

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 psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach

# Poznawcze i behawioralne determinanty zaburzeń odżywiania u kobiet z otyłością

Cognitive and behavioral determinants of eating disorders in obese women

## STRESZCZENIE

**WSTĘP.** Celem pracy było określenie poznawczo-behawioralnych czynników determinujących zaburzenia odżywiania w otyłości. U osób otyłych internalizacja ideału szczupłej sylwetki może przyczynić się do podejmowania nieprawidłowych zachowań charakterystycznych dla zaburzeń odżywiania.

**MATERIAŁ I METODY.** Zbadano 62 osoby, w tym 32 pacjentki z otyłością i 30 kobiet zdrowych z prawidłową masą ciała. Do badań wykorzystano Kwestionariusz Zaburzeń Odżywiania Garnera i wsp. (1984).

**WYNIKI.** Przeprowadzone badania na podstawie analizy regresji wykazały, że do czynników poznawczo-behawioralnych zaburzeń odżywiania u kobiet z otyłością należą: niezadowolenie z własnego ciała, zachowania bulimiczne oraz świadomość interoceptywna.

**WNIOSKI.** Rezultaty przedstawionych badań mogą zostać wykorzystane w leczeniu otyłości, zwłaszcza u kobiet z wysokim poziomem niezadowolenia z własnego ciała.

**Słowa kluczowe:** otyłość, niezadowolenie z własnego ciała, bulimia, świadomość interoceptywna

Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii 2009, tom 5, nr 2, 45–50

## ABSTRACT

**INTRODUCTION.** The aim of the current study were to determine the cognitive and behavioral factors of eating disorders in obesity. In obese population internalization of cultural norms concerning beauty and thinness may contribute to negative eating disorder behaviour.

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: 06.01.2009 Przyjęto do druku: 13.03.2009

**MATERIAL AND METHODS.** 62 subjects were included in this study. There were 32 patients with obesity and 30 women with normal body weight. We used The Eating Disorder Inventory by Garner et al. (1984).

**RESULTS.** The regression analysis revealed that body dissatisfaction, bulimia and interoceptive awareness were cognitive and behavioral determinants of eating disorder in obese women.

**CONCLUSIONS.** Our results have implications for psychological treatment of obesity especially in women with high level of body dissatisfaction.

**Key words:** obesity, body dissatisfaction, bulimia, interoceptive awareness

Endocrinology, Obesity and Metabolic Disorders 2009, vol. 5, No 2, 45–50

## Wstęp

Liczba osób otyłych rośnie w alarmującym tempie — jak podaje Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) [za: 1], w 2005 roku ponad 1,6 mld osób powyżej 15. roku życia miało nadwagę, a dodatkowo około 400 mln dorosłych i 20 mln dzieci było otyłych. W Europie występowanie otyłości szacuje się w przedziale 4–28,3% wśród mężczyzn oraz 6,2–36,5% wśród kobiet [2]. Leczenie otyłości oraz jej prewencja wymaga poznania i gruntownej analizy elementów patognomicznych choroby, uwzględniając nie tylko aspekt medyczny, ale również psychologiczny.

Geneza otyłości jest wieloczynnikowa z dominującym wpływem podatności genetycznej oraz stylu życia [3]. Badania rodzin wykazały, że współczynnik dzie-

dziczenia dla cech dotyczących budowy ciała i jego masy oraz BMI wynosi między 0,18 a 0,35 [4]. Styl życia, który prowadzi do otyłości, cechuje przede wszystkim spożywanie wysokokalorycznych pokarmów oraz brak aktywności fizycznej. Za czynniki ryzyka pojawienia się otyłości uznaje się między innymi niski status społeczno-ekonomiczny [5], ukończenie edukacji na poziomie niższym niż szkoła średnia, bycie osobą zamężną lub żoną, wysoki ogólny poziom stresu w pracy, natomiast u kobiet ponadto pracę wyłącznie w domu, niskie zadowolenie z pracy i życia rodzinnego [za: 1].

Badacze z nurtu psychoanalitycznego upatrywali przyczyn otyłości w osobowości chorych, wskazując na problemy rozwojowe, ukrytą depresję, brak przystosowania do sytuacji stresowych oraz nieuświadomione konflikty wewnętrzne [za: 6]. Jednak w świetle późniejszych badań [7] nie ma istotnych różnic charakterologicznych pomiędzy osobami z otyłością a osobami z prawidłową masą ciała. Leon i Roth [6] konkludują: „wydaje się, że jest bardzo mało cech osobowości wyjątkowych dla ludzi z otyłością”. Dyskusja nad problemem, jaka jest zależność pomiędzy depresją a otyłością trwa już kilkadziesiąt lat i wciąż brakuje jednoznacznych rozstrzygnięć. Najbardziej prawdopodobnym rozwiązaniem wydaje się to wskazujące raczej na wielorakie kowariancje między zmiennymi, niż na pojedyncze zależności [8].

Mimo że osoby z otyłością w większości przypadków nie różnią się od osób z prawidłową masą ciała pod względem cech osobowościowych, to sytuacja ta zmienia się w przypadku zmiennych poznawczych i behawioralnych związanych z wagą, odżywianiem się oraz obrazem własnego ciała. Kobiety z otyłością istotnie częściej od innych kobiet w populacji stosują restrykcyjną dietę, są skoncentrowane na kwestiach związanych z jedzeniem, masą i kształtem ciała, częściej cierpią z powodu napadów kompulsywnego jedzenia, nadużywają diuretyków oraz stosują preparaty wspomagające odchudzanie [9].

Celem niniejszej pracy było wskazanie różnic pomiędzy kobietami z otyłością a kobietami z prawidłową masą ciała pod względem poznawczo-behawioralnych zmiennych charakterystycznych dla zaburzeń odżywiania oraz ustalenie czynników determinujących owe zaburzenia w otyłości.

## Material i metody

W badaniach wzięły udział 62 osoby, w tym 32 pacjentki z otyłością oraz 30 kobiet z prawidłową masą ciała. Średnia wieku w badanej grupie wyniosła 41,88 lat (odchylenie standardowe [SD, *standard deviation*]

$\pm 14,01$ ), natomiast w grupie kontrolnej była równa 42 lata (SD  $\pm 8,21$ ). Średnia wskaźnika masy ciała (BMI, *body mass index*) osiągnęła wartość  $39,38 \text{ kg/m}^2$  (SD  $\pm 7,60$ ) u osób z otyłością oraz  $21,83 \text{ kg/m}^2$  (SD  $\pm 2,26$ ) w grupie kontrolnej (zdrowe kobiety).

Jako metody w badaniach użyto Kwestionariusza Zaburzeń Odżywiania (EDI, *Eating Disorder Inventory*) Garnera i wsp. [10]. Narzędzie to służy do pomiaru zachowań i postaw występujących przy zaburzeniach odżywiania. Kwestionariusz Zaburzeń Odżywiania zawiera 8 podskal: dążenie do szczupłości, bulimia, niezadowolenie z własnego ciała, nieskuteczność, perfekcjonizm, dystans społeczny, świadomość interoceptywna oraz lęk przed dojrzałością.

## Wyniki

Test *t*-Studenta posłużył do wykazania różnic istotnych statystycznie pomiędzy grupą badaną a grupą kontrolną pod względem poznawczo-behawioralnych aspektów zaburzeń odżywiania (tab. 1).

Wykorzystując analizę regresji uzyskano poznawczo-behawioralne czynniki (związane z zaburzeniami odżywiania) warunkujące otyłość (ryc. 1).

## Dyskusja

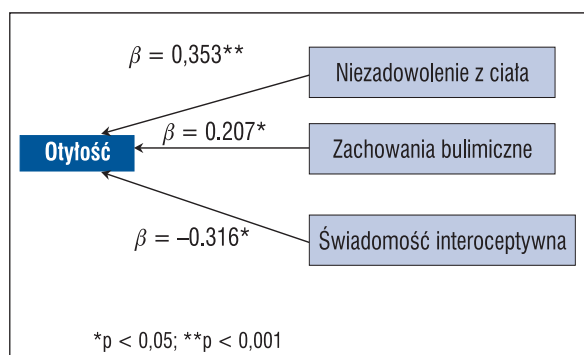
Rezultaty niniejszego badania wskazują na różnice występujące pomiędzy kobietami z otyłością a kobietami z prawidłową masą ciała pod względem zdecydowanej większości poznawczo-behawioralnych aspektów zaburzeń odżywiania. Grupę badawczą cechuje: większe dążenie do szczupłości, częstsze zachowania bulimiczne, większe niezadowolenie z własnego ciała, wyższe poczucie nieskuteczności, silniejszy perfekcjonizm, zachowywanie większego dystansu społecznego oraz słabsza świadomość interoceptywna. Różnicy istotnej statystycznie nie uzyskano tylko w przypadku lęku przed dorosłością. Wynik ten można wytłumaczyć wiekiem osób badanych — są to kobiety dojrzałe, przeciętnie powyżej 40. roku życia, które prawdopodobnie uporały się już z lękami związanymi z wchodzeniem w dojrzałość.

Wydaje się, że najważniejszym powodem, dla którego kobiety z otyłością dążą do osiągnięcia szczupłości, jest rozpowszechnienie ideału urody, zgodnie z którym u kobiet pożądana jest smukła sylwetka. Z tej perspektywy otyłość jest postrzegana jako łamanie standardów piękna i zdrowia [11]. Staranie o szczupłą sylwetkę staje się więc środkiem do podtrzymania i umocnienia poczucia swojej kobiecości i atrakcyjności.

**Tabela 1.** Porównanie poznawczo-behawioralnych aspektów zaburzeń odżywiania u kobiet z otyłością oraz kobiet z prawidłową masą ciała

Badana zmienna	Badana grupa	M	SD	p
Dążenie do szczupłości	Otyłość	8,34	4,98	<b>0,000</b>
	Prawidłowa masa ciała	2,30	4,06	
Bulimia	Otyłość	3,78	3,56	<b>0,000</b>
	Prawidłowa masa ciała	0,97	1,73	
Niezadowolenie z ciała	Otyłość	7,71	3,97	<b>0,000</b>
	Prawidłowa masa ciała	1,30	2,58	
Nieskuteczność	Otyłość	4,56	4,28	<b>0,004</b>
	Prawidłowa masa ciała	1,77	2,90	
Perfekcjonizm	Otyłość	5,81	3,95	<b>0,001</b>
	Prawidłowa masa ciała	2,87	2,71	
Dystans społeczny	Otyłość	1,44	1,86	<b>0,014</b>
	Prawidłowa masa ciała	0,47	0,97	
Świadomość interoceptywna	Otyłość	7,50	5,45	<b>0,000</b>
	Prawidłowa masa ciała	2,80	4,08	
Lęk przed dojrzałością	Otyłość	2,47	3,07	0,230
	Prawidłowa masa ciała	1,67	1,97	

Pogrubioną czcionką zaznaczono wartości istotne statystycznie; przyjęty poziom istotności p wynosił 0,05 (przedział dwustronny); SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe



**Rycina 1.** Determinanty otyłości  
Powyższe zmienne w 13% wyjaśniają bycie otyłą (R<sup>2</sup> = 0,136; p < 0,001).

Osoby o pięknym wyglądzie często słyszą komplementy z otoczenia, są oceniane jako sympatyczniejsze, zdolniejsze (tzw. efekt „halo”). W opinii wielu ludzi osoby z otyłością cechuje natomiast lenistwo, chwiejność emocjonalna, brak silnej woli [12]. Znajduje to odzwierciedlenie w ich traktowaniu — często stają się oni przedmiotem niejawną dyskryminacji ze strony sprzedawców, pracodawców (oceniani są m.in. jako mający niższe kwalifikacje, mniej punktualni, mający gorsze manery, w mniejszym stopniu godni zaufania — przy braku obiektywnych przesłanek do takich wniosków) [za: 1]. Jak podkreślają Puhl i Brownell [za: 13] presja wobec ludzi otyłych jest społecznie akceptowaną formą dyskryminacji. Teoria atrybucji, rozwinięta przez Crandalla i wsp. [za:

13], wyjaśnia, dlaczego negatywne nastawienie jest tak silne i wszechobecne. Kiedy ludzie napotykają osoby należące do grupy przedstawianej w gorszym świetle (pomniejszając tym samym jej wartość) szukają przyczyn ich etykietowania. Jeśli napiętnowana cecha może być kontrolowana (w przypadku otyłości silnie stygmatyzowany jest wygląd) osobę obwinia się za jej posiadanie (brak odpowiedzialności za dbanie o własną sylwetkę) i wówczas negatywne nastawienie wobec niej wydaje się racjonalne, a dyskryminacja uzasadniona.

Obniżona jakość życia, charakterystyczna dla osób z otyłością [14], oraz świadomość konsekwencji fizycznych, jakie może powodować nadmierna masa ciała (m.in. zwiększone ryzyko wystąpienia wielu chorób [15]), również mogą wpływać na wzmożone dążenie kobiet z otyłością do redukcji wagi i osiągnięcia szczuplejszej sylwetki.

Częstotliwość zachowań bulimicznych różni się istotnie pomiędzy badaną grupą kliniczną a grupą kontrolną. Jedzenie napadowe u kobiet z otyłością może być spowodowane okresami poszczenia w celu zbliżenia się do ideału szczupłej sylwetki, co w konsekwencji wyzwala labilność emocjonalną, silną potrzebę spożycia bardzo kalorycznych pokarmów oraz objawy bulimiczne. W przypadku osób z otyłością o podłożu psychosomatycznym duża ilość pokarmu przynosi chwilowe poczucie bezpieczeństwa oraz redukuje frustrację [16]; po napadzie objadania się strach przed jeszcze większym wzrostem wagi często prowadzi do zachowań kompensacyjnych.

Otyłość ma również związek z występowaniem zaburzenia odżywiania, jakim jest zespół napadów kompulsywnego jedzenia (BED, *binge eating disorder*). Jego rozpowszechnienie wśród osób z otyłością waha się między 10–50%. Współwystępowanie BED i otyłości wiąże się z większym nasileniem objawów depresji, większym niezadowoleniem z własnego ciała, częstszym uzależnieniem się od środków psychoaktywnych, niższą samooceną i większą liczbą symptomów osobowości borderline<sup>1</sup> w porównaniu z osobami tylko z otyłością [17].

U kobiet z otyłością występuje silne niezadowolenie z własnego wyglądu, zwłaszcza z masy ciała tych partii ciała, które najmocniej narażone są na odkładanie tkanki tłuszczowej, to znaczy z talii, bioder, ud i nóg [18]. Stunkard i Mendelson [19] opisali wzorzec dewaloryzacji obrazu ciała charakterystyczny dla wielu osób z otyłością, który zawiera wszechogarniające zainteresowanie masą ciała, często prowadzące aż do pominięcia charakterystyk osobowościowych i wyłącznego skupienia się na ocenie ciała jako groteskowego, a nawet wstrętnego i w konsekwencji poczucia, że inni mogą patrzeć na nie jedynie z odrazą i pogardą. Nie są zaskakujące więc wyniki badań, zgodnie z którymi niezadowolenie z własnego ciała koreluje z objawami depresji, niższym poczuciem własnej wartości [20] oraz występowaniem napadów kompulsywnego jedzenia [21].

Kobiety z otyłością cechowało wyższe poczucie nieskuteczności w porównaniu z kobietami z grupy kontrolnej. Często są one przekonane, że nie potrafią poradzić sobie z problemami, że ich starania są mało efektywne. Na takie postrzeganie samych siebie znaczący wpływ ma prawdopodobnie brak umiejętności sprawowania kontroli nad ilością i jakością spożywanego pokarmu. Praktycy stosujący teorię społeczno-poznawczą Bandury<sup>2</sup> w celu leczenia otyłości koncentrują się na podwyższeniu poczucia własnej skuteczności u pacjentek, czynnik ten bowiem jest kluczowy dla utraty nadmiernej wagi [22]. Ponadto prawidłowa dieta oraz uprawianie ćwiczeń fizycznych — dwa zachowania, których nieprawidłowości łączą się z wystąpieniem otyłości i nadwagi — są ściśle związane z przekonaniem, że można wpływać na własne zdrowie (kobiety z otyłością cechuje natomiast niższe wewnętrzne poczucie kontroli w porównaniu z kobietami z prawidłową masą ciała [23]).

Również perfekcjonizm jest zmienną, która różnicuje kobiety z otyłością od kobiet z prawidłową masą ciała — te pierwsze cechuje jego wyższy poziom. Wiele osób z otyłością co jakiś czas ogranicza jedzenie, by nie utyć lub by obniżyć masę ciała. Charakteryzuje je postawa „wszystko albo nic” — kobiety dopuszczają naprzemienne znaczne ograniczenia w spożyciu energii i obżarstwo: albo całkowicie kontrolują ilość i jakość spożywanego pokarmu, albo łamią narzucone sobie ograniczenia i popadają w żarłoczność. Herman i Polivy [24] nazywają to zjawisko „efektem progę” (całkowite zaprzestanie ograniczania spożywanego pokarmu po przekroczeniu pewnej wyznaczonej wcześniej granicy). Podwyższony perfekcjonizm wśród osób z otyłością został uwzględniony przez autorów programu LEARN [za: 1], gdzie w grupie technik związanych ze zmianą postaw i zachowań znalazła się strategia: „zrezygnuj z perfekcjonistycznych założeń”.

Wyniki niniejszego badania pokazują, że kobiety z otyłością cechuje zachowywanie większego dystansu społecznego. Chorobliwe skupienie się na defekcie cielesnym wpływa na pojawienie się tendencji do unikania kontaktów interpersonalnych [25]. Poczucie bycia mało atrakcyjnymi, mało wartościowymi z powodu masy ciała wpływa na to, że osoby te preferują formy komunikacji na odległość (telefon, internet itd.), niż bezpośrednie spotkania. Wiele badań [26, 27] dowodzi, że pomiędzy osobami z nadmierną masą ciała a tymi o prawidłowej masie ciała istnieją znaczące różnice w jakości relacji z przyjaciółmi, partnerami życiowymi, współpracownikami, obcymi osobami czy nawet pracownikami służby zdrowia.

W latach 60. XX wieku Bruch [28] wykazała, że obniżenie świadomości interoceptywnej (umiejętność adekwatnej identyfikacji emocji oraz wrażeń głodu i sytości) stanowi cechę charakterystyczną dla kobiet z anoreksją. Według tej autorki [29] brak zdolności do rozpoznawania wrażeń i emocji, zakłócenia percepcji swego ciała, zależność od matki oraz słabe poczucie tożsamości tworzą matrycę różnych zaburzeń sposobu odżywiania. Niniejsze badanie pokazało, że również kobiety z otyłością w porównaniu z kobietami z prawidłową masą ciała przejawiają braki w świadomości interoceptywnej.

<sup>1</sup>Zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (WHO, 1994) jednym z dwóch typów osobowości chwiejnej emocjonalnie (F60.3) (obok tzw. typu impulsywnego) jest borderline — osobowość pograniczna. Cechuje ją tendencja do działań impulsywnych bez przewidywania ich konsekwencji, zmienność nastroju oraz niemożność jego przewidywania, skłonność do wybuchów emocjonalnych, niezdolność do kontrolowania działań impulsywnych, tendencja do zachowań zaczepnych i konfliktów z innymi (zwłaszcza gdy zachowania te są potępiane lub kończą się niepowodzeniem). Ponadto do cech osobowości pogranicznej należą: zaburzony obraz siebie, własnych celów i preferencji, permanentne uczucie pustki wewnętrznej, skłonność do wchodzenia w intensywne i nietrwale związki z innymi ludźmi oraz tendencja do działań samouszkodzających, w tym do gróźb i prób samobójczych (ICD-10. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Wyd. Vesalius, Kraków 1994).

<sup>2</sup>Teoria społeczno-poznawcza Bandury zakłada, że uczenie się jest podstawą rozwoju osobowości i następuje poprzez obserwację (modelowanie). Dodatkowo teoria społecznego uczenia się przyjmuje, że poczucie własnej skuteczności wpływa na myśli, emocje, motywacje oraz skuteczność własnego działania.

Dotychczas niewiele badań [por. 1] koncentrowało się na próbie wskazania czynników psychologicznych wpływających na wzrost masy ciała. Analiza regresji przeprowadzona w tej pracy wykazała istnienie wśród poznawczo-behawioralnych czynników związanych z zaburzeniami odżywiania trzech determinant (tj.: niezadowolenie z własnego ciała, zachowania bulimiczne oraz niska świadomość interoceptywna), które łącznie wyjaśniają w 13% bycie otyłą.

Abraham i Llevellyn-Jones [30] wyróżniają dwie grupy osób z otyłością: pierwszą stanowią ci, którzy jedzą za dużo i zbyt kalorycznie, na skutek czego przybierają na wadze, drugą natomiast reprezentują osoby z zaburzeniami odżywiania (bulimia, napady impulsywnego jedzenia), które przejadają się w reakcji na jakiś problem psychologiczny. Mają one trudności z odróżnianiem przeżywanych emocji od wrażeń głodu i sytości. Jeżeli objadanie się przerodzi się u nich w nawyk (a jest to możliwe, bowiem przyjemność jedzenia wydaje się łagodzić ich ból związany z problemami), to nieuchronnie przytyją. Wyniki badań [31] pokazują, że osoby z prawidłową masą ciała, które przejawiają objawy BED, stanowią grupę ryzyka dla otyłości i nadwagi, ponieważ przeciętnie tyją 4,2–9,8 kg rocznie.

Ricciardelli i wsp. [32] wykazali istotne zależności pomiędzy niezadowoleniem z własnego ciała, restrykcyjną dietą a napadami kompulsywnego jedzenia. Niezadowolenie z własnego ciała wyjaśniało 40% wariacji BED. Ponadto obniżenie wartości tej zmiennej miało największy wpływ na uzyskanie poprawy w leczeniu tego zaburzenia. W badaniach longitudinalnych (podłużnych) [33] zmniejszenie poziomu niezadowolenia z ciała wśród pacjentów po operacji bypassu gastrycznego wiązało się z podwyższeniem ich samooceny oraz obniżeniem negatywnego afektu. Przytoczone powyżej dane oraz wyniki niniejszej pracy wskazują, jak istot-

ny wpływ na pojawienie się wszelkich nieprawidłowości w odżywianiu się ma niezadowolenie z własnego ciała oraz ukazują zasadność pojawiających się nowych tendencji w leczeniu otyłości, ukierunkowanych między innymi na poprawę jego wizerunku [21].

## Wnioski

W prezentowanej pracy wykazano różnice pomiędzy kobietami z otyłością a kobietami z prawidłową masą ciała pod względem zdecydowanej większości poznawczo-behawioralnych aspektów zaburzeń odżywiania oraz wyróżniono wśród tych zmiennych czynniki determinujące otyłość, takie jak: brak satysfakcji z własnego ciała, zachowania bulimiczne oraz niska świadomość interoceptywna.

Dwa zasadnicze wnioski związane z leczeniem otyłości (a przede wszystkim jej prewencją), nasuwające się jako rezultat niniejszego badania, można zdefiniować następująco: 1) w grupie kobiet cierpiących z powodu żarłoczności psychicznej (oraz, jak pokazują inne badania [31], również z powodu zespołu napadów kompulsywnego jedzenia) — należałoby szczególną uwagę zwrócić na te pacjentki, które na skutek objadania się przybierają na wadze; 2) w działaniach nakierowanych na prewencję otyłości trzeba uwzględnić pracę nad niezadowoleniem z własnego ciała oraz nad poziomem świadomości interoceptywnej wśród kobiet. W tym celu można skorzystać z elementów terapii skoncentrowanej na ciele, stosowanej w leczeniu zaburzeń odżywiania, ukierunkowanej między innymi na pobudzenie świadomości sensorycznej umożliwiającej właściwe reagowanie na sygnały płynące z ciała [za: 34] czy też poznawczo-behawioralnej terapii Casha [35], umożliwiającej między innymi zmianę emocjonalnego stosunku do własnego ciała.

## Piśmiennictwo

- Łuszczynska A.: Nadwaga i otyłość. Interwencje psychologiczne. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Berghöfer A., Pischon T., Reinhold T., Apovian C.M., Sharma A.M., Willich S.N.: Obesity prevalence from a European perspective: a systematic review. *BMC Public Health* 2008; 8: 200.
- Mustajoki P.: Psychosocial factors in obesity. *Ann. Clin. Res.* 1987; 19: 143–146.
- Butte N.F., Cai G., Cole S.A., Comuzzie A.G.: Viva la familia study: genetic and environmental contributions to childhood obesity and its comorbidities in the Hispanic population. *Am. J. Clin. Nutr.* 2006; 84: 645–673.
- Hach I., Ruhl U.E., Klose M., Klotsche J., Kirch W., Jacobi F.: Obesity and the risk for mental disorders in a representative German adult sample. *Eur. J. Public Health* 2006; 17: 297–305.
- Leon G.R., Roth I.: Obesity: psychological causes, correlations and speculations. *Psychol. Bull.* 1977; 84: 117–139.
- O'Neil P.M., Jarrell M.P.: Psychological aspects of obesity and very-low-calorie diets. *Am. J. Clin. Nutr.* 1992; 56: 185–189.
- Faith M.S., Matz P.E., Jorge M.A.: Obesity-depression associations in the population. *J. Psychosom. Res.* 2002; 53: 935–942.
- Darby A., Hay P., Mond J., Rodgers B., Owen C.: Disordered eating behaviours and cognitions in young women with obesity: relationship with psychological status. *Int. J. Obes.* 2007; 31: 876–882.
- Garner DM, Olmsted MP, 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*. Alan R. Liss, New York 1983: 173–184.
- Fila M., Terelak J.: Otyłość jako źródło stresu psychologicznego w funkcjonowaniu człowieka. *Przegl. Psych.* 1994; 1–2: 105–126.
- Chambliss H.O., Finley C.E., Blair S.N.: Attitudes toward obese individuals among exercise science students. *Med. Sci. Sports Exerc.* 2004; 36: 468–474.
- Brytek-Matera A.: Obraz ciała — obraz siebie. Wizerunek własnego ciała

- w ujęciu psychospołecznym. Difin, Warszawa 2008.
14. Kolotkin R.L., Meter K., Williams G.R.: Quality of life and obesity. *Obes. Rev.* 2001; 2: 219–229.
  15. Haslam D, Satar N, Lean M.: Obesity — time to wake up. *BMJ* 2006; 333: 640–642.
  16. Rasheed P.: Perception of body weight and self-reported eating and exercise behaviour among obese and non-obese women in Saudi Arabia. *Public Health* 1998; 112: 409–414.
  17. 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.
  18. Głębocka A., Wiśniewska A.: Psychologiczny portret kobiet otyłych. W: Głębocka A., Kulbat J. (red.). *Wizerunek ciała. Portret Polek*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2005: 63–78.
  19. Stunkard A., Mendelson M.: Disturbances in body image of some obese persons. *J. Am. Diet. Assoc.* 1961; 38: 328–331.
  20. 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.
  21. 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.
  22. Teixeira P.J., Going S.B., Sardinha L.B., Lohman T.G.: A review of psychosocial pre-treatment predictors of weight control. *Obes. Rev.* 2005; 6: 43–65.
  23. Ali S.M., Lindström M.: Socioeconomic, psychosocial, behavioural, and psychological determinants of BMI among young women: differing patterns for underweight and overweight/obesity. *Eur. J. Public Health* 2006; 16: 325–331.
  24. Herman C.P., Polivy J.: Anxiety, restraint, and eating behavior. *J. Abnorm. Psychol.* 1975; 84: 66–72.
  25. Rosen J.C., Reiter J., Orosan P.: Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1995; 63: 263–269.
  26. Lee L., Shapiro C.M.: Psychological manifestations of obesity. *Psychosom. Res.* 2003; 55: 477–479.
  27. Carr D., Friedman M.A.: Body weight and the quality of the interpersonal relationship. *J. Aging Phys. Act.* 2006; 69: 127–149.
  28. Bruch H.: Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosom. Med.* 1962; 24: 187–194.
  29. Bruch H.: *Eating disorders*. Basic Books, New York 1973.
  30. Abraham S., Llewellyn-Jones D.: *Anoreksja, bulimia, otyłość*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995.
  31. Yanovsky S.: Binge eating disorder and obesity in 2003: Could treating and eating disorder have a positive effect on the obesity epidemic? *Int. J. Eat. Disord.* 2003; 34: 117–120.
  32. Ricciardelli L.A., Tate D., Williams R.J.: Body dissatisfaction as a mediator of the relationship between dietary restraint and bulimic eating patterns. *Appetite* 1997; 9: 43–54.
  33. Masheb R.M., Grilo C.M., Burke-Martindale C.H., Rothschild B.S.: Evaluating oneself by shape and weight is not the same as being dissatisfied about shape and weight: a longitudinal examination in severely obese gastric bypass patients. *Int. J. Eat. Disord.* 2006; 39: 716–720.
  34. Rabe-Jabłońska J., Dunajska A.: Opinions regarding the importance of body image disorders in the development and in the course of eating disorders. *Psychiatr. Pol.* 1997; 31: 723–738.
  35. Cash T.F.: *The treatment of body image disturbances*. W: Thompson J.K. (red.). *Body image, eating disorders, and obesity: an integrative guide for assessment and treatment*. American Psychological Association, Washington, D.C 1996: 83–107.