

Anna Brytek-Matera<sup>1</sup>, Edyta Charzyńska<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zakład Psychologii Ogólnej Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach

<sup>2</sup>Studentka IV roku Wydziału Psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach

# Związek pomiędzy emocjonalnym aspektem obrazu ciała a ekspresją uczuć u kobiet z otyłością

Relationship between emotional dimensions of body image and feeling expression among obese women

Badanie wykonano w ramach projektu autorskiego (dr Anny Brytek-Mater) pod tytułem „Determinanty niezadowolenia z własnego ciała oraz ich współzależności u osób z zaburzeniami odżywiania, otyłością i młodzieży akademickiej”. Badania własne — Konkurs Wydziałowy Instytutu Psychologii Uniwersytetu Śląskiego, 2009

## STRESZCZENIE

**WSTĘP.** Celem badania była ocena zależności pomiędzy niezadowoleniem z własnego ciała a dążeniem do posiadania szczupłej sylwetki, sposobami wyrażania złości oraz symptomami depresyjnymi i lękowymi u dorosłych kobiet z otyłością.

**MATERIAŁ I METODY.** Przebadano 122 pacjentki: 62 z otyłością oraz 60 z prawidłową masą ciała. W badaniach zastosowano Skalę Niezadowolenia z Ciała, Skalę Dążenia do Szczupłości, Skalę Autoekspresji i Kontroli oraz Szpitalną Skalę Lęku i Depresji.

**WYNIKI.** Kobiety z otyłością posiadały istotnie wyższy poziom niezadowolenia z własnego ciała oraz dążenia do posiadania szczupłej sylwetki niż grupa kontrolna. W grupie kobiet z otyłością stwierdzono istotne statystycznie zależności pomiędzy ekspresją złości a dążeniem do szczupłości oraz symptomami depresyjnymi i lękowymi.

**WNIOSKI.** W pracy terapeutycznej warto zwrócić uwagę na rolę, jaką odgrywa negatywny obraz ciała oraz sposób wyrażania złości przez osoby z otyłością.

**Słowa kluczowe:** niezadowolenie z ciała, ekspresja złości, otyłość

Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii 2009, tom 5, nr 4, 198-205

Adres do korespondencji: dr n. hum. Anna Brytek-Matera  
Instytut Psychologii, Zakład Psychologii Ogólnej Uniwersytetu Śląskiego  
ul. Grażyńskiego 53, 40-126 Katowice  
tel.: (0 32) 359 97 17  
e-mail: anna.brytek@us.edu.pl  
Copyright © 2009 Via Medica  
Nadesłano: 25.05.2009 Przyjęto do druku: 30.06.2009

## ABSTRACT

**INTRODUCTION.** The study is aimed at an attempt to evaluate the relationship between body dissatisfaction and drive for thinness, anger expression, and depressive and anxiety symptoms among adult women with obesity.

**MATERIAL AND METHODS.** The study involved 122 women: 62 with obesity and 60 with normal body weight. The Body dissatisfaction scale, the Drive for thinness scale, the Self-Expression and Control Scale and the Hospital Anxiety and Depression Scale were applied in the present study.

**RESULTS.** The women with obesity reported significantly more body dissatisfaction and drive for thinness than the control group. In the clinical sample of women with obesity revealed significant statistical correlations between anger expression and drive for thinness, depressive and anxiety symptoms.

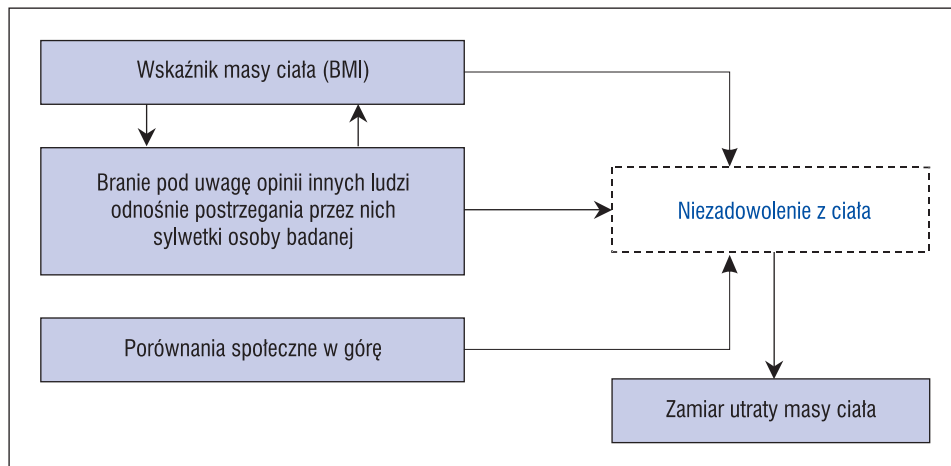
**CONCLUSIONS.** We should take into account the large role that negative body image and anger expression play in treating obesity.

**Key words:** body dissatisfaction, anger expression, obesity

Endocrinology, Obesity and Metabolic Disorders 2009, vol. 5, No 4, 198-205

## Wstęp

Żyjemy w epoce kultu ciała pięknego, młodego i nade wszystko szczupłego. Stygmatyzacja i etykietowanie osób otyłych może prowadzić do dużej dyssa-



**Rycina 1.** Zachowania i konsekwencje związane z niezadowoleniem z własnego ciała (Lau i Hou)

tysfakcji z własnego wyglądu oraz negatywnych stanów emocjonalnych. Uczucia związane z własnym ciałem (zadowolenie bądź niezadowolenie) stanowią emocjonalny komponent obrazu ciała. Niezadowolenie z ciała definiowane jest jako rozbieżność między jego aktualnym a idealnym (pożądanym) obrazem [za: 1]. Odczuwanie dyskomfortu w stosunku do własnego wyglądu i brak jego akceptacji prowadzą często do podejmowania zachowań, które mają na celu zredukowanie masy ciała.

Według modelu opracowanego przez Lu i Hou [2] niezadowolenie z ciała determinuje zamiar utraty jego masy, co dowodzi, że dyssatisfakcja z własnego wyglądu prowadzi do podjęcia działań mających na celu posiadanie szczuplejszej sylwetki (poprzez np. prowokowanie wymiotów, zażywanie środków przeczyszczających, restrykcyjne głodzenie się — u osób mających zaburzone wzory prawidłowego odżywiania się). Z kolei, wskaźnik masy ciała (BMI, *body mass index*), opinie innych osób na temat postrzeganej przez nich sylwetki osoby otyłej oraz porównywanie siebie z ludźmi, którzy pod względem pewnych cech czy zdolności lokują się wyżej niż dana osoba (porównania społeczne w górę) wpływają na brak satysfakcji z własnego ciała (ryc. 1).

Jak podkreślają Tiggemann i McGill [3], społeczne porównania w górę dokonywane przez kobiety przyczyniają się do występowania u nich zaburzeń depresyjnych oraz niezadowolenia z własnego wyglądu.

U osób otyłych negatywne emocje mogą poprzedzać atak objadania się (regulacja emocji poprzez nadmierną konsumpcję) [4], dlatego znajomość zakresu wyrażania i kontroli złości może być pomocna w procesie efektywnej redukcji masy ciała.

Celem prezentowanego badania była analiza zależności pomiędzy niezadowoleniem z własnego ciała a dążeniem do posiadania szczupłej sylwetki, sposo-

bami wyrażania złości oraz symptomami depresyjnymi i lękowymi u dorosłych kobiet z otyłością.

W badaniach porównano ponadto grupę kobiet z otyłością (grupa kliniczna) z grupą kobiet z prawidłową masą ciała (grupa kontrolna) w celu udzielenia odpowiedzi na następujące pytania:

- czy badane grupy różnią się między sobą ze względu na emocjonalny aspekt ciała oraz jego następstwa, czyli dążenie do posiadania szczupłej sylwetki?
- czy pomiędzy badanymi grupami istnieją różnice w zakresie ekspresji złości oraz występowania symptomów depresji i lęku?

## Materiał i metody

Badaniami objęto 122 kobiety: w tym 62 z otyłością oraz 60 z prawidłową masą ciała. Średnia wieku wyniosła 42,18 roku (odchylenie standardowe [SD, *standard deviation*]  $\pm 12,13$ ) w przypadku grupy klinicznej i 42,13 roku (SD  $\pm 7,65$ ) w przypadku grupy kontrolnej. U kobiet z otyłością jako średni BMI przyjęto wartość 37,25 kg/m<sup>2</sup> (SD  $\pm 8,06$ ), co zgodnie z ustaleniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) [5] wskazuje na otyłość II stopnia (35–39,9 kg/m<sup>2</sup>). Natomiast u kobiet z prawidłową masą ciała średni BMI był równy 23,08 kg/m<sup>2</sup> (SD  $\pm 2,96$ ).

Zastosowanymi metodami badawczymi były:

- podskala Niezadowolenia z Ciała (*Body Dissatisfaction*) Kwestionariusza Zaburzeń Odżywiania Garrera i wsp. [6] — odnosząca się do braku akceptacji własnego ciała. Zawiera 9 twierdzeń (np. „Uważam, że moje biodra są zbyt szerokie”) mieszczących się w 6-stopniowej skali: zawsze/zwykle/często/czasami/rzadko/nigdy. Twierdzenia punktowane są od 3 do 0 (wówczas gdy odpowiedzi identy-

Tabela 1. Porównanie badanych zmiennych u kobiet z otyłością (n = 62) oraz kobiet z prawidłową masą ciała (n = 60)

Badana zmienna	Grupy badane	M	SD	t	df	p
Dążenie do szczupłości	Grupa kliniczna	8,98	5,69	6,97	120	0,001*
	Grupa kontrolna	3,03	3,41			
Niezadowolenie z ciała	Grupa kliniczna	11,00	6,87	5,39	120	0,001*
	Grupa kontrolna	4,56	6,27			
Lęk	Grupa kliniczna	8,87	4,63	0,58	120	0,571
	Grupa kontrolna	8,45	3,44			
Depresja	Grupa kliniczna	5,45	3,54	0,68	120	0,486
	Grupa kontrolna	5,03	3,20			
Eksterioryzacja złości	Grupa kliniczna	5,98	2,33	0,63	120	0,594
	Grupa kontrolna	5,75	1,70			
Interioryzacja złości	Grupa kliniczna	7,20	2,49	0,53	120	0,530
	Grupa kontrolna	6,98	2,16			
Kontrola w eksterioryzacji złości	Grupa kliniczna	7,46	2,35	0,84	120	0,401
	Grupa kontrolna	7,15	1,75			
Kontrola w interioryzacji złości	Grupa kliniczna	8,72	2,26	-0,22	120	0,825
	Grupa kontrolna	8,80	1,31			

\*wartości istotne statystycznie. Przyjęty poziom istotności p wynosił 0,05 (dla przedziału dwustronnego); M (mean) — średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe

fikują objawy zaburzeń odżywiania, za trzy pozostałe odpowiedzi badana osoba nie otrzymuje punktów) lub od 0 do 3 (w przypadku tzw. „odwróconych” twierdzeń);

- podskala Dążenia do Szczupłości (*Drive for Thinness*) Kwestionariusza Zaburzeń Odżywiania Garnera i wsp. [6] — badająca nadmierną koncentrację na diecie oraz zaabsorbowanie masą ciała. Posiada 7 twierdzeń (np. „Jestem zaabsorbowana ciągłym pragnieniem bycia szczupłą”) punktowanych podobnie jak w przypadku podskali Niezadowolenie z Ciała;
- Skala Autoekspresji i Kontroli (*Self-Expression and Control Scale*) Van Elderen i wsp. [7], na którą składa się eksterioryzacja złości (np. „Mówię nieprzyjemne rzeczy”), interioryzacja złości (np. „Wszystko »gotuje się« we mnie, ale nic nie dają po sobie poznać”), kontrola w uzewnętrznianiu złości (np. „Kontroluję moje zachowanie”) oraz kontrola w uwewnętrznianiu złości (np. „Próbuję się uspokoić”). Kwestionariusz posiada 24 twierdzenia. Każde z nich jest oceniane według 4-punktowej skali (prawie nigdy/czasami/często/prawie zawsze) od 1 do 4 punktów (poza tzw. „odwróconymi” twierdzeniami, które punktowane są w odwrotnej kolejności);
- Szpitalna Skala Lęku i Depresji (HADS, *Hospital Anxiety and Depression Scale*) Zigmunda i Snaitha [8] — mierząca symptomy zaburzeń emocjonalnych, przy wyeliminowaniu objawów somatycznych

(np. „Martwię się”, „Straciłam zainteresowanie swoim wyglądem”). Kwestionariusz składa się z 14 twierdzeń zawierających 4-punktową skalę (0–3). Dla każdej z podskal (HADS-A i HADS-D) wyniki mieszczą się w przedziale 0–21 punktów. Osiągnięcie wyniku od 0 do 7 punktów traktowane jest jako norma, 8–10 punktów jako łagodne nasilenie, natomiast powyżej 11 punktów jako ciężkie nasilenie zaburzeń lękowych/depresyjnych.

## Wyniki

Na pierwszym etapie pracy do analizy porównawczej badanych zmiennych wykorzystano test *t*-Studenta — model porównawczy (tab. 1).

Kobiety z otyłością silniej koncentrują się na pragnieniu posiadania szczupłej sylwetki niż te z prawidłową masą ciała. Również w większym stopniu niż grupa kontrolna nie akceptują własnego wyglądu oraz przeżywają własne ciało jako zbyt grube. Stwierdzono brak istotnej różnicy statystycznej pomiędzy badanymi grupami odnośnie lęku i depresji oraz w zakresie kierunku wyrażania złości oraz kontroli tego procesu.

Drugi etap analizy dostarczył informacji o związkach pomiędzy niezadowoleniem z własnego ciała a badanymi zmiennymi u osób z otyłością (model korelacyjny). Do obliczeń zastosowano współczynnik korelacji *r* Pearsona (tab. 2).

**Tabela 2. Korelacje pomiędzy badanymi zmiennymi w grupie kobiet z otyłością (n = 62)**

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Dążenie do szczupłości		0,51**	0,24	0,21	0,32**	-0,05	0,31*	-0,16
2. Niezadowolenie z ciała			0,12	0,13	0,17	-0,12	0,13	-0,05
3. Lęk				0,70**	0,35**	0,04	0,17	0,02
4. Depresja					0,44**	0,03	0,13	-0,07
5. Eksterioryzacja złości						-0,38**	0,70**	-0,61**
6. Interioryzacja złości							-0,51**	0,57**
7. Kontrola w eksterioryzacji złości								-0,67**
8. Kontrola w interioryzacji złości								

\*p &lt; 0,05; \*\*p &lt; 0,01

Współczynniki korelacji między badanymi zmiennymi wskazują, że u kobiet z otyłością najsilniejszy związek występuje między poziomem lęku a poziomem depresji oraz między uzewnętrznianiem własnej złości a jej kontrolą. Zauważono również, że w grupie klinicznej dążenie do szczupłej sylwetki współwystępuje z niezadowoleniem z własnego ciała, uzewnętrznianiem negatywnych emocji i jednocześnie ich kontrolą. Istnienie współzależności pozytywnej (dodatniej) odnotowano między eksterioryzacją złości a symptomami lęku i depresji oraz pomiędzy uwewnętrznianiem własnej złości a jej kontrolą. Natomiast negatywną (ujemną) korelację zaobserwowano między eksterioryzacją złości a interioryzacją złości oraz kontrolą w interioryzacji złości, a także pomiędzy uwewnętrznianiem własnej złości a kontrolą w eksterioryzacji złości. Dodatkowo, kontrola w eksterioryzacji złości pozostaje w związku z kontrolą w jej interioryzacji (korelacja ujemna).

## Dyskusja

Rezultaty niniejszego badania wskazują na istotnie większe niezadowolenie z własnego ciała oraz dążenie do szczupłości wśród kobiet z otyłością, w porównaniu z kobietami z prawidłową masą ciała, co zyskało już potwierdzenie we wcześniejszych pracach [9, 10].

Wyniki badań Johnstone i wsp. [w: 11] pokazują, że otyłe osoby w porównaniu ze szczupłymi nie tylko charakteryzują się dużym niezadowoleniem z własnego ciała, ale również posiadają jego uboższą świadomość oraz przeszacowują rozmiary (oceniają ciało jako większe niż jest w rzeczywistości).

Dotychczas wykazano, że niezadowolenie z ciała jest pozytywnie związane między innymi z: wiekiem pojawienia się otyłości [12], występowaniem zespołu gwałtownego objadania się (pośrednicząca rola depresji) [13], niską samooceną oraz depresją [9]. Niezad-

wolenie z ciała negatywnie wpływa na funkcjonowanie kobiet z otyłością w różnych sferach życia, między innymi społecznego, gdzie wykazują one tendencję do unikania kontaktów interpersonalnych, co znajduje wyraz w ich negatywnej ocenie bliskich relacji (postrzeganych jako względnie niepewne i mało intymne) [14].

Wyniki badań dowodzą, że niezadowolenie z własnego ciała jest istotnie wyższe u kobiet niż u mężczyzn [15]. Najprawdopodobniej różnica ta jest wynikiem odmiennych dla obu płci ideałów piękna obecnych w kulturze — kobieta zgodnie ze współczesnymi standardami Zachodu powinna prezentować szczupłą i smukłą sylwetkę (dążenie do szczupłości), wymóg taki nie obowiązuje natomiast mężczyzn, u których cenione jest przede wszystkim umięśnienie (dążenie do muskularności).

Wyniki niniejszych badań pokazują również wyższy stopień dążenia do szczupłości wśród kobiet z otyłością w porównaniu z grupą kontrolną. Na taki stan rzeczy mogą mieć wpływ różnego rodzaju czynniki, między innymi: rozbieżność o charakterze życzeniowym (rozbieżność pomiędzy Ja realnym i Ja idealnym), napiętnowanie społeczne [w: 16], świadomość licznych chorób i innych ograniczeń związanych z otyłością, a także poczucie samotności [14].

Obecnie w różnych ośrodkach w Europie i Stanach Zjednoczonych przygotowuje się programy, których głównym celem jest zmniejszenie negatywnego obrazu własnego ciała u osób z zaburzeniami odżywiania, a także nadwagą i otyłością. Jako przykład można przywołać opracowaną w zespole Tuschen-Caffier procedurę ekspozycji ciała przed lustrem połączoną z jego opisem w neutralny sposób [za 17]. Udowodniono, że strategia ta prowadzi do zmniejszenia lęku oraz wzrostu satysfakcji i przyjemnych emocji względem własnego ciała wśród młodzieży z otyłością [18]. Co interesujące, nawet występowanie depresji nie zmniejszyło pozytywnych zmian z zakresu lęku i zadowolenia z wła-

snego ciała u badanych osób. Oznacza to, że przedstawiony rodzaj interwencji może być również efektywny podczas leczenia depresyjnych pacjentów z otyłością.

W omawianym badaniu nie stwierdzono istotnych różnic w natężeniu depresji i lęku pomiędzy grupą eksperymentalną a kobietami z prawidłową masą ciała. Wyniki studiów dotyczących występowania depresji i lęku wśród osób z otyłością nie są jednoznaczne; w niektórych pracach wykazano słabą dodatnią korelację pomiędzy otyłością a wymienionymi zmiennymi [19–21], w innych nie stwierdzono zależności pomiędzy nimi [22, 23] lub wręcz odnotowywano korelację ujemną [24]. Trafnych wniosków na ten temat dostarcza praca poglądowa Olszaneckiej-Glinianowicz [25], w której autorka zwraca uwagę na konieczność uwzględnienia zmiennych pośredniczących między otyłością a depresją czy lękiem; zmienne te to między innymi: płeć, stopień otyłości, depresja w dzieciństwie [25], a także występowanie zespołu gwałtownego objadania się [26].

Kolejny uzyskany w badaniu rezultat pokazuje dodatnią zależność występującą między niezadowoleniem z własnego ciała a dążeniem do szczupłości wśród kobiet z otyłością. Brak satysfakcji ze swojego ciała będący często rezultatem konfrontacji kobiet ze współczesnym ideałem pięknej sylwetki, z nieprzyjemnymi komentarzami ze strony otoczenia itp., mogą przyczyniać się do pragnienia znaczącego obniżenia masy ciała [27]. Wynik badania Edmana i wsp. [28] przeprowadzonego wśród studentów i studentek z otyłością pokazał, że niezadowolenie z własnego ciała, dyskomfort z powodu złości oraz niezadowolenie ze swojego Ja pozytywnie korelują z dążeniem do szczupłości, co potwierdza istotną rolę tej zmiennej w kształtowaniu się postawy wobec siebie i swojego wyglądu u osób z otyłością.

Ważną rolę w funkcjonowaniu człowieka odgrywa z pewnością jego umiejętność radzenia sobie z nieprzyjemnymi emocjami, takimi jak złość czy gniew. Van Elderen i wsp. [7] wyróżnili wśród sposobów autoekspresji i kontroli złości: eksterioryzację złości, interioryzację złości, kontrolę w eksterioryzacji złości oraz kontrolę w interioryzacji złości. Eksterioryzacja złości oznacza kierowanie jej na zewnątrz wobec przedmiotów i osób, wyrażające się między innymi poprzez kłótniowość, wypowiedzi nieprzyjemne dla innych. Interioryzacja złości polega na jej tłumieniu w sobie — hamo-

waniu jej ekspresji. W przypadku kontroli w eksterioryzacji złości osoba nie uzewnętrznia złości natychmiast, potrafi się zastanowić nad swoimi reakcjami w sytuacji wywołującej nieprzyjemne uczucia i w konsekwencji powściągnąć gniew. Kontrola w interioryzacji złości oznacza natomiast gotowość do podjęcia próby uspokojenia się, opanowania swojej reakcji, roz pogodzenia się. Z badań Brytek-Matery [29] wynika, że u dorosłych kobiet z otyłością zakres kierunku wyrażania złości oraz kontroli tego procesu pozostaje w związku ze strategiami radzenia sobie ze stresem skoncentrowanymi na emocjach. Im rzadziej osoby otyłe uzewnętrzniają własną złość oraz rzadziej kontrolują się w jej wyrażaniu, tym częściej stosują strategie bazujące na emocjach.

Wnikliwe studia nad problematyką przeżywania i wyrażania złości wśród kobiet podjęły Cox i wsp. [30], wprowadzając między innymi rozróżnienie pomiędzy przemieszczaniem złości (jej rozładowywaniem na obiektach, osobach innych niż właściwe źródło tej emocji, na przykład kobieta rozżłoszczona na męża krzyczy na dziecko czy trzaska drzwiami itp.), a jej ekspresją w sposób asertywny<sup>1</sup> (skoncentrowany na nieagresywnym, nieinwazyjnym i niedeprecjonującym wyrażaniu złości np. w sytuacji złości na męża żona klarownie komunikuje mu, zachowując spokój i opanowanie, jakie jego zachowanie wzbudziło w niej nieprzyjemne emocje). Kobiety, które zazwyczaj przemieszczają złość, są bardziej podatne na występowanie takich symptomów, jak: depresja, lęk czy somatyzacje w porównaniu z kobietami stosującymi asertywne sposoby radzenia sobie ze złością [31].

Dla podkreślenia, jak istotną rolę w przypadku kobiet z otyłością odgrywa odczuwanie przez nie nieprzyjemnych emocji, warto przytoczyć wyniki kilku badań z tego obszaru. Na przykład Jansen i wsp. [32] wyróżnili dwa typy otyłości (bez uwzględniania osób otyłych z zaburzeniami odżywiania): typ o wysokim wskaźniku negatywnego afektu oraz typ o niskim wskaźniku negatywnego afektu. Wyniki badań potwierdzają, że osoby z otyłością należące do typu z wysokim wskaźnikiem negatywnego afektu w sytuacji stresowej sięgają po większą ilość pożywienia niż osoby z niskim wskaźnikiem (ci ostatni nie jedzą więcej od osób z prawidłową masą ciała po indukcji negatywnego afektu) [33]. Występowanie silnie nieprzyjemnych emocji stanowi więc duże utrudnienie dla osób z nadwagą i otyłością w opieraniu się pokusie jedzenia. Jak wynika z bada-

<sup>1</sup>Asertywne lub konstruktywne sposoby radzenia sobie ze złością cechuje umiejętność pełnego wyrażania siebie (własnych potrzeb, opinii) w sposób bezpośredni, stanowczy i jednocześnie respektujący uczucia innej osoby lub osób. Werbalna ekspresja uczuć (komunikowanie o swojej złości za pomocą wypowiedzi „Ja” poprzez odwoływanie się do: a) konkretnej sytuacji, a nie mówienia w sposób ogólny; b) zachowania, a nie do cechy drugiej osoby; c) własnych uczuć i emocji świadczy o podejmowaniu działań prowadzących do zmiany niepożądanego stanu emocjonalnego. Jednym ze sposobów obniżenia napięcia jest głębokie oddychanie przeponowe (wpływa na wydzielanie się endorfin oraz natężone działanie serotoniny).



nia przeprowadzonego w grupie ponad 3000 dorosłych w wieku 25–74 lat [34], otyłość II stopnia ( $BMI = 35\text{--}39,9\text{ kg/m}^2$ ) i III ( $BMI \geq 40\text{ kg/m}^2$ ) jest dodatnio związana z częstszym występowaniem negatywnego afektu i rzadszym pojawianiem się afektu pozytywnego, nawet gdy kontrolowano zmienne demograficzne i status socjoekonomiczny. Dodatkowo udowodniono, że dyskomfort z powodu złości odczuwany przez osoby z otyłością stanowi czynnik determinujący wystąpienie zaburzeń odżywiania u obu płci [28].

Badania Mueller i wsp. [35] dotyczące młodzieży pokazują jeszcze inną interesującą zależność: wśród dziewcząt, które w wysokim stopniu potrafią w konstruktywny sposób uzewnętrznić swoją złość, poziom tkanki tłuszczowej jest mniejszy. Studia nad tą tematyką pokazują również (choć wyniki różnych prac nie są ze sobą zgodne), że im większy poziom tkanki tłuszczowej lub masy ciała posiada młoda osoba, tym częściej stosuje ona mniej efektywne sposoby ekspresji złości (takie jak agresja werbalna i niewerbalna czy przemieszczenie) [35].

W niniejszym badaniu porównanie ekspresji złości u kobiet z otyłością oraz kobiet z prawidłową masą ciała nie wykazało istotnych różnic. Warto w tym miejscu przytoczyć wyniki badań przeprowadzonych przez Radoszewską [36] czy Fassino i wsp. [37], zgodnie z którymi kobiety z otyłością wykazują tendencję do kierowania gniewu do wewnątrz (wysoka uraza). Wskazaną różnicę pomiędzy rezultatami uzyskanymi przez autorki a wynikami wyżej wspomnianych prac można interpretować następująco: na ekspresję złości u kobiet z otyłością istotny wpływ mogą wywierać zmienne, które do tej pory rzadko uwzględniano w studiach nad ekspozycją bądź niewyrażaniem jej. Interpretacja taka uzyskuje potwierdzenie w wynikach niniejszych badań, bowiem nasilenie lęku i depresji, a także dążenie do szczupłości związane jest z eksterioryzacją złości u kobiet z otyłością. Wydaje się więc, że niektóre zmienne (np. czas trwania leczenia, poziom depresji, lęku, ilość otrzymywanego wsparcia społecznego, dążenie do szczupłości itd.) mogą mieć istotny wpływ na wyrażanie złości przez kobiety z otyłością. Przede wszystkim współwystępowanie zaburzeń odżywiania w postaci zespołu gwałtownego objadania się może być czynnikiem spełniającym dużą funkcję podczas radzenia sobie ze złością wśród kobiet z otyłością, wpływając, jak pokazały wyniki uzyskane przez Fassino i wsp. [37], na preferowanie uzewnętrzniania jej. W tym samym badaniu nie odnotowano natomiast różnicy w sposobach wyrażania złości pomiędzy grupami kobiet z różnymi stopniami otyłości.

Dążenie do szczupłości wśród badanych kobiet wiąże się z eksterioryzacją złości i kontrolą w jej uzewnętrznianiu. Prawdopodobnie kobiety z otyłością, któ-

re starają się o obniżenie masy ciała, są wrażliwe na nieprzyjemne komentarze i oceny ze strony otoczenia (ponieważ odbierają je jako atak na ich samoocenę) [38], co może powodować wśród nich silne odczucie złości w tego typu sytuacjach społecznych, manifestujące się jej uzewnętrznianiem poprzez na przykład gniewną odpowiedź. Równocześnie świadomość norm kulturowych, będących pozostałością stereotypowych oczekiwań żywionych również wobec kobiecej ekspresji emocji [39], może wpływać na próby kontroli uzewnętrzniania złości wśród kobiet z otyłością. Istotna w tym miejscu do odnotowania jest uzyskana w niniejszym badaniu wysoka korelacja pomiędzy uzewnętrznianiem złości a kontrolą w jej eksterioryzacji, która potwierdza, że im bardziej kobiety z otyłością eksterioryzują swoją złość, tym bardziej równocześnie dążą do jej opanowania, powściągają jej ekspresję.

Omawiając zależności pomiędzy dążeniem do szczupłości a sposobami ekspresji złości wśród kobiet z otyłością, można odwołać się do rezultatów otrzymanych w badaniu dotyczącym paradoksu kobiet z anoreksją nieprzejawiających nasilonego dążenia do szczupłości [40]. Wśród tych kobiet odnotowano niższy ogólny wynik ekspresji złości w porównaniu z kobietami z anoreksją o wysokim poziomie dążenia do szczupłości. Dodatkowo kobiety z anoreksją o BMI poniżej  $15\text{ kg/m}^2$ , których nie cechuje podwyższone dążenie do szczupłości, osiągnęły niższe wyniki w interioryzacji i eksterioryzacji złości niż grupa kobiet o wysokim dążeniu do szczupłości. Biorąc pod uwagę wspólne aspekty zaburzeń odżywiania i otyłości, wskazane między innymi przez Day i wsp. [41], należałoby zadać pytanie, czy i jakie różnice w sposobie ekspresji złości (oraz innych zmiennych, np. depresji, lęku, cech osobowościowych, temperamentu itd.) występują między kobietami z otyłością dążącymi do szczupłości i tymi, które takiego zamiaru nie przejawiają (a przynajmniej nie wskazują na to stosowane miary tej zmiennej [41]).

W prezentowanej pracy wykazano ważną zależność: lęk i depresja u kobiet z otyłością istotnie korelują z eksterioryzacją złości. Można przypuszczać, że nagromadzenie u tych kobiet nieprzyjemnych emocji przekracza ich zdolności efektywnego radzenia sobie i wywołuje silną reakcję skierowaną na zewnątrz. Bardzo interesująco przedstawiają się w tym kontekście wyniki badań przeprowadzonych przez Dahlena i Martina [42], zgodnie z którymi agresywna ekspresja złości nie jest związana ze spostrzeganiem zredukowania wsparcia społecznego, w przeciwieństwie do interioryzacji złości, która koreluje z poczuciem obniżenia wsparcia ze strony otoczenia. Można więc postawić hipotezę, że te kobiety z otyłością, które równocześnie cechuje podwyższony poziom lęku i depresji, uze-

wnętrznąją swoją złość w sytuacjach stresowych, by pozyskać wsparcie ze strony otoczenia.

Obecnie trwają w Stanach Zjednoczonych prace nad opracowywaniem metod przeciwdziałania nadmiernej ekspresji złości wśród osób z nadwagą czy otyłością. Przykładem jest program ćwiczeń aerobowych przeznaczony dla dzieci ze znaczącą nadwagą [43]. Odnotowano znacząco niższy poziom ekspresji złości w grupie eksperymentalnej. Wydaje się zatem, że pośród dzieci z nadwagą program ćwiczeń aerobowych może stanowić efektywną strategię ekspresji złości, włączając w to zmniejszenie agresywnego zachowania. Dalsze badania powinny zweryfikować hipotezę, czy tego typu metoda nauki efektywnych sposobów radzenia sobie ze złością byłaby skuteczna również w odniesieniu do dorosłych osób z otyłością.

## Wnioski

Niniejsze badanie ukazuje potrzebę uwzględnienia w przyszłych pracach związków różnych zmiennych

(m.in. lęku, depresji, dążenia do szczupłości, a biorąc pod uwagę wcześniejsze badania i stawiane hipotezy — zaburzeń odżywiania, czasu trwania leczenia, poziomu wsparcia społecznego, samooceny, cech osobowości itd.) ze sposobami radzenia sobie z negatywnym obrazem własnego ciała oraz z ekspresją złości w grupie kobiet z otyłością.

Rezultaty uzyskane w badaniu wskazują na konieczność pracy terapeutycznej z kobietami z otyłością w celu zmiany ich oceny i postrzegania własnego wyglądu. Wobec pacjentek z podwyższonym poziomem lęku, depresji oraz nasilonym dążeniem do szczupłości należałoby podjąć działania mające na celu wzbogacenie i uczynienie bardziej efektywnymi dotychczas stosowanych przez nie metod radzenia sobie ze złością. Trzeba byłoby wskazać im walory kontroli w interioryzacji złości i uczyć je takich sposobów radzenia sobie z nieprzyjemnymi emocjami, jak relaksacja, uspokojenie się itd. Wypracowanie efektywnych metod radzenia sobie ze złością mogłoby z czasem zaowocować poczuciem wzrostu jakości życia u tych kobiet.

## Piśmiennictwo

- Fett A.K., Lattimore P., Roefs A., Geschwind N., Jansen A.: Food cue exposure and body image satisfaction: the moderating role of BMI and dietary restraint. *Body Image* 2009; 6: 14–18.
- Lu H.Y., Hou H.Y.: Testing a model of the predictors and consequences of body dissatisfaction. *Body Image* 2009; 6: 19–23.
- Tiggemann M., McGill B.: The role of social comparison in the effect of magazine advertisements on women's mood and body dissatisfaction. *J. Soc. Clin. Psychol.* 2004; 23: 23–44.
- Łuszczzyńska A.: Nadwaga i otyłość. Interwencje psychologiczne. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- World Health Organization. Obesity and overweight. [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html)
- Garner D.M., Olmsted M.P., Polivy J.: The eating disorder inventory: A measure of cognitive-behavioral dimensions of anorexia nervosa and bulimia. W: Darby P.L., Garfinkel P.E., Garner D.M., Coscina D.V. (red.). *Anorexia nervosa: recent developments in research*. New York, Alan R. Liss 1983; 173–184.
- Van Elderen T., Maes S., Komprou I., Van Der Kamp L.: The development of an anger expression and control scale. *Br. J. Health Psychol.* 1997; 2: 269–281.
- Zigmond A., Snaith R.P.: The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983; 6: 361–370.
- Sarwer D.B., Wadden T.A., Foster G.D.: Assessment of body image dissatisfaction in obese women: specificity, severity, and clinical significance. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1998; 66: 651–654.
- Wadden T.A., Foster G.D., Sarwer D.B. i wsp.: Dieting and the development of eating disorders in obese women: results of a randomized controlled trial. *Am. J. Clin. Nutr.* 2004; 80: 560–568.
- Brytek-Matera A.: „Ciało szczupłe” versus „ciało otyłe” — nadwaga i otyłość wobec kultu szczupłej sylwetki. W: Brytek-Matera A. (red.). *Obraz ciała — obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Difin, Warszawa 2008; 80–99.
- Wardle J., Waller J., Fox E.: Age of onset and body dissatisfaction in obesity. *Addict. Behav.* 2002; 27: 561–573.
- Wardle J., Waller J., Rapoport L.: Body dissatisfaction and binge eating in obese women: the role of restraint and depression. *Obes. Res.* 2001; 9: 778–787.
- Hörchner R., Tuinebreijer W.E., Kelder H., van Urk E.: Coping behavior and loneliness among obese patients. *Obes. Surg.* 2002; 12: 864–868.
- Tuthill A., Slawik H., O'Rahilly S., Finer N.: Psychiatric co-morbidities in patients attending specialist obesity services in the UK. *QJM.* 2006; 99: 317–325.
- Głębocka A., Wiśniewska A.: Psychologiczny portret kobiet otyłych. W: Głębocka A., Kulbat J. (red.). *Wizerunek ciała. Portret Polek*. Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego 2005; 63–78.
- Hilbert A., Tuschen-Caffier B., Vögele C.: Effects of prolonged and repeated body image exposure in binge-eating disorder. *J. Psychosom. Res.* 2002; 52: 137–144.
- Jansen A., Bollen D., Tuschen-Caffier B., Roefs A., Tanghe A., Braet C.: Mirror exposure reduces body dissatisfaction and anxiety in obese adolescents: a pilot study. *Appetite* 2008; 51: 214–217.
- Simon G.E., Von Korff M., Saunders K. i wsp.: Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2006; 63: 824–830.
- Jorm A.F., Korten A.E., Christensen H., Jacomb P.A., Rodgers B., Parslow R.A.: Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being: a community survey. *Aust. N. Z. J. Public Health* 2003; 27: 434–440.
- Scott K.M., McGee M.A., Wells J.E., Oakley Browne M.A.: Obesity and mental disorders in the adult general population. *J. Psychosom. Res.* 2008; 64: 97–105.
- Friedman M.A., Brownell K.D.: Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychol. Bull.* 1995; 117: 3–20.
- Faith M.S., Matz P.E., Jorge M.A.: Obesity-depression associations in the population. *J. Psychosom. Res.* 2002; 53: 935–942.
- Crisp A.H., McGuinness B.: Jolly fat: relation between obesity and psychoneurosis in general population. *Br. Med. J.* 1976; 1: 7–9.

25. Olszanecka-Glinianowicz M.: Depresja — przyczyna czy skutek otyłości? *Endo. Otył. Zab. Przem. Mat.* 2008; 4: 78–85.
26. Arias Horcajadas F., Sánchez Romero S., Gorgojo Martínez J.J., Almódovar Ruiz F., Fernández Rojo S., Llorente Martín F.: Clinical differences between morbid obese patients with and without binge eating. *Actas Esp. Psiquiatr.* 2006; 34: 362–370.
27. Ahern A.L., Hetherington M.M.: The thin ideal and body image: an experimental study of implicit attitudes. *Psychol. Addict. Behav.* 2006; 20: 338–342.
28. Edman J.L., Yates A., Aruguete M.S., DeBord K.A.: Negative emotion and disordered eating among obese college students. *Eat Behav.* 2005; 6: 308–317.
29. Brytek-Matera A.: Sposoby radzenia sobie kobiet z otyłością w sytuacjach stresujących. *Endo. Otył. Zab. Przem. Mat.* 2008; 4: 116–120.
30. Cox D.L., Stabb S.D., Bruckner K.H.: Women's anger. Clinical and developmental perspectives. Brunner/Mazel, Philadelphia 1999.
31. Cox D.L., Van Velsor P., Hulgus J.F.: Who me, angry? Patterns of anger di-  
version in women. *Health Care Women Int.* 2004; 25: 872–893.
32. Jansen A., Havermans R., Nederkoorn C., Roefs A.: Jolly fat or sad fat? Subtyping non-eating disordered overweight and obesity along an affect dimension. *Appetite* 2008; 51: 635–640.
33. Jansen A., Vanreyten A., van Balveren T., Roefs A., Nederkoorn C., Havermans R.: Negative affect and cue-induced overeating in non-eating disordered obesity. *Appetite* 2008; 51: 556–562.
34. Carr D., Friedman M.A., Jaffe K.: Understanding the relationship between obesity and positive and negative affect: the role of psychosocial mechanisms. *Body Image* 2007; 4: 165–177.
35. Mueller W.H., Grunbaum J.A., Labarthe D.R.: Anger expression, body fat, and blood pressure in adolescents: Project Heart Beat! *Am. J. Hum. Biol.* 2001; 13: 531–538.
36. Radoszewska J.: Z badań nad tożsamością osób otyłych. *Now. Psychol.* 1994; 4: 87–91.
37. Fassino S., Leombruni P., Piero A., Abbate-Daga G., Giacomo Rovera G.: Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without Binge Eating Disorder. *J. Psychosom. Res.* 2003; 54: 559–566.
38. Garcia J.A., Crocker J., Wyman J.F., Krisovich M.: Breaking the cycle of stigmatization: managing the stigma of incontinence in social interactions. *J. Wound Ostomy Continence Nurs.* 2005; 32: 38–52.
39. Brescoll V.L., Uhlmann E.L.: Can an angry woman get ahead? Status conferral, gender, and expression of emotion in the workplace. *Psychol. Sci.* 2008; 19: 268–275.
40. Abbate-Daga G., Pierò A., Gramaglia C., Gandione M., Fassino S.: An attempt to understand the paradox of anorexia nervosa without drive for thinness. *Psychiatry Res.* 2007; 149: 215–221.
41. Day J., Ternouth A., Collier D.A.: Eating disorders and obesity: two sides of the same coin? *Epidemiol. Psychiatr. Soc.* 2009; 18: 96–100.
42. Dahlen E.R., Martin R.C.: The experience, expression, and control of anger in perceived social support. *Pers. Individ. Differ.* 2005; 39: 391–400.
43. Tkacz J., Young-Hyman D., Boyle C.A., Davis C.L.: Aerobic exercise program reduces anger expression among overweight children. *Pediatr. Exerc. Sci.* 2008; 20: 390–401.