

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش چاقی

نرگس موسویان^۱، علیرضا مرادی^۲، جعفر میرزایی^۳، فرزاد شیدفر^۴،
بهرام محمودی کهریز^۵ و فاطمه طاهری^۶

هدف پژوهش حاضر، اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی (MBCT) در کاهش چاقی و عوارض روانشناختی آن است. در این پژوهش، تعداد ۴۸ نفر از افراد چاق به شیوه ی نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در ۳ گروه آزمایش (۱۶ نفر، دریافت کننده MBCT) و گروه کنترل اول (۱۷ نفر، دریافت کننده ی برنامه ی رژیم غذایی) و گروه کنترل دوم (۱۵ نفر، بدون دریافت هیچگونه برنامه ای) جایگزین شدند. گروه آزمایش به صورت گروهی و طی جلسه ای ۲ ساعته تحت آموزش های MBCT قرار گرفتند. گروه دوم نیز برنامه ی رژیم غذایی ویژه ی کنترل چاقی دریافت کردند. نتایج، نشان داد که ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی در کاهش چاقی موثر است و نتایج حاصل از پیگیری یک ماهه، پایداری نتایج را نشان داد.

واژه های کلیدی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، چاقی

مقدمه

اختلال در متابولیسم چربی، اغلب خود را به صورت یک بیماری مزمن به نام چاقی نشان می دهد. امروزه، چاقی یکی از معضلات بهداشتی و عامل خطر برای بروز بسیاری از بیماری ها نظیر دیابت بیماری های قلبی- عروقی، پر فشاری خون و سرطان است. چاقی، از نیمه ی اول قرن بیستم رو به افزایش نهاده و بخش قابل توجهی از افراد کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه را در بر گرفته است که از آن به عنوان مهم ترین عارضه ی تغذیه ای و یک معضل اجتماعی در سطح جهان یاد

۱. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران narsis_moo@yahoo.com

۲. دکتری روان شناسی بالینی، دانشیار گروه روان شناسی دانشگاه تربیت معلم تهران

۳. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، مسوول گروه روان شناسی و آموزش بیمارستان روان پزشکی صدر

۴. دکتری تغذیه، دانشیار گروه تغذیه ی دانشگاه علوم پزشکی ایران

۵. دانشجوی دکتری روان شناسی تربیتی دانشگاه شهید بهشتی تهران

۶. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران

می شود. چاقی، تنها ناشی از عوامل فیزیولوژیایی نیست بلکه نتیجه ی تاثیر متقابل عوامل روانی و فیزیولوژیکی است که توسط مرکز درمانی و پزشکی به عنوان یک بیماری، طبقه بندی شده است. در کشور ایران نیز به احتمال زیاد، چاقی درصد بالایی از گروه های مختلف سنی و جنسی را شامل می شود (فلاحی وهمکاران، ۱۳۸۵). مشخص نیست که آیا چاقی یک عامل خطر مستقل برای تندرستی است یا با ایجاد زمینه برای ابتلا به برخی از بیماری ها و سرطان ها باعث به خطر افتادن سلامتی انسان می شود. پژوهش ها نشان داده که چاقی با افزایش خطر ابتلا به بیماری هایی نظیر بیماریهای قلبی، دیابت نوع ۲، فزون تنشی و افزایش چربی مرتبط است (نیروی ملی کار برای جلوگیری و درمان چاقی، ۲۰۰۰). بعضی پژوهش ها نیز به بررسی ارتباط چاقی با بهزیستی روانشناختی پرداخته است (سیمون^۲ و همکاران، ۲۰۰۶؛ وادن^۳ و همکاران، ۲۰۰۶). هر چند عوامل روانشناختی، آشکارا در پیدایش چاقی اهمیت اساسی دارند اما این عوامل تا چه حد موجب چاقی می گردد چندان جامع و روشن تبیین نشده است. مکانیزم تنظیم غذا تحت نفوذ عوامل محیطی است و یافته ها نشان داده است که عوامل فرهنگی، خانوادگی و پویشی در بروز چاقی سهم هستند. هر چند بسیاری از پژوهشگران، سوابق خانوادگی خاص، عوامل زمینه ساز، ساختارهای شخصیتی و تعارض های ناخودآگاه را مسبب چاقی معرفی کرده اند اما افراد چاق، ممکن است از هر نوع اختلال روانی قابل تصویری در رنج بوده و آشفتگی های مختلف زندگی نیز زمینه ساز چاقی آنها باشد. بنابراین بیماران چاق ممکن است از نظر هیجانی، افرادی آشفته باشند که به دلیل فراهم شدن سایر عوامل مستعد کننده و پرخوری در محیط، پرخوری را به عنوان وسیله ی مقابله با مشکلات انتخاب کنند. نتایج پژوهشها نشان می دهد زمانی که برخی بیماران، وزن طبیعی به دست می آورند نشانه های اختلال روانی جدی تری نشان می دهند زیرا مکانیزم مقابله ای دیگری ندارند. امروزه، شیوع چاقی رو به رشد است و راه های گوناگونی برای کاهش چاقی وجود دارد هر چند یافتن راهی که متناسب با نیازهای افراد باشد، دشوار است. در سال های اخیر، تحولات صورت گرفته در زمینه ی درمان اختلالات روان شناختی و کاهش چاقی موجب گردیده تا روش های نوینی توسط روان شناسان بالینی مطرح و ارایه گردد (دوکتین^۴ و همکاران، ۲۰۰۵؛ پاول^۵، ۲۰۰۷). از جمله این موارد می توان به شیوه ی درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی که توسط کابات-

1. NTFPTO
2. Simon

3. Wadden
4. Douketis

5. Powell

زین^۱ (۱۹۹۰) مطرح شده، اشاره کرد. این شیوه، بعدها توسط افراد مختلفی تغییر کرد و برای اختلالات گوناگونی مورد استفاده قرار گرفت و از طریق پژوهش های کنترل شده، اثربخشی آن تایید شد. از جمله ی این رویکردها، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است (سگال^۲ و همکاران، ۲۰۰۲) که اثربخشی این درمان، در اختلالاتی نظیر دردهای مزمن کابات (زین، ۱۹۹۰) افسردگی (تیزدل، سگال، ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۰) اختلالات و سواسی (سجادیان، ۱۳۸۶) و همانند آنها به اثبات رسیده است.

ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی که درمانی بسیار جدید است، برای اولین بار در ایران در حوزه ی اختلالات خوردن مورد استفاده قرار می گیرد. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی شامل مدیتیشن های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش مقدماتی، درباره افسردگی، تمرین مرور بدن چند تمرین شناخت درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس های بدنی را نشان می دهد. تمام این تمرین ها، به نوعی توجه به موقعیت های بدنی و پیرامون را در «لحظه ی حاضر» میسر می سازد و پردازش های خودکار افسردگی را کاهش می دهد. در این شیوه، منابع حسی مانند الگوهای معنایی است. تمرین های بدنی، باعث تغییر شکل مدل طرحواره می شود (تیزدل، سگال و ویلیامز، ۱۹۹۴).

ذهن آگاهی، به معنی توجه کردن ویژه، هدفمند، در زمان کنونی و خالی از پیشداوری و قضاوت است (سگال و همکاران، ۲۰۰۲). همچنین، ذهن آگاهی، شامل زنده نگه داشتن هشیاری فرد برای واقعیت حاضر است (براون و رایان^۳، ۲۰۰۳). بیشاب^۴ (۲۰۰۲) معتقد است که ذهن آگاهی در روان شناسی معاصر به عنوان رویکردی برای افزایش آگاهی در پاسخ دادن به فرایندهای ذهنی شامل اختلالات هیجانی و بسیار جدید است. آذرگون (۱۳۸۶) در مطالعه ای به این نتیجه رسید که روش درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افسردگی و نشخوار فکری موثر است.

مطالعه ی کابات-زین (۱۹۸۷) حاکی از اثربخشی ذهن آگاهی در درمان بیماران مبتلا به درد مزمن بود. رندولف^۵ (۱۹۹۹) نیز در پژوهش خود، روش درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را روی بیماران دارای درد مزمن به کار برد و بهبودی معناداری را به لحاظ آماری در درجه بندی هایی از درد، شاخص های پزشکی دیگر و نشانه های روان شناختی عمومی مشاهده کرد.

1. Kabat-zinn
2. Segal

3. Brown & Ryan
4. Bishop

5. Randolph

کریستلر و هالت^۱ (۱۹۹۹) نیز اثرات روش درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را روی اختلال خوردن تایید کردند. تیزدل و همکاران (۲۰۰۰) نیز اثرات ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی (MBCT) را روی میزان بازگشت افسرده ساز در گروه بزرگی از بیماران افسرده اساسی (MDD) که درمان دارویی دریافت می کردند، بررسی نموده و نتایجی از میزان بازگشت کمتر بیماران دریافت کننده ی MBCT در مقایسه با دریافت کنندگان TAU در یک دوره ی پیگیری یک ساله مشاهده نمودند. پژوهش های انجام شده، اگر چه بیانگر نقش اثرات ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی در کاهش افسردگی و به تبع آن در متغیرهای دیگر روانشناختی است اما بررسی نقش اثرات ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی در درمان چاقی در نوع خود کار بدیعی است که به شفاف سازی جوانب بیماری چاقی کمک خواهد نمود.

روش

جامعه ی آماری، نمونه و روش نمونه گیری

در پژوهش حاضر، جامعه ی آماری شامل افراد چاق در دسترس شهر تهران و شهرستان دزفول می باشد. برای شناسایی افراد واجد شرایط برای شرکت در برنامه ی مداخلاتی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی (MBCT) از بین داوطلبین در دسترس به شیوه ی غربالگری، توسط پرسشنامه ی ویژگی های جمعیت شناختی استفاده شد. به این ترتیب که از بین داوطلبان شرکت در این برنامه ی مداخلاتی تعداد ۱۶ نفر که برای دریافت برنامه ی رژیم غذایی به کلینیک های تغذیه مراجعه کرده بودند انتخاب و در کاربردی پژوهش وارد شدند.

ابزار

به منظور جمع آوری اطلاعات مورد نظر در این پژوهش، پرسشنامه های جمعیت شناختی توسط آزمودنی ها تکمیل شد. با استفاده از وزن و قد آزمودنی ها، نمایه ی توده بدنی (BMI) به صورت وزن به کیلوگرم تقسیم بر مجذور قد به متر، برای آنها محاسبه گردید.

1. Kristeller & Hallett

شیوه ی اجرا

دستوالعمل شناخت درمانی (محمد خانی و همکاران، ۱۳۸۴) شامل ۸ جلسه آموزش گروهی است که هفته ای دو جلسه و هر جلسه به مدت ۲ ساعت به طول می انجامد. جزییات این شیوه در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: خلاصه ی جلسات آموزش MBCT

جلسه	برنامه ها
۱	تنظیم خط مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه ی محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد؛ دعوت شرکت کنندگان به تشکیل گروه های دو نفری و معرفی خود به یکدیگر و سپس به اعضای گروه به عنوان یک واحد، تمرین خوردن کشمش، تمرین واریسی بدنی، تکلیف خانگی، بحث و تعیین جلسات هفتگی توزیع نوارها و جزوات جلسه ی اول
۲	تمرین واریسی بدنی، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین افکار و احساسات، ثبت وقایع خوشایند، مراقبه ی نشسته ۱۰ تا ۱ دقیقه
۳	تمرین "دیدن" یا "شنیدن"، ۳۰ تا ۴۰ دقیقه در حالت مراقبه ی بازنگری تکلیف، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه ای و بازنگری قدم زدن با حضور ذهن
۴	تمرین پنج دقیقه ای "دیدن یا شنیدن"، ۴۰ دقیقه مراقبه، آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار بازنگری تمرین بازنگری، تکلیف خانگی، تعیین تکلیف خانگی
۵	چهل دقیقه مراقبه ی نشسته بازنگری، تمرین بازنگری، تکلیف خانگی، فضای تنفس و بازنگری آن
۶	مراقبه ی نشسته ۴۰ دقیقه ای، آگاهی از تنفس بدن، اصوات و سپس افکار بازنگری، تمرین بازنگری تکلیف خانگی، آماده شدن برای اتمام دوره
۷	۴۰ دقیقه مراقبه ی نشسته - آگاهی از تنفس بدن، صداها و سپس افکار بازنگری تمرین ها، بازنگری تکالیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق
۸	بازنگری مطالب گذشته و جمع بندی

یافته ها

در جدول ۲، اندازه های نمایه ی توده ی بدنی آزمودنی ها به همراه میانگین و انحراف معیار آنها در ۳ مقطع پیش از شروع، بعد از اتمام درمان و مرحله ی پیگیری ارائه شده است.

جدول ۲: اندازه های توده ی بدنی آزمودنی ها

اندازه های توده ی بدنی											sd	میانگین	تپش سر تپش تپش		
۲۹/۲۵	۳۱	۳۰/۸۵	۲۹	۲۸/۸۷	۲۹	۲۹	۳۰/۱۱	۲۹/۰۷	۲۹/۱۱	۲۸/۸۱	۲۹/۱۱	۳۰/۵۰		۲۸/۱۱	۱/۰۱۶
۳۱/۳۵	۳۲/۸۱	۳۲/۰۷	۲۹/۵۴	۲۹/۱۱	۳۰	۲۹/۸۱	۳۱/۱۱	۳۰/۵۹	۳۰/۱۴	۳۰/۴۹	۲۸/۷۲	۳۰	۲۹/۱۱	۱/۰۷۵	۳۰/۴۰۶
۳۲/۳۱	۳۳/۵۹	۳۲/۸۳	۳۰/۸۰	۳۱/۱۹	۳۰/۴۸	۳۰/۵۶	۳۱/۶۶	۳۱/۸۴	۳۱/۲۵	۳۱/۲۰	۱۴	۳۰/۸۵	۳۱/۶۶	۰/۹۸۸	۲۹/۲۴۱

تفاوت های مشاهده شده در گروهها با استفاده از روش های اندازه گیری مکرر بررسی شد و نتایج در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳: تحلیل اندازه گیریهای مکرر در مورد تاثیر MBCT بر بهبود چاقی

شاخص منابع تغییرات	ارزش	F	df	آلفا
آزمون پیلاپی	۰/۳۰۱	۶/۰۲۸	۲/۰۰	۰/۰۰۷
لامبدای ویلکز	۰/۶۹۹	۶/۰۲۸	۲/۰۰	۰/۰۰۷
هتلینگ	۰/۴۳۱	۶/۰۲۸	۲/۰۰	۰/۰۰۷
آزمون روی	۰/۴۳۱	۶/۰۲۸	۲/۰۰	۰/۰۰۷

چنانچه از جدول فوق منتج می شود، مقدار مشخصه ی آماری F با مقدار ۶/۲۸ در هر چهار مشخصه در سطح $\alpha = ۰/۰۵$ معنادار است؛ یعنی با احتمال ۹۵ درصد می توان نتیجه گرفت که تغییر (کاهش) در مراحل مختلف آزمون معنادار است. به عبارت دیگر MBCT برای بهبود چاقی موثر است. نتایج آزمون تعقیبی LSD (جدول ۴) نشان می دهد که میانگین پس آزمون نسبت به پیش آزمون و پیگیری نسبت به پس آزمون، کاهش یافته است. این موضوع نشان می دهد که اثر MBCT برای بهبود چاقی بعد از گذشت زمان نیز همچنان پا بر جا بوده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی LSD در مورد نتایج تحلیل اندازه های مکرر

(I - J)	انحراف معیار	آلفا		
پس آزمون	۰/۱۱۸	۰/۰۰۱	پیش آزمون	۰/۵۷۷
پیگیری	۰/۳۴۵	۰/۰۰۱	پیش آزمون	۱/۲۶۴
پس آزمون	۰/۱۱۸	۰/۰۰۱	پیش آزمون	- ۰/۵۷۷
پیگیری	۰/۳۲۸	۰/۰۴۵	پیش آزمون	۰/۶۸۶
پس آزمون	۰/۳۴۵	۰/۰۰۱	پیش آزمون	- ۱/۲۶۴
پیگیری	۰/۳۲۸	۰/۰۴۵	پس آزمون	- ۰/۶۸۶

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر، نشان می دهد که MBCT در کنترل چاقی موثر است. اگر چه پیشینه ی پژوهشی که مستقیماً اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی را در کنترل چاقی بررسی نماید، کم است اما یافته ها حاکی از اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی، در بهبود اختلال خوردن با ولع است (بایر^۱ و همکاران، ۲۰۰۵). از جمله ویژگی های این اختلال، مصرف مقدار زیاد و غیرعادی غذا در دوره ای از زمان است و در این حالت فرد احساس می کند بر رفتار خوردنش کنترل ندارد؛ از سوی دیگر در تبیین روانشناختی چاقی، از خوردن هیجانی یاد شده و اینکه گاهی افراد برای اجتناب از هیجانات ناخوشایند خود و یا در صورت شکست در دستیابی به کمال طلبی های بلند پروازانه، به پرخوری روی می آورند. تیزدل و همکاران (۲۰۰۰) و آذرگون (۱۳۸۶) دریافتند که روش درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان مشکلات ناشی از افسردگی موثر است (مارلات و گوردون، ۱۹۸۵ از بایر و همکاران، ۲۰۰۳). کابات-زین (۱۹۸۷) و رندولف (۱۹۹۹) نیز به بررسی اثر بخشی این شیوه ی درمانی در درمان بیماران مبتلا به درد مزمن پرداختند و به اثربخشی آن پی بردند.

ویژگی روش ذهن آگاهی آن است که بیمار را نسبت به ریشه های اختلال و مکانیسم آن در مغز آگاه نموده، از مضطرب شدن او جلوگیری می نماید، بر افکار و تمایلات او در حالت هشیاری متمرکز می شود و به فرد امکان می دهد تا تکرار اعمال یا افکار و نشخوار آنها را برای کاهش اضطراب انتخاب نکند و به ریشه های زیستی اختلال باندیشد. اگر چه فن آوری، رشد و پیشرفت بشری به انسان ها امکان داده تا جهت درمان بسیاری از بیماری ها نیازی به جابه جایی فیزیکی نداشته باشد و در زمان و وقت آنها صرفه جویی شود ولی باید اذعان داشت که هنوز هم بسیاری از بیماری ها و اختلالات روانی در سایه ی هدایت و آموزش کوتاه مدت درمانگر قابل حل است. بیمارانی که سواد کافی ندارند با روش درمانی غیر حضوری قابل آموزش نیستند و این موضوع که بعضی محققان پیشنهاد کرده اند بدون حضور مستقیم و تعامل مراجع و درمانگر اختلالات روانی قابل درمان است (اصفهانی، ۱۳۸۳) نیاز به بررسی بیشتر دارد. به طور کلی، دلیل اثربخشی روش ذهن آگاهی در مورد افراد چاق آن است که آموزش روش ذهن آگاهی، منجر به تغییر شناختی در طرز تفکر و اعمال بیمار شده و از اصول تقویت شرطی، سود می برد. بدین ترتیب که فرد مبتلا برای

1. Baer

رفتن به گام بعدی تلاش می کند تا خود را در گامی بالاتر ببیند و این تمایل به سوی گام بالاتر به طور مستمر باعث بهبود تدریجی مرحله به مرحله ی بیمار می شود و در عین آرامش و آگاهی، به درمان فردی خود ادامه می دهد و نواقص و اشکالات خود را در جلسات حضوری حل می نماید. همچنین یافته های پژوهش، حاکی از آن است که شیوه ی ذهن آگاهی، باعث کاهش چاقی در گروه آزمایش نسبت به آزمودنی های گروه کنترل، در مرحله ی پیگیری شده است؛ بدین معنا که آزمودنی های گروه آزمایش، تاثیر آموزش را در مرحله ی پیگیری نیز حفظ کرده اند. این یافته ها با نتایج مطالعات شاپیرو و شوارتز^۱ (۲۰۰۰) دیویدسون^۲ و همکارانش (۲۰۰۳) کارلسون^۳ و همکاران (۲۰۰۳) و سینگ^۴ و همکاران (۲۰۰۴) همخوانی دارد. کارداسیوتو^۵ (۲۰۰۵) نیز معتقد است که تغییر محتوای افکار، نگرش و ذهنیت بیمار نسبت به بیماری، می تواند وسواس و علایم آنرا تحت کنترل درآورد. همچنین راجمن و هاجسون^۶ (۱۹۸۰) خاطر نشان می کنند که روش درمانی مناسب برای بعضی از بیماری ها که دارای حالات هیجانی منفی و اضطراب نیستند ولی وقت گیرند، کاهش تدریجی زمان است که ذهن آگاهی نیز با کنترل آگاهی لحظه به لحظه و غیر قضاوتی به شکل مرحله به مرحله، خود کنترلی، خود تنظیمی و خود نظارتی بیمار بر رفتارهایش را افزوده و او را به سمت بهبودی هدایت می کند. ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی، فرصتی فراهم می آورد تا افراد بدون قضاوت، احساس های بدنی، شناخت ها، ادراک ها و هیجانانیشان را مشاهده کنند و آنها را بپذیرند و دریابند که افکار، لزوماً منطبق با واقعیت نیست.

منابع

- اصفهان، مهدی (۱۳۸۳). تأثیر روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ به شیوه خوددرمانی در کاهش نشانه های اختلال وسواس - اجبار. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی (چاپ نشده) دانشگاه اصفهان: دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- آذرگون، حسن، (۱۳۸۶)، اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری دانشجویان افسرده دانشگاه اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد، اصفهان، دانشگاه اصفهان.

1. Shapiro & Schwartz
2. Davidson

3. Carlson
4. Singh

5. Cardociotto
6. Rachman & Hodgson

سجادیان، ایلناز؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ مولوی، حسین؛ معروفی، محسن (۱۳۸۶). تأثیر آموزش روش ذهن آگاهی بر میزان علائم اختلال وسواس- اجبار در زنان شهر اصفهان. مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی. ۱۲۸-۱۴۰.

فلاحی، ابراهیم؛ عباس زاده، مریم؛ طراح، محمد جواد؛ نظری، افشین (۱۳۸۵). اثر رژیم غذایی کاهش وزن به تنهایی و همراه با ساتورکس بر کنترل وزن در زنان دچار اضافه وزن و چاقی. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دوره ۲۸ ش ۳ ص ۸۵-۸۸.

محمدخانی، پروانه، تمنایی فر، شیما، جهانی تابش، عذرا (۱۳۸۴) درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن برای افسردگی، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

- Baer, R. A., Fischer, S., & Huss, D. B. (2005). Mindfulness-based cognitive therapy applied to binge eating: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 351-358.
- Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64, 71-84.
- Brown, B. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Cardaciotto, L. A. (2005). *Assessing mindfulness: The development of a bi-dimensional measure of awareness and acceptance*. Doctoral dissertation. University of Drexel, USA.
- Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K. D., & Goodey, E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and immune parameters in breast & prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 65, 571-581.
- Davidson, R. J., Kabat-zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., et al. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- Douketis, J. D., Macie, C., Thabane, L., & Williamson, D. F. (2005). Systematic review of long-term weight loss studies in obese adults: Clinical significance and applicability to clinical practice. *International Journal of Obesity*, 29, 1153-1167.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living." Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R., & Sellers, W. (1987). Four-year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcome and compliance. *Clinical Journal of Pain*, 2, 159-173.

- Kristeller, J. L., & Hallett, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology, 4*, 357-363.
- National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity. (2000). Overweight, obesity, and health risk. *Archives of Internal Medicine, 160*, 898-904.
- Powell, L. H., Calvin, J. E., & Calvin, J. E. (2007). Effective obesity treatments. *American Psychologist, 62*, 234-246.
- Rachman, S. J., & Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and Compulsions*. Englewood cliffs. New York: Prentice- Hall.
- Randolph, P. D., Caldera, Y. M., Tacone, A. M., & Greak, M. L. (1999). The long-term combined effects of medical treatment and a mindfulness-based behavioral program for the multidisciplinary management of chronic pain in west Texas. *Pain Digest, 9*, 103-112.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guildford Press.
- Shapiro, S. L., & Schwartz, G. E. (2000). The role of intention in self-regulation: Toward intentional systemic mindfulness. In M. Boekaerts, M. Zeidner, & P. R. Pintrich (Eds.). San Diego, CA, US: Academic. 253-273.
- Simon, G. E., Von Korff, M., Sauners, K., Miglioretti, D. L., Crane, P. K., van Belle, G., et al. (2006). Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Archives of General Psychiatry, 63*, 824-830.
- Singh, N. N., Wahler, R. G., Winton, A. S., & Adkins, A. D. (2004). A mindfulness-based treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 3*(4), 275-287.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control mindfulness training help? *Behaviour Research and Therapy, 33*, 25-39.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 615-623.
- Wadden, T. A., Butryn, M. L., Sarwer, D. B., Fabricatore, A. N., Crerand, C. E., Lipschultz, P. E., et al. (2006). Comparison of psychosocial status in treatment-seeking women with Class III vs. Class I-II obesity. *Obesity, 14* (Suppl.), 90S-98S.