



فاعلية العلاج بالتنشيط السلوكي في علاج الاكتئاب لدى المراهقين

دراسة حالة

د. أحمد مجاور عبدالعليم*

a.abdelaliem@qu.edu.sa

الملخص:

هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية التدخل العلاجي القائم على التنشيط السلوكي في علاج الاكتئاب لدى المراهقين، من خلال دراسة حالة تجريبية (مراهق). وقد اعتمدت الدراسة على منهج دراسة الحالة، لمراهق يعاني من الاكتئاب الشديد، انطلاقاً من تحديد مشكلات الحالة وصياغتها؛ حيث إن عمر الحالة (22) عامًا وهو طالب جامعي، طُبّق عليه مقياس التنشيط السلوكي (Kanter, et al., 2007, 2009) (ترجمة مجاور، قيد النشر) وقائمة بيك الثانية للاكتئاب (غريب، 2000) والمقياس العيادي للقلق والاكتئاب (Terkawi, et al., 2017) بقياسات متكررة (قبلي، وبعدي، وتتبعي1، وتتبعي2). وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن معدلات التحسن لدى الحالة التجريبية أثرت جوهرياً بدرجة مرتفعة في انخفاض أعراض الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج العلاجي وبعد انتهاء فترة المتابعة، وأن هناك آثاراً إيجابية جوهرياً للتدخل العلاجي في تنمية مستوى التنشيط السلوكي لدى الحالة التجريبية بعد تطبيق جلسات البرنامج العلاجي، وبعد انتهاء فترة المتابعة؛ ما يشير إلى فاعلية التنشيط السلوكي في خفض أعراض الاكتئاب لدى المراهقين.

كلمات مفتاحية: التنشيط السلوكي، الاكتئاب، المراهقين، دراسة حالة.

* أستاذ الصحة النفسية المشارك - قسم علم النفس - كلية التربية - جامعة القصيم - المملكة العربية السعودية.

للاقتباس: عبدالعليم، أحمد مجاور. (2023). فاعلية العلاج بالتنشيط السلوكي في علاج الاكتئاب لدى المراهقين- دراسة حالة. مجلة الآداب للدراسات النفسية والتربوية، 5(4)، 61-9.

© نُشر هذا البحث وفقاً لشروط الرخصة Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)، التي تسمح بنسخ البحث وتوزيعه ونقله بأي شكل من الأشكال، كما تسمح بتكييف البحث أو تحويله أو إضافته إليه لأي غرض كان، بما في ذلك الأغراض التجارية، شريطة نسبة العمل إلى صاحبه مع بيان أي تعديلات أُجريت عليه.



Effectiveness of Behavioral Activation Therapy in Treating Depression in Adolescents: A Case Study

Dr. Ahmed Megawer Abdelaliem*

a.abdelaliem@qu.edu.sa

Abstract:

The study aimed to investigate the effectiveness of the behavioral activation-based therapeutic intervention in treating depression in adolescents through an experimental case study involving a teenager. The study adopted a case study approach involving a teenager suffering from severe depression, and began by identifying and formulating the case issues. The adolescent was a college student at the age of 22. The Behavioral Activation Scale (Kanter, 2007, 2009) (Translated by Megawer, in press), the Beck Depression Inventory-II (Ghareeb, 2000), and the Clinical Anxiety and Depression Scale (Terkawi, et al., 2017) were applied to the case. These scales were repeated at various stages (pre, post, follow-up 1, and follow-up 2). The study results revealed that the improvement rates in the experimental case were significantly high which led to reducing depression symptoms after the implementation of the therapeutic program and at the end of follow-up period. The therapeutic intervention also had significant positive effects on the development of behavioral activation levels in the experimental case after the implementation of the therapeutic program and at the end of the follow-up period. This suggests that the behavioral activation had an effect on reducing symptoms of depression in adolescents.

Keywords: Behavioral activation, Depression, Adolescents, Case study

* Associate Professor of Mental Health, Department of Psychology, Faculty of Education, Qassim University, Saudi Arabia

Cite this article as: Abdelaliem, Ahmed Megawer. (2023). Effectiveness of Behavioral Activation Therapy in Treating Depression in Adolescents: A Case Study, *Journal of Arts for Psychological & Educational Studies*, 5(3). 9-61.

© This material is published under the license of Attribution 4.0 International (CC BY 4.0), which allows the user to copy and redistribute the material in any medium or format. It also allows adapting, transforming or adding to the material for any purpose, even commercially, as long as such modifications are highlighted and the material is credited to its author.



مقدمة:

يُعتبر الاكتئاب من الاضطرابات الوجدانية، التي تصف الحالة المزاجية للفرد، وقد يتضمن مشاعر الزهق أو مشاعر الذنب والشعور بفقدان القيمة وانخفاض تقدير الذات وفتور الهمة واللامبالاة. ويتضمن اضطراب الاكتئاب زملة من الأعراض المرضية، تتمثل في: فقدان الاهتمام، والقلق، واضطرابات النوم، وفقدان الشهية، ونقص الطاقة والأفكار الانتحارية. وقد توجد فيها حالات بكاء وبطء في الحديث والفعل، وأحياناً توجد أعراض انسحابية ويعاني بعض المرضى من الهلاوس، والتي غالباً ما تكون أصواتاً تسخر منهم، وقد تكون لديهم هذياناً، حول أنهم مسئولون عن مأسى رهيبه (ليندزاي وبول، 2000).

ويُعتبر الاكتئاب بشكل عام عن حالة صحية عقلية سائدة ومعيقة تتميز بالحزن وقلة الاهتمام، وتتسم بالعديد من الأعراض التي أشارت إليها الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association [APA] في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية-DSM-5 (2013) وهي: المزاج المكتئب معظم اليوم (الشعور بالحزن، أو الفراغ، أو اليأس)، تناقص ملحوظ في الاهتمامات أو المتعة في كل الأنشطة التي يمارسها الفرد، واضطراب في وزن الجسم، والأرق أو كثرة النوم، والاهتياج أو التأخر النفسي الحركي، والإرهاق أو فقدان الطاقة والجهد، ومشاعر التحقير وعدم القيمة، وتناقص القدرة على التفكير أو التركيز، أو اتخاذ القرارات، والأفكار المتكررة عن الموت، إلى جانب التفكير في الانتحار بشكل متكرر.

وتبعاً لتصنيف العالمي الحادي عشر للأمراض -الفصل السادس- والصادر عن منظمة الصحة العالمية WHO (2021)، فإن الاضطرابات الاكتئابية تتميز بمزاج اكتئابي (مثل الحزن وسرعة التهيج والفراغ) أو بفقدان الشعور بالمتعة مع أعراض معرفية وسلوكية وعصبية مرافقة؛ مما يؤثر على قدرة الفرد على أدائه لوظائفه. وتتمثل الأعراض المرضية للاكتئاب في: انخفاض المزاج وقلة النشاط، واضطراب القدرة على الاستمتاع والاهتمام بالأشياء والتركيز، وصعوبة بالغة في الاستمرار في القيام بالأنشطة الاجتماعية أو المهنية أو الأكاديمية أو الأسرية. ويشيع الشعور بالتعب والإرهاق الشديد بعد أقل مجهود، وعادة ما يكون النوم مضطرباً والشهية للطعام قليلة، مع انخفاض تقدير الذات والثقة بالنفس، والإحساس بالذنب أو فقدان القيمة. ويبدو المستقبل مظلماً وتشيع الأفكار والأفعال الانتحارية، ويصاحب ذلك بعض الأعراض الجسدية كفقدان الاهتمام



والأحاسيس المبهجة والاستيقاظ مرات عديدة أثناء النوم، وبطء نفسحركي وفقدان الشهية وفقدان الوزن والرغبة الجنسية (عكاشة، 2017).

ويعدّ الاكتئاب اضطرابًا عقليًا منتشرًا للغاية في جميع أنحاء العالم؛ حيث يقدر معدل انتشاره بنسبة 10,8% (Lim, et al., 2018)، و10-15% (Lépine & Briley, 2011). وقد أوضح المعهد الوطني للصحة العقلية (NIMH) The National Institute of Mental Health أنه في عام 2017م، كان أكثر من 3,2 ملايين أمريكي، ممن تتراوح أعمارهم بين 12 و17 عامًا يعانون من الاكتئاب (Hossain, et al., 2017).

كما أشارت تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى أنه من بين كل ستة أفراد ممن تتراوح أعمارهم بين 10-21 عامًا، يعاني شخص واحد من الاكتئاب. وهي الفئة العمرية الأبرز بين الفئات العمرية الأخرى (Lu, 2019). وحسب تقديرات معهد التقييم والإحصاءات الصحية¹ Institute of Health Metrics and Evaluation فإن 3,8% من السكان حول العالم يعانون من الاكتئاب، بما في ذلك 5% من البالغين؛ حيث يعاني نحو 280 مليون شخص في العالم من الاكتئاب. علاوة على ذلك، يشير فريدريش (2017) Friedrich إلى أن ما يثير القلق هو حقيقة أن 80% من حالات الاكتئاب بين المراهقين والشباب لا تزال غير مكتشفة بسبب الفجوات في أنظمة وعمليات وأطر الرعاية الصحية والاجتماعية.

وبالرجوع لنتائج المسح الوطني السعودي للصحة النفسية بالمملكة العربية السعودية، تبين أن نسبة انتشار الاكتئاب الأساسي بشكل عام كانت 6% (مركز الملك سلمان لأبحاث الإعاقة، أكتوبر 2019). بينما أشارت نتائج المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية بالمملكة إلى أن معدل انتشار أعراض الاكتئاب بلغت نسبته 12,7% لعام 2022م، كما أوضح المركز أن زيادة معدلات الإصابة بالاكتئاب قد تتضح لدى الأشخاص الذين لا يمارسون نشاطًا بدنيًا (وكالة الأنباء السعودية [واس]، يناير 2023)².

ومن العلاجات النفسية لعلاج الاكتئاب، الوسائل الطبية والنفسية؛ حيث تتضمن الطرق الأولى استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب، والعلاج بالصدمات الكهربائية، بينما تتنوع الطرق غير

¹ [Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange \(GHDx\). Accessed 1 March 2023](https://www.gbd.org/dataset/global-health-data-exchange)

² <https://www.spa.gov.sa/w1838334>

الطبية-النفسية-، وتتضمن الأساليب العلاجية السلوكية (مثل: الاسترخاء العضلي التدريجي، والإغراق، والاتفاق التعاقدية، وزيادة المشاركة في الأنشطة السارة أو التنشيط السلوكي، والتدريب على المهارات الاجتماعية، والعلاج الأسري السلوكي). وهناك الأساليب العلاجية المعرفية (مثل: العلاج المعرفي للعالم بيك، والعلاج الوجداني العقلاني، وحل المشكلات، والتشريط المعرفي)، بالإضافة إلى استخدام طرق أخرى مثل: التمرينات والعلاج التفاعلي، وخفض مشاعر فقدان الحيلة، والعلاج المعرفي السلوكي (ليندزاي وبول، 2000).

ويتسم الأفراد المصابون بالاكتئاب بالهبوط الحركي، والكسل العام والخمول الذهني والجسدي، والذي يصل أحياناً إلى حد ضعف الحركة والنشاط وبطء الحركة، وهنا يتوقف الفرد عن الحركة والكلام والطعام والشراب وتحتاج مثل هذه الحالات إلى التدخل العلاجي الضروري، ومنه العلاج النفسي القائم على التنشيط السلوكي (عكاشة، 2017).

حيث يُعتبر التنشيط السلوكي علاجاً فعالاً للاكتئاب (Cuijpers, et al., 2007; Stein, Carl,) كما يُعتبر أيضاً علاجاً فعالاً من حيث التكلفة ويمكن تقديمه بسهولة، سواء للأفراد أو في مجموعات (Cuijpers, Karyotaki, & Smits, 2021). ومع ذلك، فهناك حاجة إلى مزيد من البحوث لتوضيح تأثيرات العلاج القائم على التنشيط السلوكي في علاج الأعراض الاكتئابية (Janssen, et al., 2021).

وقد شهد العقد الماضي تجددًا في الفحص التجريبي للعلاجات السلوكية (Hayes, et al., 2004)؛ حيث ركزت أبحاث تطوير العلاج والتدخل على دمج الفهم المعاصر للنظريات السلوكية مع المعرفة الناتجة عن أبحاث العلاج السلوكي في السبعينيات، وكانت إحدى النتائج هي التطوير والدعم التجريبي لنوعين مختلفين من التنشيط السلوكي: التنشيط السلوكي (Martell, et al., 2001) والتنشيط السلوكي الموجز للاكتئاب (Lejuez, et al., 2001). وتشارك هذه التدخلات العلاجية في التقنيات الأساسية التي تم تعريفها وظيفياً على أنها تساعد العملاء على تحديد مصادر التعزيز الإيجابي والوصول إليها والحفاظ عليها، بناءً على أهدافهم وقيمهم، وقد أثبت كلا التدخلين فعالتهما مع مجموعة متنوعة من الحالات النفسية وخاصة الاكتئاب (Cuijpers, et al., 2007; Ekers, et al., 2014; Hopko, et al. 2003).



وتقوم النظرية التي يستند عليها التنشيط السلوكي -والممتجدة في الأطر السلوكية- على تفسير الاكتئاب كنتيجة لانخفاض مستويات التعزيز الإيجابي (المشروط بالاستجابة): ويعني عواقب التفاعل البيئي الذي يزيد من احتمالية سلوك معين، وتفترض النظرية أن نقص هذا التعزيز الإيجابي يمكن أن يؤدي إلى انخفاض النشاط السلوكي أو الانسحاب من البيئة المحيطة؛ مما يُعجل بظهور الأعراض الاكتئاب (Manos, et al., 2010).

ولذلك، فإن الانخراط في أنشطة ومهام في التنشيط السلوكي يمكن أن يساعد في كسر الدورة السلبية للاكتئاب، من خلال تعزيز المشاركة الهادفة والتكيفية في الحياة (Martell, et al., 2013). ويسمح هذا الأساس النظري القوي بتقييم التغيرات في مستويات التنشيط والتجنب -أي مستوى التنشيط- باعتبارها العلاج المفترض للتغيير في علاج أعراض الاكتئاب (Curry & Meyer, 2016). ومع ذلك، لا تزال هناك فجوتان بحثيتان: أولاً، على النقيض تماماً من البحث في العمليات المعرفية، فإن هناك أدلة تجريبية محدودة على فاعلية العلاج القائم على التنشيط السلوكي كعلاج محتمل وفعال (Lemmens, Müller, Arntz, & Huibers, 2016; Moreno-Peral et al., 2020)، وثانيتهما، أنه نادراً ما يتم فحص العلاج القائم على التنشيط السلوكي كعلاج مستقل بعيداً عن العلاجات المقترنة به كالسلوكية أو المعرفية (Janssen, et al., 2021)، مما يشير إلى أن هناك حاجة إلى مزيد من الدراسات للتحقق من ذلك.

حيث يعتبر نهج التنشيط السلوكي من المناهج العلاجية التي أثبتت التجارب فعاليتها عند التعامل مع المراهقين الذين يعانون من حالات الاكتئاب (Sanchez, 2022). كما أوضح ديميدجيان وآخرون (Dimidjian et al., 2011) أن هذا التدخل يتضمن تطبيق استراتيجيات فعالة للغاية، من خلال التركيز على الأدلة القائلة بأنه عندما يتعرض الشخص العادي للتوتر، فإنه يميل إلى الابتعاد عن الأشياء والأحداث والأشخاص والتجارب التي من شأنها أن تولد السعادة أو المتعة. وبدلاً من ذلك، فإن الشخص المتوتر أو المكتئب سيعزز تجاربه السلبية من خلال المزيد من التجارب السلبية التي تظهر ظروفه وحالته. وباستخدام التنشيط السلوكي، يمكن دعم الأفراد -وخاصة المراهقين- بحيث يمكن توجيههم في رحلة مثيرة للذكريات والتجارب التي ستؤدي إلى مزاج إيجابي؛ ما يعني ضمناً أن الحالة المزاجية للأفراد تظل إيجابية لفترة طويلة، من خلال التكرار، بحيث يتم التخلص تماماً



من التجارب السلبية التي تترجم إلى التوتر والاكتئاب في نهاية المطاف؛ مما يترك الفرد خاليًا من الاكتئاب (Jacobson, et al., 2001).

وقد بحثت معظم الأبحاث في التنشيط السلوكي كعنصر من عناصر العلاج السلوكي المعرفي (على سبيل المثال، Van Luenen, Kraaij, Spinhoven, Wilderjans, & Garnefski, 2019)، والتي يختلف الافتراض النظري الأساسي عنها، مما يشير بدلاً من ذلك إلى أن التغيير السلوكي يساعد على تحسين الأعراض من خلال إعادة الهيكلة المعرفية.

كما أكدت العديد من الدراسات على فاعلية التنشيط السلوكي لعلاج الاكتئاب بشكل مستقل عن باقي العلاجات الأخرى (Dimidjian, et al., 2017; Gaynor & Harris, 2008; Nasrin, et al., 2017; Richards, et al., 2016; Rovner, et al., 2014; Santos, et al., 2019; Silverstein, et al., 2017; Weidberg, et al., 2021; Van Luenen, et al., 2019)، ولم يقدّم أي منهم بتقييم التنشيط السلوكي أثناء العلاج؛ مما يحول دون التحقق من الفاعلية العلاجية خلال الجلسات للممارسات التي تم التدريب عليها (Weidberg, et al., 2021). ومن ثم، هناك حاجة لتجارب مدعومة بشكل مناسب لتدخلات التنشيط السلوكي بشكل مستقل لعلاج الاكتئاب للتحقق من مدى فاعلية مستوى التنشيط في عملية العلاج، في حين أشارت إحدى التجارب العلاجية إلى فاعلية التنشيط السلوكي في علاج الاكتئاب لدى المراهقين (McCauley, et al., 2016).

ويهدف هذا الأسلوب العلاجي إلى زيادة النشاط والتعرض للتعزيز الإيجابي، مع تقليل التعزيز للسلوك الاكتئابي، ويعتمد على استخدام أربعة مفاهيم رئيسة هي: النظر في مجالات الحياة الرئيسية، وتحديد القيم في كل مجال من مجالات الحياة، والاختيار والمشاركة اليومية في الأنشطة القيمة، والبناء وتقديم الدعم المتاح لعيش حياة ذات قيمة (عبدالفتاح، 2022؛ Clark, 2011).

ويمكن أن يكون التنشيط السلوكي بمثابة تدخل مفيد من شأنه أن يساعد في الحد من أعراض الاكتئاب. ومن ثم تسعى الدراسة الحالية إلى التحقق من فاعلية بروتوكول التدخل العلاجي القائم على التنشيط السلوكي للأفراد الذين يعانون من أعراض الاكتئاب المتوسطة إلى الشديدة، من خلال التطبيق على حالة مراهق يعاني من أعراض الاكتئاب الأساسي.



مشكلة الدراسة:

يعد الاضطراب الاكتئابي الشديد (MDD) حالة منهكة تؤثر على 4,4% من عامة السكان البالغين (WHO, 2017)؛ حيث يتميز المريض بوجود اضطرابات مزاجية، وضعف القدرة على تنظيم المشاعر الإيجابية والسلبية؛ مما يؤثر على الأداء اليومي للمصابين؛ ويؤدي إلى ضائقة كبيرة وانخفاض نوعية الحياة (Marroquín, & Nolen-Hoeksema, 2015). بالإضافة إلى فقدان الاهتمام والمتعة في الأنشطة اليومية؛ وإلى تجنب المواقف الممتعة، ومن ثم، العزلة الاجتماعية العالية (Wenze; et al., 2012).

وتساهم هذه التحيزات، والسمات في خلق حلقة مفرغة غير قادرة على التكيف مع الحياة، وإلى إطالة الإصابة بأعراض الاكتئاب، ومن ثم فإن هذا التصرف السلبي الموجه نحو المستقبل من شأنه أن يعزز تجنب الأنشطة الممتعة والإيجابية، ويقلل من احتمالية الانخراط في سلوكيات قد تساهم في زيادة شعور الفرد بالإنجاز والإتقان، ونتيجة لذلك، يواجه مرضى الاكتئاب فرصاً أقل لتحسين مزاجهم؛ مما يزيد من شدة الأعراض (Martell; et al., 2013).

ومن التدخلات العلاجية لاضطراب الاكتئاب، نهج التنشيط السلوكي، وهو قابل للتطبيق بشكل أساسي ومستقل، خاصة مع المراهقين؛ نظراً لبساطته في التطبيق، وتركيزه على ثلاثة جوانب أساسية في العلاج هي:

أولاً، يُستخدم التنشيط السلوكي لزيادة تعرض المراهق للتجارب والخبرات التي ستكافئه بمزاج إيجابي وسعيد، مع تجاهل التجارب والخبرات السلبية؛ فبدلاً من التركيز على القضايا والجوانب المسؤولة عن ميول الانسحاب التي تظهر لدى المراهق، يتم التركيز على دعم المنشطات والمثيرات الإيجابية.

ثانياً، يعتبر هذا النهج قابلاً للممارسة وللتطبيق لأنه يعمل على تحديد المشكلات التي يعاني منها المراهق وتحول دون الحالة المزاجية الإيجابية والحد منها لاحقاً، من خلال عدم التركيز عليها وإعطاء الكثير من الاهتمام للعوائق؛ ما يدفعه إلى عيش حياة أكثر ملاءمة بمزاج جيد.

ثالثاً، التعرف على أنماط تجنب التجارب والخبرات المثيرة، التي قد تكون ساهمت في الإصابة بأعراض الاكتئاب، ومن ثم تعطي أنماط التجنب المعالج دليلاً حول المجالات التي يجب التركيز عليها عند توجيه المراهق خلال النهج العلاجي (Sanchez, 2022).

وتبقى الدراسات التي تناولت التدخل العلاجي القائم على التنشيط السلوكي في علاج أعراض الاكتئاب، محدودة ونادرة على مستوى البيئة العربية، رغم أهميته ورغم تأكيد العديد من الدراسات الأجنبية على فعاليته، وكان هذا مبررًا للتحقق من فاعلية التدخل العلاجي في الدراسة الحالية، في محاولة لاستيضاح أثر هذا العلاج في تخفيف أعراض اضطراب الاكتئاب لدى المراهقين، بالتطبيق على حالة مراهق يعاني من اضطراب الاكتئاب الأساسي.

ويسعى هذا العلاج إلى استبدال استراتيجيات التجنب باستراتيجيات أكثر فائدة لإدارة الصعوبات؛ من خلال زيادة المشاركة في الأنشطة الاجتماعية والشخصية الممتعة، مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى التأثيرات الإيجابية وتقليل أعراض الاكتئاب وزيادة التأثير الإيجابي اللاحق.

وقد أشارت العديد من الدراسات إلى فاعلية هذا التدخل العلاجي في علاج أعراض الاكتئاب، سواء طبق بشكل جماعي (Gómez-جماعي، 2023; Rethorst, et al., 2023; Limpächer, et al., 2023) أو بشكل فردي من خلال دراسات الحالة (Pérez, et al., 2018; Pass, & Reynolds, 2014; Colombo, et al., 2022; Mairal, 2011). وفي ضوء ذلك يمكن بلورة مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيس الآتي:

ما أثر التدخل العلاجي القائم على التنشيط السلوكي في خفض أعراض الاكتئاب لدى الحالة التجريبية؟

ويتفرع عن هذا السؤال الأسئلة الفرعية الآتية:

1. ما قدر التحسن لدى الحالة التجريبية في أعراض الاكتئاب قبل التدخل العلاجي القائم على التنشيط السلوكي وبعد تطبيق جلسات البرنامج العلاجي مباشرة، وبعد انتهاء الجلسات بفترة زمنية محددة (ثمانية أسابيع) خلال فترة المتابعة؟

2. هل يوجد تأثير للتدخل العلاجي في تنمية مستوى التنشيط السلوكي لدى الحال التجريبية بعد تطبيق جلسات البرنامج العلاجي مباشرة، وبعد انتهاء الجلسات بفترة زمنية محددة (ثمانية أسابيع) خلال فترة المتابعة؟



وللإجابة على أسئلة الدراسة تم صياغة الفرضيات الآتية:

- 1- معدلات التحسن لدى الحالة التجريبية أعلى جوهرياً في انخفاض أعراض الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج العلاجي وبعد انتهاء فترة المتابعة.
- 2- هناك آثار إيجابية جوهرية للتدخل العلاجي في تنمية مستوى التنشيط السلوكي لدى الحال التجريبية بعد تطبيق جلسات البرنامج العلاجي، وبعد انتهاء فترة المتابعة.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

- 1- الكشف عن مدى فاعلية التدخل العلاجي القائم على التنشيط السلوكي في علاج أعراض الاكتئاب لدى الحالة التجريبية.
- 2- التعرف على تأثير التدخل العلاجي في تحسين مستوى التنشيط السلوكي لدى الحالة التجريبية بعد تطبيق البرنامج.
- 3- التحقق من امتداد أثر جلسات التدخل العلاجي القائم على التنشيط السلوكي في علاج أعراض الاكتئاب لدى الحالة التجريبية إلى ما بعد انتهاء البرنامج العلاجي بفترة زمنية محددة "فترة المتابعة".

أهمية الدراسة:

تبرز أهمية الدراسة الحالية فيما يلي:

أولاً: من الناحية النظرية:

- التركيز على أحد أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً بين المراهقين، وهو اضطراب الاكتئاب، والذي يظهر في التأثير السلبي على توافقهم النفسي والاجتماعي والأكاديمي..
- تناول أحد التدخلات العلاجية المستندة على نظرية العلاج المعرفي السلوكي، وهو التنشيط السلوكي، وسهولة تطبيقه وفق مبادئ علاجية بسيطة، تأتي آثارها الإيجابية بشكل سريع على الأفراد المصابين بالاكتئاب.
- في حدود علم وإطلاع الباحث على الدراسات السابقة في البيئة العربية، فإن هناك ندرة في الدراسات التي تناولت التدخل العلاجي القائم على التنشيط السلوكي في علاج أعراض اضطراب الاكتئاب وخاصة لدى المراهقين.



ثانيًا: من الناحية التطبيقية:

1- توفير برنامج علاجي قائم على التنشيط السلوكي في علاج أعراض اضطراب الاكتئاب لدى المراهقين، بما يتناسب ويتلاءم مع البيئة العربية؛ مما يساهم بدرجة كبيرة في تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي والأكاديمي لديهم.

2- توجيه أنظار العاملين في المجال التربوي والنفسي إلى الاهتمام بفئة المراهقين الذين يعانون من اضطراب الاكتئاب والسعي نحو تقديم خدمات إرشادية وعلاجية لهذه الفئة؛ من أجل مساعدتهم في التخلص من أعراض هذا الاضطراب.

مصطلحات ومفاهيم الدراسة:

(1) اضطراب الاكتئاب Depression disorder:

عرّفه الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية DSM-5 والصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي [APA] (مجاور، 2016) بأنه "اضطراب مزاجي يتميز بالشعور المستمر بالحزن واليأس وفقدان الاهتمام أو المتعة بالأنشطة. ويتضمن الاكتئاب مجموعة من الأعراض العاطفية والإدراكية والجسدية التي تؤثر بشكل كبير على الوظائف اليومية. ولتشخيص اضطراب الاكتئاب، يجب أن يعاني الفرد من خمسة أعراض على الأقل من الأعراض التالية لفترة مستمرة لا تقل عن أسبوعين:

- حالة مزاجية مكتئبة معظم الوقت، تقريبًا كل يوم.
- انخفاض ملحوظ في الاهتمام أو المتعة بجميع الأنشطة، أو تقريبًا جميعها.
- فقدان وزن كبير أو زيادة في الوزن، أو اضطراب في الشهية.
- أرق أو نعاس زائد تقريبًا كل يوم.
- حركات جسدية متهيجة أو بطيئة تقريبًا كل يوم.
- إرهاق أو فقدان للطاقة.
- مشاعر تحقير الذات أو الشعور بالذنب المفرط.



- ضعف القدرة على التفكير أو التركيز أو اتخاذ القرارات.

- أفكار متكررة عن الموت أو التفكير في الانتحار أو محاولات الانتحار.

بالإضافة إلى ذلك فقد أشار دليل الاضطرابات العقلية والسلوكية في التصنيف الدولي للأمراض-المراجعة الحادية عشرة ICD-11 والصادر عن منظمة الصحة العالمية WHO (2022) إلى أن اضطراب الاكتئاب يُعرف بأنه حالة مرضية تتميز بانخفاض مزاجي شديد ومستمر يؤثر على الحياة اليومية للفرد. مع ضرورة أن تكون الأعراض مستمرة لمدة لا تقل عن أسبوعين، وأن تسبب تأثيرًا سلبيًا على الحياة الشخصية والاجتماعية للفرد. ويتضمن التشخيص المعايير التالية:

1. وجود أحد الأعراض الرئيسية الثلاثة الآتية:

-انخفاض مزاجي شديد ودائم.

-فقدان الاهتمام والمتعة في معظم الأنشطة.

-فقدان الطاقة والشعور بالإرهاق الشديد.

2. وجود أربعة أعراض إضافية على الأقل من الأعراض التالية:

-زيادة أو انخفاض في الشهية والوزن.

-اضطراب في النوم (أرق أو زيادة في النوم).

-اضطراب في الحركة والتحرك (تباطؤ أو اضطراب في الحركة).

-صعوبة في التركيز واتخاذ القرارات.

-أفكار متكررة عن الموت أو الانتحار.

ويمكن تعريف اضطراب الاكتئاب إجرائياً بأنه: حالة مرضية تتميز بانخفاض مزاجي شديد ومستمر يؤثر على الحياة اليومية للفرد، ويصاحب ذلك فقدان الاهتمام والمتعة في الأنشطة السابقة المحببة، وفقدان الطاقة، والشعور بالإرهاق الشديد، وصعوبة في التركيز واتخاذ القرارات، واضطراب في النوم، مع زيادة أو انخفاض في الشهية والوزن، وأفكار متكررة عن الموت أو الانتحار، ويحدد بالدرجة التي يحصل عليها الفرد على المقاييس التشخيصية المستخدمة في الدراسة الحالية.



(2) - التنشيط السلوكي Behavioral activation:

التنشيط السلوكي هو نهج علاجي يستخدم في علاج اضطراب الاكتئاب وبعض الاضطرابات العاطفية الأخرى، ويهدف هذا النهج إلى تعزيز المشاركة في الأنشطة الإيجابية والممتعة في الحياة اليومية لدى الفرد المصاب بالاكتئاب، والتي تساعد في تحسين المزاج والشعور بالرضا والسعادة. ويتضمن مجموعة متنوعة من الأنشطة التي تعزز الرفاهية النفسية والعاطفية وتوفر متعة ورضا للفرد؛ حيث يتم تحديد هذه الأنشطة بناءً على اهتمامات وقدرات الشخص المصاب بالاكتئاب. وقد تشمل هذه الأنشطة القراءة، وممارسة التمارين الرياضية، والاهتمام بالهوايات، والاجتماع مع الأصدقاء، والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية والتطوعية (Chambless & Ollendick, 2001; DeRubeis, et al., 2005).

ويعتمد التنشيط السلوكي على مفهوم أن النشاط والمشاركة في الأنشطة الإيجابية يمكن أن يساعد في تحسين المزاج والشعور بالرضا والسعادة. ويمكن استخدام هذا النهج كجزء من برامج العلاج النفسي المعروفة مثل العلاج السلوكي المعرفي والعلاج النفسي الاجتماعي (Hollon, et al., 2002).

العلاج بالتنشيط السلوكي Behavioral Activation Therapy:

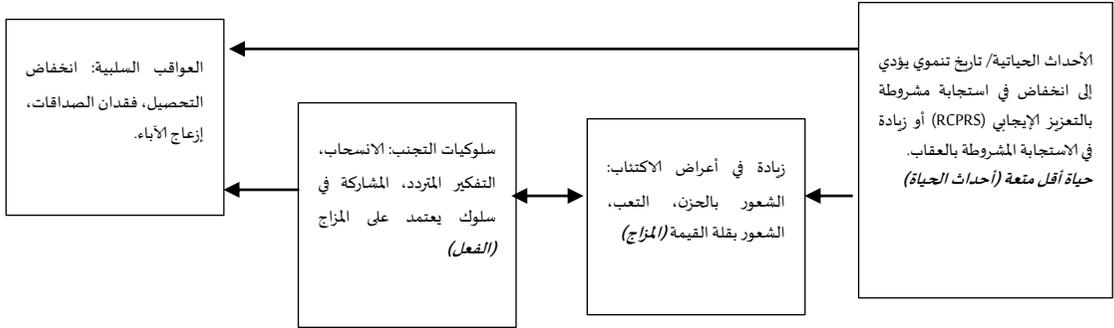
هو أحد الأساليب العلاجية للجيل الثالث من العلاجات المعرفية السلوكية، والذي يعتمد على محاولات المريض المنظمة في تنفيذ جدول نشاط يومي يحدده بناءً على الأحداث الممتعة التي مرّ بها، والتي لها معنى وقيمة ومثيرة للاهتمام؛ بهدف إحداث زيادة في السلوك الذي يجعل الفرد على اتصال مع البيئة المعززة وزيادة دافعيته للإنجاز واتخاذ إجراءات تشعره بتحسين المزاج العام للمريض (Hopko, et al., 2003).

ويهدف العلاج بالتنشيط السلوكي إلى استبدال استراتيجيات التجنب باستراتيجيات أكثر فاعلية؛ لزيادة المشاركة في الأنشطة الاجتماعية والشخصية الممتعة من أجل علاج اضطراب الاكتئاب (Jacobson, et al., 2001). ويعتمد العلاج بالتنشيط السلوكي على نموذج تحليلي وظيفي للاكتئاب (شكل 1) مع افتراضين رئيسيين:

الافتراض الأول: ضرورة تجربة التعزيز الإيجابي المرتبط بالاستجابة؛ للحفاظ على المزاج الطبيعي.

الافتراض الثاني: يُعد التجنب أمرًا شائعًا، ويعمل كحاجز أمام الانخراط في السلوكيات المضادة للاكتئاب ويمكن تعزيزه بشكل إيجابي وطبيعي (Lewinsohn, 2001).

شكل 1: نموذج التنشيط السلوكي للاكتئاب



في هذا النموذج، يتم تقييم وتحليل السياق بعناية؛ لتحديد العوامل التي تساهم في السلوكيات الاكتئابية وتحافظ عليها، وما هي السلوكيات أو الأحداث المطلوب تحديدها، للحد منها، ويوفر سلوك التجنب تخفيفاً للأعراض على المدى القصير، ولكنه يستمر بواسطة السلوك التعزيزي السلبي؛ مما يسهم في استمرار أعراض الاكتئاب على المدى البعيد.

وعلى الرغم من أن التجنب السلوكي عنصر أساسي في علاج الاكتئاب منذ أوائل السبعينيات، إلا أن العلاجات الأخرى للاكتئاب لم تحدد التجنب كهدف علاجي أساسي؛ مما يجعل التركيز على التجنب في التنشيط السلوكي فريداً؛ حيث يعتمد على جدولة الأنشطة وتحديد السلوكيات الهامة في حياة الفرد، والتي تعزز تحقيق أهداف الفرد وتجربته بالسيطرة على الأحداث والشعور بالسعادة، مع مقاومة سلوك التجنب (Dimidjian, et al., 2011).

مراحل العلاج بالتنشيط السلوكي:

يتم تنظيم العلاج وفق ثلاث مراحل رئيسية:

(1) تطوير العلاقة العلاجية وعرض نموذج الاكتئاب وحلقة التجنب المفرغة وفق التنشيط

السلوكي.



(2) التحليل الوظيفي لأعراض الاكتئاب والتخطيط للأهداف القصيرة والطويلة الأجل، بالإضافة إلى الأحداث اليومية.

(3) الوقاية ومنع الانتكاس من خلال جدول الأنشطة اليومية والتعزيز الإيجابي والتعاقد (Jacobson, et al., 2001).

المرحلة الأولى:

تهدف إلى تقييم سلوكيات المريض ونمط حياته الحالي من أجل تحديد نقاط الضعف في عادات المريض اليومية (النظافة، والنظام الغذائي، ومدة النوم، ووقت النوم، ووقت الاستيقاظ، وما إلى ذلك) من أجل مراقبة درجة الخمول لديه، وتحديد سلوكيات الانسحاب والتجنب، وتقييم الروابط بين المزاج والأنشطة اليومية. ويتم تنفيذ هذه المرحلة بشكل عام باستخدام جدول المراقبة الذاتية للأنشطة اليومية (بالساعة أو نصف الساعة)؛ ويتم إكمالها من قبل المريض خلال الأسبوع، وطوال فترة العلاج.

المرحلة الثانية:

يتم خلالها إجراء التحليل الوظيفي لهذه البيانات؛ حيث يعطي جدول المراقبة الذاتية أشياء تفصيلية للسلوكيات والأنشطة، وتأثيرها على المدى القصير والطويل، بالإضافة إلى تأثيرها على الحالة المزاجية للفرد (Blais & Boisvert, 2010). ومن ثم يسمح للمعالج بملاحظة الروابط بين أنشطة الشخص وسياقاته ومزاجه (Martell, et al., 2001). ويتيح ذلك للعميل أن يصبح على دراية بتأثيرات عاداته وسلوكياته على مزاجه ومستوى طاقته، بالإضافة إلى تخصيص التدخلات العلاجية (Martell, et al., 2010).

ويتبنى العميل والمعالج نهجًا موجّهًا نحو الهدف، الذي يسعى إلى مراعاة المشكلات في عاداته اليومية وأسلوب حياته، ومواجهة السلوكيات التجنبية، واستعادة الأنشطة الممتعة والمجزية في حياته اليومية؛ حتى يكون الشخص قادرًا على إعادة الانخراط في حياته من خلال تعديل بيئته؛ كي يشعر بمزيد من التعزيزات الإيجابية، ومشاعر الإتقان والكفاءة الذاتية والرضا عن الذات، والتحسن في المزاج المكتئب (Blais & Boisvert, 2010).



المرحلة الثالثة:

وفقًا لتحليل الوظيفي الذي يتم إجراؤه واهتمامات المريض والأنشطة اليومية والأحداث الحياتية، يقوم المعالج، بالتعاون مع العميل، بإنشاء تسلسل هرمي للأهداف متدرجة الصعوبة؛ حيث يختار العميل المهام أو الأنشطة التي يمكن أن تكون مثيرة ومجزية أو ممتعة، وقد تتعلق هذه الأهداف بتغييرات في نمط الحياة أو الأنشطة الترفيهية التي يجب ممارستها بشكل يومي أو في الأسبوع، أو زيادة عدد الأنشطة الاجتماعية أو إكمال المهام أو زيادة النشاط البدني، مع مساعدة العميل على توقع العقبات والصعوبات المحتملة، وإيجاد الحلول من خلال العقود، ومن ثم إدارة العقبات التي أعاقت تحقيق الأهداف المحددة مسبقًا للأسبوع. كما يتم تشجيع العميل، طوال فترة التدخل العلاجي وخلال كل أسبوع، على التسجيل الذاتي للأنشطة المكتملة، وكذلك تقييم مستوى المزاج، قبل وأثناء وبعد النشاط من أجل ملاحظة تأثير الأنشطة المختلفة على الحالة المزاجية والأعراض (Martellet et al., 2010).

(3) – دراسة الحالة Case Study:

تُعرف دراسة الحالة بأنها: وسيلة أو أسلوب يستخدم في التحليل الدقيق للموقف العام للمريض ككل، والتعرف على أهم خبراته وسماته الشخصية الانفعالية والاجتماعية والصحية والمعرفية والنواحي العامة والمشكلة، بهدف مراجعتها ودراستها وتحليلها وتشخيصها، وتقديم الخدمات الإرشادية والعلاجية اللازمة (زهران، 2005).

المنهجية والإجراءات:

منهج الدراسة:

استخدمت الدراسة الحالية منهج دراسة الحالة التجريبية؛ حيث كانت التجربة العلاجية Therapeutic Trail هي أداة جمع البيانات، والدليل على كفاءة التدخل العلاجي القائم على التنشيط السلوكي الفردي وتأثيره في علاج الحالة التجريبية التي تعاني من الاكتئاب. وفي هذه التجربة كان المتغير المستقل هو جلسات البرنامج العلاجي، بينما كان المتغير التابع هو اضطراب الاكتئاب.



التصميم التجريبي:

استخدمت الدراسة تصميم القياس القبلي أثناء التطبيق، والبعدي التجريبي المتكرر للحالة التجريبية. ووفقاً لمقتضيات هذا التصميم الذي اقترحه ألان كازدين Allan Kazdin (1998) ضمن تصميمات الحالة الفردية التجريبية، تم إجراء قياسات للحالة على كل أعراض الاكتئاب ومظاهره المرضية، أربع مرات طوال فترة التدخل العلاجي وأثناء فترة المتابعة، وتم الحصول على متوسط الأداء للحالة التجريبية؛ حيث تم تحديد خط الأساس Baseline لها في المتغيرات التابعة وهي: اضطراب الاكتئاب والتنشيط السلوكي قبل التدخل العلاجي الذي قُدِّم للحالة، ويرمز لهذا التصميم كما يأتي:

الحالة تجريبية (م. ع.): قياس قبلي (ق1) قبل التدخل العلاجي، قياس بعدي (ق2) بعد التدخل العلاجي مباشرة، قياس تنبعي (ق3) بعد أربعة أسابيع من التدخل العلاجي (المتابعة1)، وأخير قياس تنبعي مرة أخرى (ق4) بعد أربعة أسابيع أخرى من التدخل العلاجي (المتابعة2).
وصف الحالة التجريبية (صياغة الحالة):

- الاسم: (م. ع.) العمر: (22) عاماً، التعليم: طالب بكلية الهندسة بإحدى الجامعات السعودية.
- التشخيص: تم تشخيصه من قبل بالإصابة باضطراب الاكتئاب ويتعاطى أدوية مضادة للاكتئاب.
- يعيش (م. ع.) وحيداً بعيداً عن الأهل، وقد تنقل بين عدة مدن بالمدارس الابتدائية والمتوسطة والثانوية، وهو الابن الأكبر في الأسرة التي تتكون من الوالدين، والحالة، وأخ، وأختين.
 - تعرضت الحالة لبعض المواقف المؤلمة أثناء الطفولة وخاصة من الأب؛ حيث إن الأب قاسٍ، ويضربه دائماً (الحالة)، وقد تعرض خلال سنوات طفولته للإساءة الجسدية والضرب والجلد والإهانة من الأب، كما أن الأب يقوم بضربه باستمرار أو إهانته أمام الآخرين. وقد حاول الهرب من الأهل أثناء المرحلة الابتدائية نتيجة التعرض للضرب والإهانات.
 - كان في الماضي يعتبر نفسه كثير المزاح واللعب مع الأطفال الآخرين، أما الآن فإنه يرغب في الوحدة والبعد عن الآخرين، كما أنه قليل الأصدقاء ويفضل البعد عنهم.



- بالنسبة للحالة التعليمية فقد كان يعاني من انخفاض المعدل الدراسي بالمرحلة الثانوية بسبب الانفصال عن علاقة غرامية مع فتاة في إنجلترا، وقد تنقل بين أربع جامعات بسبب عدم الانتظام في المواعيد والفشل في الدراسة.
- كما أنه يرفض رغبة الأب في الالتحاق بكلية البترول، كما يصفه الأب -وفق كلام الحالة- بأنه غير منظم في أعماله وأوقاته وأنه طالب فاشل.
- وقد ذكر أن أسوأ سنوات دراسته الجامعية في جامعة ليفربول "سنوات سوداوية"، وقد تعاطى الشيشة وتعامل مع الفتيات، وتعاطى المخدرات والعقاقير، ولديه لامبالاة في التعليم، مما أغضب الأب. إلا أنه تم علاجه من الإدمان وتعاطي المخدرات. ثم انتقل بعدها للدراسة في أمريكا، إلا أنه تعرض لحالة من الانهيار النفسي؛ نتيجة السكن بمفرده والوحدة والعزلة، واستمر كذلك لأكثر من ثلاث سنوات.
- أثناء المقابلة تبين أن (م.ع.) يتصف بسرعة الملل والإثارة الشديدة، ويعاني من الانتباه البطيء وقلة التركيز، والسرхан الشديد -خاصة أثناء القيادة-، إلى جانب الفشل في حفظ الأسماء والأشياء، والملل أثناء تنفيذ المهام والقيام بالأعمال الجامعية المطلوبة منه، بالإضافة إلى أنه يعاني من الشعور بالوحدانية والشعور بالذنب، وتدني تقدير الذات.
- لا يوجد لديه هوايات ولا اهتمامات، ويفضل الجلوس بالمنزل وحيداً؛ حيث يعاني من التردد في الكلام والرغبة أثناء الحديث، خاصة فيما يخص خبراته خلال المرحلة الثانوية والمواقف التي تعامل الأب فيها معه، كما أنه يعاني من عدم القدرة على التحكم في انفعالاته، والتسويق والفوضى وعدم الاهتمام بالذات، والخوف من الخطأ أمام ذاته وأمام الآخرين.
- تم تشخيصه من قبل الطبيب النفسي بأنه يعاني من الاكتئاب وفرط الحركة، كما أنه يتسم بالخوف الشديد من مواجهة الآخرين والخوف الاجتماعي، وعدم الرغبة في المشاركة بالأنشطة والمناسبات الاجتماعية أو الأسرية، ويتناول الآن مضادات الاكتئاب.
- ويذكر المراهق (الحالة) أن وجود أهل معه في الإجازة الصيفية -أثناء دراسته الجامعية الحالية-، يُعطيهِ طاقة ودافعا للدراسة بالفصل الصيفي والعمل، ويستمر ذلك بعد سفرهم لمدة أسبوعين ثم يرجع إلى حالة الوحدة والعزلة والاكتئاب مرة أخرى.

- الحرمان من دراسة بعض المقررات الجامعية بسبب الغياب المتكرر، فهو دائم البحث عن وظيفة أثناء الإجازة الصيفية، مع عدم الرغبة في السفر إلى منزل الأهل لقضاء الإجازة والاستمتاع معهم.
- تنتابه أفكار انتحارية، ويتذكر دائما خبرات الإساءة التي تعرض لها في الطفولة من الأب، وهو السبب في ذلك.
- أشار المراهق (الحالة) لأحد المواقف أثناء تعرض الأب لحادث سير وإصابته، حيث ذهب للوقوف بجانبه وترك العمل من أجل رعايته، إلا أن الأب لم يراع ذلك، بل قال: "إن وقوفه هو وأخيه بجانبه أثناء الإصابة من أجل النقود وليس لكونه أبا". بالإضافة إلى رفض الأب وجوده وسط إخوته، والحرص على إبعاده عن الأسرة تمامًا، ورفض تحويله إلى الجامعة القريبة من مسكنه الأصلي، كما أن لديه الرغبة في الزواج، ولكن الأب يرفض ذلك تمامًا.

ملخص الحالة:

الحالة تعاني من اضطراب الاكتئاب الأساسي، مع الشعور بالحزن الشديد والعزلة والوحدة والرغبة في الجلوس وحيدا بالبيت، وعدم الاستمتاع بالأشياء المحيطة به، والتشاؤم من المستقبل، وتراوده فكرة في الانتحار ولكنه يرفضها لكونها محرمة شرعا، كما أنه سريع الملل والاستثارة، ولا يوجد لديه أي هوايات ولا أنشطة ولا يشعر بالسعادة أثناء التواجد مع الناس، كما أنه يشعر بأنه فاشل تماما مع الشعور بالذنب واللامبالاة في توقع العقاب، مع فقدان الثقة بالنفس، ونقد الذات بشكل مستمر، وفقدان الاهتمام بالآخرين، ويشعر أنه عديم القيمة، مع عدم الاهتمام بالناحية الصحية والنوم.

وقد عانت الحالة في الطفولة من خبرات الإساءة النفسية والجسدية من الأب، بالإضافة إلى ذلك فهناك رغبة من الأب في إبعاد الحالة عن الأهل والأسرة والعيش معهم.

وقد أظهرت نتائج تطبيق قائمة بيك للاكتئاب الدرجة (29) وهي تشير إلى أن الحالة تعاني من حالة اكتئاب شديدة، كما حصلت الحالة على المقياس العيادي للقلق والاكتئاب HADS على الدرجة (11) على القلق، والدرجة (15) على الاكتئاب، بالإضافة إلى حصول الحالة على درجة



مرتفعة على مقياس التنشيط السلوكي قيمتها (124 من 150)، ما يشير إلى أن الحالة تعاني من الاكتئاب بشكل حاد.

أدوات الدراسة:

1- مقياس التنشيط السلوكي:

تم بناء وتطوير المقياس من قبل كانتر وموليك وآخرين (2007) Kanter, Mulick, et al. وكانتر وروش وآخرين (2009) Kanter, Rusch, et al.؛ بهدف تتبع التغيرات السلوكية التي تكمن وراء الاكتئاب. وقام الباحث بتعريبه وتقنينه على البيئة السعودية (مجاور، قيد النشر)؛ حيث يتكون المقياس من (25) عبارة (18 عبارة سلبية، و8 عبارات إيجابية)، موزعة على أربعة عوامل:

العامل الأول: التنشيط السلوكي Activation (7 عبارات)، ويقاس القيام بأخذ قرارات مناسبة فيما يخص شكل الأنشطة أو المواقف، وكذلك وضع تصوّر الفرد الخاص لأنشطته اليومية.

العامل الثاني: التجنب/ إمعان التفكير Avoidance/ Rumination (8 عبارات)، ويقاس ما يقوم به الفرد من شغل أوقات طويلة بالتفكير في الماضي وفي الأشخاص الذين ألحقوا به الأذى، وفي أخطائه التي ارتكبها في الماضي، وأشياء أخرى سيئة في حياته، وما يقوم به من تجنب الشعور بالحزن أو المشاعر السيئة.

العامل الثالث: الضعف الدراسي/ المهني Work/ School Impairment (5 عبارات)، ويقاس عدم تحقيق بعض الأهداف في مجال الدراسة أو العمل، والانشغال بأمور أخرى غير مرتبطة بمجال العمل أو الدراسة.

العامل الرابع: الضعف الاجتماعي Social Impairment (5 عبارات)، ويقاس بعض الجوانب السلبية لدى الفرد في المواقف الاجتماعية من الانعزال عن الآخرين.

حيث تتم الاستجابة عن عبارات المقياس من خلال تدرج ليكرت السباعي (تمامًا، كثيرًا جدًا، كثيرًا، بدرجة متوسطة، قليلًا، قليلًا جدًا، لا على الإطلاق)، لتقابل الدرجات (6، 5، 4، 3، 2، 1، صفر) في حالة العبارات السلبية، والعكس في العبارات الإيجابية. وتتراوح درجات المقياس بين

(صفر: 150) درجة؛ وتشير الدرجة المرتفعة إلى ضعف التنشيط السلوكي وارتفاع درجة الاكتئاب أو الصفة التي يقيسها البُعد الفرعي.

وكانت معاملات ثباته العامة بطريقة ألفا كرونباخ وإعادة الاختبار على التوالي 0,72، 0,78. وقد تراوحت معاملات الاتساق الداخلي بين (0,542-0,749) للعبارات، و(0,632-0,825) للأبعاد، وجميعها دالة إحصائياً. في حين كانت مؤشرات المطابقة للمقياس بطريقة التحليل التوكيدي، تقع في المدى المثالي لكل مؤشر، بالإضافة إلى أن معامل صدقه بالمحك الخارجي [المقياس العيادي للقلق والاكتئاب] (0,87)، [قائمة بيك للاكتئاب] (0,63)، [قائمة بيك الثانية للاكتئاب] (0,62)، ما يشير إلى تمتع المقياس بنسب جيدة من مؤشرات الثبات والصدق.

2- قائمة بيك " الثانية للاكتئاب (BDI-II):

تعتبر قائمة بيك الثانية للاكتئاب BDI-II صورة مطورة لقائمة بيك الأولى للاكتئاب BDI، وتم إعدادها بواسطة بيك وآخرين Beck, et al (1996). وتم ترجمتها وتقنينها على البيئة العربية (غريب، 2000). وتتكون القائمة من (21) بنداً مستخدمة أسلوب التقرير الذاتي لقياس شدة الأعراض والاتجاهات الاكتئابية لدى المراهقين والبالغين، وتم ترتيب العبارات في كل بند على القائمة من أربع نقاط [صفر – 3]، وذلك حسب شدة العرض الذي تمثله؛ حيث تشير الدرجة (0-9) إلى أنه لا يوجد اكتئاب، و(10-15) اكتئاب بسيط، و(16-23) اكتئاب متوسط، و(24-36) اكتئاب شديد، و(أكثر من 37) اكتئاب شديد جداً.

وقد تم تعريب وتقنين القائمة باللغة العربية بواسطة عبدالفتاح (2000)؛ حيث كان معامل ثباتها بطريقة إعادة التطبيق (0,74) وبطريقة معامل ألفا كرونباخ (0,83)، وكانت معاملات الارتباط بين درجات البنود الفرعية والدرجة الكلية تتراوح بين (0,18-0,56) وجميعها دالة عند مستوى (0,01). كما أشار صدق القائمة بطريقة الصدق التقاربي مع الصورة الأولى المختصرة للاكتئاب BDI-IA (0,76)، ومقياس القلق (0,42)، ومقياس توكيد الذات (0,37). وباستخدام طريقة الصدق العملي تبين أن قائمة بيك الثاني للاكتئاب BDI-II تقيس بعدين رئيسيين للاكتئاب المقرر ذاتياً، وهما البُعد المعرفي – الوجداني، والبعد الجسدي.



3- المقياس العيادي للقلق والاكتئاب (HADS):

المقياس العيادي للقلق والاكتئاب The hospital anxiety and depression scale هو أداة تستخدم في المجال الطبي لتقييم مستوى القلق والاكتئاب لدى الأشخاص. وتم تطويره في عام 1983 من قبل زيجموند وسميث Zigmond and Snaith وهو يستخدم على نطاق واسع في العيادات والمستشفيات. ووفقاً لتركاوي وآخرين (Terkawi, et al. (2017) فإن المقياس يتكون من (14) بنداً، وهو مقسم إلى بعدين فرعيين، يتكون كل بعد من (7) بنود، أحدهما يقيس القلق والآخر يقيس الاكتئاب، ويتم تقييم الأعراض على مقياس نقاط من صفر إلى 3، (لا يحدث إطلاقاً، قليلاً، كثيراً، كثير جداً)؛ حيث يتم تسجيل النقاط ويتم حساب المجموع الإجمالي لكل مقياس فرعي.

ويتراوح نطاق المجموع الإجمالي لكل مقياس فرعي بين الدرجة صفر و21؛ حيث يعتبر المجموع الأعلى من 7 نقاط مؤشراً على وجود قلق أو اكتئاب معتدل إلى شديد (صفر: 7 طبيعي، 8: 10 متوسط، 11-21 شديد). وقد تم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة السعودية، وكانت قيمة ألفا كرونباخ لمقياس القلق الفرعي (0,83)، و(0,77) للمقياس الفرعي للاكتئاب، وكانت معاملات الارتباط بين درجة مقياس القلق الفرعي ومقياس القلق العام (0,67)، ودرجة مقياس الاكتئاب الفرعي وقائمة الاكتئاب الأساسي (0,66).

4- البرنامج العلاجي القائم على التنشيط السلوكي:

بنية البرنامج العلاجي:

اعتمدت الدراسة الحالية في بناء البرنامج العلاجي على البرامج والأدلة العلاجية التي طورها ليونيز وآخرون (Lejuez, et al. (2001; 2011)، ومارتيل وآخرون (Martell, et al. (2022) وهو نهج علاجي مبني على الأدلة للتعافي من أعراض الاكتئاب، ويتميز ببساطته ووضوح تركيزه.

ويهدف إلى مساعدة الأشخاص المصابين بالاكتئاب -ومنهم المراهقون - على تحسين مزاجهم من خلال مشاركتهم في أنشطة لها القدرة على زيادة التحفيز والنشاطات الإيجابية، والتغلب على العقبات القاسية في الحياة، وذلك من خلال التركيز على مجالات الحياة والقيم والأنشطة، والمراقبة الذاتية اليومية.

ويتكون البرنامج العلاجي للتنشيط السلوكي من (10) جلسات علاجية-مخطط البرنامج-، ومدة الجلسة الواحدة (45- 50 دقيقة) أسبوعيًا، ويمكن تعديل مدة الجلسة وفقًا لاحتياجات كل حالة ومتطلبات ممارسة الأنشطة، مع تلقي الحالة في نهاية كل جلسة وصفًا للواجب المنزلي أو المهام المنزلية المطلوب التدريب عليها، ونماذج المراقبة الذاتية اليومية لتسجيل تجاربهم وخبراتهم أثناء أداء هذه المهام المنزلية، بالإضافة إلى المقابلة التمهيدية التشخيصية لصياغة الحالة (جلستين)، والجلسة الختامية، وجلستي متابعة خلال ثمانية أسابيع.

الهدف العام للبرنامج:

يهدف البرنامج إلى التخفيف من أعراض اضطراب الاكتئاب لدى حالة مراهق يعاني اضطراب الاكتئاب الأساسي من خلال التدريب على فنيات واستراتيجيات التدخل العلاجي القائم على التنشيط السلوكي.

الأهداف الإجرائية، وتشتمل على:

- التحليل الوظيفي لأعراض الاكتئاب وتحديد أنماط السلوك والأنشطة المرتبطة بالاضطراب.
- معرفة الأنماط والسلوكيات التي تحافظ على الاكتئاب والمجالات التي من المحتمل أن تحسن الحالة المزاجية.
- التدريب على المراقبة الذاتية للأنشطة والمهام اليومية.
- زيادة الفاعلية الذاتية والمشاركة في الأنشطة الحياتية.
- العمل على تثبيط بعض السلوكيات، مثل: سلوكيات الهروب والتجنب.
- مساعدة الحالة على التفاعل والقيام بسلوكيات ينتج عنها السعادة والمتعة والإنتاجية أو تحسين الحالة المزاجية.
- المساعدة على العمل وحل المشكلات للمواقف المثيرة وغير الممتعة.
- المساعدة على تغيير السلوكيات التي تساعد على استمرارية الأعراض الاكتئابية.



أسس ومبادئ العلاج بالتنشيط السلوكي:

تشير الأدلة العلاجية للتنشيط السلوكي إلى وجود العديد من المبادئ (Martell, et al., 2022)

كما يلي:

- مفتاح تغيير مشاعر الأشخاص؛ هو مساعدتهم على تغيير ما يفعلونه وما يقومون به من سلوكيات روتينية يومية.
- إن التغييرات في الحياة والأحداث المفاجئة قد تكون سببًا في الإصابة بالاكتئاب والانسحاب من الأنشطة العادية، وقد تحافظ بعض استراتيجيات المواجهة غير المقصودة على الاكتئاب كوسيلة للتجنب مع مرور الوقت.
- معرفة وفهم العوامل التي تؤثر على حالة العميل والتي تفسر حالة الاكتئاب؛ كالأحداث أو المواقف التي تؤثر على حالة العميل وتسبب الاكتئاب، والمعتقدات السلبية أو الذاتية التي يحملها العميل وتساهم في الاكتئاب، والتفاعلات النفسية والاستجابات النفسية والسلوكية التي يظهرها العميل نتيجة للأحداث والمعتقدات السابقة.
- تنظيم وجدولة الأنشطة بناءً على خطة محددة، وليس بناءً على المزاج الاكتئابي للعميل الذي يركز على عدم الرغبة بالقيام بأي شيء على الإطلاق.
- سيكون التغيير أسهل عند البدء بأمور ومهام صغيرة وبسيطة، عندما يكون الشخص مصابًا بالاكتئاب، ويتم ذلك من خلال تقسيم أي سلوك أو نشاط إلى عناصره الصغيرة جدًا أو سلوكياته المكونة.
- التركيز على الأنشطة التي تكون محفزة بشكل طبيعي للعميل؛ بهدف المشاركة في الحياة بطرق تزيد من احتمال تعزيز السلوك المضاد للاكتئاب بشكل طبيعي من العالم المحيط به.
- يجب أن يكون المعالج مدربيًا متعاطفًا وداعمًا وفعالًا مع العميل، وتشجيعه على اتخاذ إجراءات المشاركة والفاعلية وحل المشكلات وتقديم الاقتراحات عند الضرورة، وأن يكون على أتم الاستعداد للبحث عن طرق لتعزيز مشاركة العميل الفعالة خلال مراحل العلاج المختلفة.

- التأكيد على ممارسة نهج تجريبي وعملي لحل المشكلات، والاعتراف بأن جميع النتائج مفيدة؛ حيث إن عملية العلاج الفعال هي عملية مستمرة لتطوير الحلول وتقييمها وتجريبها. وتعتمد التجارب على تحليل وظيفي للسلوك السابق وفرضيات تتعلق بالأنشطة المحتملة لزيادة التعزيز لكل عميل.
- الحرص على أن يكون العميل مستمعًا، وفاهمًا، وحريصًا على المشاركة في الأعمال والأنشطة العلاجية، ويتم ذلك خلال الواجب المنزلي في نهاية كل جلسة؛ باعتباره عنصرا أساسيا في كل استراتيجيات علاجية.
- العمل على حل المشاكل المحتملة والفعالية التي تعترض التنشيط السلوكي والمشاركة في الأنشطة لدى العميل.

النماذج العلاجية (ملحق 1):

- 1- نموذج المراقبة اليومية: يتم استخدام هذا النموذج طوال فترة العلاج؛ حيث يُطلب من المريض كتابة وتحديد أنشطة ممتعة ومهمة يمارسها طوال ساعات اليوم، وتصنيف مستوى المتعة والأهمية لكل نشاط على تدرج من (صفر-10)، وإجراء تصنيف مزاجي عام لليوم.
- 2- قائمة مجالات الحياة، والقيم، والأنشطة: تتضمن القائمة خمسة مجالات هي: (العلاقات- التعليم/ الحياة المهنية- الترفيه/ الاهتمامات- العقل والجسم والروح- والمسؤوليات اليومية)، ويطلب من العميل تحديد القيم ذات العلاقة بكل مجال من هذه المجالات، وعدد من الأنشطة المرتبطة بها ومن ثم تحديد درجة المتعة والأهمية على مقياس من (صفر-10).
- 3- نموذج اختيار وتصنيف الأنشطة (نموذج الأنشطة ذات الصعوبة): حيث يقوم العميل بسردي (15) نشاطاً يرغب في القيام بها، مع تحديد مدى صعوبة كل نشاط على مستويات من 1=الأقل صعوبة إلى 15=الأكثر صعوبة.
- 4- نموذج العقود (التعاقد): ويشتمل على ثلاثة مكونات هي: (أ) نشاط صعب التحقيق ويحتاج فيه العميل إلى مساعدة، (ب) ثلاثة أشخاص داعمين، قد يكونون قادرين على



تقديم المساعدة والدعم، (ج) الطرق التي يمكن لهؤلاء الأشخاص من خلالها مساعدة العميل في هذا النشاط.

الاستراتيجيات العلاجية:

هناك العديد من الاستراتيجيات العلاجية المستخدمة خلال جلسات التنشيط السلوكي (Lejuez, et al., 2011; Pass, L, Reynolds, 2014; Reynolds, et al., 2011; Ruggiero, et al.,) (2005; Jacobson, et al., 200; Hopko, et al., 2003; Sanchez, 2022)، وهي:

المراقبة اليومية: وتتضمن مراجعة الأعراض أو التغيرات السلوكية بشكل تعاوني ومنتظم بين المعالج والحالة؛ مما يسهل مناقشة الأعراض أو المشاكل التي تثير القلق والتوتر لدى المراهق، بالإضافة إلى فهم أنواع التغيير في السلوك الذي يعملون من أجله. وتعتبر المراقبة الذاتية أيضًا وسيلة لتتبع الممارسات السلوكية الحرجة والتعرف على المشاكل الجديدة التي يتعرض لها المريض.

التحليل الوظيفي: هو عملية يعمل من خلالها المعالج مع المراهق لفهم كيفية جعل أنماط السلوك المختلفة معقولة ومقبولة وفقًا لسياق حياة المراهق، وفهم العوامل التي قد تحافظ على السلوك الاكتئابي أو تطفئ السلوك الذي يكون مكافأة إيجابية. ويتم دمج هذه الاستراتيجيات في المناقشات المستمرة مع المراهق حول كيفية تقييمه للخيارات والممارسات للقيام بالأنشطة، وفحص الظروف التي تسبب في حدوث سلوك معين ومراقبة العواقب لهذا السلوك.

التعزيز: هو عملية يمارسها المعالج عندما تكون الظروف كافية لزيادة احتمالية حدوث سلوك معين مرة أخرى في ظروف مماثلة، وقد يكون التعزيز إيجابيًا (أي تمت إضافة شيء إلى البيئة كنتيجة للسلوك)، أو سلبياً (أي تمت إزالة شيء).

التغلب على التجنب: ويتم ذلك من خلالها تدريب المراهق على كيفية التعرف على الممارسات والسلوكيات التجنبية، مع إمكانية تجربة سلوكيات بديلة تركز على الاقتراب والمشاركة بدلاً من الهروب والانسحاب؛ بهدف الحد من الأعراض الاكتئابية، وتجنب أو محاولة الهروب من المشاعر السلبية، من خلال المشاركة في الأنشطة التي يمكن أن تغير في المقام الأول السياقات البيئية ذات التأثير المضاد للاكتئاب على المدى البعيد.

ممارسة السلوك / التمرين: ويتم ذلك من خلال تشجيع الأفراد على الممارسة والتمرين وتجربة سلوكيات جديدة، وتوجيه انتباههم لمراقبة تأثيرها على المزاج. وقد يتم ذلك أثناء الجلسة أو بين الجلسات، من خلال الممارسات المنزلية (الواجب المنزلي). وتعتبر ممارسة السلوك مهمة لسببين: أولاً: تسمح للمعالج والمراهق بتقييم مستوى مهارة المراهق أثناء تنفيذ استراتيجيات جديدة. ثانياً: تجربة المراهق لاختبار استراتيجيات مختلفة لتحديد ما إذا كانت مفيدة.

بناء المهارات: التركيز خلال الجلسات العلاجية على تقديم وممارسة مجموعة من المفاهيم والمهارات والاستراتيجيات، مثل التحليل الوظيفي والتغلب على التجنب، والتعاقد والمراقبة الذاتية وغيرها من المهارات، بالإضافة إلى حل المشكلات ووضع الأهداف والتخطيط للأنشطة وتبني القيم والممارسات الإيجابية، وتوفر هذه المهارات للمراهق مجموعة من الخطوات الواضحة لاتخاذها عند التعامل مع المشكلات الحياتية، سواء المشكلات الاجتماعية أو التواصل مع الآخرين، أو تنظيم الانفعالات.

الممارسات المنزلية (الواجب المنزلي): وهو عنصر أساسي في العلاج بالتنشيط السلوكي، يساعد الأفراد على تطبيق وتعميم المهارات والمفاهيم والاستراتيجيات الجديدة، التي تمت مناقشتها في الجلسات للتغلب على المشكلات والحالات العملية واليومية؛ حيث يُعد إعادة النظر في الواجب المنزلي بداية كل جلسة علاجية واحداً من أول عناصر جدول الأعمال بالجلسة، ويُعد تهيئة لتطبيق أو ممارسة المهارات الجديدة في الجلسة.

كما اعتمد البرنامج على بعض الفنيات الأخرى ذات الصلة بالمنهج العلاجي السلوكي، وهي: المحاضرة، والحوار والمناقشة، ولعب الدور.

تقييم أثر البرنامج العلاجي:

- قبل تطبيق البرنامج: للوقوف على المستوى القاعدي للأعراض الاكتئابية للحالة التجريبية، من خلال تطبيق مقاييس الدراسة بهدف قياس أعراض اضطراب الاكتئاب ومستوى التنشيط السلوكي.
- بعد تطبيق البرنامج: من خلال تطبيق مقاييس الدراسة مرة أخرى بعد الانتهاء من جلسات البرنامج العلاجي؛ للوقوف على فاعلية البرنامج العلاجي في خفض أعراض اضطراب الاكتئاب لدى الحالة التجريبية.



- أثناء فترة المتابعة للبرنامج: من خلال تطبيق مقاييس الدراسة مرة أخرى بعد الانتهاء من جلسات البرنامج العلاجي، بعد فترة أربعة أسابيع في جلسة المتابعة الأولى، ومثلها في جلسة المتابعة الثانية؛ للتحقق من استمرارية فاعلية البرنامج العلاجي في خفض الأعراض الاكتئابية لدى الحالة التجريبية.

جدول أعمال جلسات العلاج بالتنشيط السلوكي للاكتئاب:

فيما يلي عناصر الجلسات العلاجية للبرنامج:

المقابلة التمهيديّة (جلستان):

- 1- وفيها تم جمع مجموعة مهمة من المعلومات تكاملت مع تاريخ الحالة ونتائج اختبارات الاكتئاب والتنشيط السلوكي، وفقاً لإجابة الحالة التجريبية عن هذه الأسئلة: ما التغيرات البيئية والمواقف الحياتية الصعبة التي مررت بها في حياتك؟ ما الأعراض الانفعالية والمشاعر السلبية التي تعاني منها؟ وما السلوكيات التي تريد تغييرها في حياتك؟ وإلى أي مدى يمكن تجنب المواقف والممارسات السلوكية التي تؤدي إلى الشعور بالاكتئاب؟ وما هي الممارسات والهوايات والأنشطة التي اعتدت عليها سابقاً، وبعدت عنها خلال الفترة الحالية؟
- 2- تطبيق مقاييس الدراسة للتحقق من المستوى القاعدي للأعراض الاكتئابية ومهارات التنشيط السلوكي التي تعاني منها الحالة التجريبية (التطبيق القبلي).

الجلسة الأولى (مقدمة عن الاكتئاب والتنشيط السلوكي):

- 1- تقديم تعريف مختصر ودقيق حول الاكتئاب، وأهم الأعراض الاكتئابية التي يعيشها الفرد المكتئب، مع مناقشة النمط السلوكي الذي يُنتجه الاكتئاب والعمل على فهمه وتغييره.
- 2- مقدمة عن مبررات العلاج بالتنشيط السلوكي، باعتباره نهجاً علاجياً يساعد الفرد على التخلص من الاكتئاب، وتطوير أنماط سلوكية صحية، من خلال التخطيط للأنشطة اليومية الممتعة، وتغيير النمط السلوكي بهدف تحسين الأفكار والمشاعر وجودة الحياة العامة للفرد.

- السؤال عن: ما الأحداث الحياتية الصعبة، والخسارة في حياة الفرد؟



التعرف على الأحداث الحياتية الصعبة والتجارب السيئة أو الأحداث المؤسفة التي أدت إلى الشعور بالاكتئاب، وأهم المشاعر والأفكار السلبية المصاحبة لها بشكل متكرر، ومناقشة ذلك في كل جلسة، وتحديد أفضل الاستراتيجيات التي تساعد على العيش بحياة أكثر إشباعاً ومعنى في المستقبل.

3- وصف استراتيجية المراقبة اليومية، بهدف زيادة سلوك الفرد الصحي، وأن يكون الفرد على دراية بما يقوم به كل يوم من مهام وأنشطة، بغرض تحديد النمط السلوكي للمزاج المكتئب، ومستوى النشاط الحالي، وإضافة بعض الأنشطة الصحية للحياة يومياً. مع التدريب على كيفية استخدام نموذج المراقبة اليومي لتسجيل الأنشطة اليومية.

• طريقة تقدير الأهمية والمتعة للأنشطة اليومية وتحديد الدرجة التي يشعر بها الفرد عند القيام بها على تدرج من (صفر: 10).

• متى يجب أن تكمل استمارة المراقبة اليومية؟ الاتفاق مع الفرد على وقت تسجيل الأنشطة اليومية، بعد التنفيذ مباشرة أو الانتظار لنهاية اليوم والتسجيل مرة واحدة.

4- عرض نقاط مهمة حول بنية العلاج بالتنشيط السلوكي في نهاية الجلسة؛ مثل أهمية العلاج وخطواته، وخطورة السلوكيات الاكتئابية على المدى البعيد، مع ضرورة بذل الجهد والمداومة على حضور جميع الجلسات، وممارسة جميع الاستراتيجيات العلاجية.

5- تحديد الواجب المنزلي، المتمثل في ملء نموذج المراقبة اليومية الخاص بالأنشطة اليومية وتحديد درجة الأهمية والمتعة.

الجلسة الثانية (مجالات الحياة والقيم والأنشطة):

1- مراجعة واستعراض نموذج المراقبة اليومية (الواجب المنزلي_ نموذج 1) للأسبوع الماضي، وتحديد أهم الأنشطة الممتعة والمهمة وغير ذلك، ومناقشة مستوى النشاط والمدة اللازمة لأداء الأنشطة، ومدى أهمية هذه الأنشطة في تحسين أو تدهور الحالة المزاجية.

2- مراجعة صعوبات ملء نموذج المراقبة اليومية في الأسبوع الماضي، ومعرفة الأسباب، وأهمية ذلك في الكشف عن السلوكيات الاكتئابية. ومناقشة الحلول الممكنة للتغلب على تلك الصعوبات.



3- استعراض مبررات العلاج التي نوقشت بالجلسة السابقة، وعرض مجالات الحياة والقيم والأنشطة (نموذج 2)؛ حيث تتحدد المجالات في (العلاقات والتعليم/المهنة، والترفيه/الاهتمامات، العقل/الجسم/الروحانيات)، وبعدها يتم تحديد القيم ذات العلاقة بكل مجال من هذه المجالات.

4- وصف طريقة ملء الجداول الخاصة بمجالات الحياة والقيم والأنشطة (نموذج 2) والتدريب عليهما من خلال تحديد القيم الرئيسية من كل مجال في الحياة وترجمتها إلى أنشطة حياتية يومية.

5- تحديد الواجب المنزلي في المهام الآتية:

- استكمال نموذج المراقبة اليومية (نموذج 1).
- مراجعة وتحضير قائمة مجالات الحياة والقيم والأنشطة (نموذج 2).

الجلسة الثالثة (اختيار وتصنيف الأنشطة):

1- مراجعة نموذج المراقبة اليومية في الواجب المنزلي (نموذج 1)، وتحديد الأنشطة المهمة التي تمت خلال الأسبوع الماضي، حتى لو كانت قليلة جداً وغير ممتعة، ومناقشة مستوى كل نشاط والمدة اللازمة لأداء الأنشطة، ودور هذه الأنشطة في تحسين الحالة المزاجية.

2- مراجعة قائمة مجالات الحياة والقيم والأنشطة في الواجب المنزلي (نموذج 2)، وتحديد أهم هذه المجالات؛ مثال: المجال الحياتي (التعليم/المهنة) والقيم المرتبطة به (الحصول على الشهادة الجامعية)، وما يحتويه من أنشطة مرتبطة بهذا المجال، كالتحدث مع المرشد الأكاديمي، وتسجيل المقررات وحضور المحاضرات، وما إلى ذلك. بالإضافة إلى المجال الحياتي (العلاقات مع العائلة)، والقيمة المرتبطة به (تطوير علاقة وثيقة مع أحد أفراد العائلة)، وقد تشمل أنشطة محددة مثل تناول العشاء معاً في يوم الإجازة، والتحدث هاتفياً مرتين في الأسبوع، أو تقديم مساعدة محددة، وهكذا في باقي مجالات الحياة أو التركيز على إكمال الأنشطة التي تستهدف مجالاً حياتياً واحداً وقيمة واحدة ترضي الفرد في البدء.



3- مناقشة الفرد في كيفية اختيار وتصنيف الأنشطة (نموذج 3)، من خلال تحديد العديد من الأنشطة لكل قيمة في مجالات الحياة، واختيار 15 نشاطاً كنقطة انطلاق، وتصنيفها من حيث الأسهل في التطبيق إلى الأكثر والأصعب.

4- تحديد الواجب المنزلي في المهام الآتية:

- تسجيل المراقبة اليومية (نموذج 1).
- متابعة ومراجعة وتحليل قائمة مجالات الحياة والقيم والأنشطة (نموذج 2).
- مراجعة وتحليل قائمة اختيار وتصنيف الأنشطة (نموذج 3).

الجلسة الرابعة (المراقبة اليومية بالتخطيط للأنشطة):

1- مراجعة أنماط النشاط اليومي الخاصة بنموذج المراقبة اليومية (نموذج 1) والتي نُفذت الأسبوع الماضي، ومدى أهمية ومتعة هذه الأنشطة للحالة، وكيفية قضاء الوقت في أداء الأنشطة الممتعة والمهمة. مع التركيز في هذه المرحلة على مجالات الحياة التي تحتوي على عدد قليل جداً من الأنشطة المهمة والممتعة، والتدريب على اختيار وتخطيط الأنشطة بشكل أفضل مع وضع بعض الاستراتيجيات لجعل هذه المهمة أسهل بالنسبة للحالة.

2- مناقشة الحالة في التخطيط للأنشطة الخمسة عشر المحددة سابقاً بنموذج المراقبة اليومية (نموذج 1)، مع وضع خطة لتضمين هذه الأنشطة في جدول المهام اليومي وكيفية مراقبة التقدم فيها، من خلال البدء بـ 1-3 من الأنشطة السهلة، وإدراجها في نموذج المراقبة اليومي.

3- تحديد الواجب المنزلي في استكمال نموذج المراقبة اليومي والتخطيط للأنشطة في الأسبوع القادم (نموذج 1).

الجلسة الخامسة (العقود وطلب الدعم من الآخرين):

1- استعراض واجب الأسبوع الماضي في نموذج المراقبة اليومي والتخطيط للأنشطة (نموذج 1)، وتحديد الأنشطة التي تم التخطيط لها وتنفيذها أو التي لم تنفذ، ومدى السهولة والصعوبة في التطبيق، مع تحديد أهم الأنشطة الممتعة والمهمة، والمشاعر المصاحبة لما تم إنجازه بعد



تلك الأنشطة، مع التعرف على مدى التحسن في المزاج العام، والرغبة في الاستمرارية في التخطيط لإدراج العديد من الأنشطة في نموذج المراقبة اليومي (نموذج 1).

2- وصف استراتيجية العقود (نموذج 4) للتغلب على الاكتئاب، من خلال طلب الدعم من الآخرين لتنفيذ الأنشطة اليومية، سواء من أفراد العائلة أو الأصدقاء بالطرق التي يحتاجها الفرد، من خلال تحديد الأنشطة التي قد يحتاج فيها الفرد إلى المساعدة والدعم لإكمالها بنموذج اختيار وتصنيف الأنشطة (نموذج 3)، مع تحديد ثلاثة أشخاص على الأقل للمساعدة والطريقة المطلوبة والدقيقة لتقديم الدعم.

3- التنسيق مع الحالة بناء على ما تم مناقشته بالجلسة الحالية، للتخطيط للأنشطة وإدراجه بنموذج المراقبة اليومي (نموذج 1) للتنفيذ خلال الأسبوع القادم، بالإضافة إلى الأنشطة التي تم إنجازها في الأسبوع السابق.

4- تحديد الواجب المنزلي في المهام الآتية:

- المراقبة اليومية بالتخطيط للأنشطة في الأسبوع القادم (نموذج 1).
- متابعة إضافة/تحرير العقود (نموذج 4).

الجلسة السادسة (التخطيط للأنشطة ذات الصعوبة):

1- استعراض الواجب المنزلي ومراجعة نماذج الأنشطة اليومية مع التخطيط (نموذج 1) خلال الأسبوع الماضي، والتعرف على كمّ الأنشطة التي تم التخطيط لها والقدرة على إنجازها، ومستوى السهولة والصعوبة في التطبيق، ودرجة أهمية ومتعة الحالة، مع وصف المشاعر المصاحبة عند إنجاز تلك الأنشطة، والرغبة في مواصلة تلك الأنشطة أو اختيار أنشطة أخرى مختلفة للأسبوع القادم. مع تحديد درجة التحسن في المزاج العام للحالة، بالإضافة إلى تحديد الأنشطة التي تم التخطيط لها ولم يتم إنجازها، والتعرف على صعوبات ذلك وكيفية حل المشكلات التي تواجه الحالة.

2- مراجعة واستعراض العقود (نموذج 4)، وما تم إنجازها، ومناقشة التحديات والصعوبات التي واجهت الحالة، مع مناقشة التخطيط لبعض الأنشطة التي تساعد الحالة في بناء شبكة

داعمة من الأقراب والأصدقاء في البيئة المحيطة، أو الأشخاص العاديين في الأماكن التي يمكنك الذهاب إليها.

3- مناقشة الحالة حول التخطيط للأنشطة ذات الصعوبة وإدراجها بنموذج المراقبة اليومي (نموذج 1) في الأسبوع القادم، بالإضافة إلى الأنشطة التي تم إنجازها في الأسبوع السابق.

4- تحديد الواجب المنزلي في المهام الآتية:

▪ المراقبة اليومية مع التخطيط للأنشطة في الأسبوع القادم (نموذج 1).

▪ متابعة إضافة/تحرير العقود (نموذج 4).

الجلسة السابعة (مجالات الحياة والقيم والأنشطة المخطط لها):

1- استعراض المهام المطلوبة في الأسبوع الماضي ومراجعة أنماط الأنشطة اليومية التي تم التخطيط لها (نموذج 1)، والتعرف على كمّ الأنشطة المخطط لها وما تم إنجازه، ومستوى سهولة وصعوبة القيام بهذه الأنشطة، ومستوى الأهمية والمتعة من وجهة نظر الحالة، مع التعرف على الحالة المزاجية عند إنجاز تلك الأنشطة، وتحديد مدى الرغبة في مواصلة تلك الأنشطة أو تحديد أنشطة أخرى مهمة وممتعة لمختلفة للأسبوع القادم، بالإضافة إلى تحديد الأنشطة التي تم التخطيط لها ولم يتم إنجازها، وأهم الصعوبات والتحديات التي واجهت الحالة في ذلك وكيفية حل مشكلات التطبيق.

2- استعراض مفاهيم وتحرير قائمة مجالات الحياة والقيم، والأنشطة (نموذج 2)، من خلال التركيز مرة أخرى على مفهوم القيم المرتبطة بالعلاقات، والتعليم/المهنة، الترفيه/الاهتمامات، والعقل/الجسم/الروح، والمسؤوليات اليومية، للتحقق من أن الأنشطة التي يقوم بها الفرد متنسقة مع القيم التي ذُكرت في وقت سابق بالجلسات، مع التأكيد على أن الأنشطة التي يتم اختيارها يجب أن تكون ممتعة ومهمة للفرد، ويشعر من خلالها بالسعادة والعيش بالحياة.

3- مناقشة الحالة حول التخطيط للأنشطة وإدراجها بنموذج المراقبة اليومي (نموذج 1) في الأسبوع القادم، بالإضافة إلى الأنشطة التي تم إنجازها في الأسبوع السابق، وربطها بالقيم ذات العلاقة بمجالات الحياة (نموذج 2).



4- تحديد الواجب المنزلي في المهام الآتية:

- المراقبة اليومية بالتخطيط للأنشطة في الأسبوع القادم (نموذج 1).
- متابعة إضافة/تحرير العقود (نموذج 4).

الجلسة الثامنة (مراجعة اختيار وتصنيف الأنشطة والتعديل عليها):

1- استعراض المهام المنزلية ومراجعة نموذج الأنشطة اليومية مع التخطيط (نموذج 1) والتي تمت خلال الأسبوع الماضي، والتعرف على عدد الأنشطة التي تم التخطيط لها والقدرة على إنجازها، ودرجة السهولة والصعوبة في تطبيق الأنشطة، ومستوى الأهمية والمتعة، مع تحديد أهم المشاعر المصاحبة للأنشطة المنجزة، ومدى الرغبة في مواصلة تلك الأنشطة أو ممارسة أنشطة أخرى مختلفة في الأسبوع القادم، مع تحديد درجة التحسن في المزاج الاكتنابي للحالة، إلى جانب تحديد الأنشطة التي تم التخطيط لها ولم يتم إنجازها، والتعرف على صعوبات ذلك، وكيفية التغلب عليها من خلال حل المشكلات التي تواجه الحالة.

2- مراجعة قائمة اختيار وتصنيف الأنشطة (نموذج 3) واستعراض كيفية اختيار الأنشطة وإضافتها (أو حذفها أو تغييرها) في النموذج، خاصة الأنشطة التي ستجلب مشاعر المتعة والأهمية للحالة، مع ضرورة تحديد أي مجال من مجالات الحياة والقيم تتعلق بكل نشاط.

3- مناقشة الحالة حول رغبتها في إجراء تغييرات على الأنشطة الخمسة عشر في نموذج اختيار وتصنيف الأنشطة (نموذج 3)، مع التخطيط لأنشطة جديدة وإدراجها بنموذج المراقبة اليومي (نموذج 1) في الأسبوع القادم، بالإضافة إلى الأنشطة التي تم إنجازها في الأسبوع السابق، مع البحث عن الدعم والمساندة من الآخرين.

4- تحديد الواجب المنزلي في المهام الآتية:

- المراقبة اليومية بالتخطيط للأنشطة في الأسبوع القادم (نموذج 1).
- متابعة إضافة/تحرير العقود (نموذج 4).

الجلسة التاسعة (التخطيط للأنشطة ذات الصعوبة وطلب الدعم من الآخرين):

1- استعراض مهام الأسبوع الماضي في التخطيط للأنشطة بنموذج المراقبة اليومية (نموذج 1)، وتحديد الأنشطة التي تم تنفيذها أو التي لم تُنفذ، ودرجة السهولة والصعوبة في تطبيق الأنشطة، مع تحديد درجة المتعة والأهمية وأهم المشاعر المصاحبة لما تم إنجازه من الأنشطة، مع التعرف على مستوى التحسن في المزاج العام، ومدى الرغبة في الاستمرارية في التخطيط لإدراج العديد من الأنشطة في نموذج المراقبة اليومي (نموذج 1) والتعديل في الأنشطة المدرجة في نموذج 3.

2- مراجعة وتحرير نموذج العقود (نموذج 4)، وأهمية ذلك في استكمال الأنشطة الصعبة، مع مناقشة التحديات والصعوبات التي تواجه تنفيذ الأنشطة، والتخطيط لبناء شبكة داعمة من الأقارب والأصدقاء بالبيئة المحيطة، أو الأشخاص العاديين في الأماكن التي يمكنك الذهاب إليها، مع التركيز على أن العقود هي وسيلة للحصول على دعم الأشخاص المقربين للمساعدة في التغلب على الاكتئاب.

3- التخطيط لنشاطين إضافيين على نموذج اختيار وتصنيف الأنشطة (نموذج 3)، وإدراجهما في نموذج المراقبة اليومي الخاصة بالحالة خلال الأسبوع القادم (نموذج 1).

4- تحديد الواجب المنزلي في المهام الآتية:

- المراقبة اليومية بالتخطيط للأنشطة في الأسبوع القادم (نموذج 1).
- متابعة إضافة/تحرير العقود (الاستمارة 4).

الجلسة العاشرة (التهيئة لانتهاء العملية العلاجية):

1- استعراض الأنشطة اليومية التي تمت خلال الأسبوع الماضي والتي تم التخطيط لها (نموذج 1)، والتعرف على عدد الأنشطة التي تم إنجازها، ومستوى سهولة وصعوبة التنفيذ، ودرجة أهمية ومتعة الأنشطة، مع تحديد مستوى الحالة المزاجية مع إنجاز الأنشطة، ومدى الرغبة في مواصلة تلك الأنشطة أو البحث عن أنشطة أخرى مهمة وممتعة خلال الفترة القادمة، مع تحديد الأنشطة التي تم التخطيط لها ولم يتم إنجازها، وأهم العقبات والتحديات في التنفيذ، وأهمية التعاقدات وطلب الدعم في مواجهة هذه الصعوبات.



2- التخطيط لنشاطين إضافيين - أسبوعياً - على نموذج اختيار وتصنيف الأنشطة (نموذج 3)، وإدراجهما في نموذج المراقبة اليومي كل أسبوع خلال الفترة القادمة (نموذج 1).

3- التحضير لانتهاء العملية العلاجية، وتهيئة الحالة لانتهاء جلسات البرنامج، ومقارنة نماذج المراقبة اليومية (النموذج 1) من الأسبوع الأول للعلاج بنماذج المراقبة اليومية مع تخطيط الأنشطة (النموذج 1) في الأسبوع الأخير للعلاج، وتحديد أنماط السلوك الآن وفي بداية العلاج، ومعرفة الأنماط التي يجب البعد عنها في المستقبل، وكيفية مواصلة استخدام نماذج المراقبة والتخطيط في الأسابيع القليلة القادمة.

4- تحديد الواجب المنزلي في المهام الآتية:

▪ المراقبة اليومية بالتخطيط للأنشطة في الأسبوع القادم (نموذج 1).

▪ متابعة إضافة/تحرير العقود (نموذج 4).

الجلسة الختامية:

1- مناقشة كافة النماذج العلاجية التي تم التدريب عليها بالبرنامج (نموذج 1: المراقبة اليومية- نموذج 2: قائمة مجالات الحياة، والقيم، والأنشطة- نموذج 3: اختيار وتصنيف الأنشطة- نموذج 4: العقود)؛ والتي جعلت الحالة تتحسن كثيراً (متوسط تقديراتها للتحسن في المزاج العام 8,7 درجة من عشر) خلال فترة البرنامج العلاجي. وهو مؤشر للأثار الإيجابية لهذا البرنامج العلاجي. أما عن كفاءته، فسنعرض له في فقرة عرض النتائج.

2- التطبيق البعدي لمقاييس الدراسة للتحقق من مستوى الأعراض الاكتئابية ومهارات التنشيط السلوكي بعد انتهاء جلسات البرنامج مباشرة.

3- الاتفاق مع الحالة على موعد جلسة المتابعة الأولى بعد أربعة أسابيع، مع الاتصال بالهاتف إذا حدثت أي انتكاسة طوال فترة المتابعة، ثم جلسة أخيرة في نهاية فترة المتابعة التي استمرت شهرين، ونحصل خلالهما على قياس لأعراض الاكتئاب وأبعاد التنشيط السلوكي لدى الحالة (التطبيق التبعي الأول والثاني).



جلستا المتابعة:

1- مناقشة الحالة في مدى الاستفادة من استخدام النماذج العلاجية التي تم التدريب عليها بالبرنامج، وما هي الآثار الإيجابية لها على المزاج العام للحالة.

2- التعرف على الحالة المزاجية للحالة، وأهم الأنشطة المخطط لها والتي تم تنفيذها، وأبرز الصعوبات التي واجهت الحالة أثناء التنفيذ.

1- التطبيق التبعي لمقاييس الدراسة للتحقق من درجة الاكتئاب والتنشيط السلوكي خلال فترة المتابعة (ثمانية أسابيع على فترتين).

عرض النتائج ومناقشتها:

قبل عرض النتائج، توجد مجموعة من الاعتبارات يجب الإشارة إليها، أهمها عرض النتائج طبقاً لما تم الحصول عليه من درجات على مقاييس التنشيط السلوكي وقائمة بيك " الثانية للاكتئاب والمقياس العيادي للقلق والاكتئاب لدى الحالة التجريبية، قبل وبعد الانتهاء من جلسات البرنامج العلاجي القائم على التنشيط السلوكي وخلال فترة المتابعة لاستنتاج قدر التحسن واستقراره؛ بهدف الوقوف على كفاءة العلاج بالتنشيط السلوكي في علاجه للاكتئاب لدى المراهقين.

ويعرض الجدول (1) درجات الحالة التجريبية على مقاييس الدراسة؛ للتعرف على قدر التحسن، قبل البرنامج العلاجي وبعده وفي أثناء المتابعة، كما يوضح الشكلان (1، 2) معدلات الأداء للحالة التجريبية على مقاييس الدراسة الحالية.

جدول 1: درجات مقاييس الدراسة لقدر التحسن لدى الحالة التجريبية قبل العلاج وبعده وفي أثناء المتابعة

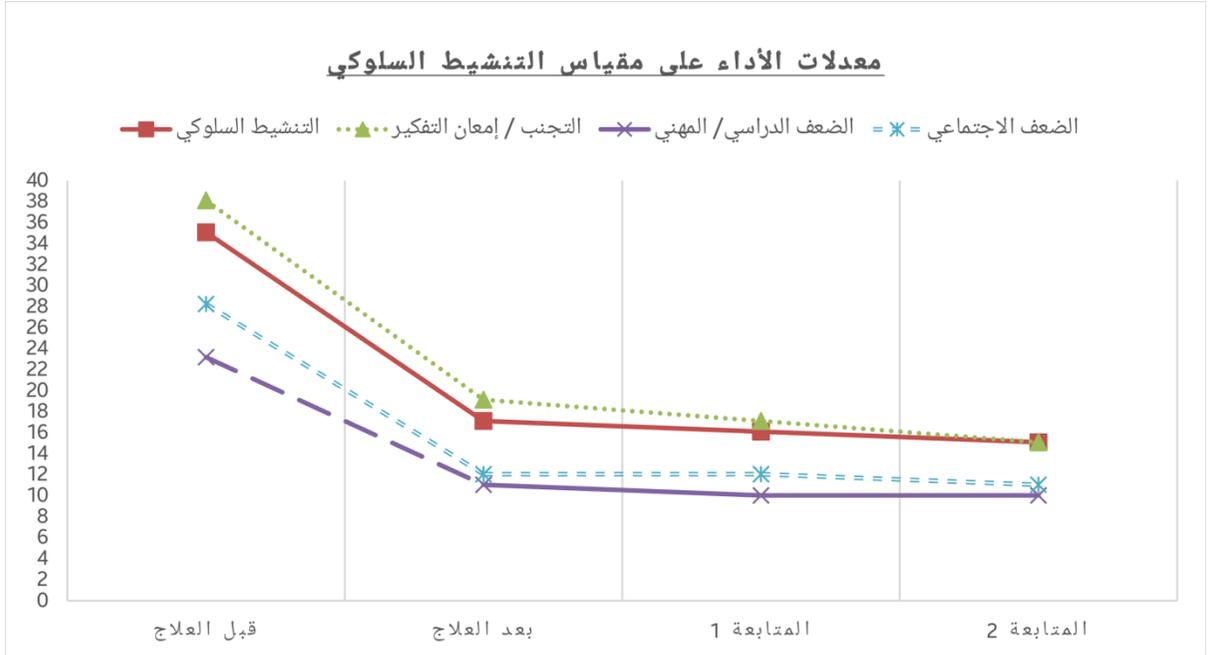
قدر التحسن لدى الحالة التجريبية			
م	مقاييس الدراسة	قبل العلاج	بعد العلاج
1	أولاً: مقياس التنشيط السلوكي	35	17
2	التنشيط السلوكي	38	19
3	التجنب / إمعان التفكير	23	11
	الضعف الدراسي/ المهني	10	10



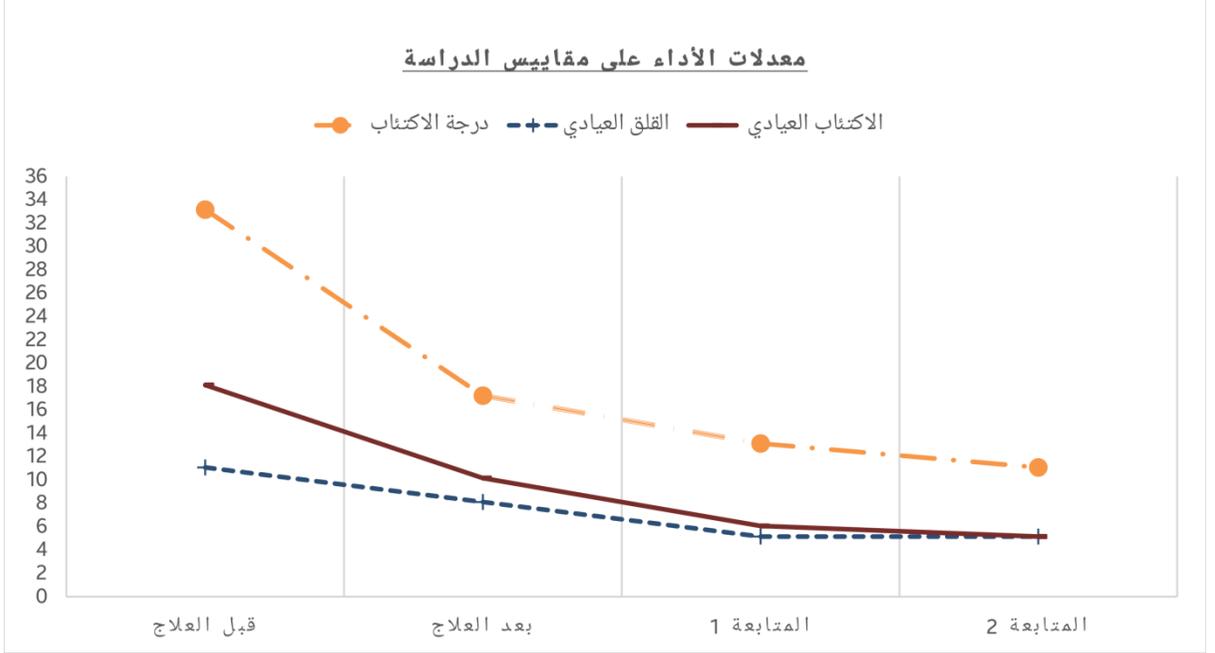
قدر التحسن لدى الحالة التجريبية

م	مقاييس الدراسة	قبل العلاج	بعد العلاج	المتابعة 1 (4 أسابيع)	المتابعة 2 (4 أسابيع)
4	الضعف الاجتماعي	28	12	12	11
	الدرجة الكلية للمقياس	124	59	55	51
	ثانيًا: قائمة بيك الثانية للاكتئاب				
	درجة الاكتئاب	33	17	13	11
	ثالثًا: المقياس العيادي للقلق والاكتئاب				
1	القلق	11	8	5	5
2	الاكتئاب	18	10	6	5

شكل 2: معدلات الأداء للحالة التجريبية على مقياس التنشيط السلوكي



شكل 2: معدلات الأداء للحالة التجريبية على قائمة بيك الثانية للاكتئاب والمقياس العيادي للقلق والاكتئاب



نتائج السؤال الأول:

فيما يلي سنعرض لنتائج هذه الدراسة العلاجية ومناقشتها للإجابة عن السؤال الأول، «ما قدر التحسن لدى الحالة التجريبية في أعراض الاكتئاب قبل التدخل العلاجي القائم على التنشيط السلوكي وبعد تطبيق جلسات البرنامج العلاجي مباشرة، وبعد انتهاء الجلسات بفترة زمنية محددة (ثمانية أسابيع) خلال فترة المتابعة؟».

بالنظر في الجدول (1) السابق وكذلك في الشكل (2) الخاص بمعدلات الأداء التي تشير إلى أداء الحالة التجريبية على قائمة بيك الثانية للاكتئاب (درجة الاكتئاب الشديد) والمقياس العيادي للقلق والاكتئاب (درجة القلق، ودرجة الاكتئاب)، يتبين أن النتائج تشير إلى وجود كفاءة للعلاج بالتنشيط السلوكي وفعالية شديدة في علاج أعراض الاكتئاب؛ حيث انخفضت درجات الأداء بعد انتهاء العلاج وخلال فترة المتابعة، التي استمرت ثمانية أسابيع لدى الحالة التجريبية على المقاييس السابقة، الأمر الذي يشير إلى فعالية العلاج بالتنشيط السلوكي في علاج الاكتئاب، ومعنى ذلك أنه



حدث تحسن جوهري ولم يحدث أي انتكاس للحالة التجريبية على مدى فترة المتابعة بعد انتهاء العلاج التي استمرت ثمانية أسابيع؛ مما يشير إلى تحقق الفرضية الأولى «معدلات التحسن لدى الحالة التجريبية أعلى جوهرياً في انخفاض أعراض الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج العلاجي وبعد انتهاء فترة المتابعة».

نتائج السؤال الثاني:

فيما يلي سنعرض لنتائج هذه الدراسة العلاجية ومناقشتها للإجابة عن السؤال الثاني «هل يوجد تأثير للتدخل العلاجي في تنمية مستوى التنشيط السلوكي لدى الحالة التجريبية بعد تطبيق جلسات البرنامج العلاجي مباشرة، وبعد انتهاء الجلسات بفترة زمنية محددة (ثمانية أسابيع) خلال فترة المتابعة؟»

في محاولة للإجابة عن السؤال الثاني الذي طرحته هذه الدراسة تبين من الجدول (1) وشكل (1) لمعدلات أداء الحالة التجريبية على أبعاد مقياس التنشيط السلوكي الأربعة (التنشيط السلوكي، التجنب / إمعان التفكير، الضعف الدراسي / المهني، والضعف الاجتماعي) والدرجة الكلية للمقياس، أن تقديرات الأداء قبل العلاج كانت مرتفعة للغاية ووصلت إلى ذروتها، ولكنها انخفضت بشكل حاد لدى الحالة التجريبية بعد تلقيها العلاج بالتنشيط السلوكي، كما أنها لم تنتكس طوال فترة المتابعة التي استمرت ثمانية أسابيع، الأمر الذي يشير إلى الآثار الإيجابية للعلاج بالتنشيط السلوكي للاكتئاب. مما يشير إلى تحقق الفرضية الثانية «هناك آثار إيجابية جوهرياً للتدخل العلاجي في تنمية مستوى التنشيط السلوكي لدى الحالة التجريبية بعد تطبيق جلسات البرنامج العلاجي، وبعد انتهاء فترة المتابعة».

مناقشة النتائج:

بالنظر إلى نتائج الدراسة السابقة، تبين أنه قد حدث تغير إيجابي داخل الحالة التجريبية (حالة المراهق)، بمعنى أنه قد وجدت فروق بين أنماط سلوكه الاكتئابي قبل تلقيه العلاج بالتنشيط السلوكي، وبعد انتهائه منه، وطوال مدة المتابعة وفي أثنائها؛ إذ لم ينتكس، ولم تعد الحالة تعاني من حالة الاكتئاب والشعور بالحزن الشديد والعزلة والوحدة، بل سعت إلى ممارسة الأنشطة الحياتية الممتعة ذات الأهمية والاستمتاع بالأشياء المحيطة بها، مع العودة الطبيعية لممارسة الهوايات



والأنشطة الرياضية التي تشعرها بالسعادة، وأصبحت تسعى للتقرب من الأهل -خاصة الأم والإخوة- مع تكوين علاقات اجتماعية مع الزملاء بالجامعة، ما يشير إلى كفاءة العلاج بالتنشيط السلوكي في خفض أعراض الاكتئاب بدرجة كبيرة، وتحسن مهارات التنشيط السلوكي.

وعلى أية حال، فإن الدراسة قد أجابت عن السؤالين اللذين كانت قد طرحتهما إجابة كاملة وليست جزئية؛ حيث ثبت وفقاً لما حصلنا عليه من بيانات واقعية ومن التقديرات الذاتية للحالة التجريبية على مقاييس الدراسة الحالية، أن العلاج بالتنشيط السلوكي، يتمتع بكفاءة مرتفعة، وله آثاره الإيجابية الفعالة في علاج الاكتئاب.

وتتسق نتائج هذه الدراسة مع نتائج بعض الدراسات السابقة التي استخدمت العلاج بالتنشيط السلوكي لعلاج الاكتئاب (Pass, et al., 2015; Rethorst, et al., 2023; Gawrysiak, et al., 2009; Wallis, et al., 2012 Colombo, et al., 2022; McCauley, et al., 2016; Cullen, et al., 2006; Blanchet, & Provencher, 2020) والتي أشارت جميعها إلى فاعليته في علاج الاكتئاب؛ حيث اعتمدت الدراسة الحالية على البرتوكول العلاجي المختصر للتنشيط السلوكي في علاج الاكتئاب (Lejuez, et al., 2011) الذي يركز بشكل كبير على تبسيط وتوضيح العناصر الرئيسة للعلاج والإجراءات، مع التركيز على التحالف العلاجي، ومجالات الحياة والقيم والأنشطة، وتبسيط النماذج العلاجية، وتعزيز الأنماط السلوكية وحل المشاكل ومراجعة المفاهيم، وتوفير نموذج مراقبة يومية مع تخطيط الأنشطة، بالإضافة إلى ضرورة احتفاظ المريض بنسخ من جميع نماذج العلاج والواجبات المنزلية، بما في ذلك نماذج المراقبة اليومية المكتملة خلال فترة العلاج؛ مما يتيح الفرصة للمريض بالتفكير في قيمه والأنشطة المرتبطة بها والتغيرات في الأنشطة اليومية مع مرور الوقت خارج الجلسة.

ولكن السؤال الذي يطرح نفسه، هو: هل يمكن رد أو عزو هذه النتائج الإيجابية إلى العلاج بالتنشيط السلوكي، أم أن هناك عوامل أخرى ساعدت على نجاحه؟

والإجابة هي: نعم، هناك عوامل عديدة ساعدت على نجاح هذا العلاج النفسي، وهي: انطلاق هذا العلاج من نموذج نظري واضح، وبرتوكول علاجي مختصر، يمكن تحويله إلى إجراءات علاجية بسهولة، وهو العلاج بالتنشيط السلوكي المختصر للاكتئاب The Brief Behavioral Activation



(Lejuez, et al., 2011) Treatment for Depression (B-BATD)، وكذلك التعاون الشديد من قبل الحالة التجريبية (المراهق) في مساعدة المعالج في تنفيذ الواجبات المنزلية العلاجية.

كما كانت اتجاهات الحالة نحو العلاج النفسي والمعالج إيجابية إلى حد كبير، وكان لدى الحالة دافعية مرتفعة طوال فترة العلاج والمتابعة للتخلص من معاناته النفسية، ودليل ذلك إنجازه للواجبات المنزلية العلاجية على الرغم من معاناته الشديدة التي كان يعانيها، خاصة عند ممارسة الأنشطة اليومية وتسجيلها في النماذج العلاجية المطلوبة بالبرنامج.

وقد يرجع ذلك إلى فاعلية الاستراتيجيات العلاجية للتنشيط السلوكي: المراقبة اليومية الذاتية للأنشطة، والتحليل الوظيفي للأنماط السلوكية، والتعزيز الذي يمارسه المريض والمعالج مع الحالة، مع التغلب على التجنب في الممارسات السلوكية، والتدريب المستمر في ممارسة السلوكيات الصحية طوال الفترة من خلال التخطيط للأنشطة اليومية، والتدريب خلال الجلسات على بناء المهارات كالتخطيط للأنشطة والتعاقد والمراقبة الذاتية وحل المشكلات وتبني القيم والممارسات الإيجابية، بالإضافة إلى أهمية الممارسات المنزلية (أو الواجب المنزلي) كعنصر فعال في العلاج، يساعد المريض على إتقان المهارات والاستراتيجيات التي تم التدريب عليها خلال البرنامج العلاجي.

المعوقات والتحديات التي تعوق استخدام العلاج بالتنشيط السلوكي:

من المعوقات والتحديات في استخدام العلاج بالتنشيط السلوكي؛ مقاومة المريض الاكتنابي للعلاج، ومدى الاستجابة الجيدة للقبول والمشاركة؛ فقد يشعر المريض بالإرتباك أو الإحباط في البداية بسبب التركيز على الواجبات المنزلية، وخاصةً المراقبة اليومية وتخطيط الأنشطة؛ وفي هذه الحالة، يجب على المعالج أن يقضي وقتاً إضافياً في شرح الأسس العلاجية وتشجيع المريض على الالتزام بهذا النهج العلاجي للاكتئاب، ومساعدته في التركيز على مهام العلاج (نماذج المراقبة اليومية، وتقديم الأنشطة المخططة)، وتطوير فرص الحصول على الدعم الاجتماعي من المحيطين بالمريض باستخدام التخطيط للأنشطة والعقود، مع الاتفاق على جدول أعمال واضح في بداية كل جلسة والالتزام به للتأكد من أن المريض والمعالج لديهما نفس التوقعات.

بالإضافة إلى أن إكمال الواجبات المنزلية من التحديات الهامة في العلاج بالتنشيط السلوكي خاصة من الجلسة الأولى، لذا يجب على المعالج أن يوضح للمريض أهمية الواجبات في العملية



العلاجية لمساعدته على فهم وتطبيق ما تم التدريب عليه خلال جلسة العلاج، من خلال استعراض نماذج المراقبة للأسبوع في بداية كل جلسة، وفي حالة إذا لم يتم إكمال الواجب المنزلي لأي أسباب، يجب على المعالج حل هذه المشكلة مع المريض، مع العمل خلال الجلسة على الواجبات غير المكتملة، دون إحداث خلل في سير الجلسة العلاجية.

ومن التحديات الأخرى تركيز المريض على حدث أو شرط واحد لا يمكن تغييره كسبب رئيس للاكتئاب (مثل: فقدان عزيز أو حبيب) وأن ذلك لا يشعره بتحسن ولا يمكنه الاستمرار بطريقة إنتاجية بدون هذا الشخص، وقد يكون المريض غير مستعد للاعتراف بفائدة الأنشطة الممتعة والهامة، ما لم تكن هذه الأنشطة لها تأثير فوري على هذه المسألة الخاصة، ما يستدعي من المعالج العمل على توسيع التجارب الإيجابية عبر مجموعات متعددة من مجالات الحياة للمساعدة في تحقيق هدف إيجاد حياة أكثر توازنًا.

كما أن اختيار الأنشطة والقيم والتخطيط لها، يجب أن يتناسب بشكل فريد مع كل مريض وظروفه الخاصة، لذلك يجب على المعالج مساعدة المريض على تطوير حياته اليومية بناء على القيم والأنشطة التي تتلاءم مع بيئته الخاصة وموارده وإمكانياته.

بالإضافة إلى أن فهم القيم الثقافية والعادات والأعراف التي يتباها المريض، من الأمور الضرورية في العلاج بالتنشيط السلوكي، لذلك يجب أن تُدمج هذه القيم في العلاج.

وفي الختام، فقد ثبت أن التنشيط السلوكي هو تدخل فعال لعلاج الاكتئاب وله خصائص علاجية يمكن دمجها في الموجة الثالثة من العلاجات السلوكية المعرفية، حيث يُعدّ هذا التدخل سهل التنفيذ مقارنة بتدخلات العلاج النفسي الأخرى، ومعترفًا به على نطاق واسع ويستند إلى أدلة قوية، ومع ذلك، لا تزال هناك حاجة لإجراء دراسات إضافية واسعة النطاق حول التنشيط السلوكي كتدخل مستقل لعلاج الاضطرابات النفسية الأخرى (Dimidjian, et al., 2006; Spates et al., 2006). فالتنشيط السلوكي هو تدخل فعال وبسيط ومختصر نسبيًا لعلاج الاكتئاب الشديد (Lejuez, et al., 2011)، كما أشارت بعض الدراسات إلى أنه قد يكون فعالاً حتى بالنسبة للأفراد المكتئبين المقاومين للعلاج التقليدي (Bottonari, et al., 2008; Coffman, et al., 2007). ويمكن استخدام التدخل العلاجي للتنشيط السلوكي بأشكال مختلفة، منها العلاج الفردي والجماعي، والعلاج بالكمبيوتر (الإنترنت، وبرامج الكمبيوتر) (Soucy, et al., 2013).



توصيات وبحوث مقترحة:

- في ضوء نتائج الدراسة الحالية وتفسيرها، هناك العديد من التوصيات والبحوث المقترحة كما يلي:
- الحاجة إلى مزيد من البحوث للتحقق من فاعلية التدخل العلاجي بالتنشيط السلوكي في علاج الاكتئاب على مجموعة من المراهقين، أو دمجها مع التدخلات العلاجية الأخرى للمرضى الذين يعانون من الاكتئاب الشديد والحاد.
 - على الرغم من وجود العديد من الأدلة والشواهد على فاعلية التنشيط السلوكي في علاج الاكتئاب، إلا أنه يتطلب المزيد من الأبحاث المستقبلية حول فعاليته في علاج بعض الاضطرابات النفسية الأخرى مثل اضطرابات القلق واضطرابات الشخصية وغيرها من الاضطرابات.

المراجع:

أولاً: المراجع باللغة العربية

- زهران، حامد. (2005). *الصحة النفسية والعلاج النفسي* (ط4). عالم الكتب.
- عبدالفتاح، أسماء. (2022). فعالية العلاج بالتنشيط السلوكي في تحسين مستوى اليقظة العقلية لدى المراهقين الصم. *دراسات نفسية*، 32(4)، 703-741.
- عكاشة، أحمد؛ وعكاشة، طارق. (2017). *الطب النفسي المعاصر* (ط10). مكتبة الأنجلو المصرية.
- غريب، عبدالفتاح غريب. (2000). *مقياس بك الثاني للاكتئاب BDI-II*. مكتبة الأنجلو المصرية.
- ليندزاي، س.، وبول، ج. (2000). *مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين* (ترجمة صفوت فرج). مكتبة الأنجلو المصرية. (نشر العمل الأصلي 1993).
- منظمة الصحة العالمية (2022، فبراير). *التصنيف الدولي للأمراض-المراجعة الحادية عشر (ICD-11)*: فصل الاضطرابات النفسية والسلوكية واضطرابات النماء العصبي "اضطراب القلق الاجتماعي". مسترجع من: <https://icd.who.int/browse11/l/-/ar#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fclid%2fentity%2f2062286624>
- مجاور، أحمد. (2016). *المحكات التشخيصية: الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية*. دار الزهراء.
- مجاور، أحمد. (قيد النشر). *الخصائص السيكومترية لمقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب: الصورة العربية*. *المجلة العلمية لكلية التربية النوعية، جامعة المنوفية*.



Arabic References

- Zahrān, Ḥāmid. (2005). al-Ṣiḥḥah al-nafsiyah wa-al-‘ilāj al-nafsi (4). (Ālam al-Kutub.
- Bdālfatḥ, Asmā’. (2022). fa‘āliyat al-‘ilāj bāltنشيط al-sulūkī fi Taḥsīn mustawā al-Yaqzah al-‘aqliyah ladā al-murāhiqīn al-ṣumm. Dirāsāt nafsiyah, 32 (4), 703-741.
- Ukāshah, Aḥmad ; w‘kāshh, Ṭāriq. (2017). al-ṭibb al-nafsi al-mu‘āshir (ed.10). Maktabat al-Anjlū al-Miṣriyah.
- Gharīb , ‘bdālfatḥ Gharīb. (2000)0. Miqyās Bik al-Thānī llākt‘āb BDI-II. Maktabat al-Anjlū al-Miṣriyah.
- Lyndzāy, S., wa-Būl, J. (2000). marji‘ fi ‘ilm al-nafs al’klynky llrāshdyn (tarjamat Ṣafwat Faraj). Maktabat al-Anjlū al-Miṣriyah. (Nashr al-‘amal al-aṣlī 1993.)
- Munazzamat al-Ṣiḥḥah al-‘Ālamīyah (2022 ,Fabrāyir). al-taṣnīf al-dawli ll’mraḍ-ālmraj‘h al-ḥādīyah ‘ashar (ICD-11) : Faṣl al-iḍṭirābāt al-nafsiyah wa-al-sulūkīyah waḍṭrābāt alnma‘ al‘šby" Iḍṭirāb al-qalaq al-ijtimā‘ī .mstrj‘ min : <https://icd.who.int/browse11/l-l-ar#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f2062286624>
- Mujāwir, Aḥmad. (2016).(almḥkāt al-tashkhiṣiyah : al-Dalil altshkhiṣy wāl’ḥṣā’y al-khāmis llāḍṭrābāt al-nafsiyah. Dār al-Zahrā’.
- Mujāwir, Aḥmad. (in press). al-Khaṣā’iṣ alsykwmtryh lmqyās al-Tanshiṭ al-sulūkī llākt‘āb : al-Ṣūrah al-‘Arabīyah. al-Majallah al-‘Ilmiyah li-Kullīyat al-Tarbiyah al-naw‘īyah, Jāmi‘at al-Minūfiyah.

ثانيًا: المراجع باللغة الإنجليزية:

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Arjadi, R., Nauta, M. H., Scholte, W. F., Hollon, S. D., Chowdhary, N., Suryani, A. O.,... & Bockting, C. L. (2018). Internet-based behavioural activation with lay counsellor support versus online minimal psychoeducation without support for treatment of depression: a randomized controlled trial in Indonesia. *The Lancet Psychiatry*, 5(9), 707-716. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30223-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30223-2)
- Barkowski, S., Schwartz, D., Strauss, B., Burlingame, G. M., & Rosendahl, J. (2020). Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research. Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 30 (8), 965 – 982. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1729440>



- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., Jüni, P., & Cuijpers, P. (2016). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: A network meta-analysis. *Focus American Psychiatric Publishing*, 14 (2), 229 – 243. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.140201>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory: Manual* (2nd ed.). The Psychological Corporation.
- Blais, M.-C. et Boisvert, J.-M. (2010). La thérapie d'activation comportementale : une avancée importante dans le traitement de la dépression [A sports activity therapy: An important advance in the treatment of depression]. *Revue québécoise de psychologie*, 31, 127-144. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.11.001>
- Blanchet, V., & Provencher, M. D. (2020). Évaluation des effets de l'activation comportementale de groupe pour le traitement de la dépression sévère en milieu clinique [Effectiveness of Behavioral Activation for the Treatment of Severe Depression in Clinical Settings]. *Sante Mentale au Quebec*, 45(1), 11–30. <https://doi.org/10.7202/1070239>
- Bottonari, K.A., Roberts, J. E., Thomas, S. N., & Read, J. P. (2008). Stop thinking and start doing: Switching from cognitive therapy to behavioral activation in a case of chronic treatment-resistant depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 376-386. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.02.005>
- Bunge, E.L., Walker, H., Hunt, G., Leykin, Y., & Kim, E. (2023). The Impact of a Behavioral Activation Online Micro Intervention on Mood and Activity Level. *Journal of Technology in Behavioral Science*, 8, 196–204. <https://doi.org/10.1007/s41347-023-00314-5>
- Carlbring, P., Hagglund, M., Luthstrom, A., Dahlin, M., & Kadowaki, A. (2013). Internet-based behavioral activation and acceptance-based treatment for depression: a randomized controlled trial. *Journal Affect Disorder*, 148, 331–337. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.12.020>
- Chambless, D.L. & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.685>
- Clark, D. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience. *International Review of Psychiatry*, 23, 375–384. <https://doi.org/10.3109/09540261.2011.606803>



- Coffman, S.J., Martell, C.R., Dimidjian, S., Gallop, R., & Hollon, S. (2007). Extreme nonresponse in cognitive therapy: Can behavioral activation succeed where cognitive therapy fails? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 531-541. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.4.531>
- Colombo, D.; Suso-Ribera, C.; Ortigosa-Beltrán, I.; Fernández-Álvarez, J.; García-Palacios, A.; Botella, C. (2022). Behavioral Activation through Virtual Reality for Depression: A Single Case Experimental Design with Multiple Baselines. *Journal of Clinical Medicine*, 11, 1262. <https://doi.org/10.3390/jcm11051262>
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 318-326. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.11.001>
- Cullen, J. M., Spates, C. R., Pagoto, S., & Doran, N. (2006). Behavioral activation treatment for major depressive disorder: A pilot investigation. *The Behavior Analyst Today*, 7(1), 151–166. <https://doi.org/10.1037/h0100150>
- Curry, J. F., & Meyer, A. E. (2016). Can less yield more? Behavioral activation for adolescent depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23(1), 62–65. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12141>
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M.,.... & Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of general psychiatry*, 62(4), 409-416. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.4.409>
- Dimidjian, S., Barrera Jr, M., Martell, C., Muñoz, R. F., & Lewinsohn, P. M. (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual review of clinical psychology*, 7, 1-38. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104535>
- Dimidjian, S., Goodman, S. H., Sherwood, N. E., Simon, G. E., Ludman, E., Gallop, R., Welch, S. S., Boggs, J. M., Metcalf, C. A., Hubley, S., Powers, J. D., & Beck, A. (2017). A pragmatic randomized clinical trial of behavioral activation for depressed pregnant women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(1), 26–36. <https://doi.org/10.1037/ccp0000151>
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J. B., Markley, D. K., Gollan, J. K., Atkins, D. C., Dunner, D. L., & Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant



- medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658–670. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.658>
- Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., & Gilbody, S. (2014). Behavioural activation for depression; an update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PLoS one*, 9(6), e100100. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100100>
- Friedrich M. (2017). Depression Is the Leading Cause of Disability Around the World. *JAMA*, 2017;317(15):1517. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.3826>
- Gawrysiak, M., Nicholas, C., & Hopko, D. R. (2009). Behavioral activation for moderately depressed university students: Randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 468–475. <https://doi.org/10.1037/a0016383>
- Gaynor, S. T., & Harris, A. (2008). Single-participant assessment of treatment mediators: Strategy description and examples from a behavioral activation intervention for depressed adolescents. *Behavior modification*, 32(3), 372-402. <https://doi.org/10.1177/0145445507309028>
- Gómez-Pérez, L., Vergés, A., Vázquez-Taboada, A.R. Durán, J. & González Tugás, M. (2018). The efficacy of adding group behavioral activation to usual care in patients with fibromyalgia and major depression: design and protocol for a randomized clinical trial. *Trials* 19, 660. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-3037-1>
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35-54. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80003-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80003-0)
- Hollon, SD, Thase, ME, & Markowitz, JC (2002). Treatment and prevention of depression. **Psychological Science in the Public Interest**, 3, 1-39. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.00008>
- Hopko DR., Lejuez CW., LePage JP., Hopko SD., McNeil DW. (2003). A brief behavioral activation treatment for depression. A randomized pilot trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behavior Modification*, 27(4), 458-469. <https://doi.org/10.1177/0145445503255489>
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J., & Eifert, G. H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review*, 23, 699-717. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(03\)00070-9](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(03)00070-9)



- Hossain, H. U. A. D., Aftab, A., Soron, T. R., Alam, M. T., Chowdhury, M. W. A., & Uddin, A. (2017). Suicide and depression in the World Health Organization South-East Asia region: A systematic review. *WHO South-East Asia journal of public health*, 6(1), 60-66. <https://doi.org/10.4103/2224-3151.206167>
- Jacobson, NS., Martell, CR. & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270. <https://doi.org/10.1093/clipsy/8.3.255>
- Janssen, N. P., Hendriks, G.-J., Baranelli, C. T., Lucassen, P., Oude Voshaar, R., Spijker, J., & Huibers, M. J. H. (2021). How does behavioural activation work? A systematic review of the evidence on potential mediators. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90 (2), 85 – 93. <https://doi.org/10.1159/000509820>
- Kanter, J.W., Mulick P.S., Busch, A.M., Berlin, K.S., Martell, C.R. (2007). The Behavioral Activation for Depression Scale (BADs): Psychometric properties and factor structure. *Journal Psychopathology Behavior Assessment*, 29(3),191-202. <https://doi.org/10.1007/s10862-006-9038-5>
- Kanter, J. W., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2009). *Behavioral activation: Distinctive features*. Routledge.
- Kanter, J. W., Rusch, L. C., Busch, A. M., & Sedivy, S. K. (2009). Validation of the Behavioral Activation for Depression Scale (BADs) in a community sample with elevated depressive symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(1), 36–42. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9088-y>
- Kazdin, A. (1998). *Research Design in Clinical Psychology* (3rd ed.). McMillan.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Acierno, R., Daughters, S. B., & Pagoto, S. L. (2011). Ten-year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: Revised treatment manual. *Behavior Modification*, 35 (2), 111 – 161. <https://doi.org/10.1177/0145445510390929>
- Lejuez, C.W., Hopko, DR., Hopko, S.D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression: Treatment manual. *Behavior Modification*, 25, 255–286.
- Lemmens, L. H., Müller, V. N., Arntz, A., & Huibers, M. J. (2016). Mechanisms of change in psychotherapy for depression: An empirical update and evaluation of research aimed at



- identifying psychological mediators. *Clinical Psychology Review*, 50, 95-107. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.004>
- Lépine, J. P., & Briley, M. (2011). The increasing burden of depression. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 7(1), 3-7. <https://doi.org/10.2147/NDT.S19617>
- Lewinsohn, P. M. (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1–38. <https://doi.org/10.1146=annurev-clinpsy-032210-104535>
- Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2018). Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Scientific Reports*, 8 (1), 2861 <https://doi.org/10.1038/s41598-018-21243-x>
- Limpächer, C., Ziem, M. & Hoyer, J. (2023). Effects of Behavioral Activation Group Treatment Prior to Individual Therapy for Depression. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 52(3). 132-141. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000707>
- Lu, W. (2019). Adolescent depression: national trends, risk factors, and healthcare disparities. *American journal of health behavior*, 43(1), 181-194. <https://doi.org/10.5993/AJHB.43.1.15>
- Mairal, J.B. (2011). Behavioral Activation Intervention In A Patient With Depressive Symptomatology. *Psychology in Spain*, 15(1), 22-32. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.325>
- Manos, R. C., Kanter, J. W., & Busch, A. M. (2010). A critical review of assessment strategies to measure the behavioral activation model of depression. *Clinical psychology review*, 30(5), 547-561. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.008>
- Manos, R. C., Kanter, J. W., & Luo, W. (2011). The behavioral activation for depression scale—short form: development and validation. *Behavior therapy*, 42(4), 726-739. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.04.004>
- Marroquín, B., & Nolen-Hoeksema, S. (2015). Event prediction and affective forecasting in depressive cognition: Using emotion as information about the future. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 34(2), 117-134. <https://doi.org/10.1521/jscp.2015.34.2.117>
- Martell, C.R., Addis, M.E., Jacobson, N.S. (2001). *Depression in Context: Strategies for Guided Action*. Norton.
- Martell, C.R.; Dimidjian, S.; Herman-Dunn, R. (2022). *Behavioral Activation for Depression: A Clinician's Guide* (2ed). Guilford Press.



- McCauley, E., Gudmundsen, G., Schloredt, K., Martell, C., Rhew, I., Hubley, S., & Dimidjian, S. (2016). The adolescent behavioral activation program: Adapting behavioral activation as a treatment for depression in adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(3), 291-304. <https://doi:10.1080/15374416.2014.979933>
- Moreno-Peral, P., Bellón, J. Á., Huibers, M. J., Mestre, J. M., García-López, L. J., Taubner, S.,... & Conejo-Ceron, S. (2020). Mediators in psychological and psychoeducational interventions for the prevention of depression and anxiety. *A systematic review, Clinical Psychology Review*, 76, 101813. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101813>
- Nasrin, F., Rimes, K., Reinecke, A., Rinck, M., & Barnhofer, T. (2017). Effects of brief behavioural activation on approach and avoidance tendencies in acute depression: Preliminary findings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 45(1), 58-72. <https://doi.org/10.1017/S1352465816000394>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2022). *Depression in adults: Treatment and management*. National Institute for Health and Care Excellence.
- Pass, L., Reynolds, S (2014). *Treatment Manual for Brief Behavioural Activation for Depressed Adolescents (BATD-A)*. Charlie Waller Institute, University of Reading, Reading, UK.
- Pass, L., Brisco, G. and Reynolds, S. (2015) Adapting brief Behavioural Activation (BA) for adolescent depression: A case example. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 8. e17. <https://doi.org/10.1017/S1754470X15000446>
- Pass, L., Brisco, G., & Reynolds, S. (2014). Adapting brief Behavioural Activation (BA) for adolescent depression: a case example. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 8(17), 1-13. <https://doi.10.1017/S1754470X15000446>
- Reynolds, E. K., MacPherson, L., Tull, M. T., Baruch, D. E., & Lejuez, C. W. (2011). Integration of the brief behavioral activation treatment for depression (BATD) into a college orientation program: Depression and alcohol outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 58(4), 555–564. <https://doi.org/10.1037/a0024634>
- Rethorst, C. D., Trombello, J. M., Chen, P., Carmody, T. J., Lalalde, A., & Trivedi, M. H. (2023). Adaption of tele-behavioral activation to increase physical activity in depression: Protocol for iterative development and evaluation. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 33, 101103. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2023.101103>



- Rethorst, C., Trombello, J., Chen, P., Carmody, T., Lazalde, A., & Trivedi, M. (2023). Adaption of tele-behavioral activation to increase physical activity in depression: Protocol for iterative development and evaluation. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 33. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2023.101103>
- Richards, D. A., Ekers, D., McMillan, D., Taylor, R. S., Byford, S., Warren, F. C.,... & Finning, K. (2016). Cost and Outcome of Behavioural Activation versus Cognitive Behavioural Therapy for Depression (COBRA): A randomized, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet*, 388(10047), 871-880. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)31140-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31140-0)
- Ritschel, L. A., Ramirez, C. L., Jones, M., & Craighead, W. E. (2011). Behavioral activation for depressed teens: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(2), 281-299. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.07.002>
- Rovner, B. W., Casten, R. J., Hegel, M. T., Massof, R. W., Leiby, B. E., Ho, A. C., & Tasman, W. S. (2014). Low vision depression prevention trial in age-related macular degeneration: a randomized clinical trial. *Ophthalmology*, 121(11), 2204-2211. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2014.05.002>
- Ruggiero, K. J., Morris, T. L., Hopko, D. R., & Lejuez, C. W. (2007). Application of behavioral activation treatment for depression to an adolescent with a history of child maltreatment. *Clinical Case Studies*, 6(1), 64-78. <https://doi.org/10.1177/1534650105275986>
- Sanchez, J. (2022). *Behavioral Activation (BA) as an Intervention for Depressed Adolescents*. Preprints, 2022070303. <https://doi.org/10.20944/preprints202207.0303.v1>
- Santos, M. M., Ullman, J., Leonard, R. C., Puspitasari, A. J., Cook, J., & Riemann, B. C. (2019). Behavioral activation as a mechanism of change in residential treatment for mood problems: A growth curve model analysis. *Behavior therapy*, 50(6), 1087-1097. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.05.004>
- Silverstein, M., Cabral, H., Hegel, M., Diaz-Linhart, Y., Beardslee, W., Kistin, C. J., & Feinberg, E. (2018). Problem-solving education to prevent depression among low-income mothers: A path mediation analysis in a randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 1(2), e180334-e180334. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.0334>
- Soucy Chartier, I., Blanchet, V. & Provencher, MD (2013). Behavioral activation and depression: A contextual treatment approach. *Mental health in Quebec*, 38 (2), 175–194. <https://doi.org/10.7202/1023995ar>



- Spates, C. R., Pagoto, S. L., & Kalata, A. (2006). A qualitative and quantitative review of behavioral activation treatment of major depressive disorder. *The Behavior Analyst Today*, 7(4), 508–521. <https://doi.org/10.1037/h0100089>
- Stein, A., Carl, E., Cuijpers, P., Karyotaki, E., & Smits, J. (2021). Looking beyond depression: A meta-analysis of the effect of behavioral activation on depression, anxiety, and activation. *Psychological Medicine*, 51(9), 1491-1504. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000239>
- Takagaki, K., Okamoto, Y., Jinnin, R., Mori, A., Nishiyama, Y., Yamamura, T.,... & Yamawaki, S. (2016). Behavioral activation for late adolescents with subthreshold depression: A randomized controlled trial. *European child & adolescent psychiatry*, 25, 1171-1182. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0842-5>
- Terkawi, A. S., Tsang, S., AlKahtani, G. J., Al-Mousa, S. H., Al Musaed, S., AlZoraigi, U. S., Alasfar, E. M., Doais, K. S., Abdulrahman, A., & Altirkawi, K. A. (2017). Development and validation of Arabic version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Saudi journal of an aesthesia*, 11(1), S11–S18. https://doi.org/10.4103/sja.SJA_43_17
- Van Luenen, S., Kraaij, V., Spinhoven, P., Wilderjans, T. F., & Garnefski, N. (2019). Exploring mediators of a guided web-based self-help intervention for people with HIV and depressive symptoms: randomized controlled trial. *JMIR mental health*, 6(8), e12711. <https://doi.org/10.2196/12711>
- Wallis, A., Roeger, L., Milan, S., & Allison, S. (2012). Short Report Behavioural activation for the treatment of rural adolescents with depression. *Austral Journal Rural Health (AJRH)*, 20, 95-96. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2012.01261.x>
- Weidberg, S., González-Roz, A., Garcia-Fernandez, G., & Secades-Villa, R. (2021). Activation level as a mediator between behavioral activation, sex, and depression among treatment-seeking smokers. *Addictive Behaviors*, 114, 106715. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106715>
- Wenze, S. J., Gunthert, K. C., & German, R. E. (2012). Biases in affective forecasting and recall in individuals with depression and anxiety symptoms. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(7), 895-906. <https://doi.org/10.1177/014616721244>

