

Strategie radzenia sobie z nadmierną masą ciała oraz szacunek do siebie i własnego ciała w kontekście analizy transakcyjnej

Coping with overweight strategies, self-esteem and body-esteem in the context of transactional analysis

Monika Bąk-Sosnowska¹, Beata Naworska², Aleksander Owczarek³,
Jerzy Chudek⁴, Violetta Skrzypulec-Plinta⁵,
Magdalena Olszanecka-Glinianowicz⁶

¹Zakład Psychologii, Katedra Filozofii i Nauk Humanistycznych ŚUM w Katowicach
Kierownik: dr n. hum M. Bąk-Sosnowska

²Zakład Propedeutyki Położnictwa, Katedra Zdrowia Kobiety ŚUM w Katowicach
Kierownik: prof. dr hab. V. Skrzypulec-Plinta

³Zakład Statystyki ŚUM w Sosnowcu
Kierownik: dr hab. n. o zdr. inż. A. J. Owczarek

⁴Zakład Patofizjologii, Katedra Patofizjologii ŚUM w Katowicach
Kierownik: prof. dr hab. J. Chudek

⁵Katedra Zdrowia Kobiety ŚUM w Katowicach
Kierownik: prof. dr hab. V. Skrzypulec-Plinta

⁶Zakład Promocji Zdrowia i Leczenia Otyłości, Katedra Patofizjologii ŚUM w Katowicach
Kierownik: prof. dr hab. M. Olszanecka-Glinianowicz

Summary

Objective: The aim of this study was to analyze the ego-state of obese people in terms of transactional analysis and to determine the relationship between coping with overweight strategies, Ego-structure, global self-esteem, and body self-esteem levels.

Methods: One-hundred-seventy-one overweight and obese adult females were examined by a general practitioner and a specialist in obesity management. The ego-state, global self-esteem, and body self-esteem were assessed using the Ego State Questionnaire (ESQ), the Coopersmith Self-Esteem Inventory, and the Body-Esteem Scale, respectively.

Results: Participants were divided into three subgroups: A – no attempts at weight loss currently (35.1%), B – self-attempted weight loss (33.9%), C – professional obesity treatment (31.0%). Age, education level, professional status, marital status, and number of children, along with the onset of being overweight/obese were similar in all subgroups. Subgroups B and C statistically and significantly made frequent attempts at weight loss ($p < 0.001$) and experienced yo-yo effect ($p < 0.001$) more than subgroup A. Effective weight loss attempts were

observed significantly more often in subgroups C ($p < 0.001$). Only mean lies scale results were significantly higher in subgroups A and C compared to B ($p < 0.05$ and $p < 0.01$, respectively). While self-esteem, sexual attractiveness, weight concern, physical condition and ego-states were similar in all study subgroups.

Conclusions: Structure of the Ego-states, self-esteem and body-esteem did not influence the strategies of coping with overweight. Self-esteem is related to spontaneous Ego-child and Ego-adult levels, while the sense of sexual attractiveness is affected only by Ego-spontaneous child.

Słowa kluczowe: analiza transakcyjna, szacunek do siebie, szacunek do ciała, otyłość, redukcja masy ciała, aspekty psychologiczne

Key words: transactional analysis, self-esteem, body-esteem, obesity, body mass reduction, psychological aspects

Wstęp

Koncepcja Ja odnosi się do zbioru przekonań, nastawień i wyobrażeń na swój temat [1]. Wpływa m.in. na zachowania związane ze zdrowiem i styl życia [2]. Analiza transakcyjna jest modelem koncepcji Ja stworzonym przez Erica Berne'a w 1958 roku [3]. Opiera się na idei trzech współistniejących stanów Ja: Ja-Dziecko, Ja-Rodzic i Ja-Dorosły. Każdy z nich charakteryzuje się określonym zestawem przekonań, emocji i zachowań oraz jest odpowiedzialny za uruchamianie określonych reakcji w kontakcie z innymi ludźmi.

Ja-Dziecko charakteryzuje się impulsivewnością, emocjonalnością, ekspresyjnością, zachowaniami nieracjonalnymi, postawą egocentryczną. Występuje w trzech wymiarach: Dziecko przystosowane (przewaga podporządkowania, uległości, wycofania społecznego, poszukiwania aprobaty), Dziecko twórcze (przewaga uczuciowości, ciekawości świata, bogatej wyobraźni, zamknięcia w sobie), Dziecko spontaniczne (przewaga impulsivewności, egocentryzmu, niezdiscyplinowania, manipulacji). Ja-Rodzic jest zbiorem wartości, norm, nakazów, zakazów, powinności. Pełni funkcję normatywną, jednak zawiera sądy subiektywne, czasem irracjonalne. Występuje w dwóch wymiarach: Rodzic krytyczny (przewaga tradycjonalizmu, dystansu emocjonalnego, krytykowania, dyscyplinowania) oraz Rodzic opiekuńczy (przewaga empatii, wspierania, troskliwości, nagradzania). Ja-Dorosły to stan najbardziej logiczny, konstruktywny, skoncentrowany na terażniejszości. Odpowiada za analizowanie rzeczywistości, szacowanie prawdopodobieństwa i podejmowanie racjonalnych decyzji. Sprzyja asertywnym relacjom z samym sobą i innymi ludźmi.

Nadmierna masa ciała może mieć istotne znaczenie dla koncepcji Ja, a szczególnie wiek ujawnienia się otyłości, rodzaj doświadczeń wynikających z otyłości i ewentualnego odchudzania się, a także wszelkie doświadczenia związane z własną cielesnością. Badania wskazują na związek otyłości z akceptacją własnego ciała, poziomem szacunku do samego siebie, poczuciem własnej wartości i skuteczności [4] oraz określonym stylem życia, który u osób otyłych może m.in. wspierać lub utrudniać osiągnięcie i utrzymanie prawidłowej masy ciała [5].

Cel

Celem przeprowadzonego badania była analiza struktury Ja osób otyłych w ujęciu analizy transakcyjnej oraz określenie zależności pomiędzy wyborem określonej strategii radzenia sobie z otyłością, strukturą Ja, ogólnym poziomem szacunku do siebie i poziomem szacunku do własnego ciała.

Material i metoda

Zbadano 171 kobiet otyłych lub z nadwagą. Kryteria włączenia obejmowały wiek powyżej 18 r.ż., $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$. Kryteria wyłączenia to ciąża, zaburzenia hormonalne, choroby psychiczne. Badanie przeprowadzono w trakcie wizyty u lekarza rodzinnego lub w poradni leczenia otyłości. Badane zważono, zmierzono i na tej podstawie obliczono wskaźnik masy ciała (BMI). Strukturę Ja, ogólny szacunek do siebie i szacunek do własnego ciała zbadano za pomocą skal samoopisowych:

- Kwestionariusza Stanów Ja (The Ego State Questionnaire) zawierającego 60 pytań, ze skalą odpowiedzi od 0 do 3 (0 – nigdy, 1 – rzadko, 2 – często, 3 – zawsze); oblicza się sumę punktów dla 5 wymiarów: Rodzic Krytyczny, Rodzic Opiekuńczy, Dorosły, Dziecko Przystosowane, Dziecko Spontaniczne, Dziecko Twórcze;
- Inwentarza szacunku do siebie w wersji dla dorosłych (The Coopersmith Self-Esteem Inventory) zawierającego 58 stwierdzeń. Badany przy każdym stwierdzeniu zaznacza, czy odnosi się ono do niego, czy nie; za każdą odpowiedź diagnostyczną przyznaje się jeden punkt; 8 stwierdzeń tworzy skalę kłamstwa, która ocenia dążenie badanego do zawyżania własnej samooceny; suma punktów określa ogólny szacunek do siebie;
- Skali szacunku do ciała (The Body-Esteem Scale) zawierającej 35 określeń części oraz funkcji ciała. Badany ocenia swoje odczucia wobec każdego aspektu na skali od 1 do 5 (1 – zdecydowanie negatywne odczucia, 5 – zdecydowanie pozytywne odczucia). Oblicza się sumę punktów dla trzech wymiarów, w przypadku kobiet są to: atrakcyjność seksualna, z troską masą ciała, kondycja fizyczna. Dla celów analizy statystycznej otrzymane dane zostały pogrupowane na kategorie – w zależności od stopnia akceptacji części lub funkcji własnego ciała: niska (zdecydowanie negatywne i umiarkowanie negatywne odczucia), średnia (nieokreślone odczucia, ani pozytywne, ani negatywne), wysoka (umiarkowanie pozytywne i zdecydowanie pozytywne odczucia).

Czas odpowiedzi nie był limitowany. Dodatkowo lekarz przeprowadzał z badaną wywiad socjodemograficzny (wiek, wykształcenie, sytuacja zawodowa, sytuacja partnerska, posiadanie dzieci) oraz dotyczący rozwoju otyłości i jej leczenia (początek otyłości, wcześniejsze próby redukcji masy ciała, efektywność). Badanie uzyskało akceptację Komisji Bioetycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (KNW-0022/KB1/136/I/08), a wszyscy badani wyrazili świadomą zgodę na udział w badaniu.

Analizy statystyczne

Analizy statystyczne zostały przeprowadzone przy użyciu programu STATISTICA 9.0 PL (StatSoft Polska, Kraków, Polska). Rozkład zmiennych oceniano za pomocą testu Shapiro-Wilka. Dane przedstawiono jako wartości średnie z odchyleniem standardowym lub mediana z rozstępem międzykwartylowym. Jednorodność wariancji oceniano za pomocą testu Levena. Wyniki uznano za istotne statystycznie, jeśli poziom istotności p był mniejszy niż 0,05. Zastosowano następujące metody statystyczne: wieloczynnikową analizę wariancji z testem post-hoc Dukana, model wieloczynnikowej regresji liniowej, model wieloczynnikowej regresji logistycznej, Test F- Snedecora, współczynnik determinacji R^2 .

Wyniki

Średni wiek badanych wynosił $44,0 \pm 14,2$ roku, średnia masa ciała $91,13 \pm 13,4$ kg, wskaźnik masy ciała (BMI) wahał się między 26,5 a $48,7 \text{ kg/m}^2$ (Me: 32,5, $Q_1 = 30,4$ i $Q_3 = 35,9$). Większość badanych była aktywna zawodowo (82,5%), pozostawała w związku partnerskim (59,1%), miała przynajmniej jedno dziecko (73,7%). Większość sytuowała początek swojej nadwagi w życiu dorosłym, powyżej 20 r.ż. (70,2%), miała za sobą przynajmniej 1 próbę odchudzania (69%). Dla 49,7% badanych była to próba nieskuteczna, co oznacza brak ubytku masy ciała. U 44,4% badanych wystąpił efekt jo-jo.

Ze względu na strategię radzenia sobie z nadmierną masą ciała grupę badaną podzielono na trzy podgrupy: A – aktualnie nieodchudzającą się (35,1%), B – odchudzającą się samodzielnie (33,9%) oraz C – korzystającą z poradni leczenia otyłości (31%). Grupy nie różniły się istotnie pod względem wieku, poziomu wykształcenia, statusu zawodowego, sytuacji partnerskiej i liczby posiadanych dzieci. Masa ciała i wartość wskaźnika BMI były istotnie wyższe w grupie C niż w grupach A i B ($p < 0,001$). Charakterystykę socjodemograficzną grup przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy oraz historia otyłości i prób redukcji masy ciała

	Nieodchudzająca się aktualnie podgrupa A N = 60	Odchudzająca się samodzielnie podgrupa B N = 58	Odchudzająca się w poradni podgrupa C N = 53	Istotność statystyczna p
Wiek [lata]	$44,6 \pm 14,7$	$41,0 \pm 14,5$	$46,6 \pm 13,0$	0,10
Masa ciała [kg]	$89,5 \pm 10,9$	$85,9 \pm 8,0$	$98,6 \pm 17,0$	< 0,001
BMI [kg/m^2]	32,0 (30,5/35,4)	30,9 (30,1/33,2)	35,9 (32,0/39,2)	< 0,001
Wykształcenie [%]				
Podstawowe i zawodowe	21,7	8,6	22,6	0,19
Średnie	53,3	58,6	43,4	
Wyższe	25,0	32,8	34,0	

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Sytuacja zawodowa [%]				
Praca fizyczna	21,7	19,0	17,0	0,62
Praca umysłowa	38,3	50,0	39,6	
Bezrobocie	40,0	31,0	43,4	
Posiadanie partnera [%]	55,0	62,1	60,4	0,72
Liczba dzieci [%]				
Brak	25,0	32,8	20,7	0,09
Jedno	11,7	19,0	30,2	
Dwoje lub więcej	63,3	48,2	49,1	
Początek otyłości [%]				
< 20 r.ż.	25,0	31,0	34,0	0,22
20–30 r.ż.	25,0	22,4	35,8	
> 30 r.ż.	50,0	46,6	30,2	
Próby redukcji masy ciała [%]				
Brak	30,0	0	5,7	< 0,001
Jedna	25,0	13,8	17,0	
Więcej niż jedna	45,0	86,2	77,3	
Efektywność redukcji masy ciała [%]				
Nieefektywna	71,7	44,8	30,2	< 0,001
Efekt jo-jo	25,0	53,5	56,6	
Efektywna	3,3	1,7	13,2	

Dane przedstawiono jako wartości średnie z odchyleniem standardowym lub mediany z rozstępem międzykwartylowym w nawiasie.

Podgrupy B i C istotnie częściej podejmowały próby redukcji masy ciała ($p < 0,001$) oraz częściej doświadczały efektu jo-jo ($p < 0,001$) niż podgrupa A. Skuteczne próby odchudzania obserwowano istotnie częściej w podgrupie C ($p < 0,001$) niż w podgrupach A i B. Nieskuteczne jego próby występowały istotnie częściej w podgrupie A niż w podgrupach B i C ($p < 0,001$), co ukazuje tabela 1.

Średnie wyniki w zakresie stanów Ja, szacunku do siebie, atrakcyjności seksualnej, zatroskania masą ciała oraz kondycji fizycznej były podobne we wszystkich badanych podgrupach (tab. 2). Jedyne wyniki w skali kłamstwa były znacznie wyższe w podgrupach A i C niż w podgrupie B (odpowiednio: $p < 0,05$ i $p < 0,01$).

Tabela 2. Średnie wyniki testów psychologicznych w badanych podgrupach oraz podział analizowanych cech psychologicznych

	Nieodchudzająca się aktualnie podgrupa A N = 60	Odchudzająca się samodzielnie podgrupa B N = 58	Odchudzająca się w poradni podgrupa C N = 53	Istotność statystyczna p
Rodzic Krytyczny	15,3 ± 3,0	15,6 ± 3,2	15,5 ± 2,3	0,82
Rodzic Opiekuńczy	19,8 ± 4,1	19,3 ± 4,4	18,4 ± 3,8	0,16
Dorosły	18,8 ± 3,5	18,6 ± 2,9	18,4 ± 4,0	0,88
Dziecko Przystosowane	14,8 ± 4,2	14,9 ± 4,0	14,4 ± 3,3	0,84
Dziecko Twórcze	14,9 ± 3,6	15,2 ± 3,8	15,4 ± 4,0	0,81
Dziecko Spontaniczne	18,4 ± 3,7	18,4 ± 3,5	18,4 ± 3,6	0,99
Szacunek do siebie	32,6 ± 9,4	33,3 ± 8,6	33,2 ± 7,5	0,90
Skala kłamstwa	2,4 ± 1,4	1,9 ± 1,1	2,7 ± 1,4	< 0,01
Atrakcyjność seksualna	45,2 ± 7,1	47,2 ± 6,9	46,4 ± 9,1	0,34
Zatroskanie masą ciała	22,6 ± 8,1	22,2 ± 6,7	20,8 ± 7,9	0,42
Kondycja fizyczna	28,2 ± 7,2	28,7 ± 5,6	28,3 ± 6,8	0,90
Szacunek do siebie [%]				
Niski	56,7	53,4	62,3	0,92
Średni	30,0	32,8	26,4	
Wysoki	13,3	13,8	11,3	
Zatroskanie masą ciała [%]				
Niskie	46,7	43,1	54,7	0,46
Średnie	53,3	56,9	45,3	
Kondycja fizyczna [%]				
Niska	8,3	3,4	3,8	0,42
Średnia	91,7	96,6	96,2	

Dane przedstawiono jako wartości średnie z odchyleniem standardowym.

Rozkład zmiennych szacunek do siebie, zatroskanie masą ciała oraz kondycja fizyczna był podobny we wszystkich podgrupach (tab. 2). 96,7% kobiet w podgrupie A i wszystkie w podgrupach B i C (100%) miały średnie wartości w zakresie atrakcyjności seksualnej.

Wyniki wieloczynnikowej analizy regresji logistycznej wykazały, że atrakcyjność seksualna zwiększa, zaś zatroskanie masą ciała i silny Rodzic Opiekuńczy zmniejszają prawdopodobieństwo redukcji masy ciała (tab. 3).

Tabela 3. Wyniki wieloczynnikowej regresji logistycznej skorygowanej ze względu na wiek z testem Branta

Parametr	Porządkowa regresja logistyczna					Test Branta	
	OR	- 95% CI	+ 95% CI	Z	p	χ^2	p
Atrakcyjność seksualna	1,056	1,009	1,105	2,35	< 0,05	0,30	0,58
Zatroskanie masą ciała	0,947	0,899	0,997	-2,06	< 0,05	0,01	0,96
Rodzic Opiekuńczy	0,925	0,866	0,988	-2,30	< 0,05	0,20	0,65
Model	-	-	-	-	-	5,52	0,24

OR – iloraz szans, CI – przedział ufności, χ^2 – test Chi², Z – test Walda, p – istotność statystyczna

Jednocześnie wyniki wieloczynnikowego modelu regresji liniowej, skorygowanej ze względu na wiek, wykazały, że wartość BMI jest odwrotnie proporcjonalna do poziomu wykształcenia, zaafierowania własną masą ciała i nasilenia wymiaru Dziecko Przystosowane, a wprost proporcjonalna do wyniku w skali kłamstwa (tab. 4).

Tabela 4. Wyniki wieloczynnikowej regresji logistycznej skorygowanej ze względu na wiek

Parametr	β	- 95% CI β	+ 95% CI β	t	p
BMI					
Zatroskanie masą ciała	-0,205	-0,300	-0,110	-4,26	< 0,001
Wykształcenie	-3,940	-5,858	-2,023	-4,06	< 0,001
Skala kłamstwa	0,727	0,267	1,187	3,12	< 0,01
Dziecko Przystosowane	-0,243	-0,445	-0,041	-2,37	< 0,05
Stała	43,580	38,634	48,524	17,40	< 0,001
Model	$\sqrt{\text{VIF}} = 1,15$	$R^2 = 0,2621$	$F = 11,19$		< 0,001
Szacunek do siebie					
Dziecko Przystosowane	-1,065	-1,327	-0,803	-8,03	< 0,001
Dorosły	0,413	0,179	0,648	3,48	< 0,001
Dziecko Spontaniczne	0,476	0,180	0,772	3,18	< 0,01
Kondycja fizyczna	0,229	0,068	0,390	2,80	< 0,01
Stała	25,754	16,720	34,789	5,63	< 0,001
Model	$\sqrt{\text{VIF}} = 1,34$	$R^2 = 0,5873$	$F = 70,41$		< 0,001
Atrakcyjność seksualna					
Kondycja fizyczna	0,405	0,249	0,560	5,21	< 0,001
Dziecko Spontaniczne	0,569	0,250	0,889	3,58	< 0,001
Zatroskanie masą ciała	0,206	0,049	0,362	2,64	< 0,01
Stała	19,765	15,984	23,549	10,49	< 0,001
Model	$\sqrt{\text{VIF}} = 1,53$	$R^2 = 0,4411$	$F = 83,81$		< 0,001

BMI – wskaźnik masy ciała, β – współczynnik regresji, CI – przedział ufności, $\sqrt{\text{VIF}}$ – czynnik inflacji wariancji

Drugi wieloczynnikowy model regresji liniowej, skorygowanej ze względu na wiek, wykazał, że poziom szacunku do siebie jest odwrotnie proporcjonalny do natężenia wymiaru Dziecko Przystosowane, a wprost proporcjonalny do nasilenia wymiarów Dziecko Spontaniczne i Dorosły. Ponadto seksualna atrakcyjność jest wprost proporcjonalna do poziomu kondycji fizycznej, zaafierowania wagą i nasilenia wymiaru Dziecko Spontaniczne (tab. 4).

Dyskusja

Odsetek kobiet wybierających konkretne strategie radzenia sobie z nadmierną masą ciała (brak aktualnych działań w kierunku redukcji masy ciała, samodzielne próby redukcji masy ciała lub profesjonalne leczenie otyłości) był w badanej grupie podobny. Nie zaobserwowano różnic społeczno-demograficznych między podgrupami, jednak badane wybierające profesjonalne leczenie otyłości były bardziej otyłe i miały za sobą więcej skutecznych prób redukcji masy ciała. Wyniki dotychczas publikowanych badań wskazują, że kobiety poszukujące profesjonalnej pomocy, zwłaszcza ze względu na psychologiczne konsekwencje otyłości, wykazują większą determinację w dążeniu do redukcji masy ciała [6]. Ponadto sugeruje się, że czynnikiem decydującym o wyborze konkretnej strategii odchudzania jest subiektywna interpretacja rozmiaru własnego ciała [7]. Dlatego też, na podstawie wyników badania własnego, można postawić hipotezę, że kobiety wybierające profesjonalne leczenie otyłości mają realistyczną ocenę problemu i zdają sobie sprawę z powagi sytuacji.

Nie zaobserwowano różnic między podgrupami w zakresie poszczególnych wymiarów Ja, szacunku do siebie, atrakcyjności seksualnej, zatroskania masą ciała, kondycji fizycznej. Jednak analiza wieloczynnikowa wykazała, że nasilenie wymiaru Rodzic Opiekuńczy zmniejsza prawdopodobieństwo redukcji masy ciała. Jak wspomniano wcześniej, wymiar ten charakteryzuje się przewagą empatii, wsparcia i opieki. Dlatego osoby z przewagą tego stanu Ja są podatne na pobłażanie sobie i mają mniejszą motywację do podejmowania działań wymagających wysiłku, takich jak redukcja masy ciała. Ponadto są one bardziej skłonne do szukania wymówek i wskazywania czynników zewnętrznych jako przyczynę własnej otyłości. Jest to częściowo potwierdzone wynikami opublikowanych badań. Wskazują one, że osoby otyłe – w porównaniu ze szczupłymi – mają bardziej zewnętrzne umiejscowienie poczucia kontroli [8], słabsze mechanizmy samokontroli [9] oraz mniejsze poczucie własnej skuteczności [10]. Między innymi te cechy mogą być odpowiedzialne za nadmierne spożywanie pokarmów i uleganie pokusom żywnościowym. Silny wymiar Rodzica Opiekuńczego wspiera zaś tego rodzaju postawy i zachowania. Badania innych autorów wykazały, że negatywny wpływ na efektywność kuracji odchudzającej ma również silny wymiar Dziecka Spontanicznego. Silny Dorosły sprzyja natomiast redukcji masy ciała [11].

W badaniu własnym zaobserwowano również, że wartość BMI i szacunek do siebie były odwrotnie proporcjonalne do nasilenia wymiaru Dziecko Przystosowane. Wyniki są zgodne z charakterystyką Dziecka Przystosowanego, które cechuje podporządkowanie, posłuszeństwo, wycofanie społeczne i poszukiwanie akceptacji. Wydaje się, że konstruktywne wykorzystanie tych cech osobowościowych pacjenta w terapii

może zwiększyć szansę na skuteczną redukcję masy ciała. Jednocześnie istnieje jednak potrzeba pracy nad wzrostem szacunku pacjenta do samego siebie.

Badanie nie wykazało statystycznych różnic w poziomie szacunku do siebie oraz atrakcyjności seksualnej między podgrupami. Należy jednak podkreślić, że niski poziom samooceny stwierdzono u ponad połowy badanych kobiet, co jest zgodne z wynikami prezentowanymi przez innych autorów [6, 12]. Uważa się, że niska samoocena otyłych kobiet jest istotnie związana z czynnikami kulturowymi. Jednoznaczne oraz wyidealizowane standardy wyglądu i urody kobiecej w kulturze zachodniej to ważne czynniki wpływające na zmniejszenie poczucia własnej wartości u otyłych kobiet. Znaczenie ma również postrzeganie szczupłych kobiet jako atrakcyjnych fizycznie oraz utożsamianie szczupłej sylwetki z takimi cechami charakteru jak ambicja, opanowanie, poczucie własnej wartości [13]. Dodatkowo dla wielu kobiet niska masa ciała jest ważnym wyznacznikiem szczęścia [14]. Wydaje się więc, że negatywny obraz ciała jest głównym czynnikiem, który obniża szacunek do samego siebie. Niska samoocena determinuje psychologiczne, społeczne, zawodowe i rodzinne aspekty życia. Strategie radzenia sobie ze stresem u osób otyłych z niską samooceną często opierają się na emocjach i nie sprzyjają skutecznemu zarządzaniu sytuacją trudną [15].

W przeprowadzonym badaniu poziom szacunku do siebie był wprost proporcjonalny do nasilenia wymiarów Dziecko Spontaniczne oraz Dorosły. Dodatkowo seksualna atrakcyjność była wprost proporcjonalna do nasilenia wymiaru Dziecko Spontaniczne. Jest to interesująca obserwacja, ponieważ Dziecko Spontaniczne charakteryzuje impulsywność, brak kontroli i uwrażliwienie na bodźce zewnętrzne. Potwierdzają ją częściowo wyniki opublikowanych badań, ukazujących związki między poziomem samooceny a ekspresją emocjonalną [16]. Jednak pełne wyjaśnienie tych zależności wymaga analizy i zbadania, w jakim stopniu są one wzmacniane przez wymiar Rodzica Opiekuńczego. Również pomocna mogłaby się okazać ocena relacji partnerskiej oraz masy ciała partnerów osób badanych. Wcześniej opublikowane badania wskazują, że obniżenie samooceny jest wynikiem społecznej stygmatyzacji, dlatego czynnik ten powinien być brany pod uwagę [17].

Można założyć, że pozytywny wpływ wymiaru Dorosły (charakteryzującego się logiką, podejściem konstruktywnym oraz koncentracją na terażniejszości) na szacunek do siebie może być związany ze statusem społecznym i dobrymi relacjami partnerskimi. Z drugiej strony koncentracja wyłącznie na terażniejszości może być mechanizmem obronnym przed przyjęciem do świadomości potencjalnych konsekwencji otyłości. Obecność Dorosłego nie stanowi gwarancji dostatecznej kontroli negatywnych przeobrażeń, uczuć i zachowań.

Wykazano, że zatroskanie masą ciała wpływa na atrakcyjność seksualną, funkcjonowanie seksualne i satysfakcję seksualną u kobiet [18]. Jest to spowodowane poczuciem silnego dyskomfortu z powodu negatywnych opinii i ocen innych ludzi lub negatywnym wynikiem porównań społecznych w aspekcie wyglądu [6, 13–14]. Zgodnie z tymi doniesieniami wyniki badania własnego wykazały, że wyższy poziom zatroskania własną masą ciała był dodatnio skorelowany z większą atrakcyjnością seksualną oraz niższym wskaźnikiem BMI. Jednak poziom zatroskania masą ciała był podobny w całej grupie badanej i nie wpływał na wybór strategii radzenia sobie z otyłością.

Interesującym aspektem badania własnego jest niższy wynik w skali kłamstwa wśród badanych odchudzających się samodzielnie w porównaniu z badanymi nieodchudzającymi się aktualnie lub korzystającymi z profesjonalnej pomocy. Ponadto wyniki wieloczynnikowego modelu regresji skorygowanego ze względu na wiek, uwzględniającego zmienne niezależne, takie jak poziom wykształcenia, zatroskanie masą ciała, nasilenie wymiaru Dziecko Dostosowane i wyniki w skali kłamstwa, wykazały, że wskaźnik BMI jest wprost proporcjonalny do wyników w skali kłamstwa i odwrotnie proporcjonalny do pozostałych analizowanych zmiennych. Dlatego można założyć, że tendencja do samooszukiwania się jest ważnym czynnikiem opóźnionego postrzegania problemu otyłości i szukania profesjonalnej pomocy. Z kolei poziom wykształcenia oraz nasilenie wymiaru Dziecko Przystosowane mogą być korzystnymi czynnikami, zmniejszającymi skłonność do samooszukiwania się. Otrzymane wyniki pozwalają przypuszczać, że potencjalne oddziaływania psychoterapeutyczne, nakierowane na zwiększenie skuteczności redukcji masy ciała u kobiet, powinny wykraczać poza wzmacnianie poczucia własnej atrakcyjności i kłaść nacisk również na wzrost samokrytyki.

Jak dotąd brak jest danych dotyczących analizy Ja u osób otyłych w kontekście analizy transakcyjnej. Badanie własne jest pierwszą próbą oceny związku pomiędzy strukturą Ja a wyborem konkretnej strategii radzenia sobie z nadmierną masą ciała. Uzyskane wyniki sugerują, że wykorzystanie analizy transakcyjnej w diagnostyce psychologicznej osób otyłych może być nową, ważną strategią w zakresie promocji zdrowia. Hipoteza ta jest poparta wynikami wcześniej opublikowanych badań, które udowadniają, że wykorzystanie założeń analizy transakcyjnej w terapii poprawia komunikację interpersonalną między personelem medycznym a pacjentami [19].

Ograniczeniem przeprowadzonego badania jest stosunkowo niewielka liczebność podgrup, brak analizy relacji partnerskich, stanu odżywienia partnerów i rodziców badanych oraz statusu społecznego. Dodatkowo analiza transakcyjna jest podejściem bardzo zindywidualizowanym, dlatego próba przełożenia jej wyników na populację wiąże się z ograniczeniami, wzmacnianymi dodatkowo przez wpływ wielkości masy ciała oraz strategii radzenia sobie z nadwagą i otyłością.

Wnioski

1. Struktura Ja oraz szacunek do siebie i własnego ciała nie wpływają na wybór strategii radzenia sobie z nadmierną masą ciała.
2. Szacunek do siebie jest związany z wymiarami Ja: Dziecko Spontaniczne oraz Dorosły, zaś atrakcyjność seksualna z wymiarem Dziecko Spontaniczne.
3. Wyniki badania sugerują, że analiza transakcyjna jest ważnym narzędziem, które mogłoby zwiększyć efektywność strategii redukcji nadmiernej masy ciała.

Piśmiennictwo

1. Elliot A. *Concepts of the Self*. Cambridge: Polity Press; 2008.
2. Posadzki P, Stockl A, Musonda P, Tsouroufli M. *A mixed-method approach to sense of coherence, health behaviors, self-efficacy and optimism: towards the operationalization of positive health attitudes*. *Scand. J. Psychol.* 2010; 51(3): 246–252.

3. Berne E. *Group therapy abroad*. Int. J. Group Psychother. 1958; 8: 466–470.
4. Brytek-Matera A. *Obraz własnego ciała u otyłych kobiet: przyczyny i stopień niezadowolenia, związek z obniżoną samooceną i strategiami radzenia sobie ze stresem*. Psychiatr. Pol. 2010; 44(2): 267–275.
5. Chang EY, Kim JS, Shin SJ. *Health promotion lifestyle according to self-perception of obesity and objective status measured by bioelectric impedance analysis in college women*. J. Korean Acad. Nurs. 2009; 39(5): 693–699.
6. James DC. *Gender differences in body mass index and weight loss strategies among African Americans*. J. Am. Diet. Assoc. 2003; 103(10): 1360–1362.
7. Stout AL, Applegate KL, Friedman KE, Grant JP, Musante GJ. *Psychological correlates of obese patients seeking surgical or residential behavioral weight loss treatment*. Surg. Obes. Relat. Dis. 2007; 3(3): 369–375.
8. Bąk-Sosnowska M, Zahorska-Markiewicz B, Mandal E, Trzcieniecka-Green A. *Poziom lęku oraz poczucie kontroli u kobiet decydujących się na rozpoczęcie kuracji odchudzającej*. Psychiatr. Pol. 2006; 40(1): 99–107.
9. Lowe MR. *Self-regulation of energy intake in the prevention and treatment of obesity. Is it feasible?* Obes. Res. 2003; 11(supl.): 44S–59S.
10. Martin PD, Dutton GR, Brantley PJ. *Self-efficacy as a predictor of weight change in African-American women*. Obes. Res. 2004; 12(4): 646–651.
11. Saito H, Kimura Y, Tashima S, Takao N, Nakagawa A, Baba T i wsp. *Psychological factors that promote behavior modification by obese patients*. Biopsychosoc. Med. 2009; 3: 9.
12. Ríos-Martínez BP, Rangel-Rodríguez GA. *Self-perception in obese patients*. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2011; 49(1): 23–28.
13. Weeden J, Sabini J. *Physical attractiveness and health in western societies: A review*. Psychol. Bull. 2005; 131(5): 635–653.
14. Tiggemann M, Rothblum E. *Gender differences in internal beliefs about weight and negative attitudes towards self and others*. Psychol. Women Quart. 1997; 21(4): 581–593.
15. Ferrante M, Fiore M, Sciacca GE, Leon L, Sciacca S, Castaing M i wsp. *The role of weight status, gender and self-esteem in following a diet among middle-school children in Sicily (Italy)*. BMC Public Health 2010; 10: 241
16. Lafrenière MK, Bélanger JJ, Sedikides C, Vallerand RJ. *Self-esteem and passion for activities*. Pers. Individ. Dif. 2011; 51(4): 541–544.
17. Patchin JW, Hinduja S. *Cyberbullying and self-esteem*. J. Sch. Health 2010; 80(12): 614–621.
18. Pujols Y, Seal BN, Meston CM. *The association between sexual satisfaction and body image in women*. J. Sex. Med. 2010; 7(2 Pt. 2): 905–916.
19. McKimm J, Forrest K. *Using transactional analysis to improve clinical and educational supervision: the Drama and Winner's triangles*. Postgrad. Med. J. 2010; 86(1015): 261–265.

Adres: Monika Bąk-Sosnowska
Zakład Psychologii
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
40-752 Katowice, ul. Medyków 12

Otrzymano: 5.10.2013

Zrecenzowano: 13.01.2014

Otrzymano po poprawie: 17.01.2013

Przyjęto do druku: 11.04.2014