والتجربة).

التشخيص والتقييم:**يتطلب ما يلي:**

- تشخيص وتقييم الاضطراب الأساسي بشكل دقيق (مثل: تشخيص الاكتئاب الرئيس، القلق العام،).
- تشخيص وتقييم مجالات ومستويات انعدام التلذذ (بناء على قائمة انعدام التلذذ).
- التحقق من مستوى التقدم أثناء تطبيق برنامج "خفض انعدام التلذذ القائمة على اليقظة العقلية".
- التقييم النهائي ويشمل: تقييم الاضطراب وانعدام التلذذ.

سيناريو التدخل بخفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية:

يتطلب إعداد وتنفيذ برنامج تدخل خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية اتباع الخطوات التالية:

- **الأهداف الإجرائية:** تحديد الأهداف الإجرائية بدقة يعتمد على التشخيص والتقييم لتحديد المستوى المناسب من التدخل (على سبيل المثال تحديد أوجه القصور؛ في البداية تحديد مجال انعدام التلذذ (معرفي، انفعالي، اجتماعي، جسدي)، ثانياً: تحديد مستوى القصور (الرغبة، بذل الجهد، التجربة)، وبناءً على ذلك يتم صياغة الأهداف الإجرائية، وقد تشتق الأهداف الإجرائية من الأهداف التالية: (١) تحسين أو بناء الرغبة في التلذذ المعرفي،

والانفعالي، والاجتماعي، والجسدي، (٢) بناء أو تطوير الجهد للحصول على التلذذ المعرفي، والانفعالي، والاجتماعي، والجسدي، (٣) بناء أو تطوير معايشة التجربة الممتعة " المعرفية والانفعالية والاجتماعية والجسدية.

■ **تمارين اليقظة العقلية:** يعد المختص تمارين اليقظة العقلية مسبقاً لتكون مناسبة لأهداف التدخل الإجرائية، وتصاغ في شكل سيناريو واضح ودقيق، ويكون مناسب لنوع العميل، ومستوى تعلمه، ومستوى اضطرابه، مستوى العمر، وغيرها مما يؤثر على التدخل. ويتضمن السيناريو ملاحظة المتعة والسرور، فالهدف من اليقظة العقلية هنا هو تطوير وبناء التلذذ أو خفض انعدام التلذذ.

■ **تقييم تمارين اليقظة العقلية:** وتتطلب هذه الخطوة التقييم المباشر للتمرين في ضوء أهدافه ومحتواه، وما يرغب المختص في تطويره لدى العميل. ويتم إعداد التقييم في صورة ورقة عمل تعد مسبقاً، وتكون متاحة أثناء ممارسة التمرين، ولا يؤجل هذا التقييم لنهاية الجلسة، فالتقييم هنا مستمر لتثبيت الخبرة مباشرة، ولعلاج نواحي القصور قبل الدخول في التمرين التالي.

■ **الفنيات المساعدة:** قد تكون تقنية اليقظة العقلية هي التقنية الأساسية، وقد يتطلب الأمر استخدام تقنيات مساعدة، ويمكن حصر هذه التقنيات 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 والتعرض وتستخدم لوضع العميل في تجربة فعلية مباشرة. وقد يكون للمختص الحرية في اختيار الفنيات التي تساعده من المداخل العلاجية الأخرى.

■ **الواجب المنزلي:** عنصراً مهماً في هذا التدخل، والغرض منه هنا التعميم وتثبيت الخبرة، ويركز التقييم على جانبين؛ (١) الواجب المنزلي لما تعلمه العميل في الجلسة الحالية، أي التأكيد على تطبيق ما تعلمه والاستمرار فيه، (٢) البحث عن تمارين مماثلة لهدف الجلسة وممارستها في الحياة الواقعية.

- **جلسة الإعداد الأولى:** وتتضمن مراجعة التقييم (الاضطراب وانعدام التلذذ)، والإحماء (التشجيع والتعزيز)، والاتفاق (موعد التدريب، ومدته، ونوعيته، وقواعد العمل)، والتدريب (تقديم نموذج من تمارين اليقظة العقلية).
- **جلسة الختام:** وتتضمن التقييم (تقييم انعدام التلذذ)، والتعميم (قدرة العميل على تطبيق ما تعلمه)، والابتكار (قدرة العميل على الاستفادة من الإمكانيات المتاحة في البيئة للتدريب على اليقظة العقلية، وقدرته على البحث على تمارين أخرى تعزز قدراته وتخفف اضطرابه). ويمكن للمختص ابتكار نماذج تقييم خاصة به لتقييم تلك العمليات.

التوصيات والبحوث المستقبلية:

- يعتبر انعدام التلذذ من المتغيرات المهمة في الصحة النفسية، ويمكن توجيه البحث نحو الاهتمام به من خلال التوجهات التالية:
- فحص طبيعية انعدام التلذذ في سياق الاضطرابات النفسية والعقلية.
 - فحص العلاقة بين انعدام التلذذ والمتغيرات الأخرى.
 - فحص انعدام التلذذ كوسيط بين اليقظة العقلية والاضطرابات الأخرى (اضطرابات القلق، والاكتئاب، واضطرابات الشخصية، والضغط، وغيرها).
 - التحقق من الخواص السيكومترية لقائمة انعدام التلذذ في بحث كل من Abouzaid, and Abdelhamid (2023a) على عينات وبيئات أخرى.
 - التحقق من فاعلية المدخل العلاجي المقترح "خفض انعدام التلذذ القائم على اليقظة العقلية" المقترح في بحث (2024) Abouzaid, and Abdelhamid على اضطرابات أخرى وعلى عينات أخرى.

المراجع

أبوزيد، أحمد محمد جادالرب وعبد الحميد، هبة جابر (٢٠٢٣). قائمة انعدام التلذذ. القاهرة، الناشر المؤلف.

Abdelhamid, H. J. (2018). Mindfulness and its relationship to academic emotional regulation among university students. *Journal of Psychological Counseling*, 56, 325-396.

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. Accepted for publication at: *Sohag University International Journal of Educational Research*.

Abuzaid, A. M., & Melhem, M. (2022). The mediating role of experimental avoidance between burnout and both anxiety and depression among teachers of students with learning disabilities. *Journal of Scientific Research in Education*, 23(6), 53-101.

Acheson, D. T., Vinograd, M., Nievergelt, C. M., Yurgil, K. A., Moore, T. M., Risbrough, V. B., & Baker, D. G. (2022). Prospective examination of pre-trauma anhedonia as a risk factor for post-traumatic stress symptoms. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2015949.

Ameral, V., Bishop, L. S., & Palm Reed, K. M. (2017). Beyond symptom severity: The differential impact of distress tolerance and reward responsiveness on quality of life in depressed and non-depressed individuals. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6, 418–424. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.08.004>.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III)*. Washington, DC: Author.

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4th.Ed., revised). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 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.
- Angus, L. (2012). Toward an integrative understanding of narrative and emotion processes in emotion-focused therapy of depression: Implications for theory, research and practice. *Psychotherapy Research*, 22(4), 367-380.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.02.002>.
- Armour, C., Tsai, J., Durham, T. A., Charak, R., Biehn, T. L., Elhai, J. D., & Pietrzak, R. H. (2015). Dimensional structure of DSM-5 posttraumatic stress symptoms: Support for a hybrid anhedonia and externalizing behaviors model. *Journal of Psychiatric Research*, 61, 106–113. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.10.012>
- Arrais, K. C., Machado-de-Sousa, J. P., Trzesniak, C., Santos Filho, A., Ferrari, M. C. F., Osório, F. L., ... & Crippa, J. A. S. (2010). Social anxiety disorder women easily recognize fearfull, sad and happy faces: the influence of gender. *Journal of Psychiatric Research*, 44(8), 535-540.
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International journal of environmental research and public health*, 15(7), 1425.
- Bajaj, B., Robins, R. W., & Pande, N. (2016). Mediating role of self-esteem on the relationship between mindfulness, anxiety, and depression. *Personality and Individual Differences*, 96, 127-131.

- Bamonti, P. M., Heisel, M. J., Topciu, R. A., Franus, N., Talbot, N. L., & Duberstein, P. R. (2010). Association of alexithymia and depression symptom severity in adults aged 50 years and older. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(1), 51-56.
- 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.
- Barkus, E. (2021). The Effects of Anhedonia in Social Context. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 8(3), 77-89.
- Basco, L. M., & Han, S. H. (2016). Self-esteem, motivation, and anxiety of Korean university students. *Journal of Language Teaching and Research*, 7(6), 1069.
- Bech, P., Rasmussen, N. A., Olsen, L. R., Noerholm, V., & Abildgaard, W. (2001). The sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory, using the Present State Examination as the index of diagnostic validity. *Journal of affective disorders*, 66(2-3), 159-164.
- Bech, P., Stage, K. B., Nair, N. P. V., Larsen, J. K., Kragh-Sørensen, P., Gjerris, A., & Danish University Antidepressant Group. (1997). The Major Depression Rating Scale (MDS). Inter-rater reliability and validity across different settings in randomized moclobemide trials. *Journal of affective disorders*, 42(1), 39-48.
- Bech, P., Timmerby, N., Martiny, K., Lunde, M., & Soendergaard, S. (2015). Psychometric evaluation of the Major Depression Inventory (MDI) as depression severity scale using the LEAD (Longitudinal Expert Assessment of All Data) as index of validity. *BMC psychiatry*, 15(1), 1-7.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893.

- 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
- Berardis, D. D., Campanella, D., Nicola, S., Gianna, S., Alessandro, C., Chiara, C., ... & Ferro, F. M. (2008). The impact of alexithymia on anxiety disorders: a review of the literature. *Current Psychiatry Reviews*, 4(2), 80-86.
- Bishop, A., Younan, R., Low, J., & Pilkington, P. D. (2022). Early maladaptive schemas and depression in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(1), 111-130.
- Boehm, I., Flohr, L., Steding, J., Holzapfel, L., Seitz, J., Roessner, V., & Ehrlich, S. (2018). The trajectory of anhedonic and depressive symptoms in anorexia nervosa: A longitudinal and cross-sectional approach. *European Eating Disorders Review*, 26(1), 69-74.
- 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.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., De Girolamo, G., ... & Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC medicine*, 9(1), 1-16.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>.
- Buckner, J. D., Lewis, E. M., & Walukevich-Dienst, K. (2019). Drinking problems and social anxiety among young adults: the roles of drinking to manage negative and positive affect in social situations. *Substance use & misuse*, 54(13), 2117-2126.

- Campbell, D. W., Sareen, J., Stein, M. B., Kravetsky, L. B., Paulus, M. P., Hassard, S. T., & Reiss, J. P. (2009). Happy but not so approachable: the social judgments of individuals with generalized social phobia. *Depression and Anxiety*, 26(5), 419-424.
- Capobianco, L., Faija, C., Husain, Z., & Wells, A. (2020). Metacognitive beliefs and their relationship with anxiety and depression in physical illnesses: A systematic review. *PloS one*, 15(9), e0238457.
- 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.
- Carthy, T., Horesh, N., Apter, A., & Gross, J. J. (2010). Patterns of emotional reactivity and regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(1), 23-36.
- Chapman, L. J., Chapman, J. P., & Raulin, M. L. (1976). Scales for physical and social anhedonia. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(4), 374.
- Cisler, J. M., & Olatunji, B. O. (2012). Emotion regulation and anxiety disorders. *Current psychiatry reports*, 14, 182-187.
- Davidson, S. (2018). A Multi-dimensional model of enjoyment: Development and validation of an enjoyment scale (ENJOY). Embry-Riddle Aeronautical University.
- Davis, C., & Woodside, D. B. (2002). Sensitivity to the rewarding effects of food and exercise in the eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 43(3), 189–194. <https://doi.org/10.1053/comp.2002.32356>
- Deng, Y. Q., Li, S., & Tang, Y. Y. (2014). The relationship between wandering mind, depression and mindfulness. *Mindfulness*, 5(2), 124-128.

- Der-Avakian, A., & Markou, A. (2012). The neurobiology of anhedonia and other reward-related deficits. *Trends in Neurosciences*, 35(1), 68–77. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2011.11.005>.
- Desrosiers, A., Vine, V., Klemanski, D. H., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Mindfulness and emotion regulation in depression and anxiety: common and distinct mechanisms of action. *Depression and anxiety*, 30(7), 654-661., 182-187.
- Di Giannantonio, M., & Martinotti, G. (2012). Anhedonia and major depression: the role of agomelatine. *European Neuropsychopharmacology*, 22, S505-S510.
- Dichter, G. S., & Rodriguez-Romaguera, J. (2022). Anhedonia and hyperhedonia in autism and related neurodevelopmental disorders. In *Anhedonia: Preclinical, Translational, and Clinical Integration* (pp. 237-254). Cham: Springer International Publishing.
- 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.
- Dolan, S. C., Brown, T. A., Wierenga, C. E., Kaye, W. H., & Reilly, E. E. (2022). Changes in anhedonia over the course of eating disorder treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 55(3), 399-405.
- Drouman, V., Golub, I., Oganessian, A., & Read, S. (2018). Development and initial validation of the Adolescent and Adult Mindfulness Scale (AAMS). *Personality and Individual Differences*, 123, 34-43.
- Ducasse, D., Loas, G., Dassa, D., Gramaglia, C., Zeppegno, P., Guillaume, S., ... Courtet, P. (2018). Anhedonia is associated with suicidal ideation independently of depression: A meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 35, 382–392. <https://doi.org/10.1002/da.22709>.

- Duek, O., Spiller, T. R., Pietrzak, R. H., Fried, E. I., & Harpaz-Rotem, I. (2021). Network analysis of PTSD and depressive symptoms in 158,139 treatment-seeking veterans with PTSD. *Depression and Anxiety*, 38(5), 554–562. doi:https://doi.org/10.1002/da.23112.
- 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
- Ellis, D. M., & Hudson, J. L. (2010). The metacognitive model of generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Clinical child and family psychology review*, 13(2), 151-163.
- Enneking, V., Krüssel, P., Zaremba, D., Dohm, K., Grotegerd, D., Förster, K., ... & Dannlowski, U. (2019). Social anhedonia in major depressive disorder: a symptom-specific neuroimaging approach. *Neuropsychopharmacology*, 44(5), 883-889.
- Erk, S., Mikschl, A., Stier, S., Ciaramidaro, A., Gapp, V., Weber, B., & Walter, H. (2010). Acute and sustained effects of cognitive emotion regulation in major depression. *Journal of Neuroscience*, 30(47), 15726-15734.
- Everaert, J., Duyck, W., & Koster, E. H. (2014). Attention, interpretation, and memory biases in subclinical depression: a proof-of-principle test of the combined cognitive biases hypothesis. *Emotion*, 14(2), 331.
- FCarvalho, A., K Miskowiak, K., N Hyphantis, T., A Kohler, C., S Alves, G., Bortolato, B., ... & S McIntyre, R. (2014). Cognitive dysfunction in depression—pathophysiology and novel targets. *CNS & Neurological Disorders-Drug Targets (Formerly Current Drug Targets-CNS & Neurological Disorders)*, 13(10), 1819-1835.
- Fawcett, J., Clark, D. C., Scheftner, W. A., & Gibbons, R. D. (1983). Assessing anhedonia in psychiatric patients: The Pleasure Scale. *Archives of general psychiatry*, 40(1), 79-84.

- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., García-Cueto, E., Villazón-García, Ú., Bobes, J., & Muñiz, J. (2009). Psychometric properties of the Revised Physical and Social Anhedonia Scales in non-clinical young adults. *The Spanish journal of psychology*, 12(2), 815-822.
- Fresco, D. M., Mennin, D. S., Heimberg, R. G., & Ritter, M. (2013). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(3), 282-300.
- Fried, E. I., & Nesse, R. M. (2014). The impact of individual depressive symptoms on impairment of psychosocial functioning. *PLoS One*, 9(2), e90311. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090311>.
- Fu, F. L., Su, R. C., & Yu, S. C. (2009). EGameFlow: A scale to measure learners' enjoyment of e-learning games. *Computers & Education*, 52(1), 101-112.
- Gard, D. E., Gard, M. G., Kring, A. M., & John, O. P. (2006). Anticipatory and consummatory components of the experience of pleasure: A scale development study. *Journal of Research in Personality*, 40(6), 1086–1102. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2005.11.001>.
- Gard, D. E., Kring, A. M., Gard, M. G., Horan, W. P., & Green, M. F. (2007). Anhedonia in schizophrenia: Distinctions between anticipatory and consummatory pleasure. *Schizophrenia Research*, 93(1–3), 253–260. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.03.008>.
- Gharib, G. A. (2004). Psychometric specifications of Beck's second list of depression in the Egyptian environment. In: Gharib A. G. (Editor), *Research in Mental Health*. 18-50. Cairo: Anglo Egyptian Bookshop.
- 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.

- Grabe, H. J., Rainermann, S., Spitzer, C., Gänssicke, M., & Freyberger, H. J. (2000). The relationship between dimensions of alexithymia and dissociation. *Psychotherapy and psychosomatics*, 69(3), 128-131.
- Grillo, L. (2016). A possible role of anhedonia as common substrate for depression and anxiety. *Depression Research and Treatment*, 2016, Article ID 1598130, 8 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2016/1598130>
- Gualtieri, C. T., & Morgan, D. W. (2008). The frequency of cognitive impairment in patients with anxiety, depression, and bipolar disorder: an unaccounted source of variance in clinical trials. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(7), 7441.
- Gündüz, B. (2013). Emotional intelligence, cognitive flexibility and psychological symptoms in pre-service teachers. *Educational research and reviews*, 8(13), 1048-1056.
- Gutiérrez-Rojas, L., Porrás-Segovia, A., Dunne, H., Andrade-González, N., & Cervilla, J. A. (2020). Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42, 657-672.
- Hallford, D. J., Sharma, M. K., & Austin, D. W. (2020). Increasing anticipatory pleasure in major depression through enhancing episodic future thinking: a randomized single-case series trial. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 42(4), 751-764.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 23(1), 56.
- Harrison, A., Mountford, V. A., & Tchanturia, K. (2014). Social anhedonia and work and social functioning in the acute and recovered phases of eating disorders. *Psychiatry Research*, 218(1), 187–194. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.04.007>.
- Hawke, L. D., & Provencher, M. D. (2011). Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. *Journal of cognitive psychotherapy*, 25(4), 257-276.

- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A., & Asnaani, A. (2012). Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression and anxiety*, 29(5), 409-416.
- 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(1), 80–87. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0154-x>.
- Horan, W. P., Kring, A. M., Gur, R. E., Reise, S. P., & Blanchard, J. J. (2011). Development and psychometric validation of the Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS). *Schizophrenia research*, 132(2-3), 140-145.
- IJsselsteijn, W. A., de Kort, Y. A. W., & Poels, K. (2013). *The Game Experience Questionnaire*. Technische Universiteit Eindhoven.
- IJsselsteijn, W., Poels, K., & de Kort, Y. (2008). *Measuring player experiences in digital games. Development of the Game Experience Questionnaire (GEQ)*. Manuscript in preparation.
- Johnson, D., Gardner, M. J., & Perry, R. (2018). Validation of two game experience scales: the player experience of need satisfaction (PENS) and game experience questionnaire (GEQ). *International Journal of Human-Computer Studies*, 118, 38-46.
- Joormann, J., & D'Avanzato, C. (2010). Emotion regulation in depression: Examining the role of cognitive processes: Cognition & Emotion Lecture at the 2009 ISRE Meeting. *Cognition and Emotion*, 24(6), 913-939.
- Joormann, J., & Quinn, M. E. (2014). Cognitive processes and emotion regulation in depression. *Depression and anxiety*, 31(4), 308-315.
- 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.

- Jordan, D. G., Winer, E. S., Salem, T., & Kilgore, J. (2018). Longitudinal evaluation of anhedonia as a mediator of fear of positive evaluation and other depressive symptoms. *Cognition and Emotion*, 32(7), 1437-1447.
- Kashdan, T. B., Elhai, J. D., & Frueh, B. C. (2006). Anhedonia and emotional numbing in combat veterans with PTSD. *Behaviour research and therapy*, 44(3), 457-467.
- 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. <https://doi.org/10.1080/14681994.2014.992408>.
- Khazanov, G. K., Forbes, C. N., Dunn, B. D., & Thase, M. E. (2022). Addressing anhedonia to increase depression treatment engagement. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 255-280.
- 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(5), 1280–1290. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0704-3>.
- Kubovy, M. (1999). On the pleasures of the mind. *Well-being: The foundations of hedonic psychology, 1999*, 134-154..
- Leak, G. K. (1991). An examination of the construct validity of the Social Anhedonia Scale. *Journal of personality assessment*, 56(1), 84-95.
- LePera, N. (2011). Relationships between boredom proneness, mindfulness, anxiety, depression, and substance use. *The New School Psychology Bulletin*, 8(2), 15-25.

- Leventhal, A. M., Chasson, G. S., Tapia, E., Miller, E. K., & Pettit, J. W. (2006). Measuring hedonic capacity in depression: a psychometric analysis of three anhedonia scales. *Journal of clinical psychology*, 62(12), 1545-1558.
- Leweke, F., Leichsenring, F., Kruse, J., & Hermes, S. (2012). Is alexithymia associated with specific mental disorders. *Psychopathology*, 45(1), 22-28.
- Li, L. Y., Cicero, D. C., Dodell-Feder, D., Germine, L., & Martin, E. A. (2021). Comparability of social anhedonia across epidemiological dimensions: A multinational study of measurement invariance of the Revised Social Anhedonia Scale. *Psychological assessment*, 33(2), 171.
- Lin, A., Gregor, S., & Ewing, M. (2008). Developing a scale to measure the enjoyment of web experiences. *Journal of Interactive Marketing*, 22(4), 40-57.
- 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)
- Loonen, A. J. M., & Ivanova, S. A. (2016). Circuits regulating pleasure and happiness in major depression. *Medical hypotheses*, 87, 14-21.
- 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
- Marazziti, D., Consoli, G., Picchetti, M., Carlini, M., & Faravelli, L. (2010). Cognitive impairment in major depression. *European journal of pharmacology*, 626(1), 83-86.
- Marder, S. R., & Galderisi, S. (2017). The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. *World Psychiatry*, 16(1), 14-24. <https://doi.org/10.1002/wps.20385>.
- Meehl, P. E. (1962). Psychopathology and purpose. In P. Hoch & J. Zubin (Eds.), *The future of psychiatry* (pp. 61-69). New York: Grune and Stratton. Reprinted in Meehl, *Selected philosophical and methodological papers* (pp. 265-271; C. A. Anderson and K. Gunderson, Eds.). Minneapolis: University of Minnesota Press, 1991.

- Mennin, D. S. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(1), 17-29.
- Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2014). *Emotion regulation therapy*. Handbook of emotion regulation, 2, 469-490.
- Meyer, T. D., & Keller, F. (2001). Exploring the latent structure of the perceptual aberration, magical ideation, and physical anhedonia scales in a German sample. *Journal of Personality Disorders*, 15(6), 521.
- Morgan, V. A., Waterreus, A., Carr, V., Castle, D., Cohen, M., Harvey, C., ... & Jablensky, A. (2017). Responding to challenges for people with psychotic illness: Updated evidence from the Survey of High Impact Psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(2), 124-140.
- Morris, T. H. (2020). Transformative learning through mindfulness: Exploring the mechanism of change. *Australian Journal of Adult Learning*, 60(1), 44-65.
- Müller, U. W., Witteman, C. L., Spijker, J., & Alpers, G. W. (2019). All's bad that ends bad: there is a peak-end memory bias in anxiety. *Frontiers in psychology*, 10, 1272.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1996). Evidence-based health policy—lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science*, 274(5288), 740-743.
- Murray, S. M., Brown, C. S., Kaye, W. H., & Wierenga, C. E. (2021). *Anhedonia in eating disorders*. In *Anhedonia: Preclinical, Translational, and Clinical Integration* (pp. 219-236). Cham: Springer International Publishing.
- Murrough, J. W., Iacoviello, B., Neumeister, A., Charney, D. S., & Iosifescu, D. V. (2011). Cognitive dysfunction in depression: neurocircuitry and new therapeutic strategies. *Neurobiology of learning and memory*, 96(4), 553-563.

- Nagata, S., & Kono, S. (2022). Depression and leisure-based meaning-making: anhedonia as a mediating factor. *Leisure Studies*, 41(2), 214-230.
- Nawijn, L., van Zuiden, M., Frijling, J. L., Koch, S. B., Veltman, D. J., & Olff, M. (2015). Reward functioning in PTSD: a systematic review exploring the mechanisms underlying anhedonia. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 51, 189-204.
- 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.
- O'brien, H. L., & Toms, E. G. (2013). Examining the generalizability of the User Engagement Scale (UES) in exploratory search. *Information Processing & Management*, 49(5), 1092-1107.
- Onur, E., Alkın, T., Sheridan, M. J., & Wise, T. N. (2013). Alexithymia and emotional intelligence in patients with panic disorder, generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *Psychiatric Quarterly*, 84(3), 303-311.
- Padrós-Blázquez, F., Martínez-Medina, M. P., Montoya-Pérez, K. S., & Montoya-Pérez, R. (2021). Psychometric properties of the Gaudiebility (Enjoyment modulators) Scale for Adults of Morelia (GSAM). *Plos one*, 16(7), e0252543.
- Palm, M. E., Elliott, R., McKie, S., Deakin, J. F. W., & Anderson, I. M. (2011). Attenuated responses to emotional expressions in women with generalized anxiety disorder. *Psychological medicine*, 41(5), 1009-1018.
- Paniccia, M. F., Gaudio, S., Puddu, A., Di Trani, M., Dakanalis, A., Gentile, S., & Di Ciommo, V. (2018). Alexithymia in parents and adolescents with generalised anxiety disorder. *Clinical Psychologist*, 22(3), 336-343.

- Parmentier, F. B., García-Toro, M., García-Campayo, J., Yañez, A. M., Andrés, P., & Gili, M. (2019). Mindfulness and symptoms of depression and anxiety in the general population: The mediating roles of worry, rumination, reappraisal and suppression. *Frontiers in psychology*, 10, 506.
- Paulus, M. P., Stein, M. B., Craske, M. G., Bookheimer, S., Taylor, C. T., Simmons, A. N., ... Fan, B. (2017). Latent variable analysis of positive and negative valence processing focused on symptom and behavioral units of analysis in mood and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 216, 17–29. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.046>.
- Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. E. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life. *Journal of happiness studies*, 6(1), 25-41.
- Petrocchi, N., & Ottaviani, C. (2016). Mindfulness facets distinctively predict depressive symptoms after two years: The mediating role of rumination. *Personality and Individual Differences*, 93, 92-96.
- Pizzagalli, D. A., Bogdan, R., Ratner, K. G., & Jahn, A. L. (2007). Increased perceived stress is associated with blunted hedonic capacity: potential implications for depression research. *Behaviour research and therapy*, 45(11), 2742-2753.
- Platt, B., Waters, A. M., Schulte-Koerne, G., Engelmann, L., & Salemink, E. (2017). A review of cognitive biases in youth depression: attention, interpretation and memory. *Cognition and Emotion*, 31(3), 462-483.
- Pushkarskaya, H., Sobowale, K., Henick, D., Tolin, D. F., Anticevic, A., Pearlson, G. D., ... & Pittenger, C. (2019). Contrasting contributions of anhedonia to obsessive-compulsive, hoarding, and post-traumatic stress disorders. *Journal of psychiatric research*, 109, 202-213.
- Reddy, M. S. (2010). Depression: the disorder and the burden. *Indian journal of psychological medicine*, 32(1), 1-2.

- Risbrough, V. B., Glynn, L. M., Davis, E. P., Sandman, C. A., Obenaus, A., Stern, H. S., ... & Baker, D. G. (2018). *Does anhedonia presage increased risk of posttraumatic stress disorder?*. In Behavioral neurobiology of PTSD (pp. 249-265). Springer, Cham.
- Ritsner, M., Kurs, R., Gibel, A., Ratner, Y., & Endicott, J. (2005). Validity of an abbreviated quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire (Q-LES-Q-18) for schizophrenia, schizoaffective, and mood disorder patients. *Quality of Life Research*, 14(7), 1693-1703.
- Rizvi S. (2015). *Anhedonia in major depressive disorder: exploration of a predictive clinical phenotype*. Toronto, Canada: University of Toronto; 2015.
- Rizvi, S. J., Pizzagalli, D. A., Sproule, B. A., & Kennedy, S. H. (2016). Assessing anhedonia in depression: Potentials and pitfalls. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 65, 21-35.
- Rizvi, S. J., Quilty, L. C., Sproule, B. A., Cyriac, A., Bagby, R. M., & Kennedy, S. H. (2015). Development and validation of the Dimensional Anhedonia Rating Scale (DARS) in a community sample and individuals with major depression. *Psychiatry research*, 229(1-2), 109-119.
- Rottenberg, J., Gross, J. J., & Gotlib, I. H. (2005). Emotion context insensitivity in major depressive disorder. *Journal of abnormal psychology*, 114(4), 627.
- Seedat, S., Scott, K. M., Angermeyer, M. C., Berglund, P., Bromet, E. J., Brugha, T. S., ... & Kessler, R. C. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of general psychiatry*, 66(7), 785-795.
- Shankman, S. A., Nelson, B. D., Harrow, M., & Faull, R. (2010). Does physical anhedonia play a role in depression? A 20-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 120(1-3), 170-176. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.05.002>.

- Sharma, P. K., & Kumra, R. (2022). Relationship between mindfulness, depression, anxiety and stress: Mediating role of self-efficacy. *Personality and Individual Differences, 186*, 111363.
- Silvia, P. J., & Kwapil, T. R. (2011). Aberrant asociality: How individual differences in social anhedonia illuminate the need to belong. *Journal of Personality, 79*(6), 1315-1332.
- Sirota, N. A., Moskovchenko, D. V., Yaltonsky, V. M., & Yaltonskaya, A. V. (2018). The role of emotional schemas in anxiety and depression among russian medical students. *Psychology in Russia: state of the art, 11*(4), 130-143.
- 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.
- Strauss, G. P., & Gold, J. M. (2012). A new perspective on anhedonia in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 169*(4), 364–373. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11030447>.
- Su, Y. A., & Si, T. (2022). Progress and challenges in research of the mechanisms of anhedonia in major depressive disorder. *General psychiatry, 35*(1).
- Taqavi, M., Najafi, M., Kianersi, F., & Aqayan, S. (2013). Comparing of alexithymia, defensive styles and state-trait anxiety among patients with generalized anxiety disorder major depression disorder and normal individuals. *Journal of clinical psychology, 5*(2), 67-76.
- Tariq, A., Quayle, E., Lawrie, S. M., Reid, C., & Chan, S. W. (2021a). Relationship between Early Maladaptive Schemas and Anxiety in Adolescence and Young Adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders, 295*, 1462-1473.
- Tariq, A., Reid, C., & Chan, S. W. (2021b). A meta-analysis of the relationship between early maladaptive schemas and depression in adolescence and young adulthood. *Psychological Medicine, 51*(8), 1233-1248.

- Taylor, C. T., Hoffman, S. N., & Khan, A. J. (2022). *Anhedonia in anxiety disorders. In Anhedonia: Preclinical, Translational, and Clinical Integration* (pp. 201-218). Cham: Springer International Publishing.
- Tchanturia, K., Davies, H., Harrison, A., Fox, J. R. E., Treasure, J., & Schmidt, U. (2012). Altered social hedonic processing in eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 45(8), 962–969. <https://doi.org/10.1002/eat.22032>.
- 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.
- Toren, P., Sadeh, M., Wolmer, L., Eldar, S., Koren, S., Weizman, R., & Laor, N. (2000). Neurocognitive correlates of anxiety disorders in children: A preliminary report. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(3), 239-247.
- Tragesser, S. L., Trull, T. J., Sher, K. J., & Park, A. (2008). Drinking motives as mediators in the relation between personality disorder symptoms and alcohol use disorder. *Journal of personality disorders*, 22(5), 525.
- 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>.
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature reviews Disease primers*, 5(1), 1-22.
- Van't Veer, A., & Carlezon, W. A. (2013). Role of kappa-opioid receptors in stress and anxiety-related behavior. *Psychopharmacology*, 229(3), 435-452.

- Vinckier, F., Gourion, D., & Mouchabac, S. (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.
- Vives, M., López-Navarro, E., García-Campayo, J., & Gili, M. (2015). Cognitive impairments and depression: a critical review. *Actas Esp Psiquiatr*, 43(5), 187-193.
- Vos, T., Barber, R. M., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biryukov, S., Bolliger, I., ... & Brugha, T. S. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The lancet*, 386(9995), 743-800.
- Warner, R. (1980). Enjoyment. *The philosophical review*, 89(4), 507-526.
- 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*, 1-15.
- 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
- Watson, D. (2009). Differentiating the mood and anxiety disorders: A quadripartite model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1), 221–247. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153510>.
- Watson, D., & Naragon-Gainey, K. (2010). On the specificity of positive emotional dysfunction in psychopathology: Evidence from the mood and anxiety disorders and schizophrenia/schizotypy. *Clinical Psychology Review*, 30, 839–848. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.002>.

- Whooley, M. A., & Wong, J. M. (2013). Depression and cardiovascular disorders. *Annu Rev Clin Psychol*, 9(1), 327-354.
- Winterstein, B. P., Silvia, P. J., Kwapil, T. R., Kaufman, J. C., Reiter-Palmon, R., & Wigert, B. (2011). Brief assessment of schizotypy: Developing short forms of the Wisconsin Schizotypy Scales. *Personality and Individual Differences*, 51(8), 920-924.
- World Health Organization, WHO, & WHO Staff. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines* (Vol. 1). World Health Organization.
- Yüksel, A., & Bahadır-Yılmaz, E. (2019). Relationship between depression, anxiety, cognitive distortions, and psychological well-being among nursing students. *Perspectives in psychiatric care*, 55(4), 690-696.
- Zhiguo, W. U., & Yiru, F. A. N. G. (2014). Comorbidity of depressive and anxiety disorders: challenges in diagnosis and assessment. *Shanghai archives of psychiatry*, 26(4), 227.