

النظريات الجديدة التي تلعب دوراً

في تغيير نمط الحياة التغذوي

Potential new theories playing a role in Nutrition lifestyle change

(١٣, ١) العوامل الإدراكية الفعالة المؤثرة على سلوكيات السيطرة على الوزن

(13.1) Affective and Cognitive Factors Influence Weight Control Behaviors

أصبحت النظريات الحديثة (في التغذية) بؤرة الاهتمام والتركيز في عمل الباحثين في إيجاد طرق ناجحة للتعامل مع وباء السمنة. وكثيراً ما ننظر للماضي لإيجاد أبحاث توضح إمكانية نظريات قد تطبق في برامج ونظم العلاج الحالية - وقد أوضحت الدراسات بأن الإفراط في الأكل استجابة للتأثيرات السالبة لدى الأشخاص الذين يعانون من ضغوط شديدة أو كبت أمر شائع [١-٣]. وايضاً، تتوافر البراهين على أن زائدي الوزن يستهلكون أكثر من طبيعي وناقصي الوزن أثناء أوقات المشاعر والعواطف السالبة في حياتهم [٤، ٥]. وجد اسكلوندت (Schlundt) الطبيب النفسي الذي عمل مع الأشخاص المفرطين في الأكل والذين يعانون من دورات حلقات من اضطرابات الأكل في مسح زائدي الوزن؛ وجد أنهم يدرجون مقدرتهم على التغلب على إغراءات أو أغواءات الأكل أثناء حالات العواطف والشعور السالبة بأنها أقل من مقدرات الأشخاص الطبيعي الوزن [٦]. يوفر مسح الأكل Eating Inventory مؤشراً لعدم كبح الأكل disinhibition وهو مقياس وصفي شائع الاستخدام لتحليل الأكل استجابة للإغراءات الاجتماعية social cues والإدراك cognition والمشاعر [٧، ٨]. عليه، فإن الأكل استجابة للتأثيرات السالبة (الشعور بالحزن feeling sad والحرم deprived والضغوط stressed وضعف السيطرة Less in control والقلق anxious والغضب angry... الخ)، قد لوحظ لدى الأشخاص المصنفين بأنهم أكله مكبوتين restraint eaters.

وكثيراً ما يتم وصف الأكل الشعوري emotional eating ويعلنه زائدي الوزن مقارنة بالأشخاص الطبيعي الوزن (الذين ينفون لجوءهم له) وعليه التنبؤ باستعادة الوزن (زيادة الوزن weight regain) بعدم كبح الأكل استجابة للعواطف (الانفعالات) والتفكرات.

(٢، ١٣) حالات التأثير السلبي والتفكير الغير فعال التي تؤدي إلى الانتكاسة

(13.2) Negative Affective States and Dysfunctional Cognitions Related to Relapse

يوضح الباحثون بأن نصف التقارير الشخصية الواردة عن حالات الانتكاسة self-reported relapse والتي تعقب المعالجات السلوكية للتحكم في الوزن، تحدث عندما تسبقها التأثيرات السالبة [٩، ١٠، ١١]. وبينما يتم تركيز معظم العلاج السلوكي على العوامل البيئية التي تؤثر على تغيير نمط المعيشة، فقد درس جريلو Grilo وصحة أحوال كانت فيها التأثيرات السالبة هي السبب الأساسي للخيارات الغذائية غير الصحية. وقد وجدوا أن المشاركين في دراستهم الذين أبدوا مشاعر سالبة قبل اختيارهم لأغذية غير صحية هم الأكثر احتمالاً المترجعون والمنسحبون ولا يتوقع أن يستخدموا مهارات التعود والتعامل حتى يتفادوا الإغواءات والإغراءات temptations [٩].

استخدم كاريلس وزملاؤه (Carels & Colleagues) طريقة تعرف بالتقييم اللحظي للبيئة Ecological Momentary Assessment (EMA) لاختبار إغواءات وهفوات وتراجع الذين يتخذون حميات في محاولة لإنقاص الوزن بأنفسهم [١٢]. وقد أوضح هؤلاء الباحثين، بأن هناك ارتباط إيجابي بين التأثيرات السلبية (المشاعر السلبية) والإغراءات التي تتبعها هفوات وتراجع عن العادات الغذائية الصحية. أيضاً استخدمت طريقة الـ EMA (أعلاه) في دراسة شملت نساء أكملن برنامجاً سلوكياً لإنقاص الوزن منذ وقت وجيز. أوضحت هذه الدراسة بأن الهفوات قد ارتبطت بإعلان مشاعر سلبية من قبل المشاركات [١٣].

وقد أوضح بايرن وصحبه (Byrne & Colleagues) بأن خصائص معينة ترتبط بالأشخاص اللذين يستعيدون وزناً (بعد إنقاص) [١٤]. وهؤلاء المستعدين للوزن regainers، كثيراً ما يكونوا مشتتي الأفكار display dichotomous thinking؛ على سبيل المثال «إذا قضمت مجرد قظمة من كيك الجبن هذا، فسأكون قد تخلت عن اتباع الحمية ليس لي أمل في الرجوع إليها».

"If I eat just one bite of this cheesecake, I have gone off my diet, and there is no hope for me".

أيضاً، لاحظ بايرن وزملاؤه الباحثون بأن مستعدي الوزن يستجيبون لأحداث الحياة السيئة بالأكل والذي يستخدمونه للهروب من المشاعر والأحاسيس السالبة. وفي دراسة تتبعية منظورية (prospective follow-up study) للنساء اللاتي حققن إنقاص وزن بنسبة ١٠٪ خلال عام في برنامج عام للمجتمع، وجد بايرن وصحبه بأن المنبأ (المؤشر) الأقوى باحتمال استعادة هؤلاء النسوة للوزن المفقود وزيادة وزنه كان هو نمط التفكير المشتت [١٥].

عندما يتم التعامل مع تغير نمط الحياة المرتبط بالتغذية، كثيراً ما، يرتبط الإحباط والاكنتاب بزيادة الوزن والبدانة. يفيد البدناء بمعاناتهم من مستويات عالية من الإحباط مقارنة بغير البدناء [١٦، ١٧]. ومن المثير للاهتمام بأنه في إحدى الدراسات وجدت اختلافات بسبب الجنس مع وجود ارتباط سالب بين البدانة في الذكور والإحباط، ومع وجود ارتباطات وثيقة إيجابية بين بدانة المرأة والإحباط [١٨].

كثيراً ما يكون اختلاف الجنس مهماً كما ظهر في دراستين أكملتا في النساء اللاتي أظهرهن بأن زيادة مؤشر كتلة الجسم BMI قد ارتبطت لديهن بمحاولات الانتحار والإحباط (الاكنتاب) [١٩، ٢٠]. وأوضحت ثلاث دراسات

تأملية تبحث في عوامل الخطورة للبدانة، بأن البدانة عامل خطورة للاكتئاب [٢١]، وأن الاكتئاب عامل خطورة لزيادة الوزن [٢٢، ٢٣]. ومرة أخرى، أوضح كوركيلا وزملاؤه (Korkeila & Colleagues) وجود اختلافات بسبب الجنس [٢٤]. عدم الرضى عن الحياة أو عدم الارتياح للحياة بدرجة مرضية Low life satisfaction مؤشر لزيادة الوزن لدى النساء مع الضغوط كمؤشر ومنبأ بزيادة الوزن لدى الرجال.

اليوم مع التركيز على المحافظة على إنقاص الوزن، عرفت أهمية العمليات التأثيرية والتفكيرية الادراكية على سلوكيات السيطرة على الوزن، اكلينيكياً (سريريا). مع بدء أبحاث جديدة حديثة في هذا الحقل، بدأ فايربيرن (Fairburn) وزملاؤه دراسة علاجية ركزت على الاستراتيجيات التأثيرية والتفكيرية الادراكية affective & cognitive strategies لتساعد هذه الاستراتيجيات في المحافظة على إنقاص الوزن [٢٥]. كتب كوبر وآخرون (Coper et al) كتاباً في العلاج السلوكي التفكيرى cognitive-behavioral treatment للسمنة [٢٥]. كتاب آخر في الصحافة المحبوبة يعرف بعنوان الحل (The solution) ويركز على الجوانب التأثيرية الادراكية للمحافظة على إنقاص الوزن [٢٦].

في كتاب (الحل) ركز الكاتب لاوريل ميلين (Laurel Mellin) على المشاعر والعواطف والضغوط ويصر على أنه أمر طبيعي أن يكون (للإنسان) مشاعر سلبية وأخرى إيجابية. ويجب أن يكون الهدف هو الطريقة التي نتعامل بها مع المشاعر. يراجع ويستعرض هذا الكتاب النظريات الجديدة مقروناً مع الحاجة لمزيد من الأبحاث وما يجب أن يفعل للمحافظة على إنقاص الوزن بشكل جيد

وعندما بدأ في وضع المشاعر والاحاسيس في مركز وبؤرة الاهتمام التي يمكن أن تغير نمط المعيشة، حدثت عدة خطوات [٢٦]. أولاً: من المهم مساعدة المريض ليسأل السؤال البسيط «بماذا وكيف أشعر؟ (How do I feel?). أشارت ميلين (Mellin) إلى أن مشاعر التأثير التعبيرية العارضة tagging feelings يمكن أو انها يجب أن تكون حدث شائع يحدث عدة مرات في اليوم.

تحديد المشاعر الحقيقية يُمكن المريض من إيجاد إستراتيجية علاجية تكون مناسبة بدرجة أكبر من اللجوء لفرط الأكل over eating أو الأكل بدون الشعور بالجوع (كحل للمشكلة).

وإذ أن السؤال كيف أشعر وأحس (How do I feel) يسأل، فإن تحديد المشاعر، حتى الصعبة منها أمر قيم فيما يتعلق بتعلم مهارات التعامل (مع الوضع). وهذه النظرة (العميقة) إلى الداخل هي بداية حل مشكلة استخدام الغذاء كملهأة للمشاعر والاحاسيس feeling pacifier. بعض من الأمور يجعل تحديد الشعور صعباً، هو حقيقة أنه أمر طبيعي أن يكون هناك عدة مشاعر وأنها قد تكون متناقضة متعاكسة في طبيعتها أحياناً. في المعاينة التحفيزية، قد يشمل تحديد الجوانب السالبة والإيجابية لإجراء تغيير، تقييم الشعور هذا.

وكما مع كل استشارة، ليس هناك مسار مضبوط لكل شخص ربما يحتاج بعض المرضى لوقتٍ طويل للاحساس بشعور ما. إذا لم يحدث شعور ما فوراً، فسيحدث مرة أخرى في المستقبل.

يعتبر مفهوم ميلين (Melling's concept) الذي يفصل المشاعر والاحاسيس عن الأفكار مفهوماً مهماً. أنا أعاني من الضغوط I am stressed، هذا القول فكرة وليست بمشاعر أو أحاسيس. أشعر بالغضب وبالحنن وبالذنب لأن باحثاً

مساعداً أشار إلى أنني لم أكن فعالاً في إنهاء عملي اليوم "I feel angry, sad, and guilty because a coworker indicated that I was inefficient in completing my work today" هذه إفادة شعور. أيضاً وصفت ميللين (Mellin) مقدرتنا على إبعاد وتفادي عملية تتبع المشاعر (tagging a feeling) بتحديد الاستار الدخانية smoke screens مثل "أشعر بالضغوط" و "أشعر بأني مضطرب، قلق" I feel upset. أنها تطالب بإلحاح بمواصلة استكشاف المشاعر الحقيقية خلف الحواجب الدخانية [٢٦].

طريقة توصف لتوازن المشاعر هي إيجاد المتناقضات في مشاعر التأثير. وصفت ميللين هذا بأنه إشارة للزعل الذي يخفيه الهدوء "hint of anger behind the calm" أو "الفرحة (السعادة) التي تظهر وتشرق من خلال الإحباط" [٢٦]. إن المفتاح لاستبعاد استراتيجيات المعالجة التي يسوء فيها التكيف maladaptive coping strategies واستبدالها باستراتيجيات معالجة مناسبة، هو إعادة تنظيم الطريقة؛ على سبيل المثال، يتم التعامل مع الحزن sadness لإيقاف تأثيره. وبدلاً من أكل أغذية غير صحية استجابة للحزن، استهدف استراتيجيات معالجة مناسبة - كالبكاء crying. أيضاً، تركز ميللين على أن يكون الشخص خبيراً في إثارة المشاعر ومن ثم تركها لتخمد. وتصف فعل الغوص عميقاً لاستهداف المشاعر كعملية تغذية nuturing process [٢٦].

مع امتلاكنا لهذه الطرق الجديدة للاستراتيجيات المحتملة الواعدة، إلا أنه لا توجد دراسات منشورة (أو لم تنشر دراسات) تقييم تعديل معالجة سلوك إنقاص الوزن من أجل معالجة أفضل للسوابق التأثيرية والتفكيرية للسلوكيات غير الصحية للسيطرة على الوزن. وهناك بحث ذو علاقة يختبر نظريتين واللتان قد تبرهنا نجاحاً وفائدة في المحافظة على إنقاص الوزن. الأولى: هي المعالجة السلوكية الحوارية الديالكتية Dialectical Behavior therapy (DBT) وهي معالجة سلوكية تفكيرية cognitive behavioral treatment استخدمت أساساً في معالجة الأشخاص الذين يعانون من علة نزعات سلوكية عاطفية شخصية حدودية borderline personality disorder. في الدراسات الأساسية (الأولى)، استخدم الباحثون هذه المعالجة لعلاج اعتلال فرط الأكل binge-eating disorder [٢٧، ٢٨]. يستخدم هذا المدخل النظري التدريب لتحفيز المهارات skills training في تحمل الضغوط distress tolerance وتنظيم العواطف [٢٩]. استخدم تيلك وأصحابه (Telch & colleagues) هذا التركيب النظري عند معالجة الأشخاص الذين يعانون من الأكل المفرط [٢٧، ٢٨]. بعد التدريب على مهارات المعالجة السلوكية الحوارية (DBT)، لم تقلل النساء المشاركات في هذه الدراسة وبصفة محددة، من السلوكيات التأثيرية السلبية، ولكن ارتفعت قدراتهن على إيقاف بعض السلوكيات مثل الإفراط في الأكل. ويشير هذا البحث إلى أن المعالجة السلوكية الحوارية الـ DBT تخفف الالهفة للأكل urge to eat عند الإحساس بالمشاعر التأثيرية السلبية في مقابل خفض حلقات التأثيرات السالبة التي يشعر بها ويعاني منها الشخص المعني، تحديداً [٢٨]. ويعني هذا بأن للشخص الذي يعاني من الحزن بسبب حالة صعبة ترتبط بالعمل تسبق الإفراط في الأكل، سيتدرب ويكتسب مهارة ليتعامل مع هذا الحزن ولن يبعد الشعور، ولكن يوفر استراتيجيات تمنع سلوك الإفراط في الأكل. وباستخدام مهارات المعالجة السلوكية الحوارية الـ DBT يمكن من الإبقاء على شعور الحزن بدون أن يتبعه سلوكيات أكل غير صحي.

يشمل تركيب نظري ثاني مفهوم تحمل الضغوط distress tolerance [٣٠]. وهذا المفهوم مدخل جديد لمعالجة مبتكرة innovative treatment approach. والذي يستخدم استراتيجيات للحفاظ على تغييرات السلوك، مثل عادات الأكل الصحي، بالرغم من بقاء العواطف أو المشاعر السلبية [٣٠]. في قلب هذا المفهوم يوجد الأساس للعلاج المسمى علاج القبول والالتزام (ACT) Acceptance & Commitment therapy. وفي هذا التركيب النظري، يقدم تدريب لإكساب المهارة لمعالجة الضغوط التأثرية العاطفية بدون استخدام الاستجابات التي يسوء فيها تكييف المعالجات مثل أكل الأغذية غير الصحية. ويهدف التدريب من أجل المهارات إلى تعليم الشخص البدن ليتفاعل تفاعلاً مختلفاً مع المشاعر السلبية. والهدف هو كسر الرابط بين الضغوط العاطفية التأثرية والسلوك العلاجي المعتاد سيئ التكيف usual maladaptive coping behavior، وفي هذه الحالة، فإن المشاعر السالبة نفسها ليست مستهدفة بالتغيير بل عوضاً عن ذلك إستراتيجية المعالجة الإيجابية المستخدمة للتعامل مع المشاعر السلبية هي المستهدفة. على سبيل المثال، الشعور بالتعب الشديد بعد يوم صعب في العمل عادة يتبعه أكل كيس شرائح بطاطس كبير. إيجاد إستراتيجية لقطع دورة الشعور بالتعب تلك والأكل فوراً هو الهدف. يجب أن يسمح للبدن ليأخذ وقتاً ليقرر السلوك الذي يجب أن يتبع ذلك الشعور بالتعب للسماح بعلاج غير محتوي على سعرات (خالي من الطاقة) مثل شرب كوب ماء، المشي، قراءة قصة، أو مهاتفة صديق، على سبيل المثال.

وكل من تحمل الضغوط وتنظيم العواطف، المشاعر emotion regulation مكونان مفتاحيان من مكونات المعالجة السلوكية الحوارية (DBT) [٢٧، ٢٨].

كتب هايس وآخرون كتاباً في التعقل mindfulness والقبول acceptance بها في ذلك الـ DBT والـ ACT كأساس مفاهيمي conceptual foundation [٣١].

(٣، ١٣) تفاعل المستشار (الغذائي) - المريض

(13.3) The Counselor-Patient Interaction

أخيراً، فإن العنصر المهم في الاستشارة التغذوية هو ادراك أهمية التفاعل بين المستشار (المُرشد) والمريض. وكثيراً ما تضع النظريات الجديدة المرشد والمريض في نفس المستوى. ويركز في معظم تعليم العلوم الصحية education in health sciences على الحاجة لأن يكون هذا التعليم للمرشد مختلفاً ومنفصلاً عن تعليم المريض. وكمرشدين أو مستشارين تغذويين، يتوقع منهم أن يكونوا أعتقل wiser، أكثر مهنية more professional، أكثر توازناً more balanced وأكثر خبرة more experienced مع قوة شخصية greater ego strength. ويجب أن يكون المستشار التغذوي في دور الشخص الذي يعرف كيف يعيش نمط معيشة وحياة صحية Live a healthy lifestyle وأن يكون المريض هو التلميذ الذي يجب عليه أن يتعلم من المدرس؛ الذي هو المستشار التغذوي. وأن يكون في نفس مستوى المريض، فإن هذا يعني فشل المستشار التغذوي بصورة ما، بينما العكس هو الصحيح. بالرغم من أن للمستشار التغذوي مستوى واحد من المعرفة، إلا أنه بدون معرفة محددة يجلبها المريض للحلقة الاستشارية، فإن التقدم إماماً نحو تغيير نمط المعيشة سيكون

مستحيلاً. وللاهتمام بدور اشراك المريض في اتخاذ القرار أثناء حلقة استشارة تغذوية وأهمية له، الأثر الرئيس في علاقة المستشار مع المريض. ويُمكن هذا من جعل المشاكل طبيعية (تطبيع المشاكل). تصبح المشاكل التي يراها المريض الفرد بأنها متفردة مواضيع عامة عالمية universal issues. في معظم حالات الاستشارة التغذوية التي تضم المستشار - المريض، يُرى المستشار بأنه القوي والمريض هو الضعيف «سأساعدك على تغيير نمط معيشتك التغذوي "I will help you change your nutrition lifestyle" بدلاً عن ذلك، يريد المستشار أن يطبع ما يقول المريض دون انحناء وتملص ducking، وتثبيط وخلق يأس despairing وإنفاذ بالقوة rescuing أو هروب running away.

وخلاصة، فإن الأبحاث في النظريات الجديدة التي تشمل إضافة المشاعر والاحاسيس المرتبطة بالعادة الغذائية قد تلعب دوراً كبيراً في تغيير نمط المعيشة التغذوي. ويعتبر مفهوم أن يعمل المستشار التغذوي والمريض معاً على قدم المساواة وكفريق، اتجاهاً جديداً مهماً، ويتطلب هذا المزيد من الاستكشاف في مجال البحوث والدراسات.

المراجع

1. Baucom, D.H. and Aiken, P.A., Effect of depressed mood on eating among obese and nonobese dieting and nondieting persons, *J. Personality Soc. Psychol.*, 41, 577–585, 1981.
2. Schotte, D.E., Cools, J., and McNally, R.J., Film-induced negative affect triggers overeating in restrained eaters, *J. Abnormal Psychol.*, 99, 317–320, 1990.
3. Cools, J., Schotte, D.E., and McNally, R.J., Emotional arousal and overeating in restrained eaters, *J. Abnormal Psychol.*, 101, 348–351, 1990.
4. Fitzgibbon, M.L., Stolley, M.R., and Kirschenbaum, D.S., Obese people who seek treatment have different characteristics than those who do not seek treatment, *Health Psychol.*, 12, 342–345, 1993.
5. Geliebter, A. and Aversa, A., Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals, *Eating Behav.*, 3, 341–347, 2003.
6. Schlundt, D.G. and Zimering, R.T., The dieter's inventory of eating temptations: a measure of weight control competence, *Addictive Behav.*, 13, 151–164, 1988.
7. Stunkard, A.J. and Messick, S., The Three-Factor Eating Questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger, *J. Psychosomatic Res.*, 13, 151–164, 1988.
8. Stunkard, A.J. and Messick, S., *Eating Inventory Manual*, San Antonio, TX: Harcourt Brace Jovanovich, 1988.
9. Grilo, C.M., Shiffman, S., and Wing, R.R., Relapse crises and coping among dieters, *J. Consulting Clin. Psychol.*, 57, 488–495, 1989.
10. Drapkin, R.G., Wing, R.R., and Shiffman, S., Responses to hypothetical high risk situations: do they predict weight loss in a behavioral treatment program or the context of dietary lapses?, *Health Psychol.*, 14, 427–434, 1995.
11. Karlsson, J., Hallgren, P., Kral, J.G., Lindross, A.K., Sjostrom, L., and Sullivan, M., Predictors and effects of long-term dieting on mental well-being and weight loss in obese women, *Appetite*, 23, 15–26, 1994.
12. Carels, R.A., Hoffman, J., Collins, A., Raber, A.C., Cacciapaglia, H., and O'Brien, W.H., Ecological momentary assessment of temptation and lapse in dieting, *Eating Behav.*, 2, 307–321, 2001.
13. Carels, R.A., Douglass, O.M., Cacciapaglia, H., and O'Brien, W.H., An ecological momentary assessment of relapse crisis in dieting, *J. Consulting Clin. Psychol.*, 72, 341–348, 2004.
14. Byrne, S.M., Copper, A., and Fairburn, C., Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study, *Intl. J. Obesity*, 27, 955–962, 2003.

15. Byrne, S.M., Copper, A., and Fairburn, C.G., Psychological predictors of weight regain in obesity, *Behav. Res. Ther.*, 42, 1341–1356, 2004.
16. Roberts, R.E., Kaplan, G.A., Shema, S.J., and Strawbridge, W.J., Are the obese at greater risk for depression?, *Am. J. Epidemiol.*, 152, 163–170, 2000.
17. Roberts, R.E., Strawbridge, W.J., Deleger, S., and Kaplan, G.A., Are the fat more jolly? *Ann. Behav. Med.*, 24, 169–180, 2002.
18. Palinkas, L.A., Wingard, D.L., and Barrett-Connor, E., Depressive symptoms in overweight and obese older adults: a test of the “jolly fat” hypothesis, *J. Psychosomatic Res.*, 40, 59–66, 1996.
19. Carpenter, K.M., Hasin, D.S., Allison, D.B., and Faith, M.S., Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study, *Am. J. Public Health*, 90, 251–257, 2000.
20. Siegel, J.M., Hyg, M.S., Yancey, A.K., and McCarthy, W.J., Overweight and depressive symptoms among African-American women, *Prev. Med.*, 31, 232–240, 2000.
21. Roberts, R.E., Deleger, S., Strawbridge, W.J., and Kaplan, G.A., Prospective association between obesity and depression: evidence from the Alameda County Study, *Intl. J. Obesity*, 27, 514–521, 2003.
22. Noppa, H. and Hallstrom, T., Weight gain in adulthood in relation to socio-economic factors, mental illness, and personality traits: a prospective study of middle-aged women, *J. Psychosomatic Res.*, 25, 83–89, 1981.
23. DiPietro, L., Anda, R.F., Williamson, D.F., and Stunkard, A.J., Depressive symptoms and weight change in a national cohort of adults, *Intl. J. Obesity*, 16, 745–753, 1992.
24. Korkeila, M., Kaprio, J., Rissanen, A., Koskenvuo, M., and Sorensen, T.A., Predictors of major weight gain in adult Finns: Stress, life satisfaction and personality traits, *Intl. J. Obesity Related Metabolic Disorders*, 22, 949–957, 1998.
25. Cooper, Z., Fairburn, C.G., and Hawker, D.M., *Cognitive-Behavioral Treatment of Obesity: A Clinician's Guide*, New York: The Guilford Press, 2003.
26. Mellin, L., *The Solution*, New York: Harper Collins, 1997, 158–161.
27. Telch, C.F., Agras, W.S., and Linehan, M.M., Group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder: a preliminary, uncontrolled trial, *Behav. Ther.*, 31, 569–582, 2000.
28. Telch, C.F., Agras, W.S., and Linehan, M.M., Dialectical behavior therapy for binge eating disorder, *J. Consulting Clin. Psychol.*, 69, 1061–1065, 2001.
29. Linehan, M.M., *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, New York: The Guilford Press, 1993.
30. Brown, R.A., Lejeuz, L.W., Kahler, C.W., Strong, D.R., and Zvolensky, M.J., Distress tolerance and early smoking lapse, *Clin. Psychol. Rev.*, 25(6), 713–733, 2005.
31. Hayes, S.C., Follette, V.M., and Linehan, M.M., *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive Behavioral Tradition*, New York: Guilford Publications, 2004.