

Rola jedzenia emocjonalnego i wskaźnika BMI w kontekście konsumpcji czekolady i unikania sytuacji związanych z ekspozycją ciała u kobiet z prawidłową masą ciała

The role of emotional eating and BMI in the context of chocolate consumption and avoiding situations related to body exposure in women of normal weight

Adriana Modrzejewska¹, Kamila Czepczor-Bernat²,
Anna Brytek-Matera²

¹Górnośląska Wyższa Szkoła Handlowa im. Wojciecha Korfańtego w Katowicach,
Instytut Psychologii

²Uniwersytet Wrocławski, Instytut Psychologii

Summary

Aim. The aim of the study was to determine the role of emotional eating and body mass index (BMI) in the relationship between the desire to consume chocolate and avoiding social situations related to food and body exposure in women with normal weight.

Method. The direct effect, the indirect effect, the buffer effect, and the moderated mediation model were tested. The study involved 311 women. The mean age was 25.56 years (SD = 8.99), and the BMI was 23.19 kg/m² (SD = 1.80). The Three-Factor Eating Questionnaire, the Attitude to Chocolate Questionnaire and the Body Image Avoidance Questionnaire were used in the study.

Results. The results show that a significant weak positive relationships exist between: (1) emotional eating and BMI, (2) emotional eating, BMI and avoiding social situations related to food and body exposure, (3) avoiding social situations and the desire to eat chocolate. However, a significant moderate positive correlation is observed in the relationship between emotional eating and the desire to consume chocolate. The relationship between body mass index and the desire to consume chocolate is insignificant. Emotional eating is also an important complete mediator of the relationship between avoiding social situations related to food and body exposure and the desire to consume chocolate. However, it does not moderate the relationship between these variables. With reference to the moderated mediation model, BMI at the statistically significant level interacts with the avoidance of situations related to food and body exposure and the proposed model proves to be significant.

Conclusions. Our results prove that emotional eating is significantly associated with chocolate consumption and avoiding situations related to eating and body exposure.

Słowa kluczowe: jedzenie emocjonalne, postawy wobec czekolady, obraz ciała

Key words: emotional eating, attitudes towards chocolate, body image

Wprowadzenie

W ostatnich latach pojawia się coraz większa liczba publikacji świadczących o kluczowej roli czynników psychospołecznych w rozwoju i utrzymywaniu się nawyków żywieniowych [1, 2]. Szczególną uwagę zwraca się na działanie funkcji poznawczych [3, 4], relacje rodzinne [5], wpływ społeczno-kulturowy (w tym szczególnie oddziaływanie mediów) [6, 7], jak i funkcjonowanie emocjonalne człowieka [8–11]. Obok funkcji psychicznych (mieszczących się w kategorii „funkcjonowanie indywidualne”) wymienia się także czynniki: (1) społeczno-kulturowe (m.in. wartości, obraz ciała), (2) oddziaływania zewnętrzne (m.in. polityka rolna oraz sytuacja gospodarcza w danym kraju) a także (3) środowisko (m.in. rodzina, szkoła) [1, 2].

Bazując na wynikach licznych badań [11–13] można stwierdzić, że jedzenie (w trakcie rozwoju indywidualnego człowieka) może stać się strategią radzenia sobie z emocjami i stresem [14, 15], a głównym jego celem może być zarówno redukcja negatywnych emocji, jak i podnoszenie bądź utrzymanie poziomu pozytywnych emocji [16, 17]. Regulacja stanu afektywnego dokonywana jest najczęściej za pomocą produktów należących do kategorii jedzenia kojarzącego się z odprężeniem i przyjemnością (*comfort food*), do którego należą głównie jedzenie typu fast food, słodczyce, przekąski, a powszechną przyczyną wykształcenia się owej strategii zaradczej jest niski poziom świadomości interoceptywnej, a także (co z tym związane) nieumiejętność rozróżniania sygnałów doświadczanych emocji od symptomów głodu-sytości [18–20]. Wyniki badań pokazują, że w sytuacji doświadczania negatywnych emocji kobiety w porównaniu z mężczyznami częściej spożywają słodczyce (rzadziej natomiast kiedy odczuwają radość) [21, 22].

Z uwagi na istotną rolę jedzenia kojarzącego się z odprężeniem i przyjemnością (*comfort food*) dla rozwoju nieprawidłowych nawyków żywieniowych w prezentowanym badaniu skupiono się na stosunku do czekolady [23]. Na podstawie kwestionariusza mierzącego to ustosunkowanie, obok jedzenia emocjonalnego oraz poczucia winy związanej ze spożyciem czekolady, wymienia się pragnienie jej konsumpcji, któremu towarzyszą dezadaptacyjne, niekonstruktywne i uporzycywe myśli oraz uczucia [24, 25], a jednym z symptomów pragnienia zjedzenia czekolady jest odczucie, że osoba nie może przestać myśleć o chęci jej spożycia [24]. U podstaw tego pragnienia leży przekonanie, że jej konsumpcja zredukuje istniejący dystres (jedzenie pod wpływem emocji) [2, 24]. Można przypuszczać, że utrzymywanie się takiego przekonania i tym samym regularne podejmowanie kolejnych prób redukcji stanu emocjonalnego z wykorzystaniem wysokokalorycznego produktu, jakim jest czekolada, może sprzyjać wzrostowi masy ciała.

Wyniki badań wskazują, że istniejące nawyki żywieniowe wiążą się ze stosunkiem do własnego ciała [1, 11, 26]. Obraz ciała zawiera trzy komponenty: afektywny (emocje), poznawczy (przekonania i myśli) oraz behawioralny (zachowania) [27].

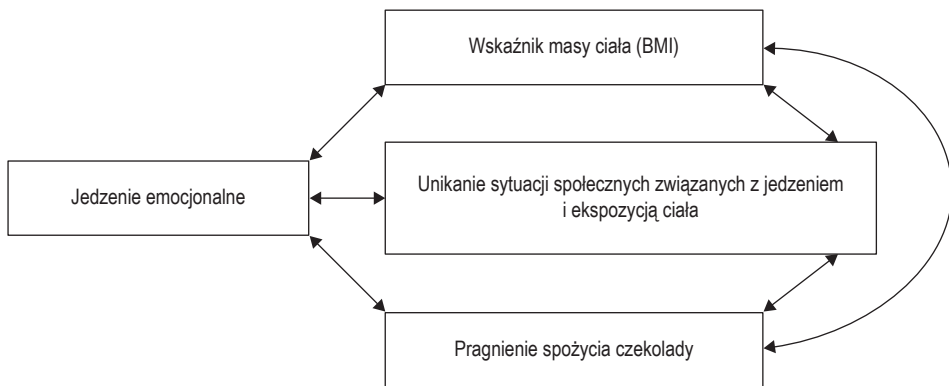
Przekonanie o konieczności posiadania szczuplejszego ciała prowadzi do pojawienia się lęku przed przyrostem jego masy oraz wstydu z powodu swojego wyglądu, a także stosowaniem (często dezadaptacyjnych) zachowań mających na celu zmniejszenie masy ciała, czemu towarzyszą negatywne emocje [6]. Oprócz zachowań kompensacyjnych (m.in. prowokowania wymiotów, nadmiernej aktywności fizycznej), jednym z takich zachowań jest unikanie sytuacji społecznych związanych z ekspozycją swojego ciała oraz spożywaniem pokarmu [27, 28]. Sytuacje te postrzegane są jako zagrażające i wiążą się z doświadczaniem wstydu i lęku, co z kolei może prowadzić do ujawnienia się tendencji do objadania się pod wpływem emocji. Wyniki badań dowodzą, że osoby z nadmierną masą ciała charakteryzują się silniejszą tendencją do jedzenia pod wpływem doświadczanych emocji aniżeli osoby o prawidłowej masie ciała [29]. Warto jednak podkreślić, że istnieją doniesienia, zgodnie z którymi jedzenie emocjonalne może być istotnym czynnikiem wpływającym na podejmowane zachowania żywieniowe również przez osoby o prawidłowej masie ciała [17]. Można zatem sądzić, że w tej grupie badanych tendencja do jedzenia emocjonalnego będzie sprzyjała wzrostowi masy ciała [2]. Tym samym należy monitorować jej poziom jako czynnika ryzyka dla rozwoju nadwagi i otyłości w celu wdrażania interwencji przeciwdziałających wzrostowi masy ciała na wczesnym etapie niekorzystnych zmian.

W dobie ciągłej ekspozycji nierealistycznych (wyidealizowanych) sylwetek tendencja do odczuwania wstydu z powodu własnego wyglądu jest charakterystyczna nie tylko dla osób z nadmierną masą ciała, ale równie często jest obecna u osób o prawidłowej masie ciała [6, 7]. Brak „idealnego” ciała wzmacnia tendencje do unikania sytuacji społecznych, w których ciało jest ekspozowane i oceniane, zaś sytuacje związane z jedzeniem kojarzą się z koniecznością jego kontroli w celu zapobiegania przyrostowi masy ciała [6, 7].

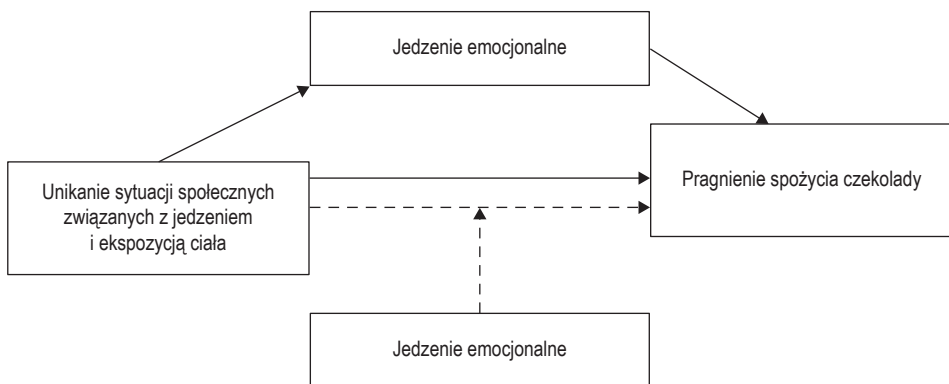
Z uwagi na fakt większego rozpowszechnienia zaburzeń odżywiania w grupie kobiet [30] i tym samym istnienia większego ryzyka dla wykształcenia się nieprawidłowego stosunku do swojego ciała oraz jedzenia w przeprowadzonym badaniu skupiono się jedynie na tej grupie [31]. Celem badania było określenie, jaką rolę odgrywa jedzenie emocjonalne oraz wskaźnik masy ciała w związku między pragnieniem konsumpcji czekolady a unikaniem sytuacji społecznych związanych z jedzeniem i ekspozycją ciała. W badaniu testowano efekt bezpośredni (rycina 1), pośredni (rycina 2) i buforowy (rycina 2) oraz dokonano analizy moderowanej mediacji (rycina 3). Założono, że jedzenie emocjonalne: (1) będzie wiązało się istotnie (dodatnio) ze wskaźnikiem BMI, pragnieniem konsumpcji czekolady oraz unikaniem sytuacji społecznych związanych z jedzeniem i ekspozycją ciała oraz (2) będzie istotnym mediatorem i moderatorem relacji pomiędzy pragnieniem konsumpcji czekolady oraz unikaniem sytuacji społecznych związanych z jedzeniem i ekspozycją ciała. Ponadto postawiono hipotezę dotyczącą istnienia zależności pomiędzy unikaniem sytuacji społecznych związanych z jedzeniem i ekspozycją ciała a wskaźnikiem masy ciała oraz jej wpływu na związek pomiędzy unikaniem sytuacji społecznych, pragnieniem spożycia czekolady oraz jedzeniem emocjonalnym (jako mediatorem).

Wobec braku dotychczasowych wyników badań postanowiono zweryfikować naukowo powszechne założenie, że silne pragnienie konsumpcji czekolady może wiązać

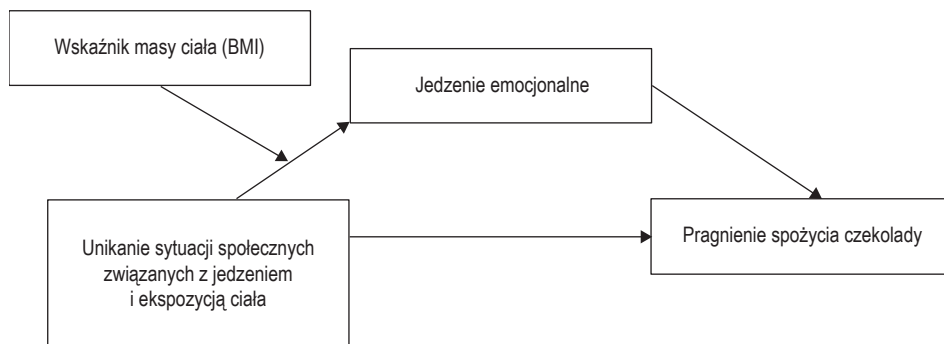
się z wyższym wskaźnikiem BMI, nieprawidłowym stosunkiem do własnego ciała oraz wysokim natężeniem tendencji do regulowania swojego stanu emocjonalnego za pomocą pokarmu (rycina 1). Należy podkreślić, że dotychczas realizowane badania nie weryfikowały relacji zachodzących pomiędzy wyżej wymienionymi zmiennymi w ramach jednego modelu (ryciny 2, 3). Podstawą do postawienia naszych hipotez są wcześniejsze wyniki badań pokazujące, że skłonność do unikania sytuacji społecznych związanych ze spożyciem pokarmu i ekspozycją ciała jest silnym źródłem dystresu, który sprzyja nasilaniu się tendencji do regulowania stanu emocjonalnego za pomocą pokarmu [27, 28]. Często wybieraną przez kobiety do zmiany nastroju grupą produktów są słodczyce (*comfort food*) [18, 21, 22]. Wyniki badań wskazują, że im wyższy jest wskaźnik masy ciała badanych osób, tym silniejszy jest ich negatywny stosunek do własnego ciała, a także silniejsza jest tendencja do jedzenia pod wpływem emocji [2]. Zmienną tę należy zatem uwzględnić w analizowanych relacjach (rycina 3).



Rycina 1. **Efekt bezpośredni**



Rycina 2. **Efekt pośredni (linia ciągła) i buforowy (linia przerywana)**



Rycina 3. Model moderowanej mediacji

Material

Opis grupy badanych

Kryteriami włączenia do badania był wskaźnik masy ciała pomiędzy $18,5 \text{ kg/m}^2 \leq \text{BMI} \leq 24,99 \text{ kg/m}^2$ oraz płeć żeńska. Wskaźnik masy ciała był obliczany na podstawie samoopisu dotyczącego masy ciała oraz wzrostu badanych kobiet (ankieta osobowa wypełniana na początku badania). Miał więc charakter deklaratywny.

W badaniach ostatecznie udział wzięło 311 kobiet. Średnia wieku wyniosła 25,56 roku ($SD = 8,99$; min. = 18; maks. = 63), a wskaźnik BMI równy był $23,19 \text{ kg/m}^2$ ($SD = 1,80$; min. = 18,56; maks. = 24,99). 22,51% badanych kobiet ($N = 70$) miało wykształcenia średnie, 48,55% ($N = 151$) było w trakcie studiów wyższych, a 27,97% ($N = 87$) miało pełne wyższe wykształcenie (trzy badane kobiety nie udzieliły odpowiedzi na pytanie o wykształcenie).

Przed rozpoczęciem badań uzyskano zgodę Wydziałowej Komisji ds. Etyki na ich realizację (SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Wydział Zamiejscowy w Katowicach, WKEB31/01/2016). Badane były rekrutowane za pomocą ogłoszenia, które rozpowszechniono na uniwersytetach i wielu miejscach pracy na terenie Śląska i Mazowsza.

Metody

W badaniach wykorzystano *Three-Factor Eating Questionnaire* (TFEQ-R18) [32]. Narzędzie zawiera 18 itemów, tworzących trzy podskale: jedzenie emocjonalne (np. „Kiedy jest mi smutno, często objadam się”), jedzenie niekontrolowane (np. „Czasami, kiedy zaczynam jeść, po prostu nie mogę przestać”), jedzenie restrykcyjne (np. „Świadomie kontroluję ilość jedzenia przy posiłku, aby nie przybrać na wadze”). W badaniu wykorzystano polską wersję narzędzia [33]. Z uwagi na realizowany cel badania (związany ze zmiennymi przedstawionymi na rycinach 1, 2 i 3) do analizy włączono jedynie podskalę „jedzenie emocjonalne”, dla której współczynnik rzetelności *alfa* Cronbacha w obecnych badaniach wyniósł 0,87.

Narzędziem służącym do pomiaru postaw wobec czekolady jest Kwestionariusz Postaw wobec Czekolady [24]. Obejmuje 22 itemy, które tworzą trzy podskale: poczucie winy (np. „Zaraz po zjedzeniu czekolady żałuję, że to zrobiłam”), żywienie emocjonalne (np. „Jem czekoladę, kiedy czuję się znudzona”), pragnienie spożycia czekolady (np. „Lubię sobie sprawiać przyjemność czekoladą”). W badaniu wykorzystano polską adaptację narzędzia [25]. Z uwagi na realizowany cel badania (związany ze zmiennymi przedstawionymi na rycinach 1, 2 i 3) do analizy włączono jedynie podskale „pragnienie czekolady”, dla której współczynnik rzetelności *alfa* Cronbacha w obecnych badaniach wyniósł 0,55.

W badaniach wykorzystano także *Body Image Avoidance Questionnaire* (BIAQ) [28] w polskiej adaptacji Brytek-Matery i Rogoży [34]. Narzędzie składa się z czterech podskal: ubranie i wygląd (np. „Noszę luźne ubrania”), wygląd fizyczny (np. „Noszę ubrania, które odwrócą uwagę od mojej wagi”), aktywność społeczna (np. „Nie wychodzę z domu, jeśli wiem, że osoby, z którymi mam się spotkać, będą rozmawiać o wadze”), jedzenie i zaabsorbowanie masą ciała (np. „Ograniczam ilość spożywanego jedzenia”). Z uwagi na realizowany cel badania (związany ze zmiennymi przedstawionymi na rycinach 1, 2 i 3) do analizy włączono jedynie podskale „aktywność społeczna” (unikanie sytuacji społecznych związanych z jedzeniem i ekspozycją ciała), dla której współczynnik rzetelności *alfa* Cronbacha w obecnych badaniach wyniósł 0,88. Podskala ta obejmuje podejmowanie prób unikania takich sytuacji społecznych, w których istnieje duże prawdopodobieństwo, że: (a) osoba będzie przez innych obserwowana i oceniana pod kątem sylwetki i masy ciała, (b) inne osoby, z którymi może spotkać się badana osoba, będą szczuplejsze, (c) rozmowy z napotkanymi osobami będą dotyczyły masy ciała i sposobu odżywiania się [28, 34].

Analiza statystyczna

Do analizy statystycznej zebranych danych wykorzystano *the Statistical Package for the Social Sciences* (wersja 22.0). Ocenę zależności zachodzących pomiędzy jedzeniem emocjonalnym, wskaźnikiem BMI, pragnieniem konsumpcji czekolady oraz unikaniem sytuacji społecznych związanych z jedzeniem i ekspozycją ciała przeprowadzono za pomocą korelacji *r* Pearsona. Do analizy efektu mediacyjnego, moderacyjnego oraz moderowanej mediacji wykorzystano MACRO „PROCESS” [35] z bootstrpem $N = 1000$. Poniższa tabela zawiera statystyki opisowe dla analizowanych zmiennych (tabela 1).

Tabela 1. Statystyki opisowe

	M	SD	Minimum	Maksimum
Jedzenie emocjonalne	6,76	2,70	3,00	12,00
Wskaźnik BMI	23,19	1,80	18,56	24,99
Pragnienie spożycia czekolady	15,47	10,12	0	60,00
Unikanie sytuacji społecznych	5,27	3,00	4,00	24,00

Wyniki

Efekt bezpośredni

Przeprowadzona analiza pokazuje, że istnieje istotny słaby dodatni związek pomiędzy: (1) jedzeniem emocjonalnym a wskaźnikiem masy ciała, (2) jedzeniem emocjonalnym a unikaniem sytuacji społecznych związanych z jedzeniem i ekspozycją, (3) wskaźnikiem BMI a unikaniem sytuacji społecznych, (4) unikaniem sytuacji społecznych a pragnieniem spożycia czekolady. Natomiast istotny umiarkowany dodatni związek obserwujemy w relacji pomiędzy jedzeniem emocjonalnym a pragnieniem spożycia czekolady. Relacja pomiędzy wskaźnikiem masy ciała a pragnieniem spożycia czekolady jest nieistotna (tabela 2).

Tabela 2. Analiza korelacji: jedzenie emocjonalne a wskaźnik BMI, pragnienie konsumpcji czekolady oraz unikanie sytuacji społecznych związanych z jedzeniem i ekspozycją ciała

	1. Jedzenie emocjonalne	2. Wskaźnik BMI	3. Unikanie sytuacji społecznych	4. Pragnienie spożycia czekolady
1. Jedzenie emocjonalne		0,189**	0,276***	0,443***
2. Wskaźnik BMI			0,268***	-0,008
3. Unikanie sytuacji społecznych				0,166**
4. Pragnienie spożycia czekolady				

Legenda: ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

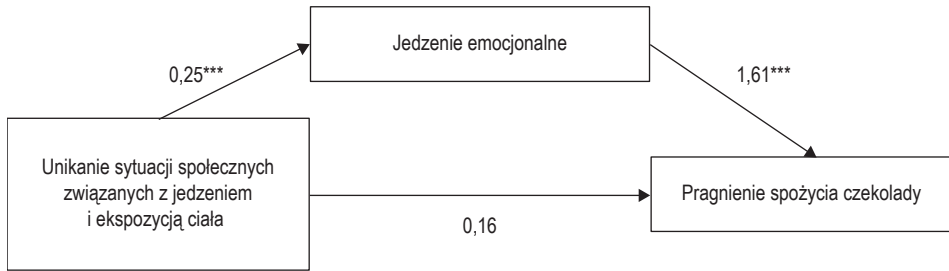
Efekt pośredni i buforowy

Jedzenie emocjonalne jest istotnym całkowitym mediatorem związku między unikaniem sytuacji społecznych związanych z jedzeniem i ekspozycją ciała a pragnieniem spożycia czekolady (rycina 4). Natomiast nie moderuje związku między tymi zmiennymi (rycina 5, tabela 3).

Tabela 3. Jedzenie emocjonalne jako moderator relacji pomiędzy dążeniem do unikania sytuacji związanych z jedzeniem i ekspozycją ciała a chęcią spożycia czekolady

	Efekt	SE	t	LLCI (95%)	ULCI (95%)
-1 SD	-0,31	0,40	-0,78	-1,09	0,47
M	-0,07	0,25	-0,28	-0,56	0,42
+1 SD	0,17	0,21	0,80	-0,25	0,60

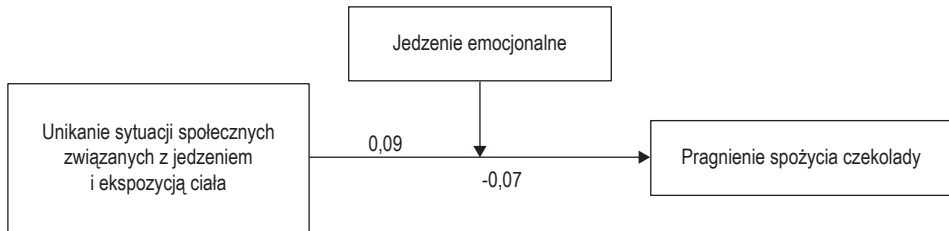
SE – błąd standardowy; t – statystyka testowa; przedział interwału ufności: LLCI – dolna wartość, ULCI – górna wartość



Efekt bezpośredni: $\beta = 0,16$, $SE = 0,18$, $t = 0,90$, $p = 0,366$
 Efekt pośredni: $\beta = 0,40$, $SE = 0,09$, $LL\ BCA = 0,23$, $UL\ BCA = 0,60$

Legenda: *** $p < 0,001$.

Rycina 4. **Jedzenie emocjonalne jako mediator relacji pomiędzy dążeniem do uniknięcia sytuacji związanych z jedzeniem i ekspozycją ciała a chęcią spożycia czekolady wśród kobiet**



Rycina 5. **Efekt buforowy jedzenia emocjonalnego**

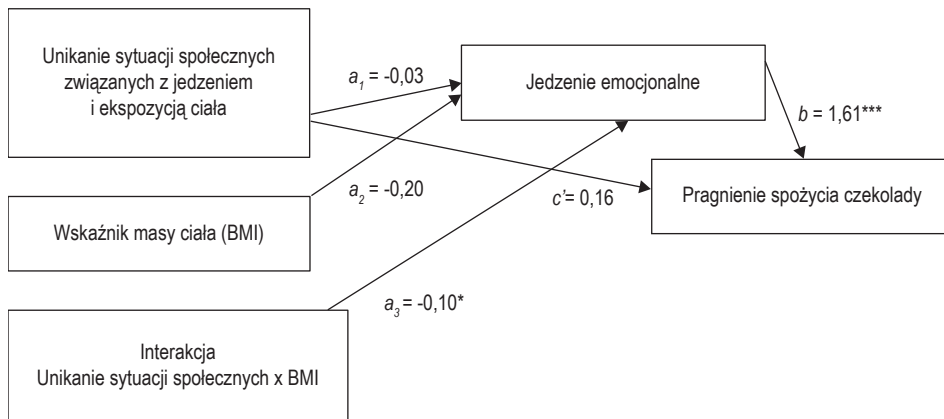
Model moderowanej mediacji

Uzyskane rezultaty sugerują, że stworzony model moderowanej mediacji jest istotny, $R = 0,46$; $F(2, 308) = 38,13$; $p < 0,001$; $MSE = 82,59$; indeks moderowanej mediacji: $0,16$; $[0,02; 0,32]$; efekt bezpośredni: $B = 0,16$, ns) (rycina 6; tabela 4).

Tabela 4. **Wskaźnik masy ciała jako moderator relacji pomiędzy dążeniem do unikania sytuacji związanych z jedzeniem i ekspozycją ciała a jedzeniem emocjonalnym**

	Efekt	SE	t	LLCI	ULCI
-1 SD	-0,82	0,16	-0,51	-0,40	0,24
M	0,06	0,10	0,64	-0,13	0,26
+1 SD	0,21	0,09	2,33	0,03	0,38

SE – błąd standardowy; t – statystyka testowa; przedział interwału ufności: LLCI – dolna wartość, ULCI – górna wartość



* $p < 0,05$; *** $p < 0,001$.

Rycina 6. Statystyczny model moderowanej mediacji wśród kobiet

Dyskusja

Celem badań było określenie, jaką rolę pełni jedzenie emocjonalne oraz wskaźnik masy ciała w związku między pragnieniem konsumpcji czekolady a unikaniem sytuacji społecznych związanych z jedzeniem i ekspozycją ciała u kobiet z prawidłową masą ciała. Rezultaty prezentowanych badań potwierdzają założenia związane z efektem bezpośrednim i pośrednim oraz modelem moderowanej mediacji, brak natomiast potwierdzenia dotyczącego efektu buforowego jedzenia emocjonalnego.

W badanej grupie kobiet im silniejsza jest tendencja do jedzenia pod wpływem emocji, tym większy jest wskaźnik masy ciała, pragnienie spożycia czekolady oraz unikanie sytuacji społecznych związanych z jedzeniem i ekspozycją ciała. Co więcej, im bardziej wzrasta wskaźnik BMI, tym badane kobiety silniej unikają sytuacji związanych z jedzeniem i ekspozycją ciała. Z kolei wraz ze wzrostem tendencji do unikania sytuacji społecznych, zwiększa się pragnienie spożycia czekolady.

Jedzenie emocjonalne jest całkowitym mediatorem relacji pomiędzy unikaniem sytuacji społecznych związanych ze spożyciem pokarmu oraz koniecznością ekspozycji ciała a pragnieniem konsumpcji czekolady. Z powyższego wynika, że unikanie sytuacji społecznych potęguje tendencję do jedzenia emocjonalnego, co z kolei wzmacnia pragnienie spożycia czekolady.

Podobnego istotnego efektu nie uzyskano w odniesieniu do efektu buforowego. Oznacza to, że jedzenie emocjonalne nie jest zmienną, której wartość decydowałaby o kierunku lub sile relacji zachodzącej pomiędzy unikaniem sytuacji społecznych związanych z jedzeniem a pragnieniem spożycia czekolady. Nie udało się bowiem określić poziomu nasilenia jedzenia emocjonalnego, na którym to poziomie relacja pomiędzy powyżej wymienionymi zmiennymi ulegałaby zmianie, bądź zanikałaby.

Istotnym moderatorem relacji pomiędzy unikaniem sytuacji społecznych związanych z ekspozycją własnego ciała i spożywaniem pokarmu a jedzeniem

emocjonalnym jest wskaźnik masy ciała (BMI wchodzi w interakcję z unikaniem sytuacji społecznych). Co ważne, tylko przy wysokim poziomie wskaźnika masy ciała zachodzi relacja pomiędzy unikaniem sytuacji społecznych a jedzeniem emocjonalnym. Oznacza to, że nawet wśród osób z prawidłową masą ciała tendencja do jedzenia emocjonalnego pod wpływem unikania sytuacji społecznych związanych z jedzeniem i ekspozycją ciała nasila się istotnie najbardziej w górnej granicy normy wagowej. Praca terapeutyczna powinna koncentrować się zatem na zmianie nieadekwatnych postaw do swojego ciała i akceptacji wyglądu oraz nauce regulacji swojego stanu emocjonalnego inaczej niż z wykorzystaniem pokarmu (szczególnie wysokokalorycznych produktów należących do grupy *comfort food*). Pozwoli to zarówno zmniejszyć ryzyko pojawienia się nadmiernej masy ciała, jak i rozwoju zaburzeń odżywiania (w których dwoma podstawowymi komponentami są zaburzony obraz ciała oraz nieadaptacyjne zachowania żywieniowe).

Na podstawie powyżej opisanych zależności można wyciągnąć wniosek, że aby dokonać zmiany w zakresie własnego obrazu ciała oraz nawyków żywieniowych, ważne jest uwzględnienie poziomu jedzenia emocjonalnego, które modyfikuje nasilenie tych zmiennych i bezpośrednie zależności zachodzące między nimi. Potwierdzenie tego wniosku stanowią wyniki badań pokazujące, że wykorzystywanie jedzenia emocjonalnego jako strategii radzenia sobie z emocjami i stresem można przewidzieć na podstawie poziomu jedzenia emocjonalnego jako stałej cechy funkcjonowania człowieka [36]. Zatem w praktyce oznacza to zarówno konieczność dokonania pomiaru poziomu jedzenia emocjonalnego będącego stałym elementem modyfikującym zachowania żywieniowe oraz postawy wobec ciała, jak i obserwacje dziennego spożycia pokarmów pod wpływem doświadczanego dystresu i emocji (z wykorzystaniem klasycznej tabeli, w której pacjenci opisują swój harmonogram spożycia posiłków wraz z towarzyszącymi mu emocjami i myślami). Ponadto w sytuacji, kiedy przeprowadzona diagnoza dostarczy dowodów na istniejące trudności w zakresie regulacji emocji, należałoby wdrożyć do pracy z pacjentem techniki nauki adaptacyjnego radzenia sobie z emocjami i stresem [37].

Uzyskane rezultaty można interpretować w świetle mechanizmu opisującego relację pomiędzy jedzeniem a nastrojem (*food-mood connection*) [38–40]. Podejmowanie prób uniknięcia sytuacji związanych z ekspozycją własnego ciała oraz spożyciem pokarmów wiąże się z dodatkowym źródłem stresu i negatywnych emocji (m.in. z uwagi na konieczność ciągłej samoobserwacji), co sprzyja uaktywnieniu się tendencji do jedzenia pod wpływem emocji. W takiej sytuacji osoba sięga po pokarm, który kojarzy jej się z odprężeniem i bezpieczeństwem (skojarzenie to zgodnie z mechanizmem *food-mood connection* powstało na bazie wcześniejszych doświadczeń) [38–40]. Jak już wspomniano, często do tej grupy produktów należą słodkie oraz pokarm typu fast food, które przez osoby stosujące dietę uznawane są za „niedozwolone”. Zatem z jednej strony dokonują one chwilowej redukcji negatywnych doznań, z drugiej jednak w perspektywie długofalowej są źródłem narastających negatywnych emocji i stresu (związanych z lękiem przed przytyciem) i prowadzą do dalszego unikania sytuacji związanych z ekspozycją ciała i spożyciem pokarmu [39, 41].

Otrzymane wyniki badań dowodzą, że jedzenie pod wpływem emocji wiąże się z nawykami żywieniowymi i stosunkiem do własnej cielesności u osób z nadmierną

masą ciała. Autorka pojęcia „jedzenie emocjonalne” Hilda Bruch [42, 43], a także wielu współczesnych badaczy [12, 18–20,] zakładają, że nadmierne przyjmowanie pokarmów pod wpływem emocji jest skutkiem braku adekwatnego odróżniania sygnałów głodu fizjologicznego od głodu emocjonalnego. Skutkiem tego jest spożywanie nadmiernej ilości pokarmów (w celu redukcji negatywnych emocji) oraz przyrost masy ciała [44, 45]. Innym wyjaśnieniem jest mechanizm błędnego koła regulacji emocji z wykorzystaniem jedzenia, zgodnie z którym negatywne emocje są źródłem pobudzenia fizjologicznego błędnie identyfikowanego jako uczucie głodu. Bodźce te przyczyniają się do natychmiastowego spożycia pokarmu, co w konsekwencji prowadzi do chwilowej redukcji negatywnych emocji. Następnie poziom negatywnych emocji ponownie wzrasta, co wiąże się z dalszym spożyciem pokarmu i postępującym przyrostem masy ciała [2, 14, 15]. Zatem nieprawidłowe zachowania żywieniowe oraz negatywny stosunek do własnego ciała stanowią podstawę dla wzrostu masy ciała.

Rolę masy ciała w relacji pomiędzy natężeniem tendencji do jedzenia pod wpływem emocji a wskaźnikiem masy ciała potwierdzają badania Baños i wsp. [46], zgodnie z którymi jedynie u osób z nadwagą występuje dodatnia zależność pomiędzy jedzeniem emocjonalnym a wskaźnikiem BMI (wśród osób o prawidłowej masie ciała relacja ta jest nieistotna). Wyjaśnieniem tej zależności może być wyczerpanie zasobów poznawczych w wyniku istnienia przymusu kontroli masy ciała oraz konieczności monitorowania jedzenia u osób dążących do jej zmiany [47]. Na skutek promowania wśród kobiet ideału szczupłej sylwetki, szczególnie u osób z nadmierną masą ciała pojawia się silne niezadowolenie z sylwetki i masy ciała [6, 48]. W celu zmiany swojej wagi, kobiety monitorują spożywane pokarmy i stosują w tym zakresie liczne restrykcje. Konieczność ciągłego monitorowania znacząco obciąża poziom istniejących zasobów poznawczych, co w sytuacji doświadczenia negatywnego afektu skutkuje całkowitą utratą zasobów odpowiadających za kontrolę jedzenia oraz nadmiernym objadaniem się (szczególnie produktami z grupy *comfort food*) [18, 47].

Inną z teorii, odnoszącą się do zależności pomiędzy nawykami żywieniowymi a doświadczeniem negatywnych emocji oraz stosunkiem do własnego ciała, jest Homeostatyczna Teoria Otyłości, powstała na bazie Homeostatycznej Teorii Zdrowia [26]. Na podstawie przeprowadzonej metaanalizy badań Marks proponuje czynniki biorące udział w powstaniu i utrzymywaniu się otyłości: (1) wysoki poziom negatywnych emocji, (2) silne niezadowolenie z ciała, (3) częste spożywanie wysokokalorycznych potraw. Autor podkreśla, że w ramach mechanizmu błędnego koła niezadowolenia (*The Circle of Discontent*) zmienne te oddziałują na siebie wzajemnie: wysoki poziom negatywnych emocji skutkuje wzrostem konsumpcji produktów wysokoenergetycznych, co z kolei prowadzi do większego niezadowolenia z własnego ciała i powstania oraz utrzymania się otyłości. Teoria stanowi potwierdzenie założenia, że szczególnie u osób z nadmierną masą ciała jedzenie może stać się strategią regulacji stanu emocjonalnego, prowadzącą do pogorszenia funkcjonowania emocjonalnego i somatycznego [26]. Uzyskane rezultaty badań pokazują, że również w grupie osób z prawidłową masą ciała tendencja do spożywania pokarmu pod wpływem emocji wiąże się z pogorszeniem funkcjonowania w tym obszarze (negatywna postawa wobec własnej cielesności i wzrost wskaźnika BMI).

Współczesne badania dowodzą, że duża liczba osób mających wskaźnik BMI powyżej 25 kg/m² (świadczący o nadwadze), to osoby chorujące na zaburzenia odżywiania, zwłaszcza na zaburzenie z napadami objadania się oraz bulimię psychiczną [49–52]. Jednakże można przypuszczać z dużym prawdopodobieństwem, że osoby te już na wczesnym etapie trwania choroby (czyli w momencie, kiedy wskaźnik ich masy ciała pozostawał w normie) charakteryzowały się nieprawidłowymi strategiami radzenia sobie z emocjami poprzez pokarm, co sprzyjało wzrostowi masy ciała na przestrzeni czasu. Wiąże się to z koniecznością wdrażania działań pomocy najwcześniej jak jest to możliwe (a nie dopiero po przekroczeniu progu prawidłowej masy ciała). Wskazówką, jak prowadzić takie oddziaływania, mogą być najnowsze nurty terapeutyczne, których zadaniem jest pomoc osobom z zaburzeniami odżywiania, i które uwzględniają szczególną wagę doświadczanych emocji i umiejętności ich regulacji w kontekście istniejącego zaburzenia. Do tej grupy należy integracyjna terapia poznawczo-emocjonalna (*integrative cognitive-affective therapy*, ICAT) [53, 54]. Opiera się ona między innymi na założeniach *Emotional Reward Theory* i *Emotion Avoidance Model* [55, 56] i tym samym zakłada, że dysregulacja emocjonalna stanowi istotny element dla powstania zaburzeń odżywiania i nadmiernej masy ciała. Takie czynniki jak niski poziom świadomości doświadczanych emocji, brak elastyczności w ich prawidłowej regulacji oraz brak umiejętności kontroli w sytuacjach doświadczania silnego stresu zwiększają ryzyko wystąpienia napadu objadania się, który pełni funkcję regulatora doświadczanych emocji i stresu [53, 54]. Istotne jest zatem rozpoznanie i nauka adaptacyjnych strategii radzenia sobie z emocjami i stresem wśród osób dążących do redukcji masy ciała [11, 13].

Konkludując, należy wspomnieć, że w praktyce klinicznej istnieje istotna rozbieżność pomiędzy masą ciała mieszczącą się w granicach normy medycznej a masą ciała postrzeganą w przestrzeni społecznej jako prawidłowa. Ideał, który wyznaczają sobie pacjenci, nierzadko wiąże się z masą ciała poniżej wyznaczanych standardów klinicznych. Podstawowym zadaniem terapeuty jest więc praca nad akceptacją obrazu własnego ciała a tym samym zmianą ideału na bardziej adaptacyjny.

Ograniczenia i dalsze kierunki badań

Przeprowadzone badanie ma kilka ograniczeń. Pierwszym z nich jest relatywnie niski poziom rzetelności podskali „pragnienie spożycia czekolady” w odniesieniu do poziomu wyznaczonego jako optymalny (*alfa* Cronbacha $\geq 0,80$) w pracach autorstwa Gliem i Gliem [57]. Ponadto wszystkie zastosowane metody należą do grupy narzędzi samoopisowych, dając tym samym jedynie możliwość pomiaru subiektywnej oceny badanych. Przeprowadzone badania mają charakter wybiórczy i wymagają dalszej eksploracji innych relacji pomiędzy nawykami żywieniowymi a postawami wobec ciała, rozszerzając badania na grupę mężczyzn.

W kolejnych badaniach należałoby uwzględnić ocenę zdrowia psychicznego badanych osób (m.in. pod kątem zachorowalności na zaburzenia odżywiania), aby sprawdzić, czy analizowane relacje zachodzą zarówno w grupie klinicznej, jak i osób niespełniających kryteriów żadnych zaburzeń psychicznych. Inną ze zmiennych,

kóra pozwoliłaby uzyskać szerszy wgląd w analizowane relacje, jest pozostawianie w związku (wcześniejsze badania pokazały, że zmienna ta może mieć istotny wpływ na przeżywanie własnego ciała i stosunek do niego) [m.in. 58]. W przyszłych badaniach warto również wykorzystać obiektywne metody służące ocenie wskaźnika masy ciała (urządzenia mierzące analizę bioimpedancji elektrycznej – analizatory składu ciała). Należałoby także uwzględnić (poza obiektywną metodą oceny prawidłowej masy ciała) zarówno subiektywną, jak i obiektywną (np. wyrażaną przez osoby bliskie) percepcję masy ciała badanych kobiet.

Warto dodać, że wyniki badań poprzecznych mogą stać się podstawą do projektowania badań podłużnych, w których weryfikowany będzie rzeczywisty wpływ analizowanych postaw i zachowań żywieniowych oraz nieprawidłowych zachowań wobec własnego ciała na wskaźnik BMI (w tym rozwoju nadwagi i otyłości).

Wnioski

Prezentowane wyniki dowodzą, że jedzenie emocjonalne istotnie wiąże się ze wskaźnikiem BMI, postawami wobec czekolady i własnego ciała u badanych kobiet z prawidłową masą ciała. Ważnym elementem jest również sam wskaźnik BMI, który wchodzi w interakcję ze stosunkiem do własnego ciała oraz jedzenia. Uzyskane wyniki badań dają podstawę, aby wnioskować, że jedzenie emocjonalne oraz wskaźnik masy ciała są znaczącymi elementami, na które należy zwrócić uwagę w zmianie postaw żywieniowych oraz pracy nad zmianą obrazu ciała u kobiet mających prawidłową masę ciała.

Piśmiennictwo

1. U. S. Department of Agriculture, U.S. Department of Health and Human Services. *Dietary guidelines for Americans*. 2010. Dostępne online: <http://health.gov/dietaryguide-lines/dga2010/dietaryguidelines2010.pdf>.
2. Czepczor K, Brytek-Matera A. *Jedzenie pod wpływem emocji*. Warszawa: Difin; 2017.
3. Wiedemann AU, Lippke S, Reuter T, Ziegelmann JP, Schüz B. *The more the better? The number of plans predicts health behavior change*. *Appl. Psychol. Health Well-Being* 2011; 3(1): 87–106. DOI: 10.1111/j.1758-0854.2010.01042.x.
4. Hankonen N, Absetz P, Kinnunen M, Haukka A, Jallinoja P. *Toward identifying a broader range of social cognitive determinants of dietary intentions and behaviors*. *Appl. Psychol. Health Well-Being* 2013; 5(1): 118–135. DOI: 10.1111/j.1758-0854.2012.01081.x.
5. Snoek HM, Engels RC, Janssens JM, van Strien T. *Parental behaviour and adolescents' emotional eating*. *Appetite* 2007; 49(1): 223–230. DOI:10.1016/j.appet.2007.02.004.
6. Maine M, Bunnell DW. *Prawdziwa burza biopsychosocjalna*. W: Margo M, McGilley BH, Bunnell DW red. *Leczenie zaburzeń odżywiania. Pomost pomiędzy nauką a praktyką*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2010, s. 3–18.
7. Maj A. *Magia wizerunku, czyli o pożytkach płynących z kontrolowania ciała*. W: Banszak E, Czajkowski P, Florkowski R red. *Fenomeny kontroli ciała*. Warszawa: Difin; 2012, 26–38.

8. Macht M, Simons G. *Emotions and eating in everyday life*. *Appetite* 2000; 35: 65–71. DOI: 10.1006/appe.2000.0325.
9. Patel KA, Schlundt DG. *Impact of moods and social context on eating behaviour*. *Appetite* 2001; 36: 111–118. DOI: 10.1006/appe.2000.0385.
10. Perpiñá C, Cebolla A, Botella C, Lurbe E, Torró MI. *Emotional Eating Scale For Children and Adolescents. Psychometric characteristics in a Spanish Sample*. *J. Clin. Child. Adolesc. Psychol.* 2011; 40(3): 424–433. DOI: 10.1080/15374416.2011.563468
11. Micanti F, Iasevoli F, Cucciniello C, Costabile R, Loiarro G, Pecoraro G i wsp. *The relationship between emotional regulation and eating behaviour: a multidimensional analysis of obesity psychopathology*. *Eat Weight Disord.* 2016; 22(1): 105–115. DOI: 10.1007/s40519-016-0275-7.
12. van Strien, T, Ouwens MA, Engel C, de Weerth C. *Hunger, inhibitory control and distress-induced emotional eating*. *Appetite* 2014; 79: 124–133. DOI: 10.1016/j.appet.2014.04.020.
13. Annesi JJ, Mareno N, McEwen K. *Psychosocial predictors of emotional eating and their weight-loss treatment-induced changes in women with obesity*. *Eat Weight Disord.* 2016; 21(2): 289–295. DOI: 10.1007/s40519-015-0209-9.
14. Bruch H. *Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books; 1973.
15. Nyklíček I, Vingerhoets A, Zeelenberg M. *Emotion regulation and well-being*. New York, Dordrecht, Heidelberg, London: Springer; 2011.
16. Ogden J. *Psychologia odżywiania się*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.
17. Cardi V, Leppanen J, Treasure J. *The effects of negative and positive mood induction on eating behaviour: A meta-analysis of laboratory studies in the healthy population and eating and weight disorders*. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2015; 57: 299–309. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2015.08.011.
18. Stellpflug C. *Emotional eating „The battle for the mind”!* 2010. Dostępne online: <http://www.k12academics.com/articles/emotional-eating-%E2%80%9Cbattle-mind-%E2%80%9D#.VuBIhZzhDIU>. (dostęp z dnia: 12.08.2021r.)
19. Herbert BM, Pollatos O. *The body in the mind: on the relationship between interoception and embodiment*. *Topics Cogn. Sci.* 2012; 4(4): 692–704. DOI: 10.1111/j.1756-8765.2012.01189.x.
20. Füstös J, Gramann K, Herbert BM, Pollatos O. *On the embodiment of emotion regulation: interoceptive awareness facilitates reappraisal*. *Soc. Cogn. Affect. Neurosci.* 2013; 8(8): 911–917. DOI: 10.1093/scan/nss089.
21. Christensen L, Brooks A. *Changing food preference as a function of mood*. *J. Psychol.* 2006; 140(4): 293–306.
22. Pérez-Morales E, Jiménez-Cruz A, Alcántara-Jurado L, Armendáriz-Anguiano A, Bacardí-Gascón M. *Association of obesity and eating in the absence of hunger among college students in a Mexican-USA border city*. *J. Comm. Health* 2014; 39(3): 432–436. DOI: 10.1007/s10900-013-9791-9.
23. Cooper KA, Donovan JL, Waterhouse AL, Williamson G. *Cocoa and health: a decade of research*. *Brit. J. Nutr.* 2008; 99: 1–11. DOI: 10.1017/S0007114507795296.
24. Benton D, Greenfield K, Morgan M. *The development of the attitudes to chocolate questionnaire*. *Person. Individ. Differ.* 1998; 24: 513–520. DOI: 10.1016/S0191-8869(97)00215-8.
25. Jaworski M. *Polska wersja Kwestionariusza Postaw wobec Czekolady (ACQ)*. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2013; 19(4): 549–555.

26. Marks DF. *Homeostatic theory of obesity*. Health Psychol. Open 2015; 1–30. DOI:10.1177/2055102915590692.
27. Brytek-Matera A. *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Warszawa: Difin; 2008.
28. Rosen JC, Srebnik D, Saltzberg E, Wendt S. *Development of a Body Image Avoidance Questionnaire*. J. Cons. Clin. Psychol. 1991; 3(1): 32–37. DOI:10.1037/1040-3590.3.1.32.
29. Anglé S, Engblom J, Eriksson T, Kautiainen S, Saha MT, Lindfors P i wsp. *Three factor eating questionnaire-R18 as a measure of cognitive restraint, uncontrolled eating and emotional eating in a sample of young Finnish females*. Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act. 2009; 6, 41. DOI: 10.1186/1479-5868-6-41.
30. Wade T D, Keski-Rahkonen A, Hudson J. *Epidemiology of eating disorders*. W: Tsuang M, Tohen M, red. *Textbook in psychiatric epidemiology* (3rd ed.). New York: Wiley; 2011; 343–360.
31. Scagliusi FB, Nakagawa KA, Campos RA, Kotait M, Fabbri, A, Sato P i wsp. *Nutritional knowledge, eating attitudes and chronic dietary restraint among men with eating disorders*. Appetite 2009; 53(3): 446–449. DOI: 10.1016/j.appet.2009.08.010.
32. Karlsson J, Persson L-O, Sjöström L, Sullivan M. *Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study*. Int. J. Obesity 2000; 24(12): 1715–1720. DOI: 10.1038/sj.ijo.0801442.
33. Brytek-Matera A, Rogoza R, Czepczor-Bernat K. *The Three-Factor Eating Questionnaire-R18: an analysis of the factor structure of the Polish version among normal weight and obese adults*. Arch. Psych. Psychother. 2017; 3: 81–90.
34. Brytek-Matera A, Rogoza R. *The Polish version of the Body Image Avoidance Questionnaire: an exploratory structural equation modeling approach*. Eat. Weight Disord. 2016; 21: 65–72. DOI: 10.1007/s40519-015-0206-z.
35. Hayes AF. *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: a regression-based approach*. New York: The Guilford Press; 2013.
36. Kornacka M, Czepczor-Bernat K, Napieralski P, Brytek-Matera A. *Rumination, mood, and maladaptive eating behaviors in overweight and healthy populations*. Eat Weight Disord. 26, 273–285 (2021). <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00857-z>
37. Leahy RL, Tirch D, Napolitano L. *Regulacja emocji w psychoterapii. Podręcznik praktyka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.
38. Naidoo U. *The mood food connection*. London: Short Books Ltd; 2020.
39. Hendy HM. *Which comes first in food–mood relationships, foods or moods?* Appetite 2012; 58(2): 771–775.
40. Boruta-Gojny B. *Psychologiczne aspekty żywienia – wybrane zagadnienia*. W: Zajac A, Zydek G, Michalczyk M, Poprzęcki S, Czuba M, Gołasz A i wsp red. *Żywnienie i suplementacja w sporcie, rekreacji i stanach chorobowych*. Katowice: Wydawnictwo AWF; 2014.
41. Rossy L. *The mindfulness-based eating solution: proven strategies to end overeating, satisfy your hunger, and savor your life*. Oakland: New Harbinger Publications; 2016.
42. Bruch H. *Psychological aspects of overeating and obesity*. Psychosom. 1964; 5(5): 269–274.
43. Bruch H. *Eating disorders: obesity, anorexia and the person within*. New York: Basic Books; 1974.
44. Evers C, De Ridder DTD, Adriaanse MA. *Assessing yourself as an emotional eater: mission impossible?* Health Psychol. 2009; 28(6): 717–725. DOI: 10.1037/a0016700.

45. Overton A, Selway S, Strongman K, Houston M. *Eating disorders — the regulation of positive as well as negative emotion experience*. J. Clin. Psychol. Med. Settings 2005; 12(1): 39–56. DOI: 10.1007/s10880-005-0911-2.
46. Baños RM, Cebolla A, Etchemendy E, Felipe S, Rasal P, Botella C. *Validation of the Dutch Eating Behavior Questionnaire for Children (DEBQ-C) for use with Spanish children*. Nutr. Hospital 2011; 26(4): 890–898. DOI: 10.1590/S0212-16112011000400032.
47. Baumeister RF, Vohs KD, Tice DM. *The strength model of self-control*. Curr. Direct. Psychol. Sci. 2007; 16(6): 351–355. DOI: 10.1111/j.1467-8721.2007.00534.x.
48. Czepczor K, Kościcka K, Brytek-Matera A. *Spoleczno-kulturowe postawy wobec własnego wyglądu i niezadowolenie z ciała u kobiet i mężczyzn w okresie późnej adolescencji: badania wstępne*. Polskie Forum Psychologiczne 2016; 21(3): 364–377. DOI: 10.14656/PFP20160303.
49. Mitchell JE, Selzer F, Kalarchian MA, Devlin MJ, Strain GW, Elder KA i wsp. *Psychopathology before surgery in the longitudinal assessment of bariatric surgery-3 (LABS-3) psychosocial study*. Surg. Obes. Rel. Dis. 2012; 8: 533–541. DOI: 10.1016/j.soard.2012.07.001.
50. American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
51. Marek RJ, Ben-Porath YS, Windover A, Tarescavage AM, Merrell J, Ashton K i wsp. *Assessing psychosocial functioning of bariatric surgery candidates with the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form (MMPI-2-RF)*. Obes. Surg. 2013; 23: 1864–1873. DOI: 10.1007/s11695-013-1024-x.
52. Annagur BB, Orhan O, Ozer A, Yalcin N, Tamam L. *The effects of depression and impulsivity on obesity and binge eating disorder*. Bull. Clin. Psychopharmac. 2015; 25(2): 162–170. DOI: 10.5455/bcp.20130408021434.
53. Wonderlich SA, Peterson CB, Smith TL. *Integrative cognitive-affective therapy for bulimia nervosa. A treatment manual*. New York: Guilford Press; 2015.
54. Wonderlich SA, Peterson CB, Smith TL. *Integrative Cognitive-Affective Therapy for Bulimia Nervosa: A Treatment Manual*. Guilford Publications 2015, New York.
55. Wildes JE, Ringham RM, Marcus MD. *Emotion avoidance in patients with anorexia nervosa: initial test of a functional model*. Int. J. Eat. Disord. 2010; 43(5): 398–404. DOI: 10.1002/eat.20730.
56. Pearson CM, Wonderlich SA, Smith GT. *A risk and maintenance model for bulimia nervosa: From impulsive action to compulsive behavior*. Psychol. Rev. 2015; 122(3): 516–535. DOI: 10.1037/a0039268.
57. Gliem JA, Gliem R. *Calculating, interpreting, and reporting Cronbach's alpha reliability coefficient for Likert-type scales*. Midwest Research to Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education, 2003, s. 82–88.
58. Laus MF, Almeida, SS, Klos LA. *Body image and the role of romantic relationships*. Cog. Psychol. 2018; 5: 1. DOI: 10.1080/23311908.2018.1496986.

Adres: Adriana Modrzejewska
Instytut Psychologii,
Uniwersytet Wrocławski
50-527 Wrocław, ul. Dawida 1
e-mail: adrianamodrzejewska@gmail.com

Otrzymano: 26.02.2019
Zrecenzowano: 15.07.2019
Otrzymano po poprawie: 22.10.2019
Przyjęto do druku: 12.01.2020