

Barbara Bętkowska-Korpała<sup>1</sup>, Agnieszka Karpowicz<sup>1</sup>, Józef Krzysztof Gierowski<sup>1</sup>,  
Małgorzata Malczewska-Malec<sup>2</sup>, Iwona Olszewska<sup>3</sup>, Łukasz Partyka<sup>2</sup>, Aldona Dembińska-Kieć<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zakład Psychologii Lekarskiej Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie

<sup>2</sup>Poradnia Leczenia Zaburzeń Lipidowych i Otyłości przy Zakładzie Biochemii Klinicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie

<sup>3</sup>Katedra i Zakład Periodontologii i Klinicznej Patologii Chorób Jamy Ustnej w Krakowie

# Doświadczanie stresu przez osoby z otyłością — badania własne

Stress experience of obese people — an original study

Endokrynologia, Otyłość, Zaburzenia Przemiany Materii 2007, tom 3, nr 4, s. 63–67

## STRESZCZENIE

**WSTĘP.** Stres może być czynnikiem wywołującym potrzebę jedzenia, a jedzenie ze względu na swoją dostępność jest prostym sposobem zmniejszenia napięcia. Celem badań jest analiza doświadczania stresu przez osoby z otyłością.

**MATERIAŁ I METODY.** Badaniem objęto 117 pacjentów leczonych z powodu otyłości (śr. wieku: 50 lat, śr. BMI = 34,5) oraz 107 osób w grupie kontrolnej. Badani wypełniali Kwestionariusz Oceny Stresu analizujący sytuacyjną i dyspozycyjną ocenę stresu.

**WYNIKI.** W grupie badanej sytuacja leczenia (sytuacyjna ocena stresu) jest postrzegana jako bardziej zagrażająca (12,2 vs. 6,7;  $p < 0,000$ ) i krzywdząca (5,9 vs. 3,3;  $p < 0,000$ ), stanowiąca większe wyzwanie do aktywności (9,5 vs. 7,6;  $p < 0,000$ ), lecz z małymi szansami na zmianę (4,0 vs. 8,2;  $p < 0,000$ ) w porównaniu z grupą kontrolną. Podobnie, w zakresie oceniania różnych trudnych sytuacji, osoby otyłe bardziej postrzegają je jako zagrażające (11,9 vs. 7,2;  $p < 0,000$ ), krzywdzące (6,3 vs. 4,6;  $p < 0,000$ ) i mniej optymistyczne (4,4 vs. 6,1;  $p < 0,000$ ) niż grupa kontrolna.

**WNIOSKI.** W doświadczaniu sytuacji stresu osoby otyłe są bardzo obciążone psychicznie, a jedzenie może być formą zmniejszenia napięcia. Dlatego programy leczenia otyłości powinny mieć charak-

ter kompleksowej terapii, uwzględniającej kształtowanie umiejętności efektywnego radzenia sobie ze stresem.

**Słowa kluczowe:** ocena stresu, emocje, otyłość, leczenie

## ABSTRACT

**INTRODUCTION.** Stress may trigger the desire to eat and eating may be a simple form of reducing psycho-vegetative tension. The purpose of the study was to analyze stress experience of obese people.

**MATERIAL AND METHODS.** The study population consisted of 117 patients (mean age: 50 years, mean BMI: 34.5) treated for obesity and 107 control subjects. The participants filled out a stress questionnaire (KOS) to evaluate situational (SOS) and dispositional (DOS) stress appraisal.

**RESULTS.** Obese people had a greater tendency to interpret treatment-related stress in the category of threat (12.2 vs. 6.7,  $p < 0.000$ ), harm/loss (5.9 vs. 3.3,  $p < 0.000$ ) and challenge/activity (9.5 vs. 7.6,  $p < 0.000$ ), and a weaker tendency to interpret such a situation in the category of challenge/passivity (4.0 vs. 8.2,  $p < 0.000$ ) as compared with the control group. Similarly, obese people perceive a variety of stress situations as more threatening (11.9 vs. 7.2,  $p < 0.000$ ), more harmful (6.3 vs. 4.6,  $p < 0.000$ ) and less optimistic (4.4 vs. 6.1,  $p < 0.000$ ) than the control group.

**CONCLUSIONS.** Stress experience of obese people makes them feel psychologically overburdened and eating may reduce tension. That is why, obese patients require complex therapy that includes teaching them to cope with stress effectively.

**Key words:** stress appraisal, emotions, obesity, treatment

Adres do korespondencji: dr Barbara Bętkowska-Korpała  
Zakład Psychologii Lekarskiej Katedry Psychiatrii  
Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum  
ul. Kopernika 21a, 31-501 Kraków  
tel./faks: (012) 424 87 09  
e-mail: bbetkowska\_korpaala@cm-uj.krakow.pl  
Copyright © 2007 Via Medica  
Nadesłano: 29.10.2007 Przyjęto do druku: 21.11.2007

## Wstęp

Odczuwanie głodu jest sygnałem informującym, że organizm wymaga dostarczenia składników odżywczych dla prawidłowego rozwoju i funkcjonowania. Jedzenie, oprócz funkcji biologicznej, spełnia także funkcje psychologiczne i społeczno-kulturowe [1, 2]. Nadmierne jedzenie prowadzi do nadwagi i otyłości, które stanowią ogromny problem zdrowotny również w Polsce.

Z perspektywy psychologicznej jedzenie często jest efektem kompensacji takich potrzeb człowieka, których nie potrafi on zaspokoić w sposób adekwatny. Czynności związane z jedzeniem mogą być traktowane jako pewne formy aktywności: jedzenie z powodu nudy, braku umiejętności zagospodarowania wolnego czasu w inny sposób. Jedzenie pełni funkcję w komunikacji interpersonalnej — częstowanie jedzeniem w podziękowaniu lub w nagrodę czy jako wyraz troski. Ponadto jedzenie jest formą radzenia sobie ze stresem w codziennych sytuacjach w celu redukcji napięcia psychovegetatywnego. Dlatego też niezwykle ważnym zagadnieniem badawczym, istotnym z perspektywy klinicznej, są analizy dotyczące sposobu doświadczania stresu, w tym stresu pacjentów związanego z leczeniem ich otyłości.

W badaniach dotyczących relacji między doświadczaniem trudnych sytuacji a zachowaniami związanymi z jedzeniem często korzysta się z paradygmatu stresu. Na podstawie analizy wpływu codziennego stresu na ilość pokarmu spożywaną poza regularnymi posiłkami wykazano, że liczba codziennych trudności (*daily hassles*) korelowała dodatnio z liczbą spożywanych przekąsek (*snacks*). Dodatkowo zaobserwowano, że badani spożywali więcej nieregularnych posiłków w tych dniach, w których musieli radzić sobie z większą liczbą problemów [3]. W badaniu eksperymentalnym zaobserwowano, że uczestnicy doświadczający stresu spożywali znacząco więcej czekolady niż uczestnicy przydzieleni do grupy kontrolnej [4]. W koncepcji „fałszywego głodu” przyjmuje się, że osoba sięgająca po jedzenie w sytuacji stresu myli poczucie zagrożenia z głodem [2]. Wyniki badań wskazują, że przeżywanie rozlanych, trudnych do nazwania emocji i brak poczucia kontroli nad własnym pobudzeniem emocjonalnym są istotnymi determinantami sięgania po jedzenie [5, 6]. Stwierdzono, że emocje z kategorii lęku/depresji i gniewu sprzyjają sięganiu po jedzenie w grupie osób otyłych [7]. Doświadczanie stresu może być czynnikiem wywołującym potrzebę jedzenia. Jedzenie ze względu na swoją dostępność jest prostym

sposobem zmniejszenia napięcia. Może stanowić strategię radzenia sobie z sytuacjami poprzez odwracanie uwagi od źródła stresu czy kompensować przeżywane trudności.

Teoretyczną osnovą omawianej problematyki jest interakcyjny model radzenia sobie ze stresem, wyodrębniający style, strategie oraz proces radzenia sobie [8]. Stanowi on rozwinięcie teorii stresu Richarda Lazarusa, w ujęciu której stres ma charakter relacji między osobą a otoczeniem. Relacja ta została oceniona przez człowieka jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby, zagrażająca jej dobrostanowi. Percepcji stresu towarzyszy przeżywanie emocji. Oceniając sytuację jako stresową, człowiek może doświadczać jej jako zagrożenie, jako krzywdę–stratę lub w kategoriach wyzwania. Wówczas podejmuje proces radzenia sobie z tą sytuacją.

Uwzględniając charakterystyczny dla danego człowieka sposób oceniania różnorodnych sytuacji, wyodrębniono dyspozycyjną ocenę sytuacji odpowiadającą względnie stałemu stylowi radzenia sobie. Strategie dotyczą behawioralnych i poznawczych działań, które osoba podejmuje w określonej sytuacji. Charakter sytuacji, jej zmienność, stopień kontroli, przewidywalności stały się podstawą do wyodrębnienia sytuacyjnej oceny stresu.

Sposób radzenia sobie przez jedzenie, gdy jest reakcją wyuczoną już w dzieciństwie i mocno utrwaloną, może się przyczynić do nadmiernego jedzenia i otyłości. Z drugiej strony sytuacja bycia osobą otyłą i ograniczenia związane z otyłością są źródłem stresu. Gdy osoba nie znając alternatywnych form radzenia sobie ze stresem wywołanym otyłością redukuje napięcie poprzez jedzenie, tworzy się mechanizm błędnego koła. Ponadto, stosowanie takiego sposobu radzenia sobie ze stresem samo w sobie może wzmacniać napięcie, a to z kolei może wzbudzać poczucie bezradności, niekompetencji i niedostrzeżenie szansy pozytywnych zmian w sferze jedzenia.

Próby zmiany niekorzystnych dla zdrowia nawyków żywieniowych wymagają podjęcia aktywności: odpowiedzialnej decyzji o rozpoczęciu procesu zmian dotyczących sposobu odżywiania, nieustannego zmagania się z nawykami i kontrolowania nowych zachowań aż do momentu ich utrwalenia. Podsumowując, sytuacje związane z otyłością oraz jej leczeniem stanowią stres dla wielu odchudzających się osób.

Powyższe teoretyczne przesłanki uzasadniają sformułowanie celu badań, którym jest analiza doświadczania stresu przez osoby z otyłością w perspektywie dyspozycyjnej i sytuacyjnej oceny stresu. Oczekuje się, że uzyskane wyniki umożliwią sformułowanie wskázówek istotnych dla leczenia otyłości.

**Tabela 1. Różnice w sytuacyjnej (SOS) i dyspozycyjnej (DOS) ocenie stresu pomiędzy grupą osób z otyłością a grupą kontrolną (test ANOVA)**

Parametry oceny stresu	Grupa badana (n = 117)		Grupa kontrolna (n = 107)		P
	Średnia	SD	Średnia	SD	
SOS Zagrożenie	12,2	7,5	6,7	6,6	0,00000
Krzywdza/strata	5,9	3,4	3,3	3,4	0,00000
Wyzwanie–aktywność	9,5	3,7	7,6	2,9	0,00004
Wyzwanie–pasywność	4,0	3,4	8,2	3,7	0,00000
DOS Zagrożenie	11,9	6,7	7,2	6,1	0,00000
Krzywdza/strata	6,3	3,0	4,6	3,3	0,00003
Wyzwanie–aktywność	9,6	3,0	9,0	2,3	ns
Wyzwanie–pasywność	4,4	3,1	6,1	3,4	0,00008

## Materiał i metody

Badaniem objęto grupę 117 pacjentów (śr. wieku 50 lat, przedział: 18–71 lat) Poradni Leczenia Zaburzeń Lipidowych i Otyłości przy Zakładzie Biochemii Klinicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego *Collegium Medicum* leczonych z powodu otyłości (107 osób — 91%) i nadwagi (10 osób — 9%) w latach 2005–2006. Średnia wartość wskaźnika masy ciała (BMI, *body mass index*) w grupie wyniosła 34,5 (25–55). W grupie badanej było 88 (67%) kobiet i 29 (33%) mężczyzn; 24 (21%) osoby z wykształceniem zawodowym, 40 (34%) ze średnim i 53 (45%) z wyższym.

Grupa kontrolna obejmowała 107 osób (śr. wieku 40 lat, przedział: 18–79 lat), które kolejno zgłaszały się do poradni stomatologicznej na kontrolne badanie. W grupie było 49 (46%) kobiet i 58 (54%) mężczyzn; 26 (24%) osób z wykształceniem zawodowym, 52 (49%) ze średnim i 29 (27%) z wyższym.

Na podstawie wywiadu z chorymi z grupy badanej wiadomo, że 11 (9%) pacjentów podjęło leczenie, kierując się wyłącznie chęcią zmniejszenia dolegliwości zdrowotnych, będących konsekwencją otyłości, u 25 (21%) osób nie odnotowano motywacji zdrowotnej tylko potrzebę poprawy samopoczucia, sprawności fizycznej i wyglądu. Dwie (2%) osoby, redukując masę ciała, chciały tylko i wyłącznie zwiększyć swoją atrakcyjność fizyczną, natomiast pozostałe 79 (68%) osób deklarowało motywację do obniżenia masy ciała z kilku powodów: poprawy stanu zdrowia, wyglądu zewnętrznego oraz poprawy sprawności fizycznej i samopoczucia. W zakresie wcześniejszych prób odchudzenia okazało się, że 95 osób (81%) podejmowało działania w celu zmniejszenia masy ciała w przeszłości. Efekt „jo-jo” wystąpił u 53 osób (45%) z tej grupy.

Prezentowane badania przeprowadzono w warunkach ambulatoryjnych. Warunkiem kwalifikacji do badania psychologicznego była zgoda pacjenta. Pacjenci

byli informowani o celu i rodzaju planowanego badania, a także po badaniu mieli możliwość omówienia wyników badań.

Zastosowano następujące narzędzia:

1. Kwestionariusz Oceny Stresu [9], który składa się z dwóch części: sytuacyjnej oceny stresu (SOS) i dyspozycyjnej oceny stresu (DOS). Każda część zawiera cztery podskale badające rodzaj oceny poznawczej. Pierwsza podskala to „zagrożenie”, druga — „krzywdza/strata”, trzecia — „wyzwanie–aktywność”, a czwarta — „wyzwanie–pasywność”. W części sytuacyjnej oceny stresu badani pacjenci odnosili się do sytuacji związanej z otyłością i jej leczeniem, a badani z grupy kontrolnej do leczenia stomatologicznego.
2. Częściowo strukturalizowany wywiad przeprowadzany w grupie badanej zawierał, obok danych osobowych, informacje dotyczące otyłości, liczby prób redukcji masy ciała ich efektów, motywacji do leczenia oraz trudności z nim związanych.

## Wyniki

Wyniki badania parametrów percepcji stresu charakteryzujących grupę osób leczonych z powodu otyłości zaprezentowano w tabeli 1. Przedstawiono w niej zarówno wartości sytuacyjnej, jak i dyspozycyjnej oceny dokonanej przez obie badane grupy. Kwestionariusz Oceny Stresu nie posiada jeszcze norm dla populacji polskiej, dlatego w celu oszacowania wyników porównano średnie wartości parametrów sytuacyjnej i dyspozycyjnej oceny stresu, charakteryzujące grupy badaną oraz kontrolną.

Zaprezentowane wyniki wskazują na bardzo duże różnice w zakresie oceny stresu, zarówno konkretnej sytuacji, jak i stylu oceniania różnorodnych sytuacji stanowiących stres. W grupie badanej sytuacja związana

z otyłością (sytuacja oceny stresu) jest postrzegana jako silniej zagrażająca (12,2 vs. 6,7;  $p < 0,000$ ), bardziej krzywdząca (5,9 vs. 3,3;  $p < 0,000$ ), stanowiąca większe wyzwanie do aktywności, mobilizacji do podjęcia działania ukierunkowanego na rozwiązanie problemu (9,5 vs. 7,6;  $p < 0,000$ ). Ponadto osoby z tej grupy także w radzeniu sobie z konkretną sytuacją leczenia spostrzegają ją mniej optymistycznie w zakresie możliwości jej zmiany (4,0 vs. 8,2;  $p < 0,000$ ) niż w grupie kontrolnej.

W zakresie stylu oceniania różnych trudnych sytuacji (DOS) osoby z otyłością zdecydowanie bardziej spostrzegają je jako zagrażające i budzące lęk (11,9 vs. 7,2;  $p < 0,000$ ) oraz niezasłużone, krzywdzące, niesprawiedliwe (6,3 vs. 4,6;  $p < 0,000$ ). W zestawieniu z grupą kontrolną w sytuacjach stresowych nie dostrzegają szansy na zmianę i podchodzą do niej mniej optymistycznie (4,4 vs. 6,1;  $p < 0,000$ ). Na tym samym poziomie pozostają wyniki obu grup w zakresie oceny sytuacji stresowych w kategoriach gotowości do działania w celu rozwiązania.

## Dyskusja

Z analizy oceny stresu wynika, że we wszystkich kategoriach sytuacyjnej oceny stresu (SOS) obserwuje się istotne różnice między grupami badaną a kontrolną. Osoby otyłe sytuacje związane z problemem zdrowotnym zdecydowanie silniej doświadczają jako lękotwórcze i zagrażające, krzywdzące i niesprawiedliwe, ale także mobilizujące do działania niż osoby z drugiej grupy. Jednocześnie słabiej interpretują te zdarzenia jako ciekawe, inspirujące oraz dające szansę na zmianę. Różna ocena sytuacji może wynikać z różnic w samym charakterze sytuacji. Problem otyłości jest długotrwały, jego konsekwencje są widoczne w większości sfer życia, a zagrożenie dla zdrowia jest większe niż w przypadku leczenia stomatologicznego, stąd silniejsza ocena sytuacji w kategoriach zagrożenia. Sytuacja otyłości wpływa negatywnie na obraz siebie, a jej zmiana wymaga dużego wysiłku oraz ponoszenia kosztów rezygnacji z codziennych przyjemności, na przykład jedzenia słodczy lub tłustych potraw, stąd może wynikać stosunkowo silne poczucie krzywdy i niesprawiedliwości. Działania ukierunkowane na problem otyłości wymagają od osoby większej aktywności w dłuższym okresie niż u osób leczących się stomatologicznie, a trudne sytuacje będące skutkiem otyłości wywołują frustrację, która mobilizuje do aktywnego przezwyciężania problemu, dlatego zaznacza się większą skłonność otyłych pacjentów do postrzegania sytuacji stresowej jako silnie skłaniającej do działania. Leczenie stomatologiczne zazwyczaj przynosi szybkie efekty, natomiast leczenie otyłości przynosi

rezultaty w dłuższej perspektywie. Dlatego osoby z grupy kontrolnej bardziej postrzegają sytuację jako optymistyczną, dającą szansę na zmianę. Dodatkowo, aż 81% badanych w przeszłości podejmowało działania w celu zmniejszenia masy ciała, które nie przyniosły oczekiwanych rezultatów, co prawdopodobnie ma znaczenie dla oceny aktualnej sytuacji.

W sytuacji związanej z otyłością, w przeciwieństwie do sytuacji leczenia stomatologicznego, wyraźnie zaznacza się sposób oceny sytuacji jako wymagającej konkretnych działań, mimo że w zakresie podejmowania aktywności w obliczu różnych sytuacji (DOS) wszyscy badani uzyskali podobne rezultaty. W kontekście słabego oczekiwania na zmianę u osób z otyłością wynik ten — wysoka aktywność — jest zaskakujący i wymaga rozważenia. Pierwszą nasuwającą się interpretacją jest to, że osoby zamierzają podjąć działania w celu zmniejszenia masy ciała, lecz pozostają one w sferze deklaracji. Przyczyną tego stanu może być na przykład niskie poczucie samoskuteczności, która jest jednym z predyktorów zmian zachowań zdrowotnych [10]. Drugie wyjaśnienie może być takie, że osoby te podejmują działania pozorne, które polegają na zmniejszeniu napięcia, a nie na rozwiązaniu problemu, czyli na zmniejszeniu masy ciała, na przykład zakup książki o zdrowym odżywianiu bez wprowadzania zawartych w niej wskazówek do własnego sposobu jedzenia. Można także przyjąć, że jest to faza przygotowywania się do podjęcia działania. Zatrzymanie się w tej fazie jest nieefektywne z perspektywy obniżenia masy ciała. Trzecia możliwość dotyczy samego charakteru zmian koniecznych dla skutecznego leczenia otyłości. Badani mogą działać doraźnie, krótkookresowo, niekonsekwentnie, podczas gdy zmiany powinny być wprowadzane systematycznie, konsekwentnie, ze świadomością odroczonej gratyfikacji w postaci niższej masy ciała. Negatywne emocje związane z oceną otyłości w kategoriach zagrożenia oraz krzywdy i straty mogą pełnić funkcję mobilizującą, lecz tego typu motywacja może nie wystarczać do podtrzymania długotrwałego leczenia i utrwalania zmian w zachowaniach związanych z jedzeniem.

W dyspozycyjnej ocenie stresu zaobserwowano podobne prawidłowości jak w sytuacyjnej. Jedynie w przypadku traktowania ogółu sytuacji stresowych jako mobilizujących do aktywności nie ma różnic między grupami. Wskazuje to, że w zakresie względnie stałego sposobu percepcji stresu różnorodne sytuacje są silniej oceniane jako zagrażające, przynoszące stratę oraz jako trudne do zmiany. Ponieważ dyspozycyjną ocenę stresu można ujmować w kategorii predyspozycji indywidualnej, to pojawia się pytanie, na ile populacja osób, których dotyczy problem nadmiernej masy

ciała, stanowi odrębną grupę pod względem stałych charakterystyk psychologicznych. Już w latach 50. XX wieku pojawiły się badania wskazujące, że osoby otyłe charakteryzują się wyższym poziomem lęku i silniej odczuwanym napięciem, a także skłonnością do depresyjnych nastrojów. Są one bardziej skoncentrowane na własnych problemach wewnętrznych, a mniej na relacjach z otoczeniem niż badani o prawidłowej masie ciała [11]. W późniejszych badaniach stwierdzono, że osoby z nadmierną masą ciała są mniej stabilne emocjonalnie, bardziej bojaźliwe, z silniejszą tendencją do martwienia się, większym napięciem i frustracją niż populacja ogólna [12]. Z innych badań wynika, że osoby otyłe charakteryzują się zależnością i poczuciem braku efektywności w działaniu oraz impulsywnością [13]. Wydaje się, że różnice dotyczą reagowania emocjonalnego związanego z tendencją do przeżywania negatywnych emocji, a emocje są nieodłączną komponentą stresu.

## Wnioski

1. Osoby z otyłością w porównaniu z grupą kontrolną:
  - silniej doświadczają sytuacji leczenia jako lę-

kotwórczej, zagrażającej i krzywdzącej, ale także mobilizującej do działania;

- w mniejszym stopniu spostrzegają te zdarzenia jako inspirujące oraz dające szansę na zmianę;
  - w zakresie względnie stałego sposobu percepcji różnych sytuacji stresowych silniej interpretują je jako zagrażające, przynoszące stratę oraz trudne do zmiany;
  - zarówno w interpretowaniu konkretnej sytuacji, jak i sposobu oceniania stresowych sytuacji w ogóle intensywniej przeżywają negatywne emocje lęku, smutku, żalu, złości, a w mniejszym — ulgi czy radości związanych z oczekiwaniem na zmiany niż osoby w grupie kontrolnej.
2. Napięcie i negatywne emocje związane z doświadczaniem stresu są czynnikiem sprzyjającym nadmiernemu jedzeniu.
  3. Programy leczenia otyłości powinny mieć charakter kompleksowej terapii, uwzględniającej kształtowanie umiejętności efektywnego radzenia sobie ze stresem oraz dostarczającego wsparcia emocjonalnego.

## Piśmiennictwo

1. Niewiadomska I., Kulik A., Hajduk A.: *Jedzenie*. Wydawnictwo KUL, Lublin 2005.
2. Ogińska-Bulik O.: *Psychologia nadmiernego jedzenia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004.
3. Conner M., Fitter M., Fletcher W.: Stress and snacking: a diary study of daily hassles and between meal snacking. *Psychology and Health* 1999; 14: 51–63.
4. Wallis D.J., Hetherington M.M.: Stress and eating: the effects of ego-threat and cognitive demand on food intake in restrained and emotional eaters. *Appetite* 2004; 43: 39–46.
5. Radoszewska J.: Jestem gruby, więc jestem. *Nowiny Psychologiczne* 2000; 1: 65–73.
6. Ganley R.M. Emotion and eating in obesity: a review of the literature. *International Journal of Eating Disorders* 1989; 8: 343–361.
7. Bętkowska-Korpała B., Karpowicz A.: Coping with stress and emotions that trigger obese people to eat. *Psychology and Health* 2006; 21 (supl. 1): 19.
8. Wrześniewski K.: Interakcyjny model radzenia sobie ze stresem po zawale serca. W: Wrześniewski K., Włodarczyk D. (red.). *Choroba niedokrwienności serca*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004; 71–73.
9. Włodarczyk D., Wrześniewski K.: Ocena stresu w kategoriach wyzwania u chorych po zawale serca — próba syntezy na podstawie danych empirycznych. *Przeгляд Psychologiczny* 2005; 4: 339–358.
10. Łuszczzyńska A.: Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają? Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.
11. Kotkov B., Murawski B.: A Rorschach study of the personality structure of obese women. *Journal of Clinical Psychology* 1952; 8: 391–396.
12. Perelberg H.: Personality of a group of grossly obese women. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1978; 12: 297–299.
13. Golay A., Hagon I., Painot D. i wsp.: Personalities and alimentary behaviors in obese patients. *Patient Education and Counseling* 1997; 31: 103–112.