



Złożenie pracy online:

2013-06-22 20:34:30

Kod pracy:

9700

Angelika Łętowska
(nr albumu: 17746*PSYCH/JM)

Praca magisterska

Obraz ciała a empatia u studentów

Body image and empathy in students

Wydział: Nauk Społecznych i Informatyki

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr Michał Grygielski

Serdeczne podziękowania dla promotora dr Michała Grygielskiego za życzliwą pomoc, cenne rady i niezliczone wskazówki merytoryczne udzielone w trakcie realizacji niniejszej pracy.

Składam podziękowania także ks. Dr hab. Zenonowi Uchnastowi, za możliwość wykorzystania jego metody i życzliwą pomoc.

Abstrakt

Obserwowane w kulturze masowej wyolbrzymianie znaczenia wizerunku człowieka staje się przyczyną zawężania obrazu siebie do ja cielesnego u osób w wieku młodzieńczym. Celem prezentowanych w pracy badań było rozstrzygnięcie kwestii czy obraz ciała rozumiany jako spostrzeżenia, myśli i uczucia człowieka odnoszące się do własnego ciała (Fisher, 1990) ma u osób w tym wieku związek z empatią. Na podstawie przeglądu literatury przedmiotu założono, że istnieje zależność pomiędzy obrazem ciała a empatią i inteligencją emocjonalną. Do ujęcia obrazu ciała zastosowano Skalę Obrazu Ciała (Body Esteem Scale) S. L. Franzoi i S. A. Shields'a zaś do pomiaru empatii użyto Kwestionariusza Empatii Osobowej autorstwa Z. Uchnasta, a inteligencji emocjonalnej Kwestionariusza Inteligencji Emocjonalnej (INTE) w polskim opracowaniu A. Jaworowskiej i A. Matczak. W badaniu wzięło udział 244 studentów uczelni z Nowego Sącza i Krakowa w wieku od 19 do 25 lat. Analiza współczynników korelacji r- Pearsona dostarczyła danych, mówiących, że doświadczany obraz ciała w przypadku kobiet koreluje dodatnio ze znajomością siebie, empatią osobową i swobodą towarzyską, a u mężczyzn z ogólnym poziomem empatii i empatią osobową. W całej grupie studentów stwierdzono współwystępowanie obrazu ciała ze zdolnością identyfikowania swoich uczuć, jak i uczuć innych a także z umiejętnością używania własnych emocji w celu wspomaganie myślenia. Rezultaty badań potwierdziły, że osoby z grupy o wysokim poziomie obrazu ciała są bardziej empatyczne.

Abstract

Observed within in mass culture the overestimation of our image becoming a narrow self-image into physical- self among youth people. The main aim of this research is to examine the issue if body image defined as a perception of body image, thoughts and feelings relevant to the man's own body (Fisher, 1990) associated with empathy. Review of the reaserch literature assumes that there is a relationship between body image and empathy as well as emotional intelligence. In order to approach verify hypotheses following methods were employed: Body Image Scale (BES) by S. L. Franzoi i S. A. Shields and to measure empathy the Personal Empathy Inventory- PEI by Z. Uchnast and Emotional Intelligence Questionnaire in the Polish study A. Jaworowska & A. Matczak. The group of 244 students from Nowy Sącz and Krakow between 19 to 25 years of age participated in the current study. The analysis of Pearson's Correlation Coefficient of r- Pearson show that experienced body image for women correlates positively with knowledge of oneself empathy, personal

empathy and social freedom. Men's experienced body image correlates with a general level of empathy and personal empathy. For the entire group of students results indicated body image was related to the ability to identify feelings and the feelings of others as well as the ability to use our emotions to assist thinking. The research study confirmed that people with high level of body image are more empathetic.

Spis treści

Wstęp	7
Rozdział 1. Teoretyczne podstawy badań	11
1.1. Obraz ciała w teoriach i badaniach psychologicznych	11
1.1.1. Definicja obrazu ciała	11
1.1.2. Funkcjonowanie osób w zależności od ogólnego poziomu samooceny i doświadczanego obrazu ciała	14
1.1.3. Komponenty obrazu ciała	15
1.1.4. Czynniki kształtujące obraz ciała	17
1.1.4.1. Wpływ doświadczeń relacji z rodzicami na kształtowanie się obrazu ciała	17
1.1.4.2. Wpływ mediów na rozwój obrazu ciała	19
1.1.4.3. Wpływ komentarzy na temat własnego ciała na zadowolenie z niego	21
1.1.5. Teoretyczne modele rozwoju obrazu ciała	22
1.1.5.1. Poznawczo-behawioralny model rozwoju wizerunku ciała według T. Casha	22
1.1.5.2. Poznawczy model obrazu ciała a zaburzenia odżywiania opracowany przez D. Williamsona	22
1.1.6. Zaburzenia percepcji obrazu ciała	24
1.1.6.1. Model rozwoju zaburzeń wizerunku ciała autorstwa A. Kearney-Cooke	24
1.1.6.2. Model rozwoju niezadowolenia z własnego ciała zaproponowany przez E. Stices	24
1.1.7. Różnice międzypłciowe w obrazie ciała	24
1.1.8. Obraz ciała a indywidualne właściwości osoby	25
1.2. Empatia w literaturze psychologicznej	27
1.2.1. Geneza problematyki empatii	27
1.2.2. Definicja empatii	28
1.2.3. Komponenty empatii	29
1.2.3.1. Komponent emocjonalny	29
1.2.3.2. Kognitywny wymiar empatii	30
1.2.3.3. Empatia jako zespół emocjonalno-poznawczy	30
1.2.4. Proces kształtowania się empatii	31
1.2.5. Ujęcie empatii jako postawy według Z. Uchnasta	33
1.2.6. Empatia, jako element inteligencji emocjonalnej	34
1.2.7. Wpływ doświadczeń rodzinnych na rozwój empatii	37
1.2.8. Różnice w poziomie w empatii z uwagi na płeć	38
1.2.9. Empatia a zachowania prospołeczne	38
1.2.9.1. Wymiana społeczna: zyski i koszty związane z zachowaniami prospołecznymi	38
1.2.9.2. Pomoc bezinteresowna: zjawisko empatii i altruizmu	40

1.2.9.3. Indywidualne uwarunkowania zachowań prospołecznych.....	41
1.2.10. Rola empatii	42
1.2.10.1. Znaczenie empatii i inteligencji emocjonalnej w stosunkach interpersonalnych	42
1.2.10.2. Funkcja empatii w kształtowaniu obrazu ciała i postaw wobec siebie.....	44
Rozdział 2. Metodologia badań własnych	47
2.1. Problem i hipotezy badawcze	47
2.1.1. Problematyka badania	47
2.2. Zastosowane metody	49
2.2.1. Kwestionariusz Empatii Osobowej- KEO w opracowaniu Zeona Uchnasta.....	49
2.2.2. Skala obrazu ciała- BES autorstwa S.L. Franzoi i S. A. Schields	53
2.2.3. Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej- INTE	55
2.3. Procedura badania	56
2.4. Charakterystyka grupy badanych osób.....	57
Rozdział 3. Prezentacja wyników i ich psychologiczna interpretacja	58
3.1. Poziom obrazu ciała u badanych studentów.....	58
3.1.1. Charakterystyka wymiarów obrazu ciała w grupie kobiet	60
3.1.2. Charakterystyka wymiarów obrazu ciała w grupie mężczyzn	65
3.2. Charakterystyka badanych osób pod względem poziomu empatii.....	68
3.3. Analiza związków między obrazem ciała a empatią u studentów.....	70
3.3.1. Poziom współzależności pomiędzy Skalami Obrazu Ciała- BES a skalami Kwestionariusza Empatii Osobowej- KEO	70
3.3.2. Poziom współzależności między Skala Obrazu Ciała (BES) a Kwestionariuszem Inteligencji Emocjonalnej (INTE).....	73
3.3.3. Charakterystyka osób różniących się poziomem obrazu ciała pod względem empatii.....	75
3.3.4. Charakterystyka osób różniących się poziomem obrazu ciała pod względem inteligencji emocjonalnej	86
3.4. Dyskusja wyników	95
Zakończenie	99
Bibliografia.....	103

Wstęp

Geneza pojęcia obrazu ciała sięga początków XX wieku. W tym okresie powstały prace neurologów a także neuropsychologów na temat nieprawidłowości w zakresie schematów ciała. W literaturze psychologicznej temat obrazu ciała najczęściej pojawia się w kontekście zaburzeń związanych z jego percepcją i negatywnym ustosunkowaniem się do ciała. Żyjemy bowiem w czasach kiedy ciało stało się kultem.

W niniejszej pracy obraz ciała będzie rozumiany jako uwewnętrznione spojrzenie na własny wizerunek z pozycji obserwatora wiążący się z przekonaniem o tym, jak oceniają go inni a także z doświadczanymi w związku z ciałem emocjami (Thompson, 2002). D. Garner (1997) tłumaczy, że obraz ciała to nie tylko uroda, atrakcyjność, czy wygląd fizyczny. Tak naprawdę to dużo więcej- jest to umysłowy schemat nas samych, który pod wpływem czynników emocjonalnych w sposób aktywny wpływa na naszą samoocenę i sposób zachowania się.

To jak istotny wpływ ma obraz ciała na nasze psychiczne życie pokazuje istnienie psychopatologii, których podłożem jest nieadekwatność ocen związanych z cielesnością. To w jaki sposób postrzegamy nasze ciało budzi w nas konkretne emocje oraz przekonania, które mogą kierować naszymi planami życiowymi. Obraz ciała ma także wpływ na to z kim się zwiążemy w życiu prywatnym, jak będą wyglądać nasze relacje interpersonalne oraz jakość naszego samopoczucia a tym samym życia E. Ogłodek i współpracownicy (2009, s. 329) wyjaśniają: „określone przekonanie o pięknie swojego ciała wpływa na funkcjonowanie psychiczne i społeczne osoby, przede wszystkim na jej stosunek do siebie samej oraz na relacje z innymi ludźmi”.

W tej pracy została podjęta kwestia związku obrazu ciała z empatią u studentów. Pojęcie obrazu ciała najpełniej jest definiowane w oparciu o następujące stwierdzenia. Obraz ciała to spostrzeżenia, myśli i uczucia człowieka odnoszące się do jego własnego ciała (Fisher, 1990) i charakteryzujące się dużym ładunkiem subiektywizmu (Watkins, 2008). Badania nad aspektem cielesnym człowieka zanurzonego w kontekście społeczno- kulturowym pokazują, że informację napływającą z mass mediów zbudowały przekonanie o ogromnej wartości ciała w dzisiejszym świecie szczególnie u osób we wczesnej dorosłości i osób młodszych. Osoby na późniejszych etapach rozwojowych nie przeceniają wartości ciała i nie nadają atrakcyjności fizycznej aż takiego znaczenia jak pokolenia młodsze. Należałoby dodać także, że stopień w jakim wartościujemy znaczenie ciała zależy od przyjętej i zindywidualizowanej

hierarchii wartości. Nie zmienia to jednak faktu, że obecnie środki masowego przekazu są wszechobecne co prowadzi do wzrostu niezadowolenia z ciała (Derenne, Beresin, 2006).

W tej pracy odwołano się do pojęcia empatii, którą M. H. Davis (1983) rozumie jako konstrukt obejmujący zarówno zdolności poznawcze i emocjonalne, które pozwalają jednostce przyjąć perspektywę innej osoby, zidentyfikowaną jako kluczowy element funkcjonowania społecznego, który prognozuje poziom empatycznej troski o inne osoby. W literaturze psychologicznej *empatia* jest różnie definiowana. Najczęściej spotykamy się z definicją zaproponowaną przez Gulina (1994), który definiuje to zjawisko jako *wczuwanie się w cudzy stan psychiczny, jej miarą jest zaś stopień podobieństwa między stanami psychicznymi empatyzera i percypowanego przedmiotu* (s. 47). Z. Uchnast (2001) podkreśla, że empatia może być ujmowana, jako wyznacznik dojrzałości emocjonalnej oraz zdolności osobowych do rozwoju w adekwatnych relacjach interpersonalnych.

Podjętą tematykę uzasadnia się tym, że zarówno obraz własnego ciała jak i empatia wyrażają się w jakości relacji interpersonalnych. Literatura psychologiczna pokazuje jak ważne są relacje rodzinne zarówno w kształtowaniu się empatii jak i obrazu ciała. Dziecko uwewnętrzniając zachodzące interakcje z rodzicami buduje schematy wewnątrzpsychiczne, co łączy się z tym jak rozumie i postrzega własną cielesność (Rzeszutek, 2009). Zagadnienia nawiązujące do funkcjonowania w środowisku rodzinnym, które ma ogromny wpływ na rozwój oraz jakościowy charakter obrazu ciała pokazują, że niedostępność empatyczna i selektywność reakcji ze strony rodziców przekłada się na rozwój psychopatologii w obrazie ciała (Krueger, 2009). Ponadto od wielu lat bada się kobiety cierpiące na anoreksję pod względem zdolności empatycznych i inteligencji emocjonalnej. Wyniki tych badań są jednoznaczne. Przy tak zaburzonym i niskim obrazie ciała występują deficyty w kompetencjach społecznych, empatii a także z kontrolowaniem emocji.

M. Adenzato, P. Todisco, R.B. Ardit (2012) skupili się poznaniu funkcjonowania społecznego u pacjentek z anoreksją. Efektem ich analiz było potwierdzenie faktu, że współczynniki poziomu empatii, a więc zdolności do współodczuwania, rozpoznawania stanów afektywnych drugiej osoby i właściwe emocjonalne reagowanie jest niższy u kobiet z anoreksją niż u tych, które nie wykazują tak skrajnego niezadowolenia z ciała.

Problem badawczy tej pracy sprowadza się do pytania, czy obraz ciała może się wiązać z empatią, a jeśli tak, to jak wygląda ta relacja? Wysoki czy może niski poziom obrazu z ciała współwystępuje z wysokim poziomem empatii?

Ten obrany kierunek badawczy uszczegółowiony jest następującymi hipotezami, które wymagają weryfikacji:

- H 1.** Istnieje zależność pomiędzy obrazem ciała a empatią u studentów.
- H 2.** Obraz ciała ma związek z inteligencją emocjonalną u studentów.
- H 3.** Osoby różniące się pod względem obrazu ciała różnią się w zakresie empatii
- H 4.** Osoby wykazujące różnice w zakresie obrazu ciała różnią się inteligencją emocjonalną

Praca ta ma charakter empiryczny. Do pomiaru obrazu ciała użyto Skalę Obrazu Ciała (Body Esteem Scale-BES) autorstwa S. L. Franzoi i S. A. Shields. Zaś do ujęcia poziomu empatii posłużono się Kwestionariuszem Empatii Osobowej (KEO) Z. Uchnasta a także Kwestionariuszem Inteligencji Emocjonalnej (INTE) w polskiej adaptacji A. Jaworowskiej i A. Matczak.

Przebadanych zostało 244 studentów (121 mężczyzn i 123 kobiety) ze wszystkich roczników, na uczelniach dwóch miast: Nowego Sącza i Krakowa. Wybrano grupę osób badanych, dla której charakterystycznym okresem rozwojowym jest wczesna dorosłość, co uzasadnia się ukształtowaną już empatią, tożsamością i stabilnym obrazem ciała.

Badania nad aspektem cielesnym człowieka zanurzonego w kontekście społeczno-kulturowym pokazują, że informację napływające z mass mediów zbudowały przekonanie o ogromnej wartości ciała w dzisiejszym świecie szczególnie u osób we wczesnej dorosłości i osób młodszych. Osoby na późniejszych etapach rozwojowych nie przeceniają wartości ciała i nie nadają atrakcyjności fizycznej aż takiego znaczenia jak pokolenia młodsze. Należałoby dodać także, że stopień w jakim wartościujemy znaczenie ciała zależy od przyjętej i zindywidualizowanej hierarchii wartości. Nie zmienia to jednak faktu, że obecnie środki masowego przekazu są wszechobecne co prowadzi do wzrostu niezadowolenia z ciała (Derenne, Beresin, 2006).

Praca obejmuje trzy rozdziały. Pierwszy obejmuje zagadnienia teoretyczne na temat obrazu ciała i empatii a także analizę kierunków badań empirycznych nad rolą empatii w

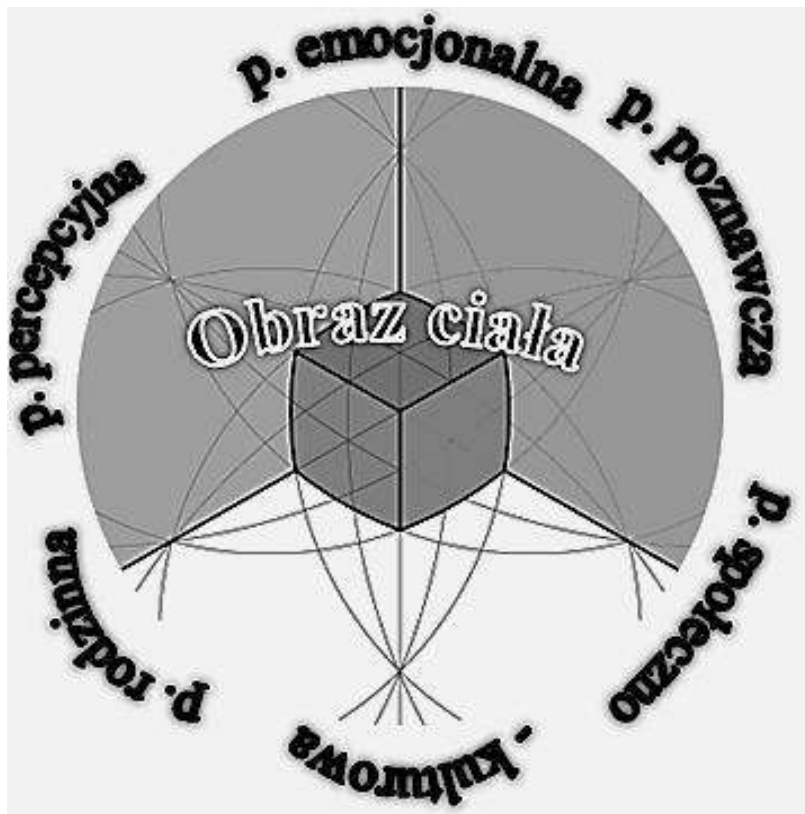
kształtowaniu się postaw wobec siebie i swojego ciała. Drugi rozdział to projekt badań własnych oraz prezentacja problemu badawczego, założonych hipotez badawczych. W tym rozdziale zostały przedstawione wybrane metody badawcze. Natomiast ostatni, trzeci rozdział obejmuje prezentację wyników, ich ilościową i psychologiczną interpretację. Praca zostaje zakończona podsumowaniem rezultatów badań i bibliografią.

Rozdział 1. Teoretyczne podstawy badań

1.1. Obraz ciała w teoriach i badaniach psychologicznych

1.1.1. Definicja obrazu ciała

Miniona dekada była świadkiem wzrostu zainteresowania klinicystów i naukowców tematyką obrazu ciała. Badacze zainteresowani tym wielopłaszczyznowym konstruktem rozpatrują go z różnych perspektyw (Cash, Pruzinsky, 2002). Badania nad aspektem cielesnym człowieka w kontekście procesów społeczno-kulturowych pokazują, iż w naszej cywilizacji ciało zostało uprzedmiotowione, natomiast *Ją* jest coraz bardziej ucieleśnione (Kowalik, 2003).



Rysunek. 1. Perspektywy ujmowania obrazu ciała w literaturze psychologicznej według T. Cash'a i T. Pruzinsky'ego (2002). Opracowanie własne.

Autor pojęcia *body image*- P. Schilder (1950) definiuje obraz ciała jako fotografię własnego ciała, którą na bazie doświadczeń tworzymy w sposób aktywny w naszym umyśle. Fotografia ta nie jest prostą sumą wyobrażeń lecz trójwymiarowym konstruktem obejmującym trzy podstawowe elementy.



Rysunek 2. Elementy tworzące obraz ciała według P. Schilder'a (1950). Opracowanie własne.

Obraz ciała jest więc tym czym nam się ciało wydaje być dla nas samych, a nie koniecznie tym czym jest w rzeczywistości. Ta umysłowa reprezentacja nie musi być wierną kalką rzeczywistego ciała. P. Schilder (1950) wyjaśnia, iż bezwzględne elementy nie decydują o charakterze całej konstrukcji i umysłowego modelu ciała. Struktury charakteryzujące się specyficznymi cechami są ujmowane przez jednostki jako całość i zabarwione są osobowością. Badacz analizował pojęcie wizerunku ciała w szerokim kontekście zarówno psychologicznym jak i społecznym.

Obecnie w literaturze psychologicznej obraz ciała jest definiowany jako spostrzeżenia, myśli i uczucia człowieka, które odnoszone są do jego własnego ciała (Fisher, 1990) i charakteryzują się dużym ładunkiem subiektywizmu. Subiektywizm ten w rezultacie może prowadzić do niedoszacowania lub przeszacowania aspektów własnego ciała, a tym samym do zaburzeń percepcji i odżywiania (Watkins, Christie, 2008). Nie każdy człowiek potrafi w prawidłowy sposób ocenić pewne aspekty swojego wyglądu. Zwykle własne wyobrażenie swojego wizerunku porównuje do wzorców idealnego wyglądu, które przeważnie kreowane są przez media i społeczeństwo. Obraz ciała łączy się z oceną jego atrakcyjności na tle obowiązujących standardów (Grogan, 1999).

To na czym warto się skupić analizując pojęcie wizerunku ciała to fakt, że jest on subiektywny, może być niestabilny oraz podatny na wpływy otoczenia (Myers, Bocca, 1992).

Chrostowska-Buzun (2001, s. 24) rozumie obraz ciała jako „[...] umysłową reprezentację własnego ciała, posiadającą aspekt poznawczy, afektywny i behawioralny.

Obraz ciała zazwyczaj jest nieświadomy jednak w niektórych przypadkach może stać się przedmiotem świadomej uwagi. Jest one elementem poczucia tożsamości”.

Należy zwracać szczególną uwagę na fakt, że ciało nie ma wyłącznie znaczenia zewnętrznego, estetycznego. Obraz ciała odnoszony jest do mentalnego, zmysłowego i uwewnętrznionego wizerunku jego: rozmiarów, kształtów i formy, jak również obejmuje uczucia jakimi je obdarzamy (Thompson, 1996). Jest to spojrzenie jednostki na własną cielesność z pozycji obserwatora. Spojrzenie to jest opatrzone przekonaniem na temat tego, jak oceniają osobę i jej ciało inni oraz wiąże się z przeżywanymi w związku z tym emocjami (Głębocka, Kulbat, 1997). Mimo, iż obraz ciała zmienia się w czasie oraz, że krótkotrwałe czynniki sytuacyjne mają wpływ na wizerunek ciała to istnieje ogólny, globalny poziom zadowolenia z własnego wyglądu (Haimovitz, Lansky, O'Reilly, 1993).

Definicja obrazu ciała skonstruowana przez J. Watkins i C. Christie (2008) zawiera 3 elementy:

1. *percepcyjny*, który obejmuje ocenę rozmiaru i kształtu ciała
2. *kognitywny* (poznawczy) - czyli ogólną ocenę atrakcyjności ciała
3. *afektywny*, który wiąże się z rodzajem reakcji emocjonalnych w związku z ewaluacją swojego ciała.

Ten indywidualny i ogólny poziom satysfakcji lub niezadowolenia ze swojego ciała jest efektem rozbieżności między aktualnym i idealnym obrazem ciała. Zdaniem J. Watkins i C. Christie każdy człowiek posiada bowiem przekonania na temat tego jak chciałby wyglądać i ile brakuje mu jeszcze do ideału. Ludzie szacują czy są atrakcyjni na tyle, by społeczeństwo ich w pozytywny sposób odbierało, czy też nie. To właśnie ocena własnego wizerunku stawia granice interpersonalne.

Obraz ciała to jedna ze składowych obrazu siebie. Zarówno u kobiet jak i u mężczyzn obraz ciała jest skorelowany z samooceną. Badania wykazują, że wzorzec różnic w obrazie ciała musi być rozpatrywany osobno dla obu płci. Wynika to z faktu, że źródła niezadowolenia z ciała są różne dla dwóch płci. Mężczyźni są statystycznie bardziej zadowoleni z budowy swojego ciała, natomiast kobiety są bardziej zadowolone z elementów twarzy (Silberstein, Striegel-Moore, Timko, Rodin, 1988). Subiektywna ocena i spójna koncepcja siebie pozwala osobom na dobre przystosowanie się do funkcjonowania w sytuacjach społecznych i poznawczych (Oleś, 2003). Najlepsze funkcjonowanie i przystosowanie osoby jest oparte o pozytywny, ale nie nadmiernie zawyżony obraz siebie- czyli o realistyczne, adekwatne spojrzenie na siebie. Osoby, które charakteryzują się pozytywnym obrazem ciała są zdolne do efektywnego działania oraz mają predyspozycje do

bycia twórczym. Potrafią dostrzegać własne sukcesy a także porażki. Są to ludzie, którzy nie obawiają się krytyki, lecz traktują ją konstruktywnie by zmieniać siebie na lepsze. Dzięki takim tendencjom umieją poradzić sobie w każdej sytuacji (Oleś, 2003).

1.1.2. Funkcjonowanie osób w zależności od ogólnego poziomu samooceny i doświadczanego obrazu ciała

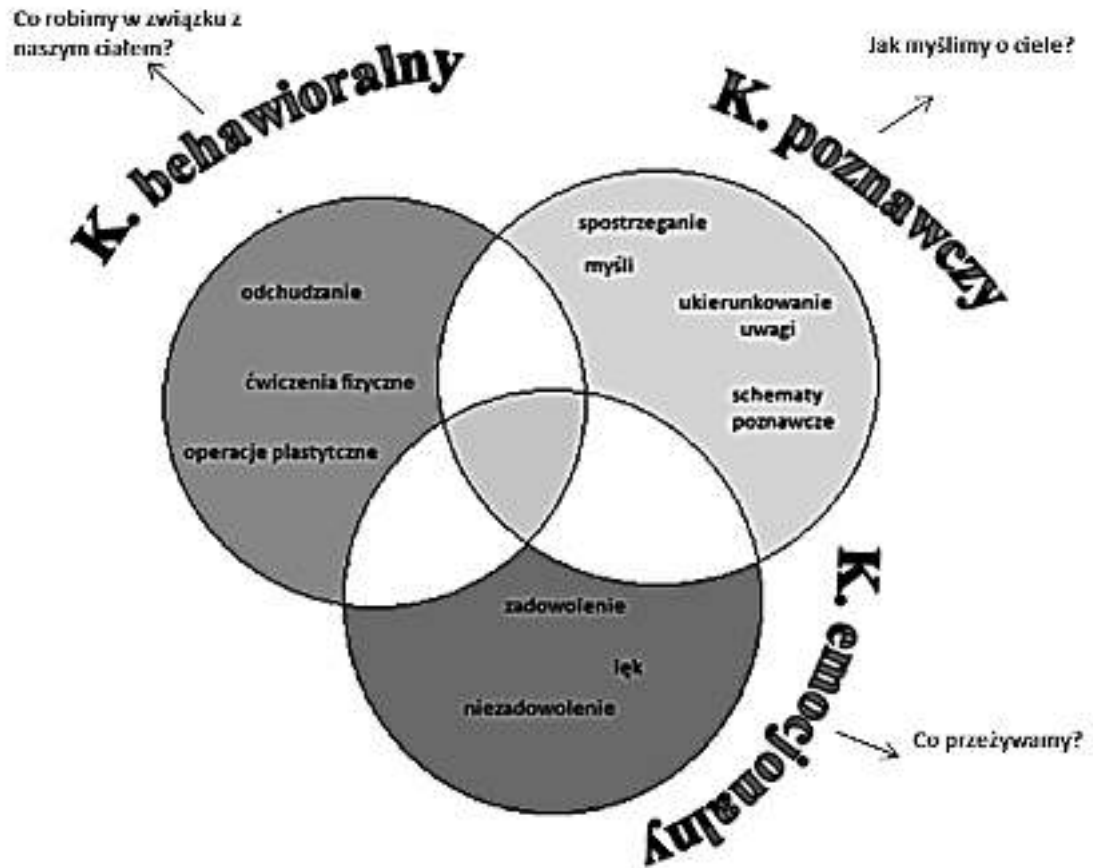
Obraz ciała jest jednym z fundamentalnych elementów obrazu siebie, najbardziej reprezentatywną częścią Ja (Brytek- Matera, 2008). Subiektywna ocena i spójna koncepcja siebie pozwala osobom na dobre przystosowanie się do funkcjonowania w sytuacjach społecznych i poznawczych (Oleś, 2003). Jednostki mające pozytywny obraz siebie są pozytywne, pewne siebie i radosne, otoczenie lubi z nimi przebywać i rozmawiać. Natomiast Ci z negatywnym obrazem siebie są smutni i lękowi, a świat interpretują jako zagrażający i niebezpieczny (McDowell, 1991). Najlepsze funkcjonowanie i przystosowanie osoby jest oparte o pozytywny, ale nie nadmiernie zawyżony obraz siebie- czyli o realistyczne, adekwatne spojrzenie na siebie. Osoby, które charakteryzują się pozytywnym obrazem siebie są zdolne do efektywnego działania oraz mają predyspozycje do bycia twórczym. Potrafią dostrzegać własne sukcesy a także porażki. Są to ludzie, którzy nie obawiają się krytyki, lecz traktują ją konstruktywnie by zmieniać siebie na lepsze. Dzięki takim tendencjom umieją poradzić sobie w każdej sytuacji (Oleś, 2003).

Obecnie uznaje się, że przekonania, myśli i emocje jakimi obdarzamy własny wizerunek przejawiają się w zachowaniu osoby. Istnieją zależności między behawioralnymi aspektami zaburzeń odżywiania a poznawczym i emocjonalnym wymiarem obrazu ciała (Brytek- Matera, Rybicka- Klimczyk, 2008). Behawioralny aspekt wizerunku ciała najczęściej obejmuje działania, jakie podejmuje jednostka w celu udoskonalenia swojego ciała i modelowania sylwetki: stosowanie diet, środków farmakologicznych i kosmetycznych, uprawianie ćwiczeń fizycznych, w skrajnych przypadkach poddawanie się zabiegom chirurgii estetycznej (Stewart, Williamson, 2003).

Doświadczany obraz ciała jest ważnym elementem wpływającym na kontakty interpersonalne. Jak pisze K. Schier (2009, s. 9) wizerunek własnego ciała „ to złożony proces doświadczania siebie w sposób cielesny, zjawisko umieszczone na pograniczu świata wewnętrznego danej osoby i jej relacji z innymi ludźmi”.

1.1.3. Komponenty obrazu ciała

Badacze opisujący obraz ciała często koncentrują się tylko na wymiarze emocjonalnym, czyli na nasileniu negatywnych uczuć względem ogólnego kształtu własnego ciała, poszczególnych jego części oraz wagi ciała (Cash, Fleming, Alindogan, Steadman, 2002). Takie podejście jest jednak zbyt wąskie, bowiem omija cały szereg zniekształceń percepcji. Dana osoba może przecież być niezadowolona ze swojego wizerunku, ale powodem tego mogą być zaburzenia w percepcji i analizie poznawczej swojego ciała, takie jak na przykład niedoszacowanie swojej atrakcyjności czy też przeszacowanie rozmiarów swojego ciała. Na podstawie obserwacji osób z anoreksją i bulimią można stwierdzić, że zróżnicowane formy zaburzeń w zakresie obrazu własnego ciała związane są głównie z błędną percepcją (poznawczą reprezentacją) własnego ciała, a więc z niezdolnością osoby do prawidłowej, adekwatnej oceny rozmiaru i kształtu ciała (Garner, Garfinkel, 1985). Wizerunek ciała jest strukturą umysłową reprezentującą doświadczenia i przeżycia indywidualne w sferze poznawczej, emocjonalnej i behawioralnej, które są bezpośrednio związane z wyglądem własnego ciała. Poznawczy aspekt obrazu ciała dotyczy spostrzeżeń i percepcji własnego ciała, przekonań oraz treści schematów poznawczych, jakie jednostka posiada w związku z własnym wyglądem zewnętrznym. Wymiar emocjonalny wizerunku ciała powiązany jest z doświadczaniem uczucia zadowolenia bądź niezadowolenia z wyglądu własnego ciała lub jego partii oraz z ewentualnym lękiem towarzyszącym ewaluacji ciała. Behawioralny element obrazu ciała najczęściej obejmuje zachowania jednostki względem ciała (Stewart, Williamson, 2003).



Rysunek 3. Komponenty obrazu ciała według T. Stewarta i D. Williamsona (2003). Opracowanie własne

W wymiarze poznawczym koncentrowanie się na wyglądzie prowadzi do selektywnej, ukierunkowanej uwagi dotyczącej informacji, które są związane z ciałem. Na płaszczyźnie behawioralnej osoba dąży do osiągnięcia idealnej sylwetki poprzez stosowanie diet, ćwiczeń czy innych działań mających na celu skorygowanie wagi ciała. Sfera afektywna związana jest z niepowodzeniami w osiągnięciu wymarzonej sylwetki, które skutkują niezadowoleniem z własnego wyglądu i prowadzą do negatywnych stanów emocjonalnych (Tiggemann, 2002).

Powyżej wyszczególnione komponenty obrazu ciała należy uzupełnić o pierwiastek percepcyjny (indywidualna ewaluacja rozmiarów i kształtu ciała), interpretację bodźców wewnętrznych (płynących z wnętrza ciała) i zewnętrznych (przeważnie wizualnych i dotykowych), a także opinie i oceny społeczeństwa oraz własne (Rabe-Jabłońska, Dunajska, 1997).

1.1.4. Czynniki kształtujące obraz ciała

1.1.4.1. Wpływ doświadczeń relacji z rodzicami na kształtowanie się obrazu ciała

Rodzina jest systemem relacji, który najwcześniej wpływ na rozwój wizerunku ciała osoby. Odnosząc się do teorii społecznego uczenia przyjmuje się, że rodzice są ważnymi pierwowzorami procesu socjalizacji. To oni we wczesnych stadiach rozwoju mają możliwość wpływania na wizerunek ciała poprzez kreowanie zachowania oraz kształtowanie opinii. Przyjmuje się, że rozwój obrazu ciała związany jest z oczekiwaniami, czy też uprzedzeniami rodziców odnośnie tego jakiej płci chcieliby mieć dziecko. W momencie narodzin dziecka rodzice z różnym stopniem zadowolenia przyjmują je na świat i oceniają czy wystarczająco dużo podobieństw jest między ich idealnym obrazem dziecka a jego rzeczywistym wyglądem (Fisher, Fisher, Stark, 1980). W sytuacji gdy rozbieżność między idealnym wyobrażeniem a aktualnym wyglądem dziecka jest mała, to dziecko będzie z radością witane. Potrzeby emocjonalne takiego dziecka będą wówczas zaspokajane przez najbliższych i spowodują u niego pozytywne doznania emocjonalne, które są fundamentalne dla budowania prawidłowego obrazu ciała.

Ważne jest, że Ja cielesne wykształca się w relacji z ważnymi osobami w dzieciństwie. A poczucie własnego ciała jest pierwszym odczuciem zaistniałym przez dotyk matki w okresie niemowlęctwa (Krueger, 2002).



Rysunek 4. Zachowania rodziców mające wpływ na kształtowanie się obrazu ciała u dziecka. Opracowanie własne.

W ciągu pierwszych lat życia jesteśmy nieustannie w obecności rodziny. To co dziecko usłyszy na swój temat ma wpływ na jego postrzeganie siebie i wartości. Badania A. Kluck (2010) pokazały, że szczególny i negatywny rodzaj uwag rodzicielskich dotyczących wagi, rozmiaru i kształtu ciała jest największym predyktorem zaburzeń jedzenia i niskiego poziomu zadowolenia z ciała. Natomiast zachęty rodziców do kontrolowania masy i rozmiaru ciała u dziecka okazały się być silnym wskaźnikiem niezadowolenia z ciała u dziecka bardziej niż jakiegokolwiek inne rodzaje rodzicielskich komentarzy. Oczekiwania, jakie rodzice posiadają wobec przyszłego potomka: wygląd, podobieństwo do członków rodziny i brak fizycznych defektów są rozwijane w kolejnych latach życia za sprawą: postaw rodzicielskich, komentarzy i zachowań. F. MacGregor i współpracownicy (1953) podkreślają rolę, jaką rodzice spełniają w kształtowaniu postaw dziecka. W swoich pracach autorzy zwracają szczególną uwagę na fakt, że dzieci będą widzieć swoje wady w taki sposób jak widzą to ich rodzice. Nawet bez jakiegokolwiek wady, dzieci będą internalizowały i przyswajały informacje od swoich rodziców.

Znaczące dla rozwoju pozytywnego obrazu ciała są kontakty dziecka z matką. P. Schilder (1950) zaznacza, iż rodzaj interakcji pomiędzy dzieckiem a matką w sposób szczególny wpływają na kształtowanie się wizerunku ciała u dziecka, dlatego że identyfikuje się ono z ciałem rodzica jako elementem swojego własnego ciała. Za pośrednictwem empatycznych stymulacji płynących od opiekuna dziecka uczy się ono granic swojego ciała. Dzieci u których rozwija się prawidłowy obraz ciała to te, których matki utrzymywały kontakt wzrokowy z niemowlęciem oraz gestem, dotykiem i słowami budowały poczucie siebie i więź emocjonalną (Krueger, 2002). Dla rozwoju obrazu ciała u dziecka nie tylko zachowanie matki ma znaczenie. Badania pokazały, że ważnym autorytetem i modelem dla młodych chłopaków są ich ojcowie i to negatywne komentarze z ich strony dotyczące ich muskulatury są predyktorem niezadowolenia mężczyzn z ich ciała w późniejszym życiu oraz są wyznacznikiem rozpoczęcia działań mających na celu przyrost masy mięśniowej (Galioto, Karazsia, Crowther, 2012).

W trakcie rozwoju dziecka oczekiwania i oceny rodziców w stosunku do niego są w stałej dynamice. Badania przeprowadzone przez R. Striegel-Moore oraz A. Keartney-Cooke (1994) ukazują, że rodzice dzieci w wieku szkolnym posiadają coraz więcej negatywnych spostrzeżeń i postaw wobec wyglądu fizycznego dziecka. Badacze zwracają uwagę na to, że najmłodsze dzieci są oceniane przez rodziców łagodniej, pozytywniej aniżeli dzieci w wieku szkolnym pod kątem: wyglądu fizycznego, nawyków żywieniowych i ćwiczeniowych. Dzieci

w wieku szkolnym są przez rodziców mniej faworyzowane, niż ich młodszy rówieśnicy, lecz bardziej faworyzowane niż adolescenty. Autorki postulują, iż taki schemat rodzicielskich opinii może stać się przyczyną wzrostu negatywnego obrazu ciała, szczególnie u dziewczynek, gdyż to właśnie one bardziej przyswajają krytykę. Przez wszystkie lata swojego rozwoju dziecko internalizuje sposób w jaki jest dotykane oraz uwewnętrznia to co się do niego mówi. Na tej podstawie dziecko ocenia czy jest akceptowane czy też odrzucane przez członków rodziny.

Według A. Keartney-Cook (2002), w dzisiejszych czasach matki są pierwszym pokoleniem, które zostało wychowane przez kobiety, które najczęściej nie akceptowały swojego ciała i zbyt często zwracały uwagę na rozmiar, kształt i wygląd własnych córek, już od momentu ich poczęcia. Dzieci nabywają nawyki i opinie od swoich rodziców, których za młodu uważają za autorytet. K. Pike i J. Rodin (1991) zaobserwowali, iż matki dziewczynek chorujących na bulimię miały większe problemy związane z prawidłowymi nawykami żywieniowymi i odchudzały się drastycznie w młodym wieku w porównaniu do mam dziewcząt niemających zaburzeń odżywiania. Ponadto, matki, które doświadczyły zaburzeń jedzenia w przeszłości uznawały, że ich córki powinny stracić na wadze częściej niż matki dziewcząt, które nie wykazywały zaburzeń jedzenia. Matki, które w historii diety wykazywały zaburzenia znacznie częściej skłonne były uważać, że ich córki są mniej atrakcyjne niż same dziewczęta to oceniły. Badania A. Kobiereckiej (2012) ujawniły związek między emocjonalnym aspektem obrazu ciała a postawami rodziców wobec kobiet w młodym wieku. Postawa matki, która charakteryzuje się bezwzględnym podporządkowaniem i realizowaniem przez córkę oczekiwań matki, wyjaśnia zarówno niezadowolenie ze swojej sylwetki jak i negatywną oceną własnej cielesności.

Rodzice mają więc ogromny wpływ na kształtowanie się opinii dziecka na temat siebie samego. Jak pokazują badania (Taylor, Wilson, Slater, Mohr, 2012) zaburzenia odżywiania i niezadowolenie z ciała są wynikiem niskiego poczucia własnej wartości. Kluczowym wydaje się być fakt, że wrażliwy styl rodzicielstwa może pomóc w promowaniu u dziecka poczucia własnej wartości a tym samym wywołać u dziecka optymalny poziom satysfakcji z własnego ciała.

1.1.4.2. Wpływ mediów na rozwój obrazu ciała

Środki masowego przekazu przenikają życie codziennie każdego człowieka. Praktycznie w każdym domu jest telewizor, włączony przez około 7 godzin dziennie. Od ponad kilku lat

dzieci spędzają więcej czasu przed telewizorem niż na jakiegokolwiek innej działalności prócz spania (Tiggemann, 2002).

Mass media są silnym wskaźnikiem kulturowego ideału piękna. Restrykcyjne standardy dotyczące kobiecego piękna z całą pewnością narzucają młodym dziewczętom schemat szczupłej sylwetki. Taki ideał smukłej sylwetki jest rozpowszechniany w prasie, telewizji, Internecie i w filmach, co na wiele sposobów może wpływać na percepcję i ocenę własnego wizerunku oraz zubożenie obrazu ciała i brak zadowolenia z własnego wyglądu. W pozycjach otwartych, za jako największe źródło presji bycia szczupłą kobiety wskazały środki masowego przekazu i modelki (Tiggemann, 2002). Wskutek skonfrontowania własnego wizerunku z wyglądem kreowanym w mediach, osoba przyswaja obowiązujący ideał sylwetki (Brytek-Matera, 2008). Dziewczyny, które porównują się do modelek zaczynają dostrzegać wady we własnym wyglądzie, czują się źle we własnym ciele i wykazują większy stopień koncentracji na swojej wadze. Badania D. Garnera (1997), które zostały przeprowadzone na czterech tysiącach czytelników „Psychology Today” wyraźnie wpływa wniosek, że modele i modelki prezentowane w gazetach i mediach sprawiają, że zarówno kobiety jak i mężczyźni czują się niepewnie i rozważają podjęcie działań mających na celu zmianę swojej sylwetki. Ponadto prezentowanie szczupłych modelek przyczynia się do większego niezadowolenia z własnego ciała i większego stresu niż ekspozycja na modelki o przeciętnych rozmiarze (Groesz i wsp., 2002).

90% dziewczynek w wieku 3- 11 roku życia jest w posiadaniu lalki Barbie, która jest dla nich niedoścignionym ideałem kształtującym świadomość własnego ciała, ale także ogólny stopień samooceny. Ten niedościgniony ideał Barbie spełnia mniej niż 1 na 100.000 kobiet, jednak pozostała reszta czuje się niepewnie, ma poczucie niższości, zatem stara się sprostać wymaganiom (Smolak, 2002).

Obecnie środki masowego przekazu są wszechobecne, co prowadzi do wzrostu niezadowolenia z ciała zarówno w populacji męskiej jak i żeńskiej (Derenne, Beresin, 2006). Żadna dyskusja na temat obrazu ciała i mediów nie byłaby kompletna bez odwołania się do studium A. Becker (2002), które miało na celu porównanie częstości występowania zaburzeń odżywiania i negatywnych postaw wobec własnego ciała w populacji dorastających dziewcząt na Fidżi przed i po przybyciu telewizji na Fidżi. Etniczne kobiety z Fidżi tradycyjnie były zachęcane do zdrowego odżywiania się oraz do posiadania krągłej sylwetki, co chroniło je przed zaburzeniami odżywiania i niską satysfakcją z ciała. Na skutek długotrwałej ekspozycji tych dziewcząt na programy przedstawiane za pośrednictwem mediów zaburzenia obrazu ciała, odżywiania i niezadowolenia z ciała wzrosły z 0 do 69%, a

młodzi ludzie rutynowo komentowali wygląd atrakcyjnych aktorów, którzy to stali się inspiracją dla nich do utraty wagi.

Mass media są silnym wskaźnikiem kulturowego ideału piękna. Restrykcyjne standardy dotyczące kobiecego piękna z całą pewnością narzucają młodym dziewczętom schemat szczupłej sylwetki. Taki ideał smukłej sylwetki jest rozpowszechniany w prasie, telewizji, Internecie i w filmach, co na wiele sposobów może wpływać na percepcję i ocenę własnego wizerunku (Tiggemann, 2002). Badania pokazują, że studenci, którzy obejrżeli wizerunek ciała kreowany przez media w reklamach poczuli się gorzej oraz negatywniej oceniali przez to swoje ciało a także ogólnie siebie. Społeczno-kulturowe teorie zwracają uwagę na fakt, że niedoścignione ideały piękna kreowane przez media stają się punktem porównywania własnej fizyczności przez kobiety. Takie wpływy są szczególnie widoczne u młodych dziewczyn (Myers, Bocca, 1992).

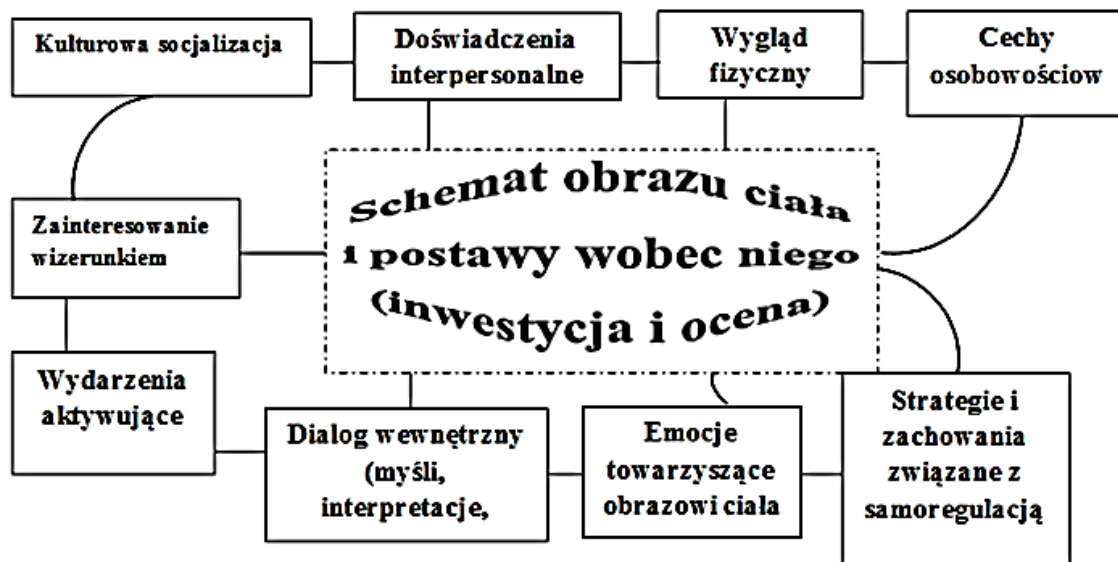
1.1.4.3. Wpływ komentarzy na temat własnego ciała na zadowolenie z niego

Negatywna ocena swojego wyglądu fizycznego przez partnera może mieć destruktywny wpływ. W szczególności kobiety są wrażliwe na krytyczne uwagi związane z własną cielesnością. Uwagi kierowane w stosunku do kobiet w sposób bezpośredni dotyczące tego, że są zbyt grube, nieatrakcyjne są dla nich bolesne. Płeć żeńska jest wyczulona także na bardziej utajone, zawoalowane negatywne odniesienia. Następstwem takich uwag mogą być lęk, obniżenie samopoczucia, a nawet depresja, czy zaniżona ocena własnej wartości (Grogan, 1999). Człowiek jest zakorzeniony w środowisku, żyje wśród ludzi, porównuje się z innymi. Badania przeprowadzone przez T. F. Casha, D.W. Casha i J. W. Buttersa (1983), w których badacze usiłowali zmierzyć zmiany obrazu ciała kobiet na skutek odbioru innych kobiet w zależności od stopnia ich atrakcyjności udowodniły, iż kobiety przebywające w gronie atrakcyjnych koleżanek gorzej oceniały swój wygląd, niż te kobiety, które przebywały wśród przeciętnych kobiet.

1.1.5. Teoretyczne modele rozwoju obrazu ciała

1.1.5.1. Poznawczo-behawioralny model rozwoju wizerunku ciała według T. Casha

T. Cash proponuje wieloczynnikowy, poznawczo-behawioralny model rozwoju ciała. Zdaniem autora podłożem niewłaściwie ukształtowanego obrazu ciała są zarówno wpływy kulturowe i historyczne, szczególnie dotyczące uwewnętrznienia ideału szczupłej sylwetki, atrybutów kobiecości i męskości, komentarze i krytyka rodziców i rówieśników, rozmiar i kształt ciała, BMI. T. Cash (2002) zwraca w swoim modelu uwagę na czynniki osobowościowe, takie jak: samoocena, dążenie do perfekcjonizmu, świadomość siebie i pewność siebie. Istotne jest także wnioskowanie arbitralne, które w konsekwencji może prowadzić do negatywnych ocen, w oparciu o niewielką liczbę przesłanek lub nawet ich brak.

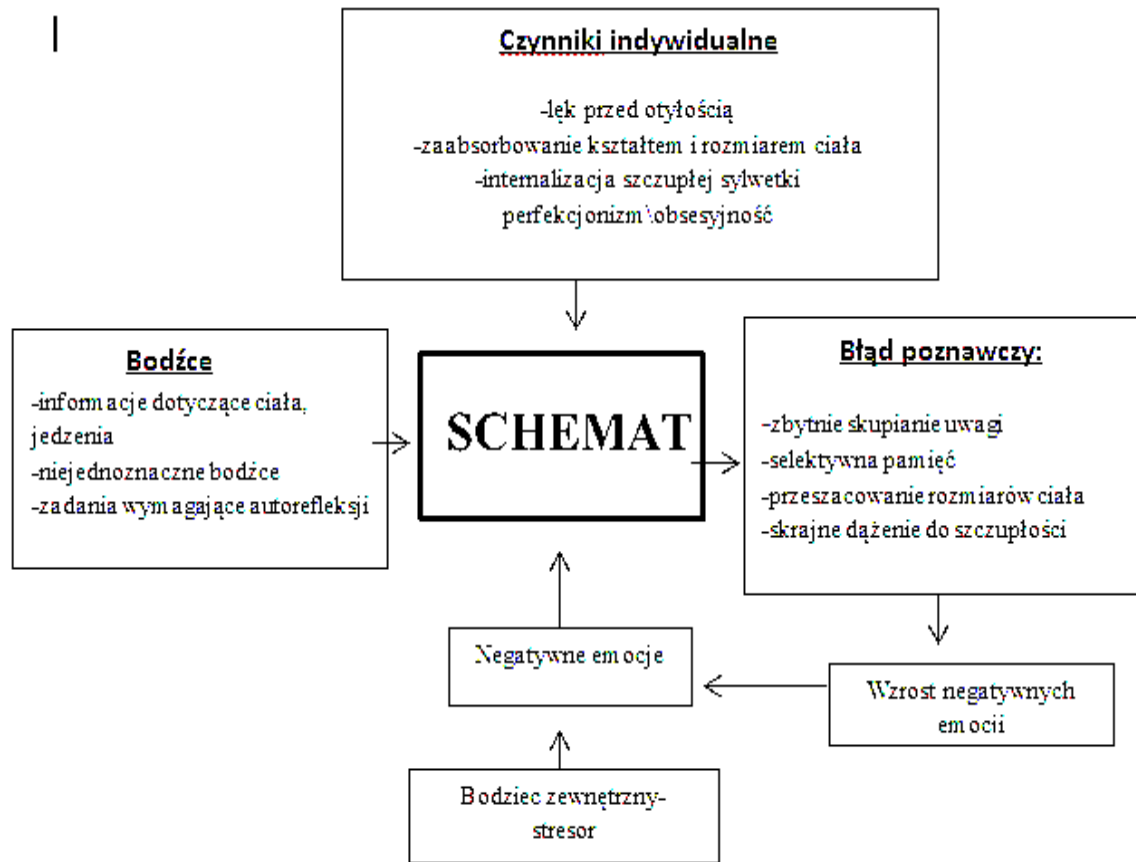


Rysunek 5. Poznawczo-behawioralny model rozwoju ciała w opracowaniu T. Casha (2002).

1.1.5.2. Poznawczy model obrazu ciała a zaburzenia odżywiania opracowany przez D. Williamsona

D. Williamson i wsp. (2002) wyjaśniają, iż nieadekwatny obraz ciała jest wynikiem błędów poznawczych. Wnioski poznawcze takiego toku rozumowania są obiektywnie nieprawdziwe, występują w sposób nieuświadomiony a osoba jest przeświadczona o ich prawdziwości. Autorzy są zdania, że tego rodzaju błędy poznawcze powstają wyłącznie u „podatnych osób”, a takie bodźce jak: obawa przed otyłością, nadmierne skupianie uwagi na rozmiarze i kształcie ciała, internalizacja szczupłej sylwetki, perfekcjonizm lub obsesyjność są powodem spustowych reakcji i dlatego uaktywniają schemat ciała i jedzenia. Model zakłada, że

negatywne emocje w stosunku do ciała zwiększają prawdopodobieństwo powstania błędu poznawczego, a aktywacja błędów poznawczych uruchamia doświadczanie negatywnych emocji.



Rysunek 6. Poznawczy model obrazu ciała a zaburzenia odżywiania opracowany przez D. Williamsona (2002).

1.1.6. Zaburzenia percepcji obrazu ciała

1.1.6.1. Model rozwoju zaburzeń wizerunku ciała autorstwa A. Kearney- Cooke

A. Kearney-Cook (2002) zaproponował model czynników, które mogą być przyczyną rozwoju negatywnego schematu ciała. Czynniki te oddziałują na percepcję, poznanie, działanie, zachowanie osoby. Jednoczesne zaistnienie nierealistycznych wzorców piękna w kulturze XXI wieku i procesów dotyczących identyfikacji, internalizacji oraz projekcji prowadzą do negatywnego schematu ciała. Wykształcony negatywny schemat ciała oddziałuje na emocje, myśli, zachowania i spostrzeżenia człowieka. Negatywnie wykształcony schemat ciała pełni istotną rolę w utrzymaniu zaburzeń obrazu ciała, gdyż decyduje co postrzegamy, co robimy i co pamiętamy z naszych doświadczeń.

1.1.6.2. Model rozwoju niezadowolenia z własnego ciała zaproponowany przez E. Stices

Na podstawie rozwoju niezadowolenia z własnego ciała, w kontekście rozwoju bulimii psychicznej E.Stices'a (1994) przedstawił wpływ wzajemnych relacji pomiędzy wpływami społeczno-kulturowymi a cechami indywidualnymi. Zdaniem badacza system rodzinny, rówieśnicy, media przekazują normy kulturowe, które to podkreślają wagę wyglądu i szczupłości. W tym przypadku szczupłość wydaje się być przejawem atrakcyjności i sukcesu). Czynniki te stanowią podłoże do uwewnętrznienia przekonań dotyczących znaczenia szczupłej sylwetki, lecz stopień ich wpływu jest zależny od samooceny i dezorganizacji tożsamości osoby. Internalizacja idealnej sylwetki zwiększa prawdopodobieństwo niezadowolenia z własnego ciała.

1.1.7. Różnice międzypłciowe w obrazie ciała

Wyniki licznych badań ukazują, że występują wyraźne różnice międzypłciowe w obrazie ciała. Badania dowodzą, iż kobiety mają generalnie tendencje do przeszacowania rozmiarów własnego ciała. Kobiety postrzegają swoje ciało jako obiekt oraz restrykcyjnie go zmieniają by stało się jak najbardziej atrakcyjne. Ponadto płęć żeńska częściej przejawia zaburzony stosunek do własnego ciała. Zaburzenia w aspekcie emocjonalnym i poznawczym obrazu

ciała mogą stać się efektem psychopatologii, szczególnie anoreksji i bulimii (Brytek-Matera, Rybicka-Klimczyk, 2009). Takie partie kobiecego ciała jak: talia, uda i biodra są oceniane jako szersze niż są w rzeczywistości. Takim zaburzeniom w ocenie wielkości części ciała nie towarzyszą analogiczne niedoszacowanie w ewaluacji obiektów zewnętrznych i neutralnych. Nieadekwatność ocen jest tym większa, im mniej ważą badane kobiety, natomiast z największymi trudnościami w postrzeganiu ciała odnotowuje się u osób cierpiących na zaburzenia odżywiania (Heinberg, 1996). Wśród kobiet najsilniejsze nieprawidłowości w odżywianiu się odnotowuje się w grupie adolescentek i kobiet między 20 a 25 rokiem życia (Rybicka-Klimczyk, Brytek-Matera, 2008).

Niezadowolenie z ciała jest szczególnie zauważalne u kobiet z zachodnich społeczeństw ze względu na wartości kulturowe atrakcyjności-chudość. Produktem ubocznym takiego pragnienia chudości może być nieakceptacja własnego ciała (Kostański, Gullon, 1998).

W ostatnich latach zaczęto zwracać uwagę na zjawisko dotyczące pewnych grup mężczyzn. Mężczyźni, którzy trenują kulturystykę, lub intensywnie ćwiczą na siłowni, których celem jest osiągnięcie imponującej sylwetki i masy mięśniowej cechuje tendencja do zaburzeń w postrzeganiu własnego schematu ciała, która polega na przekonaniu o stale niewystarczającej sile i rozmiarach mięśni (Czuma, Orłowska, 2005). M. Parent (2013) podjął próbę przedstawienia zjawiska związanego z problemami w zakresie obrazu ciała u mężczyzn, które związane są głównie z masy mięśniowej. Mężczyźni w dzisiejszych czasach pragną być więksi i silniejsi. O ile zadowolenie kobiet ze swojego ciała wiąże się z byciem szczupłą to u mężczyzn odnotowuje się pragnienie bycia większym, silniejszym, bardziej masywnym.

1.1.8. Obraz ciała a indywidualne właściwości osoby

Przyjmuje się, iż wizerunek własnego ciała ma dwojaką rolę. Z jednej strony wizerunek ciała jest następstwem psychologicznego funkcjonowania, z drugiej zaś jest jego przyczyną. Po pierwsze niska samoocena, która to może być następstwem złych personalnych i społecznych interakcji może wpływać na krytyczną ocenę własnego ciała. Czasem jednak kierunek jest odwrotny, gdyż to spostrzeżenie i ocena własnego wyglądu jako atrakcyjny determinuje pozytywne mniemanie o sobie i udane kontakty z innymi ludźmi, co stanowi rodzaj społecznej nagrody (Davis, 1997). Badania pokazują, że w szczególności dla kobiet istnieje zależność

mówiąca, że wraz ze wzrostem niezadowolenia z ciała poziom samooceny się zmniejsza (Kostański, Gullone, 1998). Badania S. Cruickshank (2006) pokazują, że takie cechy osobowości jak otwartość i stabilność emocjonalna korelują ujemnie z negatywnym obrazem ciała.

Niektórzy wybitni teoretycy sugerują, że istnieją predyspozycje osobowościowe w przypadku poważnych zaburzeń obrazu ciała i zaburzeń odżywiania. Niska samoocena współwystępuje z negatywnym obrazem ciała i zaburzeniami dysmorficznymi ciała, jednak nie wiadomo, czy samoocena predysponuje, czy też jest następstwem tych zaburzeń (Phillips, Pinto, Jain, 2004). Takimi kwestiami badacze zajmują się wyłącznie w wypadku stanów patologicznych. T. Cash i T. Pruzinsky (2002) sądzą, że jeśli przyjmie się założenie o ciągłości problemów żywieniowych, począwszy od niezadowolenia z ciała i związanych z wagą i kończących się zaburzeniami odżywiania i ogromnej rozbieżności między realnym i idealnym obrazem ciała, to staje się uzasadnione uznać przynajmniej potencjał osobowościowy jako ich predyktor.

W świetle wieloletnich badań ujawniono, iż tendencja do depresji łączy się z niezadowoleniem z własnego wyglądu oraz niewłaściwymi nawykami żywieniowymi (Denniston, Roth, Gilroy, 1992). Szczególną uwagę należy zwrócić na związek poziomu optymizmu a akceptacją własnego ciała przez kobiety (Lipowska, Lipowski, 2006). Zależności uzyskane w tychże badaniach ukazują, że wraz ze wzrostem pesymizmu maleje postrzeganie siebie jako kobiety atrakcyjnej. Zdaniem badaczy optymistyczne, a nie krytyczne myślenie powoduje wzrost prawdopodobieństwa aktywnego dbania o własny wygląd, a tym samym wzrost zadowolenia z niego. Natomiast brak pozytywnego myślenia nie skłania do wysiłku, a brak starań do zaniedbań w istotnej, jak wynika z badań, w życiu młodych kobiet płaszczyźnie, jaką jest fizyczność. Badacze podkreślają, że występują silne relacje między wysokim poziomem lęku społecznego oraz tendencjami do porównywania się, a brakiem szacunku i zadowolenia z ciała w okresie dzieciństwa. Taka relacja była oceniana tylko u dziewcząt.

Amerykańscy badacze posługują się pojęciem auto-współczucia (self-compassion) opisując tym pojęciem rozszerzenie współczucia dla samego siebie w przypadku postrzegania niedoskonałości siebie lub własnego cierpienia. To auto-współczucie składa się z życzliwości do siebie, uważności oraz wspólnego człowieczeństwa. Osoby z wysokim auto-współczuciem są skłonne oceniać swój obraz ciała pozytywniej niż osoby z niskim auto-współczuciem. Badania dowodzą, że określenie wskaźnika auto-współczucia mogą przyczynić się do wskazania osób najbardziej narażonych na obawę i nadmierną, negatywną

koncentrację na obrazie własnego ciała a tym samym na skłonności do zaburzeń odżywiania (Wasyłkiw, MacKinnon, MacLellan, 2012).

1.2. Empatia w literaturze psychologicznej

1.2.1. Geneza problematyki empatii

Za twórcę pojęcia empatii uznaje się T. Lippsa, który to na gruncie „estetycznej teorii *Einführung*” przyczynił się do przystosowania i akomodacji terminu w obręb konstruktów bardziej psychologicznych (Davis, 1999). Z kolei E. Titchener (1909) uTOROWAŁ drogę dla badań empatii w psychologii. Jego ogromnym wkładem było przetłumaczenie niemieckiego terminu „*Einführung*” na „empatię”- *empathy* (za: Rembowski, 1989). E. Titchener (1909, s. 441) chcąc przybliżyć nam sens pojęcia empatii tłumaczył: „Nie tylko widzę powagę, skromność, dumę i kurtuazję, ale również odczuwam je jako dokonujące się mięśniami mego umysłu”.

G. W. Allport wyciągnął wniosek, iż "proces empatii pozostaje zagadką w psychologii społecznej, a charakter mechanizmu empatii nie jest jeszcze zrozumiały" (Allport, 1968, s.30). Zdaniem T. Lippsa (1965) empatia wyraża się w kontaktach międzyludzkich. Uznawał on, że osoba, która jest obdarzona wyobraźnią, uczuciem i wolą jest natychmiast zauważana dzięki swojej aparycji zdradzającej wrażliwość, to znaczy przez swą manifestację życia. Jest to widoczne w ruchu, w wyrażaniu żalu, pogardy. Te stwierdzenia ukazują, że słowo *Einführung*, jest rozumiane jako wczuwanie się, jest także przeżyciem subiektywnym i jest wyrażone w zachowaniu (za: Rembowski, 1989). T. Lipsowi zawdzięczamy wyróżnienie pozytywnej i negatywnej postaci empatii. Badacz empatię pozytywną tłumaczył jako duże odzwierciedlenie i podobieństwo między stanami psychicznymi empatyzera i obiektu, co winno przejawiać się efektywnym działaniem prospołecznym. Negatywna zaś odmiana empatii jest występowaniem odmiennych stanów psychicznych przedmiotu i podmiotu, zaistniałych w wyniku empatii. T. Lipps dokonał wnikliwego uzasadnienia roli wczucia w życiu człowieka co zainspirowało badaczy do zainteresowania się tym zjawiskiem (1965, za: Rembowski, 1989).

Z czasem zaczęto pojmować empatię bardziej jako rozumienie niż dzielenie emocji, mniejszą wagę przywiązywano do aspektów emocjonalnych i do wczuwania się w doświadczenie innych. Rozumienie innych ludzi, w przeciwieństwie do odczuwania tego co

oni mogą czuć może zostać osiągnięte wyłącznie przez oglądanie i interpretowanie działań. W ten sposób straciły na znaczeniu takie procesy jak naśladowanie motoryczne czy „dopływ percepcyjny, dzięki którym, jak ówczesnie uważano odpowiadają za zdolność ludzi do współodczuwania” (Davis, 1999, s. 14).

Obecnie psychologowie zwracają uwagę na teoretyczne jak i praktyczne zastosowanie empatii, akcentując jej znaczenie w terapii. W literaturze psychologicznej dotyczącej empatii wiele uwagi poświęcono wzrastaniu wrażliwości empatycznej u dzieci i młodzieży (Rembowski, 1989).

1.2.2. Definicja empatii

Chcąc objąć całe spektrum zagadnień empatii należy zwrócić szczególną uwagę na to, że termin ten w zależności od założeń teorii psychologicznej może być wyjaśniany w różny sposób. Pomijając ten fakt, zagadnienie empatii, będzie rodziło więcej problemów i niejasności niż wyjaśnień (Neisser, 1976).

Najczęściej używanym wyjaśnieniem terminu empatii w psychologii jest to, które mówi, że empatia jest reakcją emocjonalną zgodną, adekwatną, identyczną lub bardzo podobną do stanu emocjonalnego odczuwanego, przeżywanego lub oczekiwanego przez drugą osobę (Eisenberg, Carlo, Murphy i van Court, 1995). Definicja ta nie jest jednak kompletna, chyba że uzupełni się ją o takie ważne pojęcia jak: przyjmowanie perspektyw, współczucie i współodczuwanie, oraz osobiste cierpienie (Sanchez-Queija, Oliva, Parra, 2006). Przyjmowanie perspektywy jest związane ze skłonnością jednostki do podejmowania poznawczego punktu widzenia innych osób, współczucie oznacza tutaj tendencję do martwienia się czy też przeżywania troski o inne osoby. Najgłębszym przejawem empatii jest zaś odczuwanie osobistego cierpienia, które jest wyjaśniane jako skłonność do czucia się nieswojo i niekomfortowo na skutek przeżyć i potrzeb innych ludzi przez intensywne egzystowanie w interpersonalnej przestrzeni (Eisenberg i wsp., 1995; Hoffman, 1987; Underwood i Moore, 1982).

Z drugiej strony, empatia została również zdefiniowana jako emocjonalne pobudzenie czy sympatia w odpowiedzi na uczucia i doświadczenie innej osoby. A. Mehrabian i N. Epstein (1972, s. 526) zdefiniowali empatię jako "wzmoczoną reakcję na czyjeś emocjonalne doświadczenie".

Ostatnimi czasy empatia zaczęła być pojmowana jako konstrukt wielowymiarowy (Davis, 1983; Thornton i Thornton, 1995). M. H. Davis (1983) rozumie empatię jako konstrukt obejmujący zarówno zdolności poznawcze i emocjonalne, które pozwalają jednostce przyjąć perspektywę innej osoby, zidentyfikowaną jako kluczowy element funkcjonowania społecznego, który prognozuje poziom empatycznej troski o inne osoby. Przyjmowanie perspektywy innych osób jest ważne z uwagi na ukierunkowanie osoby „ku” i „od” grupy (Galinsky i Moskowitz, 2000).

Empatia jest definiowana jako: poznawcza świadomość i rozumienie emocji oraz uczuć innej osoby. W tym sensie zasadniczym znaczeniem terminu jest intelektualne lub pojęciowe uchwycenie, zrozumienie afektu kogoś innego (Reber, s. 192, 2000).

L. Binswanger (1958) ujmuje empatię w świetle zagadnień związanych z komunikacją międzyludzką na gruncie psychoterapii. L. Binswanger uważa, że termin „empatia” zawiera dążenie ludzkiej egzystencji do współistnienia z innymi ludźmi poprzez: poczucie uczestniczenia i identyfikację.

Pionierzy podejścia percepcyjnego w psychologii humanistycznej, postrzegali empatię jako swoistą umiejętność jednostki do poczucia identyfikacji z innymi osobami. Zdolność taka pozwalała człowiekowi „wejść w buty innych”. Poprzez nabycie takiej umiejętności osoba mogła widzieć siebie i świat z punktu widzenia właściciela i niejako dystansować się od własnych przeżyć i doświadczeń (Combs i Snygg, 1959, s. 256).

1.2.3. Komponenty empatii

1.2.3.1. Komponent emocjonalny

D. Watson (1983) w swojej pracy dotyczącej zagadnienia wglądu (*insight*) tłumaczy, że posiadanie adekwatnego wglądu znaczy tyle, co dzielić uczucia obserwowanej osoby i przywiązywać odpowiednią wagę do jej doświadczeń oraz przeżyć. Empatia w takim rozumieniu zostaje wyjaśniona jako mechanizm emocjonalnego wczuwania się w drugą osobę (*fellow-feeling*). Takie podejście do zagadnienia empatii jest charakterystyczne dla tradycyjnej psychoanalizy, gdzie tak wyraziście akcentowane było zjawisko identyfikacji. W takim rozumieniu empatia była emocjonalną łącznością, więzią między ludźmi (Sullivan, 1947).

Inną definicję empatii akcentującą jej emocjonalny wymiar zaproponował E. Scotland (1969). Według tego badacza spostrzeżenie doświadczeń innych ludzi budzi w nas emocje,

które dają fundament reakcjom empatycznym. Autor wyraźnie pokazuje jednak różnicę między kognitywnym przyjmowaniem roli innych ludzi, a emocjonalną reakcją- empatią, której podłożem jest uczuciowa wrażliwość. Subtelne różnice w pojmowaniu zjawiska empatii przybliży nam również M. Davis (2001). Jego zdaniem najistotniejszą różnicą między empatią a innymi rodzajami emocjonalnych zjawisk jest fakt, że uczucia, przeżycia doznawane w empatii są bardziej odpowiednie, adekwatne i bliskie do sytuacji innej osoby niż do własnej (Davis, 2001).

Rozpatrując emocjonalny wymiar empatii nie można pominąć terminu „współodczuwania”, który jest związany z przeżywaniem cudzych uczuć, jak gdyby dotyczyły nas w sposób bezpośredni (Gawriłowa, 1974). T. Gawriłowa wyszczególnia także wyższą, trudniejszą formę empatii emocjonalnej i nazywa ją „współczuciem”. Mechanizm współczucia drugiej osobie polega na „emocjonalnej reakcji na emocje innej osobie, ale nie koniecznie na takiej samej reakcji, jak u danej osoby, choć w jakiś sposób uwzględniającej jej stan i zorientowanej na nią” (Reykowski, 1979, s. 105).

1.2.3.2. Kognitywny wymiar empatii

Poprzez kognitywny wymiar empatii rozumiemy prawidłowe i adekwatne rozumienie reakcji innych ludzi (Skarżyńska, 1981) bądź też trafność percepcji międzyludzkiej i umiejętność wglądu w doświadczenie innych ludzi (Węgliński, 1983). Empatia poznawcza jest procesem polegającym na stawianiu się w czyimś położeniu, a w związku z tym na trafnym rozumieniu cudzych uczuć, myśli, pragnień i trafnym spostrzeganiu cudzych reakcji (Gulin, 1994)

Pośród stanowisk traktujących empatię jako percepcję i rozumienie doświadczeń i przeżyć drugiej osoby najczęstsze są definicje, które rozumieją empatię jako proces związany z identyfikacją (Rembowski, 1989).

1.2.3.3. Empatia jako zespół emocjonalno-poznawczy

Najpełniej jest rozumieć empatię jako współgranie ze sobą procesów poznawczych i emocjonalnych. Nie jest możliwe samo chłodne rozumienie bez odczuwania stanów emocjonalnych. Toteż najbardziej odpowiednie wydaje się być ujmowanie empatii jako proces poznawczy, na który wpływają czynniki emocjonalne sterowane procesami kognitywnymi. Najbardziej praktyczne wyjaśnienie wskazuje na rolę uczucia i poznania (Rembowski, 1989).



Rysunek 7. Aspekty psychiczne empatii według J. Rembowskiego (1989). Opracowanie własne.

W pracach dotyczących empatii u wychodząc od poznawczych przesłanek także ostatecznie wysunięto definicję komplementarną nadając szczególne miejsce świadomości uczuć innych osób, a nie tylko spostrzeganie otaczającego nas świata z cudzej perspektywy (Gasiulowa, 1993). Rysunek 7 ilustruje aspekty psychiczne empatii, które podzielone są na dwie kategorie: uczuciowe (afektywne) oraz poznawcze (kognitywne) (Rembowski, 1989)

1.2.4. Proces kształtowania się empatii

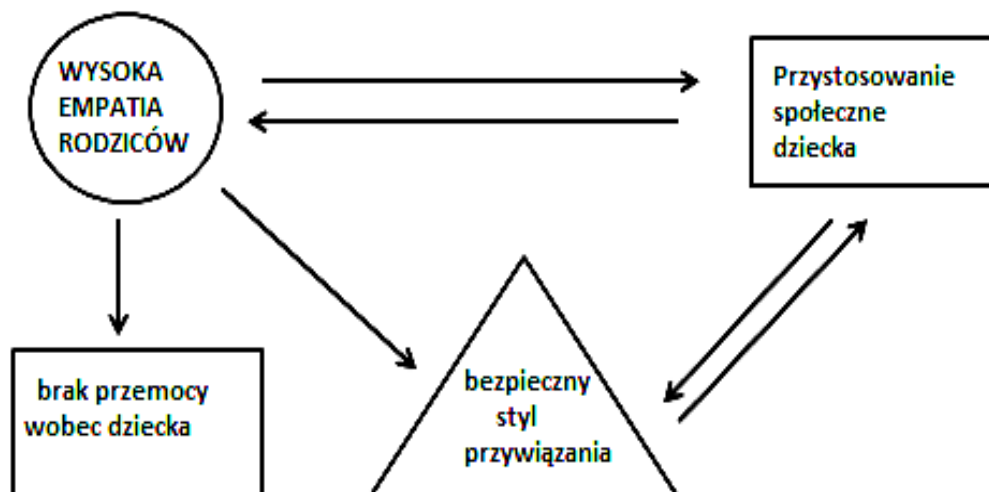
W literaturze przedmiotu nie ma zgodności co do teorii wyjaśniającej proces kształtowania się większych lub mniejszych tendencji do zachowań empatycznych u jednostki. W świetle takich niespójności prowadzono badania (Davis, Luce, Kraus, 1994) nad wrodzonym mechanizmem empatii.

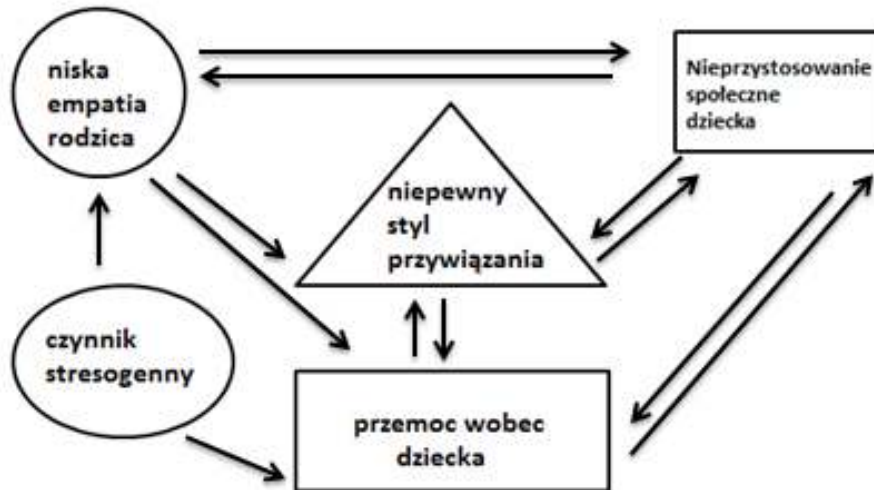
Chcąc zbadać możliwość dziedziczenia reakcji empatycznych przeprowadzono badania eksperymentalne, polegające na analizie 800 par bliźniąt mono- i dwuzygotycznych. Badacze skupili się nad aspektami afektywnymi i nieafektywnymi. W rezultacie, większe podobieństwo wystąpiło w zakresie empatycznej troski, osobistej przykrości, przyjmowaniu perspektyw u bliźniąt monozygotycznych. Ale najistotniejsze jest to, że ten związek był silniejszy dla komponentów afektywnych. Korelacja w zakresie empatii emocjonalnej rosła u bliźniąt jednojajowych. Natomiast takiej korelacji nie zaobserwowano w przypadku empatii poznawczej.

Ciekawych dowodów na dziedziczenie empatycznych zdolności dostarczyły badania, C. Batsona (1991). Badacz ten stwierdził, że bliźniacy jednojajowi są o wiele bardziej podobni do siebie pod względem kryterium empatii emocjonalnej niż bliźniacy dwujajowi, a możliwość dziedziczenia empatycznej troski wyniosła 72 %. Biorąc pod uwagę fakt, że ogólna reaktywność emocjonalna jest dziedziczona to nie dziwi fakt, iż różnorodność w zakresie empatii też może mieć charakter dziedziczny (Davis, 2001). Jednak temat związany z dziedziczeniem komponentów empatii wciąż jest badana przez specjalistów.

Proces kształtowania się empatii wydaje się być bardziej złożony. Zaznacza się wpływ systemu rodzinnego. Poczucie bezpieczeństwa i bezpieczne relacje dziecka w rodzinie, bezpieczny styl przywiązania dziecka do matki mogą być powiązane z wyższą reaktywnością empatyczną na doświadczenia innej osoby (Davis, 2001).

Inne badania wyraźnie świadczą o tym jak ważny wpływ ma empatia rodziców na dobre funkcjonowanie społeczne dziecka (Feshbach, 1990). Autorka tłumaczy, iż reakcje empatyczne rodziców są kompatybilne ze stylem przywiązania do dziecka. Sposób przywiązania do dziecka ma więc bezpośredni wpływ na umiejętności interpersonalne, społeczne tego dziecka. Praktyki stosowane przez rodziców takie jak przemoc są następstwem wykształcenia się reakcji agresywnych i wrogości w stosunku do innych osób. Rysunek 8 ilustruje model wyjaśniający przystosowanie się dziecka.





Rysunek 8. Model N. Feshbach. Empatia rodzica a przystosowanie społeczne dziecka. Źródło: N. Feshbach, 1990, s.278.

Wielu badaczy rozpatrywało i analizowało wpływ rodziny na poziom empatii u dzieci. Rezultaty badań nad empatią rodziców jako korelatem indywidualnych różnic w zakresie empatycznej troski u dzieci przedstawiła M. Kaźmierczak (2008). Jej badania wskazują na fakt, iż empatyczna troska matki jest powiązana ze spostrzeganą przez nauczyciela empatią dziecka, a zależność ta jest widoczna bardziej u córek niż u synów. Autorka zwraca jednak uwagę by nie wyciągać zbyt pochopnych wniosków z tych badań. Ponieważ nie można założyć, że empatia dziecka kształtowana jest wyłącznie w rodzinie pod wpływem wychowania. Autorka wyjaśnia różnice międzypłciowe w zakresie empatii, tym że „dziewczynki mają tendencję do tego, by bardziej naśladować matki niż ojców- gdy matka okazuje innym, też swojemu dziecku empatię, dziewczynka będzie imitować jej zachowania, również w grupie rówieśniczej. Co więcej, skoro jest to zachowanie oczekiwane od płci żeńskiej, jest ona za nie nagradzana (Kaźmierczak, 2008, s.52).

1.2.5. Ujęcie empatii jako postawy według Z. Uchnasta

Jak pisze Z. Uchnast (1996, s.37-38): „Ujęcie empatii jako postawy pozwala wyakcentować podmiotową funkcję osoby, która jako żyjąca całość jest wrażliwa na to, co jest w jej bezpośrednim otoczeniu, zajmuje pewną pozycję wobec kogoś/czegoś i podejmuje próby jej uzgadniania z tym kimś/ czymś w konkretnym zdarzeniu życiowym. Wskaźniki podobieństwa między podmiotem a przedmiotem postawy mogą niewątpliwie odgrywać

pewną rolę w jej realizacji, ale nie tak istotną jak to przyjmuje się w określeniach empatii jako zdolność do upodabniania lub stapiania się z kimś/czymś”. Z. Uchnast (1996) podkreśla, że definiując empatię jako postawę nacisk kładziony jest na wzajemne i synergistyczne współdziałanie „tu” i „teraz”, dlatego też ważna jest zgodność kierunków wzajemnych ekspresji oraz wrażliwość na dostępne informacje.

Poznawcze i emocjonalne aspekty empatii Z. Uchnast (1996, s.37) traktuje jako wymiary postawy empatycznej, a tymi aspektami jest:

- Wrażliwość emocjonalna na ekspresję uczuć i potrzeb innej osoby oraz spontaniczne reagowanie emocjonalne odpowiednie do natężenia, jak i ukierunkowania jej uczuć.
- Poznawanie rozumiejące stanów emocjonalnych i czynności poznawczych innych osób z zachowaniem właściwej im „wewnętrznej” perspektywy.
- Zachowanie synergistyczne wyrażające się w zgodnym współdziałaniu opierającym się na danych z bezpośredniej komunikacji interpersonalnej (mimika, gesty, wokalizacja).

1.2.6. Empatia, jako element inteligencji emocjonalnej

Najbardziej rozwiniętą umiejętnością rozpoznawania emocji i uczuć, która występuje już u dzieci jest zdolność do empatycznego i współczującego zaangażowania w doświadczenie emocjonalne innych. D. Goleman (1999) wyróżnia pięć fundamentalnych zdolności, które są przejawem inteligencji emocjonalnej. Należą do nich:

1. **samoświadomość**, warunkująca wiedzę o własnych doznaniach, preferencjach i możliwościach
2. **samoregulacja**, która oznacza panowanie nad emocjami
3. motywowanie do działania, dokonujące się dzięki konstruktywnemu wykorzystaniu emocji
4. **empatia**- czyli rozpoznawanie stanów i potrzeb innych ludzi
5. **umiejętności społeczne**, definiowane jako zdolności wzbudzania pożądanych reakcji u innych osób



Rysunek 9. Kompetencje warunkujące inteligencję emocjonalną. Opracowanie własne na podstawie D. Golemana (1999).

D. Goleman (1997, s. 159) zauważa, że „empatia wyrasta ze świadomości, a im bardziej jesteśmy otwarci na własne emocje, tym sprawniej odczytujemy uczucia innych”. D. Goleman (1999, s. 50) uznaje empatię za jedną z najważniejszych kompetencji emocjonalnych. Empatia jest przez badacza definiowana jako zdolność, która pozwala zrozumieć uczucia i potrzeby własne, jak i innych osób. Takie zdefiniowanie empatii jest bliskie rogeriańskiemu ujęciu postawy empatycznej jako elementarnego warunku skuteczności psychoterapii skoncentrowanej na kliencie (Rogers, 1951).

D. Goleman (1997, 1999) rozpowszechnił także koncepcję inteligencji emocjonalnej, która jest zespołem kompetencji do skutecznego realizowania zadań życiowych, odnoszenia sukcesów w pracy zawodowej, radzenia sobie w relacjach interpersonalnych oraz społecznych. Badacz zwrócił uwagę jak istotną rolę w funkcjonowaniu społecznym i ukierunkowaniu zachowania jednostki odgrywają czynniki emocjonalne.

Na wiedzę o mechanizmach emocjonalnych położyli nacisk J. Mayer i P. Salovey (1999). Autorzy wyszczególnili umiejętności, a następnie pogrupowali je w cztery główne kategorie:

I grupa- zdolności związane z rozpoznawaniem emocji własnych oraz innych osób

II grupa- emocjonalne wspomaganie procesów myślenia

III grupa- wiedza dotycząca emocji

IV grupa- regulowanie emocji własnych i innych osób

J. Mayer, P. Salovey i D.R. Caruso (2000). przez pojęcie „inteligencji emocjonalnej” rozumieli „ grupę zdolności do poznawczej obróbki informacji związanych z emocjami lub z problemami wynikającymi z faktu istnienia emocji”. W obszarze inteligencji emocjonalnej badacze wyróżnili dwa rodzaje zdolności.

Tabela 1. Grupa zdolności wchodząca w skład inteligencji emocjonalnej według J. Mayera, P. Saloveya, D.R. Caruso (2000).

Percepcja, ocena i ekspresji emocji	Włączanie emocji do procesów myślenia
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rozpoznawanie emocji na podstawie korelatów fizjologicznych i myśli ➤ Identyfikacja emocji przeżywanych przez innych ➤ Zdolność wyrażania emocji i potrzeb z nimi związanych ➤ Zdolność do rozróżniania między szczerymi i nieszczerymi lub adekwatnymi i nieadekwatnymi wyrazami emocji 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Wykorzystanie emocji jako systemu ostrzegawczego kierującego uwagą ➤ generowanie emocji tak aby wspierały osądy i pamięć ➤ przyjmowanie różnych punktów widzenia odpowiadający zmieniającym się nastrojom ➤ wykorzystanie reakcji emocjonalnych jako źródła informacji w procesie rozwiązywania problemów
Rozumienie i analizowanie emocji	Regulacja własnych stanów emocjonalnych
<ul style="list-style-type: none"> ➤ nazywanie, interpretowanie i ocenianie prostych, złożonych lub sprzecznych stanów emocjonalnych ➤ umiejętność dostrzegania następstw określonych emocji i możliwość zmian w ich przebiegu 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Otwartość na uczucia i zdolność świadomego zaangażowania się w emocje lub dystansowanie się od nich w zależności od potrzeb ➤ Zdolność moderowania emocji bez ich tłumienia i przeceniania

1.2.7. Wpływ doświadczeń rodzinnych na rozwój empatii

Od najwcześniejszych lat dziecko przebywa w rodzinie. Jak definiuje J. Rembowski (1978, s. 58) "rodzina to grupa społeczna, która zamieszkuje pod jednym dachem. Znaczący to, że wszystkie osoby oddziałują wzajemnie na siebie wewnątrz tej samej wspólnoty, tworząc rozmaite układy stosunków rodziny. Układy, te mogą być ustalone w różnorodny sposób albo przez przyjazne popierające siły, albo przez wrogie i niebezpieczne”.

Na gruncie psychologii społecznej eksponuje się rolę potrzeb dziecka. Szczególnie zaznacza się rolę rodziny jako społecznego i wychowawczego środowiska młodego człowieka, które zwykle waży na jego rozwoju, ponieważ ukierunkowuje życie, dzięki swej atmosferze uczuciowej, tradycji i przykładzie życia dorosłych (Wołoszynowa, 1966).

Dzieci potrzebują wskazówek i pomocy w rozpoznawaniu własnych emocji i emocji innych, w dobieraniu właściwych słów i zachowań by przekazywać te emocje, w rozpoznawaniu i przezwyciężaniu zbędnych reakcji społecznej niepewności i zakłopotania oraz w podejmowaniu decyzji jak reagować kiedy same są obiektem ciepła (Fontana, 1998)

M. Łobicki wyszczególnia (1994) postawy rodzicielskie, które w sposób szczególny zakłócają prawidłowy proces wychowania dziecka to: postawa odtrącająca i nadmiernie chroniąca. Naturalną reakcją dziecka na odtrącającą postawę rodziców jest psychiczne wyobcowanie. Dziecko takie staje się z czasem coraz bardziej skłonne do zachowań agresywnych, kłamstwa, zachowań aspołecznych, a czasem nawet antyspołecznych. W takich przypadkach może dochodzić do zahamowania rozwoju uczuć wyższych, które są niezbędne do wykształcenia empatii. Z kolei postawa nadmiernie ochraniająca, przejawiająca się w nadmiernym koncentrowaniu się na dziecku czasem nawet na izolowaniu dziecka od rówieśników. Efektem takiego wychowania jest ukształtowanie u dziecka przekonania, że nie ma na świecie nikogo, komu warto by pomagać czy też okazywać serdeczność. To jak rodzice traktują swoje dziecko od urodzenia ma ogromny wpływ na jego dalsze życie. J. G. Woilitz (1995) wymienia następujące niewłaściwe postawy rodziców: przesadny krytycyzm, stawianie nierealnych wymagań, władczość, obojętność, nadopiekuńczość. Postawy takie zaburzają emocjonalny, społeczny i poznawczy rozwój dziecka.

1.2.8. Różnice w poziomie w empatii z uwagi na płeć

W odniesieniu do zjawiska empatii i zachowań prospołecznych odnajdziemy znaczące różnice co do wieku i płci. Badania takie jak L. Pakaslahti i współpracowników (2002) pokazały spadek wyznaczników prospołecznych u nastolatków zarówno w wymiarze poznawczym jak i behawioralnym. Calvo, A. J., Gonzalez, R. i Martorell, M. C. (2001) w swych badaniach dowiedli jednoznacznie, iż u dziewcząt empatia i zachowania prospołeczne są częstsze, powszechniejsze i na wyższym poziomie. To co w badaniach empatii jest interesujące to fakt, że w przypadku większości dziewczynek, a w każdym przypadku kobiet, mają one tendencje do otrzymywania wyników wyższych niż chłopcy oraz mężczyźni (Rembowski, 1989). Mimo, że debata na temat różnic płci w empatii jest nadal otwarta, badania obserwacyjne wyraźnie sugerują, że różnice w zakresie empatii na korzyść kobiet są prawdziwe (Zan-Waxler, Radke-Yarrow, Wagner i Chapman, 1992).

1.2.9. Empatia a zachowania prospołeczne

1.2.9.1. Wymiana społeczna: zyski i koszty związane z zachowaniami prospołecznymi

Doniesienia z badań potwierdzają hipotezę, że empatia i prospołeczne zachowania są pokrewne (Carlo i Randall, 2002; Sanchez-Queija, Oliva, Parra, 2006). To co wydaje się najistotniejsze, to fakt, że nie tylko obie zmienne są z sobą powiązane, ale także dają dowód na to, że empatia jest głównym predyktorem prospołecznych zachowań. Być może korzyści z prospołecznych zachowań są sposobem uniknięcia kosztów empatii jakimi jest osobiste cierpienie z powodu cierpienia innych ludzi (Sanchez-Queija, Oliva, Parra, 2006).

Na gruncie psychologii społecznej często rozpatruje się powody dla których ludzie pomagają innym. Psycholodzy przyjmują pogląd, że zachowania altruistyczne mogą być efektem troski o własny, jednostkowy interes. Tak naprawdę jedna z najistotniejszych teorii z zakresu psychologii społecznej, a konkretniej teoria wymiany społecznej, wskazuje, że w większości naszych zachowań czynimy kierując się głównie chęcią maksymalizowania zysków i minimalizacji kosztów (Aronson, Wilson, Akert, 1997). Jak tłumaczą Ci autorzy, nie jest tak, że mając przy sobie notesy dokładnie wypisujemy gdy jacyś znajomi uczynią dla nas coś dobrego lub złego. Jednak na bardziej ukrytym poziomie przechowujemy ślady po zyskach i kosztach, które wiążą się z relacjami ludzkimi.

Badacze zaznaczają, że mimo iż ludzie przywykli do myślenia o zachowaniach prospołecznych w kategoriach towarzyszących im zyskach, to musimy być świadomi, że z takim działaniem wiążą się także koszty. Rozpatrując te kwestie na gruncie teorii wymiany społecznej ludzie tylko wtedy podejmą decyzję o udzieleniu pomocy, jeśli kalkulowane nagrody będą wyższe niż przewidywane koszty (Piliavin, Rodin, Piliavin, 1969). Tabela 2 umieszczona poniżej prezentuje koszty i zyski związane z udzieleniem i nieudzieleniem pomocy.

Tabela. 2. Zyski i koszty związane z pomaganiem (źródło: I. Piliavin, J. Rodin, 1969).

	Udzielanie pomocy	Nieudzielanie pomocy
Koszty (+)	<ul style="list-style-type: none"> -Krótkotrwała strata czasu -Długotrwała strata czasu -Bezpośrednie zagrożenie dla własnego życia, zdrowia -Prawna odpowiedzialność, gdy pogorszymy stan ranne go -Odroczone zagrożenie dla własnego zdrowia i życia (np. szukanie zemsty przez napastnika, któremu pokrzywdziliśmy płyny 	<ul style="list-style-type: none"> -Obniżenie samooceny -Dezaprobeta ze strony pozostałych świadków którzy pospieszyli z pomocą -prawna odpowiedzialność
Zyski (-)	<ul style="list-style-type: none"> -Poprawa samooceny -Uznanie ze strony pozostałych świadków -Uniknięcie prawnej odpowiedzialności za nieudzielenie pomocy -Umocnienie zachowań prospołecznych -Nagroda pieniężna wypłacana w niektórych miastach -Czasami rozgłos i sława -Niekiedy postawienie przestępców przed sądem 	<ul style="list-style-type: none"> -Uniknięcie krótkotrwałej straty czasu -Uniknięcie długotrwałej straty czasu -Uniknięcie bezpośredniego zagrożenia dla własnego życia i zdrowia -Uniknięcie dalszej zależności ofiary od naszej osoby -Uniknięcie prawnej odpowiedzialności za przyczynienie się do pogorszenia stanu zdrowia

Zwolennicy teorii wymiany społecznej sądzą, że wartość zysków z zachowań prospołecznych, może być tłumaczona w trojaki sposób:

1. *Norma wzajemności*- ludzie powinni postępować w taki sposób jak inni ludzie postępują wobec nich. Pomaganie jest tu równoznaczne z inwestycją na przyszłość, zabezpieczeniem, że pewnego dnia, kiedy będzie w potrzebie, ktoś inny mu pomoże.
2. *Łagodzenie dyskomfortu*- brak komfortu może być powodowany przez postrzeganie cudzej niedoli, nieszczęścia i dlatego pełni rolę gratyfikującą. Ludzie pomagają by uniknąć tych nieprzyjemnych sytuacji i odczuć.
3. *Pomaganie jest nagradzające*- osoba może dzięki pomaganiu innym zyska szacunek gratyfikacje nie podejmując nawet wysokich kosztów. Człowiek na podstawie danych oszacowuje związane z pomaganiem straty i nagrody (Dovido i in., 1991).

Wynikiem powyższych rozważań jest wniosek, że teoria wymiany społecznej obala rozpatrywanie działania prospołeczne jako wypadkowa altruizmu rozumianego jako „dążenie do zapewnienia pomyślności drugiej osobie z pominięciem własnego interesu. Zgodnie z tą teorią tak rozumiany altruizm nie istnieje. Ludzie pomagają wtedy, gdy leży to w ich interesie, i nigdy w przypadku przewagi ewentualnych kosztów nad zyskami.” (Aronson, Wilson, Akert, s. 460, 1997).

1.2.9.2. Pomoc bezinteresowna: zjawisko empatii i altruizmu

Niektórzy badacze zdecydowanie popierają teorie mówiącą, iż jednostki pomagają innym głównie z dobroci swych serc. Nie można zaprzeczać, że ludzie czasem zachowują się w sposób prospołeczny z powodów czysto egoistycznych. Najistotniejszą kwestią jest jednak to, że jeśli jednak doświadczamy empatii co do człowieka w potrzebie, odczuwamy cierpienie, i pomagamy mu (Aronson, Wilson, Akert, 1997).

Bardzo trudno jest więc odróżnić zachowanie bezinteresowne i altruistyczne od tego które wynika głównie z troski od samego siebie. W 1981 roku C. D. Batson oraz jego współpracownicy przeprowadzili eksperyment, który miał na celu pokazanie prawdziwych motywów działań osób w nim biorących. Uczestnicy biorący udział w eksperymencie zostali poinformowani, że to badanie jest związane z radzeniem sobie w warunkach stresu. Jedną z dwóch osób będących w pomieszczeniu będzie miała za zadanie odtworzenie szeregu liczb w pamięci. W tym samym czasie taka osoba będzie porażana impulsami elektrycznymi.

Natomiast osoba towarzysząca będzie się przypatrywała na ekranie temu jak przebiega eksperyment. Podczas eksperymentu mimika osoby, która odpamiętuje szereg cyfr, w chwili popełnienia błędu wyraźnie się zmieniała, usta się wykrzywiały, ciało drgało, najprawdopodobniej pod wpływem bólu. Obserwator był świadom, że aplikowane impulsy były dla osoby bolesne. Po pewnym czasie obserwator otrzymywał propozycję od eksperymentatora czy nie chciałby zamienić się z osobą, która zostawała poddana eksperymentowi. Tak naprawdę, nikogo w tym eksperymencie nie skrzywdzono, a jedynym celem było zbadanie czy osoby oraz w jakich warunkach są skłonne pomóc uczestnikowi. Podczas eksperymentu badacze wzięli pod uwagę dwa źródła zachowań pomocowych: własny interes i empatię. Badanie wykazało, że w momencie kiedy uczestnicy mogli uniknąć widoku cierpiącej osoby, to decyzja o nieudzieleniu wiązała się z brakiem poczucia winy i dyskomfortu. W przeciwnej sytuacji, kiedy obserwatorzy musieli oglądać aż do 10 próby przebieg badania, udzielenie pomocy było wskazane ze względu na własny interes, dobro. Zgodnie z hipotezą empatia-altruizm wyłącznie w warunkach kiedy obserwator nie wykazuje współczucia, empatii, to jego zachowanie jest motywowane własnym interesem. Kiedy zaś empatia jest wysoka, jednostki kierują się czysto altruistycznymi pobudkami. Ważne w tym eksperymencie jest to, że empatia była głównie odczuwana kiedy osoba postrzegała uczestnika eksperymentu jako podobną do siebie, wtedy też osoba była skłonna zamienić się miejscami i otrzymać wstrząsy zamiast innego uczestnika. Ta praca poparła tezę o istnieniu prawdziwego altruizmu opartego o empatię (Batson, Duncan, Ackerman, Buckley, Birch, 1981).

1.2.9.3. Indywidualne uwarunkowania zachowań prospołecznych

W toku rozwoju człowieka ważną rolę odgrywa wychowanie. Dzieci odparentują od rodziców pewne zachowania, potem je naśladowują i w łatwy sposób uczą jakie zachowania są cenione. Dorośli mają więc strategiczny wpływ na ukształtowanie w dziecku postawy altruistycznej. Jednak dzieci się różnią, jedne będą się uczyć zachowań prospołecznych w większym stopniu niż inne. Osobowość człowieka nie stanowi jedynego wyznacznika zachowań prospołecznych. Należy wziąć pod uwagę naciski sytuacyjne którym jednostki podlegają (Aronson, Wilson, Akert, 1997).

Czy jesteśmy w stanie przewidzieć czy osoba w danej sytuacji zachowa się altruistycznie i czy w ogóle istnieje coś takiego jak osobowość altruistyczna? Badacze H. Hartshorne i M. May (1929) chcieli na podstawie przeprowadzonego eksperymentu określić

czy gotowość do zachowań prospołecznych jest determinowana wyłącznie osobowością. Jeśli takie założenie byłoby prawdziwe to dzieci postawione w różnych sytuacjach będą działać konsekwentnie. W sytuacji kiedy dziecko obdarzone było daną osobowością- altruistyczną to jego całościowe zachowanie powinno być altruistyczne niezależnie od warunków sytuacyjnych. Jeśli inne dziecko cechowałby brak osobowości czy zdolności altruistycznych i byłoby ono bardziej skupione na sobie niż na innych to niezależnie od sytuacji powinno ono działać samolubnie. Wyniki badań ukazały, że mając wiedzę na temat tego, że jakieś dziecko, które cechuje bardziej altruistyczna postawa niż inne w jednej sytuacji, to nie mamy podstaw by przewidywać, że tyle samo altruizmu wykaże w innej sytuacji.

Autorzy książki „Psychologia społeczna: serce i umysł”(Aronson, Wilson, Akert, s. 471, 1997) zaznaczają, że „znajomość indywidualnych mechanizmów funkcjonowania osobowości nie wystarcza do przewidywania, na ile altruistyczne człowiek się zachowa. Należy wziąć pod uwagę także kilka innych ważnych czynników, takich jak nastrój, w jakim interesująca nas osoba aktualnie się znajduje i rodzaj nacisków, jakim w określonej sytuacji podlega. Ci sami badacze podsumowują, iż usiłując zrozumieć i przewidzieć zachowanie jednostki i jej skłonność do pomagania warto się skupić na kontekście sytuacyjnym i okolicznościach w jakich dana jednostka się znajduje.

1.2.10. Rola empatii

1.2.10.1. Znaczenie empatii i inteligencji emocjonalnej w stosunkach interpersonalnych

Na znaczenie empatii w stosunkach interpersonalnej zwrócił pośrednio uwagę H. Garner (2001). W jego rozumieniu inteligencja interpersonalna jest zbieżna z empatią i oznacza zdolność do dostrzegania różnic między stanami wewnętrznymi innych osób, szczególności różnic w nastrojach, temperamentach, motywacji i intuicjach. H. Garner wyjaśnia, iż w bardziej wykształconych formach zdolności empatyczne pozwalają obdarzonej nią osobie dorosłej odczytywać zamiary i pragnienia innych nawet wtedy, gdy są one utajone i skrywane. Badacz w swojej koncepcji pomija emocjonalny aspekt empatii, wyolbrzymiając wymiar poznawczy.

A. Matczak (2001) przyjęła założenie, że umiejętności i kompetencje społeczne mają charakter specyficzny. W ten sposób wyłania nam się obraz jednostki, która cechując się wysokimi kompetencjami społecznymi jest obdarzona takimi cechami jak empatia, nadawanie, odbieranie i kontrolowanie werbalnych i niewerbalnych komunikatów, zdolność

do autoprezentacji. Efektywność zachowań w kontekście społecznym jest zależna od inteligencji społecznej i emocjonalnej.

Wśród różnych podejść pojęcia empatii uwidacznia się wzrastanie jego popularności, ale także skierowanie na pogłębienie rozumienia psychologicznego ujęcia empatii w świetle relacji międzyludzkiej. Odchodzi się od ujmowania empatii w terminach reakcji emocjonalno-poznawczych. Fenomenologiczna analiza doświadczania współuczestniczenia w zdarzeniu życiowym i wyniki z analiz relacji interpersonalnych w psychoterapii dają podwaliny do ujęcia empatii jako postawy wyrażającej się w rolach emocjonalno-wartościujących, poznawczych i działaniowych. Taka postawa wyrażona jest w otwartości na inne osoby, gotowości na to by wraz z nimi współuczestniczyć we wzajemnym rozumieniu i współdziałaniu (Uchnast, 1996). Z. Uchnast wyjaśnia, iż postawa empatyczna daje swój wyraz w stopniu wrażliwości emocjonalnej osoby na aktualny świat przeżyć wewnętrznych drugiego człowieka i aktywnemu, spontanicznemu wychodzenia mu naprzeciw. Taka współuczestnicząca postawa motywuje ludzką istotę do emocjonalnego wspierania, poznania rozumiejącego. Postawa ta jest także wyrażona zachowaniem synergistycznym, które jest gotowością do podejmowania czynności zgodnych ze sposobem i kierunkiem aktywności działania drugiej osoby.

Empatia ma ogromny wpływ na kontakty międzyludzkie oraz jest cechą istotną dla funkcjonowania społecznego jednostki. Empatia wiąże się z zachowaniami takimi jak wspieranie innych, kooperacją a także z uczestnictwem w życiu grupy. Wyniki badań mówią też o tym, że dzieci, które są skłonne do zachowań empatycznych w mniejszym stopniu przejawiają zachowania agresywne (Kaźmierczak, 2008).

Badania nad stosunkowo nowym terminem jakim „inteligencja emocjonalna” wskazują, że koreluje ona z jakością bliskich związków, ilością uzyskiwanego wsparcia społecznego oraz zadowoleniem z niego (Ciarrochi, Chan, Bajgar, 2001). Także badania J. V. Ciarrochiego, A. Y. Chan i P. Caputiego (2000) ujawniły, że inteligencja emocjonalna jest powiązana z satysfakcją z życia oraz jakością związków międzyludzkich.

To jak istotne znaczenie ma inteligencja emocjonalna w życiu codziennym, prywatnym pokazują badania O. Krieglewicz (2005). Jej badania ujawniły związek między inteligencją emocjonalną obu partnerów a satysfakcją ze związku z partnerem. Jednak satysfakcja obojga partnerów była najsilniej związana z inteligencją emocjonalną mężczyzn. O. Krieglewicz pokazała też że kobiety w związkach udanych cechują się wyższą inteligencją emocjonalną niż kobiety ze związków nieudanych.

1.2.10.2. Funkcja empatii w kształtowaniu obrazu ciała i postaw wobec siebie

Obraz ciała jest częścią obrazu siebie i budulcem samooceny. Samoocena rzutuje zaś na samoakceptację (Vasta, 1995). Samoakceptacja warunkuje poznanie rozumiejące własnej indywidualności. Dopiero w chwili kiedy człowiek się zaakceptuje jest w stanie siebie zrozumieć. Jest to pewnego rodzaju postawa w odniesieniu do siebie, uczuciowe ustosunkowanie jednostki względem siebie (Kulas, 1986).

Według E. T. Higginsa (1987) satysfakcja z aspektów fizycznych własnego ciała bezpośrednio łączy się z rozwojem obrazu samego siebie. Model odzwierciedlający własną osobę kształtuje się na fundamencie spontanicznej samooceny a także jako wynik informacji przekazywanych przez inne osoby, które przez jednostkę uznawane są w życiu za szczególnie ważne. Znaczenie wyglądu jest uzasadnione wieloma badaniami, z których wyraźnie wynika, że osoby postrzegane jako ładne są częściej ewaluowane bardziej pozytywnie i lepiej traktowane od jednostek o mniej atrakcyjnym wyglądzie (Wojciszke, 1991). Osoby atrakcyjniejsze są więc lepiej traktowane, społeczeństwo ma do nich pozytywniejszy stosunek a one same mają więcej możliwości i śmiałości by praktykować, ćwiczyć empatyczne zachowanie w relacjach międzyludzkich

Naukowcy od wielu lat prowadzą badania nad tym w jaki sposób poziom empatii może kształtować postawy wobec własnego ciała. W 2004 roku powstała praca na temat umiejętności anorektyczek w rozpoznawania emocji na podstawie mimiki twarzy i głosu innych osób (Kucharska-Pietura, Nikolaou, Masiak, Treasure, 2004). W badaniu porównano dwie grupy: anorektyczki-grupa o skrajnie niskim i zaburzonym obrazie ciała i grupa kobiet zdrowych. Uzyskane wyniki dostarczyły danych mówiących o tym, że kobiety chorujące na anoreksję posiadały słabe zdolności w rozpoznawaniu emocji. Jak wyjaśniają badacze może się to wiązać ze słabą komunikacją interpersonalną i niskim poziomem empatii.

Funkcjonowanie społeczne jest w sposób znaczny związany z empatią jednostki. M. Adenzato, P. Todisco, R.B. Ardit (2012) skupili się poznaniu funkcjonowania społecznego u pacjentek z anoreksją. Efektem ich analiz było potwierdzenie faktu, że współczynniki poziomu empatii, a więc zdolności do współodczuwania, rozpoznawania stanów afektywnych drugiej osoby i właściwe emocjonalne reagowanie jest znacznie niższy u kobiet z anoreksją niż u tych, które nie wykazują tak skrajnego niezadowolenia z ciała.

Badanie D. Hambrooka i współpracowników (2008) rzuciło nowe światło na to zagadnienie. Badacze skupili się na porównaniu pacjentów autystycznych, czyli osobach społecznie upośledzonych oraz pacjentek z anoreksją pod względem poziomu empatii. Wykazano duże podobieństwo w obu grupach pod względem społecznego upośledzenia i poziomu empatii. Osoby cierpiące na anoreksję, a więc te ze skrajnie niskim zadowoleniem ze swojego ciała cechuje bardzo niski poziom empatii, czyli zdolność do rozpoznawania i kierowania własnymi emocjami oraz komunikowania swoich myśli i uczuć.

Ciekawych danych dotyczących poziomu przetwarzania i postrzegania emocji twarzy dostarczyły znów badania kontrolne anorektyczek w porównaniu z kobietami zdrowymi (Pollatos i wsp., 2008). Kobiety chorujące na anoreksję nie tylko popełniały więcej błędów w klasyfikacji smutnych, neutralnych i zniesmaczonych twarzy lecz także wykazały podwyższone amplitudy do wszystkich kategorii twarzy. U tych kobiet amplitudy obniżały się na widok emocjonalnie nieprzyjemnych twarzy. Z analiz poziomu amplitud można przyjąć, iż u kobiet z anoreksją występują większe trudności w emocjonalnym kodowaniu mimiki. Obserwowane zmniejszanie się amplitud w reakcji na obserwowane nieprzyjemnie emocjonalnie twarze może być interpretowane jako dowód obniżenia się zdolności w przetwarzaniu poznawczym w odniesieniu do negatywnie wyrażonych przez twarze emocji co może prowadzić do braku empatii i trudności społecznych. Analizy poziomu empatii u kobiet cierpiących na anoreksję, stały się przesłanką do sformułowania poruszanego w tej pracy problemu badawczego dotyczącego związku między obrazem ciała a empatią.

Związków między obrazem ciała a empatią można poszukiwać na gruncie wspólnej genetyki oraz podobnym procesie kształtowania się obu zjawisk. Zagadnienia związane z funkcjonowaniem w środowisku rodzinnym, które ma ogromny wpływ na rozwój oraz jakościowy charakter obrazu ciała pokazują, że niedostępność empatyczna i selektywność reakcji ze strony rodziców przekłada się na rozwój psychopatologii w obrazie ciała (Krueger, 2009). Literatura psychologiczna pokazuje jak ważne są relacje rodzinne zarówno w kształtowaniu się postawy empatycznej, a także obrazu ciała. A. Kobierecka (2012) podaje, że właśnie kontakty w obrębie systemu rodzinnego, są bardzo ważnym czynnikiem spustowym, oraz podtrzymującym zaburzenia w zakresie obrazu własnego ciała. Dziecko internalizując zachodzące interakcje z rodzicami lub osobami opiekującymi się nim, rozwija struktury i schematy wewnątrzpsychiczne, co w bezpośredni sposób łączy się z tym jak rozumie i postrzega świat, a w tym własną cielesność (Rzeszutek, 2009). Kontakty dziecka z matką są istotne z punktu problematyki obrazu ciała. Nieprawidłowości w zakresie reakcji emocjonalnej na drodze: matka-córka mogą stać się przyczyną zaburzeń. Wzbudzenie

nieadekwatnych celów, blokowanie niezależności oraz krytyczna postawa matki i niechęć wobec córki może skutkować przeniesieniem na własne ciało negatywnych uczuć do matki (Kobierecka, 2012).

Środowiskiem, które ma największy wpływ na dziecko jest rodzina. Obecnie zwraca się uwagę na ogromny wpływ stylu wychowania na rozwoju zachowań prospołecznych i empatii (Eisenberg, Fabes, 1989). Lata badań dostarczają dowodów, które pokazują, że matki dzieci, które były bardziej współczujące, nie karały i cechowały się serdecznym stylem wychowania swoich dzieci. Takie matki miały tendencję do zachęcania pociech, by pocieszać poszkodowanego. Z kolei matki, które miały tendencję do karania swoich dzieci wychowywały je na mniej współczujących (Zahn-Waxler, Radke-Yarrow, King, 1979). Podłoże i rozwój reakcji empatycznych i obrazu ciała jest więc takie samo.

Poziom równowagi i zadowolenia z własnego ciała wpływa na częstość wchodzenia w kontakty interpersonalne. Na rolę obrazu ciała zwraca się uwagę w procesie rozwoju osoby, a także na gruncie jej interpersonalnego i intrapsychniczego funkcjonowania (Cash, Theriault, Annis, 2004). Od sposobu widzenia i oceniania siebie zależy sposób postrzegania czekających zadań, a nawet otaczającego świata (Doliński, 1993). „Kto nie lubi siebie, ten nie lubi również innych i nie potrafi odpowiedzieć na przyjaźń równie szczerą przyjaźnią” (Lauster 1995, s. 48). Tak więc, w zależności od hierarchii wartości, zadowolenie z ciała lub jego brak może wpływać na jakość kontaktów społecznych oraz na emocje jakimi obdarzamy innych.

Znaczenie obrazu ciała jest podkreślane także w sposobie doświadczania emocji i ich integracji (Krueger, 2002). Argumentem, który może sugerować istnienie związku między obrazem ciała a empatią wydaje się być fakt, że postawy wobec własnego wizerunku ciała odgrywają szczególną rolę w funkcjonowaniu poznawczym jednostki, ponieważ przekonania, oceny, schematy z nim związane wpływają na treść myśli, barwę emocji i całości kształt zachowania człowieka (Thompson, Berg, 2002). Posiadanie przez jednostkę negatywnej reprezentacji umysłowej własnego ciała może spowodować wystąpienie u niej negatywnych emocji (Izydorczyk, Rybicka, 2009). Na tej podstawie można wysunąć wniosek, że obraz ciała może wpływać na interpretację własnych przeżyć i doświadczeń. Ludzie, którzy mają pozytywne emocje i myśli na temat samych siebie, takimi emocjami i myślami obdarzają innych. Ludzie, którzy nie akceptują i nie lubią siebie taki stosunek mają także do otoczenia.

Rozdział 2. Metodologia badań własnych

W tym rozdziale pracy dokonam opisu wybranych metod badawczych, a mianowicie Kwestionariusza Empatii Osobowej (KEO) Z. Uchnasta, Skali Obrazu ciała (BES)) S. L. Franzoi i S. A. Shields'a oraz Kwestionariusza Inteligencji Emocjonalnej (INTE) w polskiej adaptacji A. Jaworowskiej i A. Matczak.

2.1. Problem i hipotezy badawcze

2.1.1. Problematyka badania

Na podstawie zaprezentowanych analiz zagadnień teoretycznych dotyczących tematyki obrazu ciała i empatii zostały sformułowane poniższe pytania badawcze:

1. Czy istnieje zależność pomiędzy obrazem ciała a empatią u studentów?
 - 1.1. Czy obraz ciała ma związek z empatią osobową?
 - 1.2. Czy występuje związek między obrazem ciała a empatią ogólną i jej szczegółowymi wymiarami?

2. Czy obraz ciała ma związek z inteligencją emocjonalną u studentów?
 - 2.1. Czy istnieje związek między obrazem ciała a ogólnym poziomem inteligencji emocjonalnej?
 - 2.2. Czy obraz ciała współwystępuje z umiejętnością wykorzystania emocji w celu wspomagania myślenia i działania?
 - 2.3. Czy obraz ciała ma związek ze zdolnością rozpoznawania emocji?

3. Czy osoby różniące się pod względem obrazu ciała różnią się w zakresie empatii?
 - 3.1. Czy osoby różniące się w zakresie obrazu ciała różnią się pod względem empatii osobowej?
 - 3.2. Czy osoby różniące się w zakresie obrazu ciała różnią się pod względem empatii ogólnej i jej szczegółowych wymiarów?
4. Czy osoby wykazujące różnice w zakresie obrazu ciała różnią się inteligencją emocjonalną?
 - 4.1. Czy osoby o różnym obrazie ciała różnią się ogólnym poziomem inteligencji emocjonalnej?
 - 4.2. Czy osoby różniące się w zakresie obrazu ciała różnią się umiejętnością wykorzystania emocji w celu wspomaganie myślenia i działania?
 - 4.3. Czy osoby różniące się w zakresie obrazu ciała różnią się zdolnością rozpoznawania emocji?

2.1.2. Hipotezy badawcze

Przedstawione problemy badawcze stały się podstawą do sformułowania następujących hipotez.

H 1. Istnieje zależność pomiędzy obrazem ciała a empatią u studentów.

1.1. Obraz ciała ma związek z empatią osobową.

1.2. Występuje związek między obrazem ciała a empatią ogólną i jej szczegółowymi wymiarami.

H 2. Obraz ciała ma związek z inteligencją emocjonalną u studentów.

1.1. Istnieje związek między obrazem ciała a ogólnym poziomem inteligencji emocjonalnej

1.2. Obraz ciała współwystępuje z umiejętnością wykorzystania emocji w celu wspomaganie myślenia i działania.

1.3. Obraz ciała ma związek ze zdolnością rozpoznawania emocji.

H 3. Osoby różniące się pod względem obrazu ciała różnią się w zakresie empatii

- 1.1. Osoby różniące się w zakresie obrazu ciała różnią się pod względem empatii osobowej.
- 1.2. Osoby różniące się w zakresie obrazu ciała różnią się pod względem empatii ogólnej i jej szczegółowych wymiarów.

H 4. Osoby wykazujące różnice w zakresie obrazu ciała różnią się inteligencją emocjonalną

- 4.1. Osoby o różnym obrazie ciała różnią się ogólnym poziomem inteligencji emocjonalnej.
- 4.2. Osoby różniące się w zakresie obrazu ciała różnią się umiejętnością wykorzystania emocji w celu wspomagania myślenia i działania
- 4.3. Osoby różniące się w zakresie obrazu ciała różnią się zdolnością rozpoznawania emocji.

2.2. Zastosowane metody

2.2.1. Kwestionariusz Empatii Osobowej- KEO w opracowaniu Zeona Uchnasta

Kwestionariusz Empatii Osobowej (KEO) autorstwa Zenona Uchnasta jest czynnikową metodą służącą do pomiaru komponentu empatii jako postawy charakterologicznej, które wydają się tożsame z wyodrębnionymi przez D. Golemana (1999) kompetencjami emocjonalnymi. Mogą być one wyznacznikami empatycznego funkcjonowania w stosunkach międzyludzkich.

Kwestionariusz bada empatię osobową. Z. Uchnast (2001, s.205) wyjaśnia: „Ostatecznie zoperacjonalizowana za pomocą wskaźnika EmO empatia osobowa jest jedną z kompetencji emocjonalnych do nawiązywania i utrzymywania adekwatnych relacji interpersonalnych. Przejawia się ona w osobowej otwartości na innych z zachowaniem szacunku dla indywidualności, w spontanicznej życzliwości, w bezpośrednim i swobodnym sposobie bycia, w gotowości do wspierania innych i odpowiedzialnego i rzetelnego współuczestniczenia z innymi w zdarzeniach życiowych”. Jak pisze Z. Uchnast (2001) istotne są zdolności danej osoby do wykroczenia poza jej osobiste doświadczenia, spostrzeżenia i umiejętność dotarcia do wewnętrznych doświadczeń innej osoby w kontekście właściwej orientacji.

KEO składa się z 80 stwierdzeń. Twierdzenia Kwestionariusza Empatii Osobowej ujęte są w 10 skalach, które można uporządkować w cztery kategorie:

I. Orientacja ku innym:

1.) *Życzliwość spontaniczna (ŻS)*. Skala wskazuje na otwartość i zainteresowanie tym, co jest bliskie i znaczące dla drugiej osoby, akceptację jej indywidualności, gotowość do czynnego współuczestniczenia i osobistego, bezinteresownego angażowania się na rzecz dobra innych bez stawiania wstępnych wymogów czy zastrzeżeń.

2.) *Życzliwość warunkowa (ŻW)*. Skala ujmuje życzliwość okazywaną w zależności od zwrotnych informacji o wdzięczności, uległości, czy też akceptacji wymagań, Okazywanie tej formy życzliwości prowadzi do samozadowolenia z bycia dobrym. Życzliwość może być interesowna lub nawet zaborcza. Skala mierzy empatię pozorną.

II. Kompetencje interpersonalne:

3.) *Wspieranie innych (WI)*. Skala wskazuje na gotowość do wspierania innych, a także poświęceń dla dobra innych. Ujmuje także gotowość do wyrażania solidarności i wspólnoty z osobami dotkniętymi cierpieniem czy krzywdą.

4.) *Swoboda towarzyska (ST)*. Skala wskazuje na bezpośredni i serdeczny sposób bycia, dynamiczność, zainteresowanie otoczeniem, otwartość na nowe sytuacje, gotowość do współpracy i współzawodnictwa.

5.) *Solidność (SO)*. Skala mierzy dbałość o dobrą jakość swojego działania, o klarowność intencji, wierność przyjętym zasadom, obowiązkowość, sumiennność, wytrwałość, jak również potrzebę doskonalenia własnych kompetencji.

III. Kompetencje intrapersonalne:

6.) *Równowaga emocjonalna (RE)*. Skala określa stałość reakcji emocjonalnych, umiejętność wprowadzania dobrego nastroju, pozytywne nastawienie do innych, wskazuje też na ukierunkowanie na odległe cele, akceptację przeszłości i umiejętność spokojnego przyjmowania krytyki ze strony innych.

7.) *Wyczucie sytuacji (WS)*. Skala mierzy umiejętność adekwatnego rozeznania sytuacji, wskazuje na zdolność dostrzegania różnorodnych podejść, ujęć i aspektów sytuacji, umiejętność podejmowanie decyzji, w sposób zdecydowany i klarowny dla innych, działanie taktowne, zasadne i skuteczne dla innych.

8.) *Znajomość siebie (ZN)*. Skala mierzy stopień rozeznania własnych możliwości i ograniczeń, klarowności i spójności obrazu siebie, poczucie autentyczności i wewnętrznej

zgodności działania; gotowość do uświadomienia sobie własnych cech ujawniających się w przeżyciach i w zachowaniu.

IV. Uogólnione wskaźniki poziomu empatii

9.) Ogólny wskaźnik empatii (OWE).

Z. Uchnast (2001) w następujący sposób interpretuje wyniki tej skali:

- Wysoki wynik, będący uśrednieniem ośmiu wyników uzyskanych przez daną osobę we wszystkich czynnikach kwestionariusza, wskazuje na podstawową otwartość na innych, która ujawnia się w sposób spontaniczny i autentyczny. Jak zaznacza Z. Uchnast (2001, s. 204) „ta życzliwa „otwartość” na innych przejawia się nie tylko w bezpośrednim i pogodnym sposobie bycia z innymi, ale również w gotowości do wspierania będących w potrzebie i w dbałości o jakość działania odpowiednio do charakteru relacji interpersonalnej i adekwatnie do danej sytuacji życiowej”.

- Niskie wyniki dają wyraz braku umiejętności do bezpośrednich, swobodnych i życzliwych relacji z innymi, wychodzenia naprzeciw im oczekiwaniom i potrzebom. Brak ten ma podstawy w zmiennych intrapsychicznych, które uwidaczniają się w słabym wyczuciu kontekstu sytuacyjnego i niedostatecznej integracji wewnętrznej warunkującej klarowność i autentyczność obrazu siebie. Osoby, które posiadają niskie zdolności intrapsychiczne nawiązują kontakty międzyludzkie o charakterze interesownym i warunkowym.

10.) *Empatia osobowa (EmO)*. Skala ta określa zdolność do nawiązywania i utrzymywania adekwatnych relacji interpersonalnych.

- Wysokie czy też niskie wyniki uzyskiwane w EmO dają podstawy do wnioskowania do analogicznych tendencjach jak za pomocą wskaźnika OWE. Jednak wskaźnik EmO umożliwia dokładniejsze różnicowanie struktury empatii a wymiarze stopnia gotowości bądź do serdeczności spontanicznej, czy też warunkowej.

Zadaniem osób badanych jest uważne przeczytanie wszystkich stwierdzeń i zaznaczenie kółkiem wybrany znak: ZF, RF, N, RP, ZP, w zależności od tego, w jakim stopniu dane twierdzenie odnosi się do osoby.

Znaki oznaczają: ZF- Zawsze Fałszywe, RF- Raczej Fałszywe, N- Nie jestem zdecydowany, RP- Raczej Prawdziwe, ZP- Zawsze Prawdziwe.

Rzetelność metody:

Rzetelność metody została ustalona za pomocą wewnętrznej zgodności alfa Cronbacha. Współczynniki tej rzetelności są następujące: Życzliwość spontaniczna: 0,628; Życzliwość warunkowa: 0,719; Wspieranie innych: 0,849; Swoboda towarzyska: 0,841; Solidność: 0,675; Równowaga emocjonalna: 0,879; Wycucie sytuacji: 0,890; Znajomość siebie: 0,855; Ogólny Wskaźnik Empatii: 0,855 (Uchnast, 2001).

Badania Z. Uchnasta (2001) potwierdzają rzetelność oraz trafność metody. Wskaźniki rzetelności α Cronbacha dla pozycji składających się na wyodrębnione czynniki KEO oraz miary uśrednionej interkorelacji pomiędzy pytaniami wchodzącymi w skład poszczególnych czynników przedstawia poniższa tabela (Tabela 3).

Tabela 3. Wskaźniki rzetelności α Cronbacha dla pytań wchodzących w skład każdego z tych czynników (Z. Uchnast, 2001).

Czynniki KEO	ŻS	Ż	I	T	O	E	S	N
α Cronbacha	0,628	0,719	0,849	0,841	0,675	0,879	0,890	0,855
Uśredniona korelacja	0,16	0,21	0,37	0,45	0,35	0,17	0,42	0,38

Poziom empatii mierzony przy pomocy ogólnego wyniku Kwestionariusza Empatii Osobowej (OWE) wyraża się szczególnie w spontanicznej życzliwości oraz w emocjonalnych zdolnościach międzyosobowych i wewnątrzosobowych. Z tego powodu jak pisze Z. Uchnast (2001, s.197) „można traktować ją jako przejaw dojrzałości emocjonalnej osobowościowych kompetencji do rozwoju w adekwatnych relacjach interpersonalnych”.

Trafność

Autor KEO Z. Uchnast w celu sprawdzenia tego założenia przeprowadził badania przy użyciu KEO i Kwestionariusza Poczucia Bezpieczeństwa i Prężności osobowej (KPB-PO). W wyniku tych badań stwierdzono wysoki stopień pozytywnej współzmienności pomiędzy wszystkimi czynnikami mierzonej empatii. Spośród wszystkich czynników tylko *życzliwość warunkowa* ujemnie koreluje z czynnikami KPB i PO. Wysokie wskaźniki współzmienności

pomiędzy wynikami skali *empatii osobowej* (EmO) a czynnikami skali Kwestionariusza Poczucia Bezpieczeństwa i Prężności Osobowej są wysokie a nawet wyższe od wskaźników korelacji między czynnikami KP-PO a *Ogólnym Wskaźnikiem Empatii* (OWE).

Wysokie wskaźniki dodatniej korelacji między wynikami skali Empatii Osobowej (EmO) a wynikami skali KPB-PO mogą stanowić przesłanki do wstępnej oceny stopnia trafności pomiaru empatii osobowej za pomocą KEO. Sposobem zbadania trafności i empatii osobowej może być jej stopień odpowiedniości do A. Mehrabiana i N. Epsteina Skali Empatii. „Wyniki liczbowe z analizy statystycznej pozwalają stwierdzić, że wyniki ogólne obu skal są ze sobą współzmiennie na poziomie statystycznie istotnym” (Uchnast, 2001, s.202).

2.2.2. Skala obrazu ciała- BES autorstwa S.L. Franzoi i S. A. Shields

Do zbadania obrazu ciała została wykorzystana skala BES S. L. Franzoi i S. A. Shields'a (Franzoi, Shields, 1984). Skala BES diagnozuje obraz ciała rozumiany, jako subiektywna ocena zadowolenia i niezadowolenia z wyglądu. BES bada, więc aspekt poznawczo-afektywny.

BES składa się z 35 pozycji, które stanowią nazwy poszczególnych partii ciała i funkcji ciała. W teście BES wyodrębniono po 3 podskale dla kobiet i 3 podskale dla mężczyzn, które opisują ich obraz ciała.

Skale opisujące obraz ciała kobiet to:

1. Skala atrakcyjności seksualnej (sexual attractiveness, **AS**) - określa stosunek do atrakcyjności różnych aspektów twarzy oraz własnej seksualności. Szczególną uwagę zwrócono na te partie ciała, które można przekształcać za pomocą operacji plastycznych. W skład tej skali wchodzi następujące części i funkcje ciała: nos, usta, uszy, podbródek, klatka piersiowa, wygląd oczu, kości policzkowe, twarz oraz pociąg seksualny, organy płciowe, aktywność seksualna owłosienie ciała, zapach ciała.

2. Skala troski o wagę (weight concern, **TW**) - skala ta określa nastawienie do apetytu oraz takich partii ciała, które mogą być poddane modyfikacji poprzez stosowanie różnych diet. W skład tej skali wchodzi następujące części i funkcje ciała: apetyt, talia, uda, budowa ciała, pośladki, biodra, nogi, figura, wygląd brzucha, waga.

3. Skala sprawności fizycznej (physical condition, **SF**) - określa ustosunkowanie się osoby do ogólnej kondycji fizycznej, zdrowia i siły. W skład skali wchodzi następujące części i funkcje ciała: wytrzymałość fizyczna, refleks, siła mięśniowa, poziom energii, bicepsy, koordynacja ruchowa, zwinność, zdrowie, kondycja fizyczna.

Skale opisujące obraz ciała dla mężczyzn to:

1. Skala atrakcyjności fizycznej (physical attractiveness, **AF**) - określa stosunek do różnych aspektów wyglądu twarzy oraz figury, które uważane są za mające wpływ na atrakcyjność. W skład tej skali wchodzi następujące części ciała: podbródek, pośladki, wygląd oczu, kości policzkowe, biodra, organy płciowe, usta, uszy, nos stopy.

2. Skala siły fizycznej (upper body strenght, **FF**) - skala ta określa nastawienie do górnej połowy ciała, a w szczególności tych jego aspektów nad którymi można pracować ćwicząc. W skład tej skali wchodzi następujące części i funkcje ciała: budowa ciała, szerokość barków, ramiona, klatka piersiowa, pociąg seksualny, koordynacja ruchowa, figura, siła mięśniowa, bicepsy.

3. Skala sprawności fizycznej (physical condition, **KF**) - określa ustosunkowanie się osoby do ogólnej koordynacji fizycznej, zdrowia i siły. W Skład tej skali wchodzi następujące części i funkcje ciała: waga, koordynacja ruchowa, apetyt, wytrzymałość fizyczna, refleks, talia, zwinność, zdrowie, kondycja fizyczna, figura, poziom energii, wygląd brzucha (Franzoi i wsp., 2004).

Osoby badane mają za zadanie określić stopień zadowolenia z tych partii ciała lub funkcji ciała na 5-stopniowej skali, gdzie 1 oznacza skrajne niezadowolenie, a 5 skrajne zadowolenie. Suma poszczególnym pozycji daje ogólny wynik obrazu ciała. Wyższy, ogólny wynik świadczy o wyższej satysfakcji z własnego ciała.

Skala BES diagnozuje obraz ciała u młodzieży i osób we wczesnej dorosłości,

Skale BES po raz pierwszy zostały opublikowane w 1984 roku w Journal of Personality Assessment w artykule: „The Body Esteem Scale: Multidimensional Structure and sex Differences in a College Population”. Wskaźniki rzetelności dla poszczególnych skal BES w wersji amerykańskiej zostały policzone w 1984 roku, gdy test ten powstał.

Trafność i rzetelność

Badania nad trafnością i rzetelnością Body Esteem Scale zostały przeprowadzone na próbie 331 mężczyzn i 633 kobiet. Współczynnik alfa Cronbacha wewnętrznej spójności

dla kobiet wynosił od 0,78 dla skali AS do 0,87 dla skali KF a dla mężczyzn oscylował od 0,81 do 0,87 (Franzoi, Shields, 1984). Dane te świadczą o rzetelności kwestionariusza.

The Body Esteem Scale skorelowano z Rosenberg Self-Esteem Scale w celu sprawdzenia zbieżności tych skal. Wyniki ukazały umiarkowaną korelację między tymi metodami. Sprawdzone także odpowiedniość BES do the Body Cathexis Scale. Badanie ujawniło silną korelację między BES a BCS.

Kolejne dowody uzasadniające stosowanie i walory psychometryczne Skali BES zostały opublikowane w 1994 roku w Journal of Clinical Psychology w pracy autorstwa S. Franzoi: „Further evidence of the reliability and validity of The Body Esteem Scale”. Badacz ten ponownie wykazał za pomocą metody powtórnego pomiaru (test- retest), wysoką wiarygodność i stabilność wyników testu BES w okresie trzech miesięcy.

Badania S. Franzoi, M. J. McDonald i K. Boston z 2004 roku także potwierdziły pierwotną strukturę czynnikową skali. Poczynione badania nad Body Esteem Scale wskazują na wielowymiarowy charakter w subiektywnej ocenie wartości własnego ciała.

W konceptualizacji psychologicznego pojęcia obrazu ciała i budowie BES wzięto pod uwagę osoby we wczesnej dorosłości. Autorzy nie zalecają badania tą skalą osób we wcześniejszych lub późniejszych okresach rozwojowych.

2.2.3. Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej- INTE

Autorzy kwestionariusza (Shutte i wsp, 1998) za jego podwaliny teoretyczne uznali pierwszą wersję modelu inteligencji emocjonalnej Saloveya i Mayera. Model ten uwzględnia trzy komponenty składowe: zdolność do spostrzegania, oceny i ekspresji emocji, zdolność do wykorzystywania emocji jako czynników wspomagających myślenie i działanie.

Kwestionariusz INTE zawiera 33 pozycje. Zadaniem badanego jest udzielenie odpowiedzi na 5-stopniowej skali, od zdecydowanie się nie zgadzam do zdecydowanie się zgadzam.

Prócz wyniku ogólnego można uzyskać dwa osobne wyniki czynnikowe, które odzwierciedlają umiejętność do wykorzystywania emocji w celu wspomaganie myślenia i działania (czynnik I) oraz zdolność do rozpoznawania emocji (czynnik II).

Kwestionariusz INTE przeznaczony jest do badania młodzieży oraz osób dorosłych i może być stosowany w badaniach grupowych i indywidualnych.

Zgodność wewnętrzną kwestionariusza INTE jest w pełni satysfakcjonująca. Współczynnik *alfa* Cronbacha dla prób normalizacyjnych zawierają się w granicach 0,82-

0,91, są to wartości, które dają podstawy do używanie kwestionariusza także w diagnostyce indywidualnej.

Stabilność bezwzględna INTE dla polskich populacji oszacowano na bazie rezultatów dwukrotnego badania w odstępie 3-4 tygodni grup osób dorosłych a także uczniów szkół średnich. Badania wykazały, iż współczynnik korelacji są więc dla wszystkich grup zadowalająca wysokie i oznaczają, że zależność pomiędzy rezultatami pierwszego i drugiego badania jest silna. W rezultacie przeciętne wyniki testu i retestu nie różnią się istotnie (tabela 4).

Tabela 4. Współczynniki stabilności bezwzględnej (r- Persona) wyników INTE oraz porównanie wyników testu i retestu (odstęp 3-4 tygodnie).

Osoby badane	Płeć	N	r	TEST		RETEST	
				M	SD	M	SD
Uczniowie	Kobiety	35	0,84	126,3	13,5	126,8	11,8
Szkoły średniej	Mężczyźni	20	0,78	118,7	13,6	115,8	17,9
Dorośli	Kobiety	50	0,71	127,1	13,7	125,2	14,0
	Mężczyźni	42	0,75	120,1	14,4	120,1	14,7

W badaniach polskich dotyczących trafności Kwestionariusza Inteligencji Emocjonalnej-INTE użyto dostępne narzędzia służące do pomiaru inteligencji emocjonalnej takie jak: Dwuwymiarowy Inwentarz Inteligencji Emocjonalnej- DINEMO, Popularny Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej- PKIE i Skala Inteligencji Emocjonalnej- Twarze- SIE-T. Wyniki kwestionariusza INTE najbardziej korelują z wynikiem ogólnym Popularnego Kwestionariusza Inteligencji Emocjonalnej. Może to oznaczać duże podobieństwo konstruktów mierzonych przez te narzędzia. Także korelacje pomiędzy wynikiem ogólnym Dwuwymiarowym Inwentarzem Inteligencji Emocjonalnej i Kwestionariuszem Inteligencji Emocjonalnej są także istotne statystycznie.

2.3. Procedura badania

Wykorzystane w badaniu kwestionariusze miały formę samoopisową. Osoby poinformowano na temat celu przeprowadzeniu oraz przebiegu badań. Pojawiła się również informacja o poufności i anonimowości badania. Badani zostali poproszeni o wypełnienie trzech kwestionariuszy zgodnie z zawartą pisemną instrukcją. Badania były przeprowadzane

podczas zajęć na uczelniach w Nowym Sączu. Nie ustalono limitu czasowego, natomiast badanie zwykle trwało od 13 do 20 minut.

2.4. Charakterystyka grupy badanych osób

W badaniach wzięło udział 144osoby, w tym 123kobiet co stanowi 50,41 % całej grupy i 121 mężczyzn (49,59 % wszystkich osób badanych). Badana grupa to studenci Wyższej Szkoły Biznesu oraz Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej, Uniwersytetu Jagiellońskiego i Akademii Krakowskiej.

Rozdział 3. Prezentacja wyników i ich psychologiczna interpretacja

Przeprowadzone badania testowe z wykorzystaniem metod kwestionariuszowych do badania obrazu ciała (Body Esteem Scale-BES) oraz metod do pomiaru empatii (Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej- INTE, KEO- Kwestionariusz Empatii Osobowej) dostarczyły szeregu danych, które zostały opracowane przy użyciu metod statystycznych. Analiza i interpretacja uzyskanych wyników jest przedstawiona poniżej.

Przedmiotem tego rozdziału jest wykazanie związków, jakie istnieją między obrazem ciała a empatią w grupie badanych studentów. Dokonując zamierzonych porównań pomocne jest wykorzystanie poziomów obrazu ciała w kategoriach niskich i wysokich wyników oraz wyników uzyskanych w poszczególnych czynnikach skal do badania obrazu ciała. Prezentacja wyników z badań własnych oraz analiza i interpretacja uzyskanych wyników mają na celu weryfikację przedstawionych poniżej hipotez badawczych:

H 1. Istnieje zależność pomiędzy obrazem ciała a empatią u studentów.

H 2. Obraz ciała ma związek z inteligencją emocjonalną u studentów.

H 3. Osoby różniące się pod względem obrazu ciała różnią się w zakresie empatii

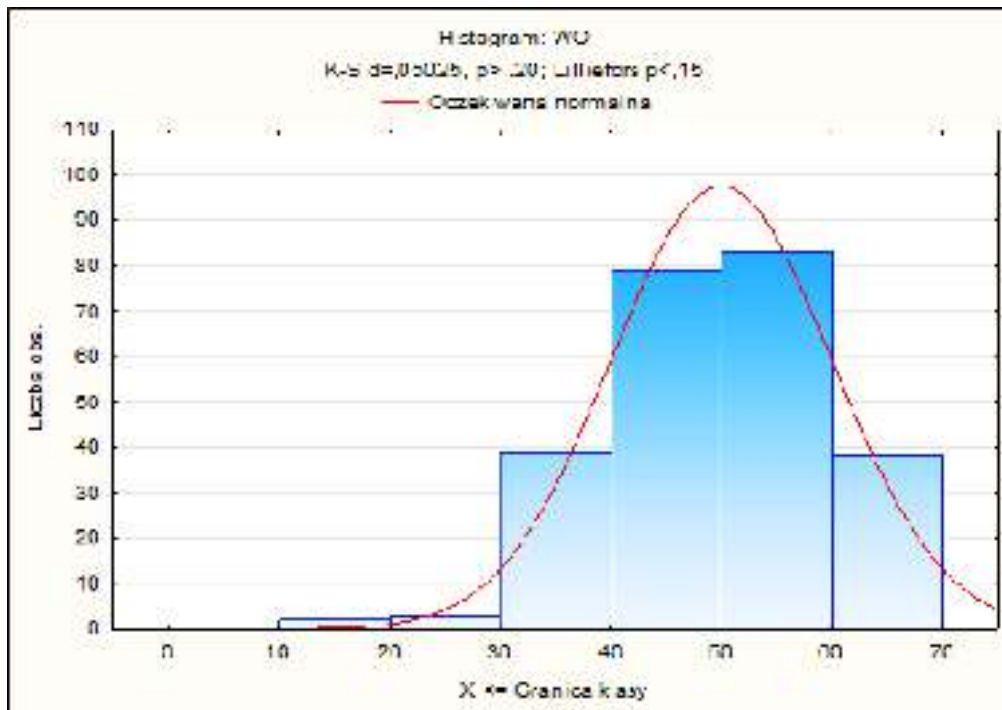
H 4. Osoby wykazujące różnice w zakresie obrazu ciała różnią się inteligencją emocjonalną

3.1. Poziom obrazu ciała u badanych studentów

Pomiaru obrazu ciała dokonano za pomocą Body Esteem Scale (BES) autorstwa S. L. Franzoi i S. A. Shields'a. Analiz statystycznych dokonano na jednostkach standaryzowanych ($M= 50$, $T=10$). Wynik ogólny Skali Obrazu Ciała jest miarą globalnego zadowolenia z ciała. Metoda składa się z 6 skal: trzech skal dla kobiet oraz trzech skal dla mężczyzn. Tabela 5 przedstawia statystyki opisowe wyników ogólnych, natomiast ich rozkład zaprezentowany został w tabeli 6 i zilustrowany na rys. 10.

Tabela 5. Statystyki opisowe ogólnego wyniku w Skali Obrazu Ciała (BES) dla badanej grupy (N = 244).

	M	Min	Max	SD
WO OBRAZU CIAŁA	50,01	14,00	68,00	9,98



Rysunek 10. Graficzna ilustracja wyników ogólnych uzyskanych w całej badanej grupie osób (N= 244).

Ogółem zostało przebadanych 244 osób. Rozkład wyników ogólnych obrazu ciała dla wszystkich studentów przedstawiony na rysunku 7 jest rozkładem lewostronnie skośnym. Taki rozkład wskazuje na to, że w danej grupie więcej jest osób zadowolonych ze swojego ciała niż niezadowolonych co jest bardzo pozytywną informacją. Średnie wyniki uzyskane w badanej grupie osób wynoszą 50, 01 natomiast odchylenie standardowe ma wartość 9,98. Najniższy wynik uzyskany w skali BES ma wartość 14,00 natomiast najwyższy 68,00.

W tabeli 6 przedstawione zostaną wyniki ogólne obrazu ciała uzyskane przez grupę badanych studentów, kobiet i mężczyzn łącznie uporządkowane w szereg rozdzielczy.

Tabela 6. Rozkład wyników ogólnych Skali Obrazu Ciała (BES) u badanej grupy osób (N=244) w ujęciu procentowym.

Grupa przedziałów rangowych	Liczebność (N)	% badanej grupy
10 <x≤20	2	0,82
20<x≤30	3	1,23
30<x≤40	39	15,98
40 <x≤50	79	32,38
50<x≤60	83	34,02
60<x≤70	38	15,57
Razem	244	100%

Wyniki ogólne w Skali Obrazu Ciała mieszczą się w 6 przedziałach: 10-20; 20-30; 30-40; 40-50; 50-60; 60-70. Przedział rangowy od 50 do 60 obejmuje największą ilość osób i jest ich 83, co stanowi 34,02 % wszystkich badanych, natomiast przedział od 10 do 20 obejmuje jedynie 2 osoby, czyli 0,82% wszystkich badanych studentów.

Tabela 7. Statystyki opisowe i wskaźniki różnic między wynikami średnimi grup kobiet i mężczyzn uzyskane w wyniku ogólnym Skali Obrazu Ciała (BES).

	Kobiety (N=123)		Mężczyźni (N=121)		t	p
	M	SD	M	SD		
WO	47,15	9,57	52,93	9,56	-4,72	0,00001***

Zaprezentowane w zamieszczonej powyżej tabeli 7 statystyki opisowe pokazują, że grupy kobiet i mężczyzn różnią się w sposób istotny statystycznie pod względem wyników uzyskiwanych w wyniku ogólnym obrazu ciała ($t=-4,72$, $p=0,0001$). Takie dane dają podstawę by rozpatrywać kobiety i mężczyzn osobno.

$p<0,001$ ***

3.1.1. Charakterystyka wymiarów obrazu ciała w grupie kobiet

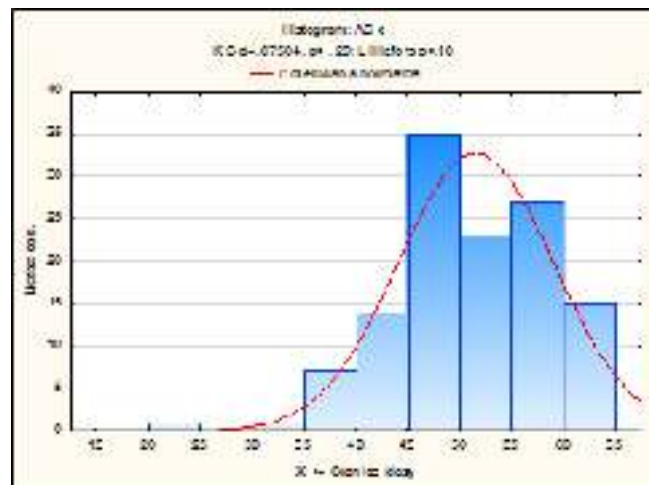
W przeprowadzonych badaniach wzięło udział 123 kobiet, co stanowi 50,41% wszystkich badanych. Skala Obrazu Ciała umożliwia zbadanie trzech wymiarów obrazu ciała w przypadku kobiet: AS-atrakcyjność seksualną, TW- troskę o wagę i SF-sprawność fizyczną. Przedstawione poniżej danej pokazują, iż kobiety najlepiej oceniają się w zakresie atrakcyjności seksualnej ($M=51,56$, $SD=7,49$), co oznacza, że przebadane kobiety mają

pozytywny stosunek do własnej seksualności oraz pozytywnie oceniają wygląd swojej twarzy. Natomiast wyniki uzyskane w pozostałych dwóch skalach są porównywalne. Wynik średni w skali troski o wagę wynosi 34,97 (SD=09) natomiast w skali sprawności fizycznej średnia wyników przyjmuje wartość 33,01 (6,58). Poniżej zostaną scharakteryzowane poszczególne wymiary obrazu ciała u studentek.

I. Ocena własnej atrakcyjności seksualnej w grupie badanych kobiet:

Tabela 8. Statystyki opisowe wyników uzyskanych w skali atrakcyjności seksualnej w teście BES dla badanej grupy kobiet (N =123)

SKALA	M	MIN	MAX	SD
AS-K	51,56	24	65	7,49



Rys.11 Graficzna ilustracja wyników skali atrakcyjności seksualnej w grupie badanych kobiet (N= 123).

Średnie wyniki uzyskane przez kobiety w skali atrakcyjności seksualnej wynoszą 51,56, natomiast odchylenie standardowe wynosi 7,49. Rozkład wyników skali atrakcyjności seksualnej kobiet przedstawiony na rys. jest lewostronnie skośny. Taki rozkład wskazuje na to, że w danej grupie więcej jest kobiet zadowolonych ze swojej atrakcyjności seksualnej. Zaprezentowana poniżej tabela 9 pokazuje, że w przedziale przypadającym na wyniki średnie od 45 do 50 mieści się aż 28,46 % kobiet. Natomiast najmniej kobiet mieści się w pierwszych trzech przedziałach rangowych.

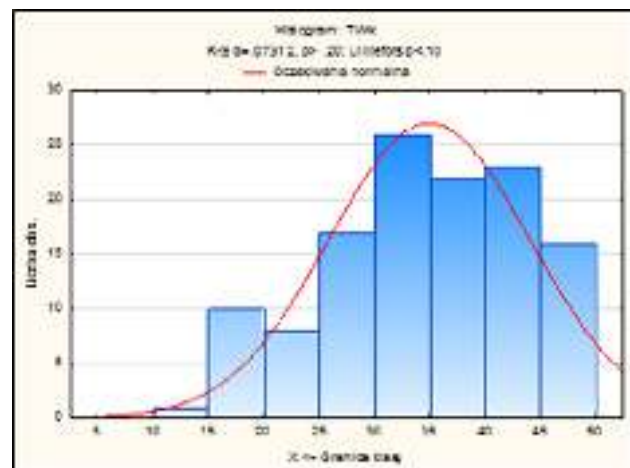
Tabela 9. Rozkład wyników w skali atrakcyjności seksualnej w grupie badanych kobiet (N=123) w ujęciu procentowym.

Grupa przedziałów rangowych	Liczebność (N)	% badanej grupy
5 <x<=10	0	0
10<x<=15	1	0,81
15<x<=20	10	8,13
20<x<=25	80	6,50
25<x<=30	17	13,82
30<x<=35	26	21,14
35<x<=40	22	17,89
40 <x<=45	23	18,70
45<x<=50	16	13,01
RAZEM	0	100%

II. Poziom troski o wagę w grupie kobiet:

Tabela 10. Statystyki opisowe wyników uzyskanych w skali troski o wagę w teście BES dla badanej grupy kobiet (N =123)

SKALA	M	MIN	MAX	SD
TW-K	34,97	13	50	9,09



Rys.12 Graficzna ilustracja wyników skali troski o wagę w grupie badanych kobiet (N= 123).

Przeciętne wyniki uzyskane przez kobiety w skali troski o wagę wynoszą 34,97 natomiast odchylenie standardowe wynosi 9,09. Takie wyniki dają wyraz temu, że kobiety skupiają się na wadze swojego ciała w stopniu optymalnym, nieprzesadnym. Większość przebadanych kobiet ma dobre nastawienie do apetytu oraz partii ciała, które mogą być modyfikowane poprzez stosowanie różnych diet.

Zaprezentowana poniżej tabela 11 pokazuje, że w przedziale przypadającym na wyniki średnie od 45 do 50 mieści się aż 28,46 % kobiet. Natomiast najmniej kobiet mieści się w pierwszych trzech przedziałach rangowych, przez co można przyjmować, że najmniej liczną grupę kobiet stanowią te, które są niezadowolone ze sposobu kontrolowania własnej wagi.

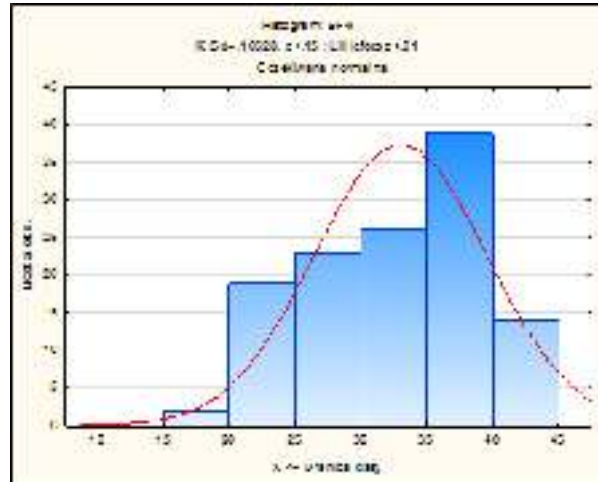
Tabela 11. Rozkład wyników w skali troski o wagę w grupie badanych kobiet (N=123) w ujęciu procentowym.

Grupa przedziałów rangowych	Liczebność	% badanej grupy
$15 < x \leq 20$	0	0
$20 < x \leq 25$	1	0,81
$25 < x \leq 30$	0	0
$30 < x \leq 35$	1	0,81
$35 < x \leq 40$	7	5,69
$40 < x \leq 45$	14	11,38
$45 < x \leq 50$	35	28,46
$50 < x \leq 55$	23	18,70
$55 < x \leq 60$	27	21,95
$60 < x \leq 65$	15	12,20
RAZEM	123	100%

III. Ocena sprawności fizycznej w grupie badanych kobiet:

Tabela 12. Statystyki opisowe wyników uzyskanych w skali sprawności fizycznej w teście BES dla badanej grupy kobiet (N=123).

SKALA	M	MIN	MAX	SD
SF-K	33,01	17	45	6,58



Rys. 13. Graficzna ilustracja wyników skali sprawności fizycznej w grupie badanych kobiet (N= 123).

Średnie wyniki uzyskane przez kobiety w skali sprawności fizycznej przyjmują wartość 33,01 a odchylenie standardowe wynosi 6,58. Rozkład wyników tej skali widoczny na rys. 13 jest lewostronnie skośny. Można zatem stwierdzić, że kobiety znacznie częściej oceniają siebie pozytywnie niż negatywnie pod względem sprawności fizycznej, a zatem są zadowolone ze swojej kondycji fizycznej, zdrowia i siły.

Tabela 13. Rozkład wyników w skali sprawności fizycznej w grupie badanych kobiet (N=123) w ujęciu procentowym.

Grupa przedziałów rangowych	Liczebność (N)	% badanej grupy
10<x<=15	0	0
15 <x<=20	2	1,63
20<x<=25	19	15,45
25<x<=30	23	18,70
30<x<=35	26	21,14
35<x<=40	39	31,70
40<x<=45	14	11,38
RAZEM	123	100%

Tabela 13 pokazuje grupy przedziałów rangowych w skali sprawności fizycznej. Wyniki tej skali mieszczą się w 7 przedziałach. W trzech ostatnich przedziałach rangowych znajduje się 64,22 % przebadanych studentek, a więc znaczna większość kobiet ma pozytywne odniesienie do sprawności fizycznej.

3.1.2. Charakterystyka wymiarów obrazu ciała w grupie mężczyzn

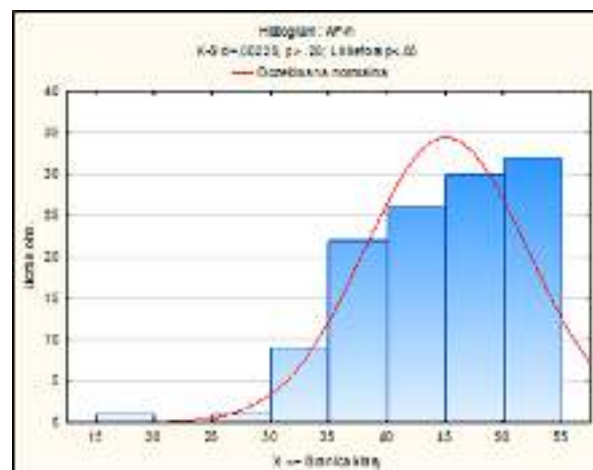
Skala Obrazu ciała BES pozwala na wyodrębnienie trzech wymiarów obrazu ciała u mężczyzn: AF- atrakcyjność fizyczna, FF-siła fizyczna KF- sprawność fizyczna. Grupa badanych mężczyzn stanowiła 49,59% (121 osób) wszystkich badanych. Wyniki uzyskane przez mężczyzn w teście BES przemawiają za tym, że najbardziej rygorystycznie i negatywnie oceniają siebie pod względem siły fizycznej ($M=36,26$; $SD=5,84$). Pozytywnych informacji dostarczają zaś skale atrakcyjności fizycznej ($M=45,10$; $SD=5,84$) oraz sprawności fizycznej ($M=48,40$; $SD=8,11$). Poniżej zostaną scharakteryzowane poszczególne wymiary obrazu ciała u studentów.

Ocena własnej atrakcyjności fizycznej w grupie badanych mężczyzn:

Tabela 14. Statystyki opisowe wyników uzyskanych w skali atrakcyjności fizycznej w teście BES dla badanej grupy mężczyzn

($N=121$).

SKALA	M	MIN	MAX	SD
AF-M	45,10	20	55	7,00



Rys.14. Graficzna ilustracja wyników skali atrakcyjności fizycznej w grupie badanych mężczyzn ($N= 121$).

Średni wynik w skali atrakcyjności fizycznej wynosi 45, 10 natomiast odchylenie standardowe przyjmuje wartość 7,00. stosunek do wyglądu twarzy oraz figury. Rozkład wyników skali AF przedstawiony na rysunku 14 jest rozkładem lewo skośnym. Taki rozkład wskazuje na to, że w danej grupie więcej mężczyzn ma pozytywny stosunek do atrakcyjności swojej twarzy oraz budowy ciała. Analizując tabele 15 stwierdza się, że wyniki uzyskane w skali AF mieszczą się w 8 przedziałach: 15-20; 20-25; 25-30; 30-35; 35-40; 40-45; 45-50; 50-55. Największa ilość osób znajduje się w przedziale ostatnim (32 mężczyzn, 26,45% wszystkich mężczyzn) oraz przedostatnim (30 mężczyzn, 24, 79% wszystkich badanych mężczyzn). Najmniej liczne są pierwsze cztery przedziały stanowiące wspólnie jedynie 9,10 %.

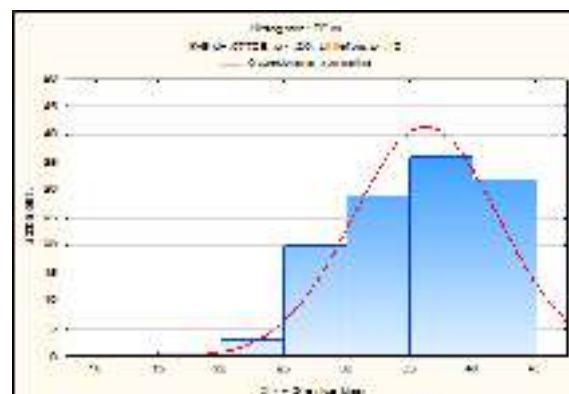
Tabela 15. Rozkład wyników w skali atrakcyjności fizycznej w grupie badanych mężczyzn (N=121) w ujęciu procentowym.

Grupa przedziałów rangowych	Liczebność (N)	% badanej grupy
15<x<=20	1	0,83
20<x<=25	0	0
25<x<=30	1	0,83
30<x<=35	9	7,44
35<x<=40	22	18,18
40<x<=45	26	21,49
45<x<=50	30	24,79
50<x<=55	32	26,45
RAZEM	121	100%

Ocena własnej siły fizycznej w grupie mężczyzn:

Tabela 16. Statystyki opisowe wyników uzyskanych w skali siły fizycznej w teście BES dla badanej grupy mężczyzn (N =121)

SKALA	M	MIN	MAX	SD
FF-M	36,26	16	45	5,84



Rys.15.Graficzna ilustracja wyników skali siły fizycznej w grupie badanych mężczyzn (N= 121).

Skala siły fizycznej mierzy nastawienie i samoocenę górnej połowy ciała, a w szczególności tych jego aspektów nad którymi można pracować ćwicząc. W stosunku do innych wymiarów obrazu ciała mężczyźni oceniają swoją siłę fizyczną znacznie gorzej. Tabela 15 pokazuje statystyki opisowe dla skali FF. Średni wynik w tej skali wynosi 36,26 a odchylenie standardowe ma wartość 5,84. Rozkład wyników zaprezentowany na rys. 15 jest lewostronnie skośnym. Rozkład wyników w ujęciu procentowym przedstawiony w tabeli 17 pokazuje, że niewielki odsetek mężczyzn jest skrajnie niezadowolony ze swojej siły fizycznej. Większość wyników uzyskiwanych w tej skali ma wartości przeciętne.

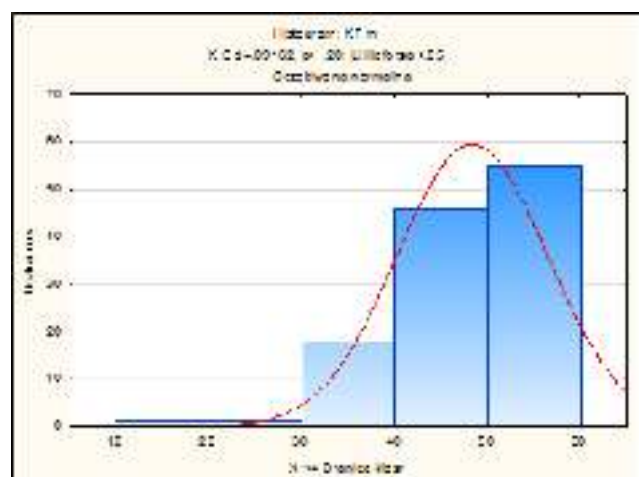
Tabela 16. Rozkład wyników w skali siły fizycznej w grupie badanych mężczyzn (N=121) w ujęciu procentowym.

Grupa przedziałów rangowych	Liczebność (N)	% wszystkich badanych
10 <x<=15	0	0
15 <x<=20	1	0,83
20 <x<=25	3	2,48
25 <x<=30	20	16,53
30 <x<=35	29	23,96
35 <x<=40	36	29,75
40 <x<=45	32	26,45
RAZEM	121	100%

Ocena własnej sprawności fizycznej w grupie badanych mężczyzn:

Tabela 18. Statystyki opisowe wyników uzyskanych w skali sprawności fizycznej w teście BES dla badanej grupy mężczyzn (N =121)

SKALA	M	MIN	MAX	SD
KF-M	48,40	16	60	8,11



Rys.16. Graficzna ilustracja wyników skali sprawności fizycznej w grupie badanych mężczyzn (N= 121).

Wynik sprawności fizycznej mężczyzn jest najwyższym osiągniętym wynikiem spośród wszystkich trzech wymiarów obrazu ciała. Mężczyźni oceniają się pozytywnie pod względem koordynacji fizycznej, zdrowia i siły. Średnia wyników w tej skali wynosi 48,40 natomiast odchylenie standardowe równa się 8,11. Rozkład wyników jest lewostronnie skośny. Zaprezentowana poniżej tabela 19 pokazuje, że wyniki skali KF mieszczą się w pięciu przedziałach rangowych z czego w dwóch ostatnich znajduje się 101 mężczyzn z pośród 121 wszystkich badanych mężczyzn.

Tabela 19. Rozkład wyników w skali siły fizycznej w grupie badanych mężczyzn (N=121) w ujęciu procentowym

Grupa przedziałów rangowych	Liczebność (N)	% wszystkich badanych
$10 < x \leq 20$	1	0,83
$20 < x \leq 30$	1	0,83
$30 < x \leq 40$	18	14,88
$40 < x \leq 50$	46	38,01
$50 < x \leq 60$	55	45,45
RAZEM	121	100%

3.2. Charakterystyka badanych osób pod względem poziomu empatii

Kwestionariusz Empatii Osobowej- KEO

Pomiaru poziomu empatii dokonano za pomocą Kwestionariusza Empatii Osobowej Z. Uchnasta. KEO jest metodą służącą do pomiaru komponentu empatii jako postawy charakterologicznej. Na Kwestionariusz Empatii Osobowej składa się 10 skal, z czego dwie są uogólnionymi wskaźnikami poziomu empatii. Te skale to: OWE- *ogólny wskaźnik empatii* oraz EmO- *Empatia osobowa*. Tabela 6 przedstawia statystyki opisowe uzyskane przez grupę badanych studentów (N=244) w Kwestionariuszu Empatii Osobowej.

Poniżej zamieszczona tabela 20 pokazuje, że w Kwestionariuszu Empatii Osobowej najwyższą średnią zanotowano w skali ST-swobody towarzyskiej (M=52,36, SD=7,36). Natomiast badani studenci najniższą średnią uzyskali w wymiarze ZN- znajomość siebie (M=37,71, SD= 7,62). W miarach ogólnych poziomu empatii wyniki wyglądały następująco: dla skali OWE- ogólny wskaźnik empatii średnia wynosiła 46,16 , odchylenie standardowe

miało wartość 6,10. Zaś dla empatii osobowej- EmO średnia wynosiła 47,50 natomiast odchylenie standardowe wynosiło 5,14 i jest to najniższe odchylenie standardowe w tym kwestionariuszu.

Tabela 20. Statystyki opisowe wyników uzyskanych w 10 skalach Kwestionariusza Empatii Osobowej Z. Uchnasta.

Skale KEO	M	Min	Max	SD
ŹS	50,77	22,00	75,00	7,82
ŹW	50,47	15,00	72,00	8,99
WI	48,47	10,00	74,00	8,60
ST	52,36	26,00	70,00	7,36
SO	48,66	10,00	72,00	8,94
RE	44,17	26,00	70,00	6,11
WS	51,01	23,00	69,00	7,58
ZN	37,71	14,00	69,00	7,62
OWE	46,16	20,00	62,00	6,10
EmO	47,50	32,00	60,00	5,14

ŹS – Życzliwość spontaniczna; ŹW – Życzliwość warunkowa; WI – Wspieranie innych; ST – Swoboda towarzyska; SO – Solidność; RE – Równowaga emocjonalna; WS – Wyczucie sytuacji; ZN – Znajomość Siebie; OWE – Ogólny Wskaźnik Empatii; EmO – Empatia Osobowa

Kwestionariusz Empatii Emocjonalnej- INTE

Grupa badanych studentów została przebadana Kwestionariuszem Inteligencji Emocjonalnej autorstwa: N. S. Schutte, J. M. Malouff, L. E. Hall, D.J. Haggersty, J. T. Cooper, Ch. J. Gloden, L. Dorheim w polskiej adaptacji A. Jaworowskiej i A. Matczak celem oceny poziomu empatii i inteligencji emocjonalnej została przebadana Tabela 21, która została zaprezentowana poniżej przedstawia statystyki opisowe. Prócz wyniku ogólnego w INTE można obliczyć dwa wyodrębnione czynniki, które odzwierciedlają umiejętność wykorzystania emocji w celu wspomagania myślenia i działania (czynnik I) oraz zdolność do rozpoznawania emocji (czynnik II).

Tabela 21. Statystyki opisowe dla grupy badanych studentów (N=244) w kwestionariuszu Inteligencji Emocjonalnej INTE.

Skale INTE	M	Min	Max	SD
cz1-EmM	52,09	11,00	74,00	11,35
cz2-RoE	49,61	22,00	79,00	10,71
IntE-WO	50,80	6,00	80,00	12,18

IntE-WO-wynik ogólny inteligencji emocjonalnej; *cz1-EmM*- wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia; *cz2-RoE*- zdolność do rozpoznawania emocji

Powyżej zaprezentowane w tabeli 20 wyniki pokazują, że grupa badanych osób najwyższą średnią wyników uzyskała w czynniku I (M=52,09, SD= 11,35), który odzwierciedla zdolność używania własnych emocji w celu wspomagania myślenia. Natomiast najniższe wyniki zanotowano w czynniku II- który mierzy zdolność do rozpoznawania, rozumienia emocji (M=49,61, SD=10,71). W wyniku ogólnym INTE średnia ma wartość 50,80 natomiast odchylenie standardowe równe jest 12,18.

3.3. Analiza związków między obrazem ciała a empatią u studentów

3.3.1. Poziom współzależności pomiędzy Skalami Obrazu Ciała- BES a skalami Kwestionariusza Empatii Osobowej- KEO

W celu określenia charakteru i siły związków między zmiennymi przeprowadzono analizę korelacji (r- Pearsona). Po przeanalizowaniu współzależności między wynikami Skali Obrazu Ciała (BES) a Kwestionariuszem Empatii Osobowej (KEO) wykazano statystycznie istotne związki. Związki między tymi zmiennymi w odniesieniu do grupy kobiet zostały zaprezentowane w tabeli 22.

Tabela 22. Wskaźniki korelacji między wynikami testu BES S. L. Franzoi i S. A. Shields'a i wynikami Kwestionariusza KEO Z. Uchnasta w grupie badanych kobiet (N= 123).

SKALE KEO	SKALE BES			
	WO: Wynik ogólny obrazu ciała	AS- atrakcyjność seksualna	TW- troska o wagę	SF- Sprawność fizyczna
ŻS	,27*	,23*	,19*	,22*
ŻW	-,05	-,02	-,11	,08
WI	,02	-,04	,02	,05
ST	-,17	-,09	-,21*	-,07
SO	,06	,01	-,03	,16
RE	-,05	-,02	-,01	-,12
WS	-,02	,07	-,12	,04
ZN	,13	,06	,20*	-,02
OWE	,04	,05	-,028	,09
EmO	-,11	-,02	-,18*	-,04

KEO: ŻS – Życzliwość spontaniczna; ŻW – Życzliwość warunkowa; WI – Wspieranie innych; ST – Swoboda towarzyska; SO – Solidność; RE – Równowaga emocjonalna; WS – Wycucie sytuacji; ZN – Znajomość Siebie; OWE – Ogólny Wskaźnik Empatii; EmO – Empatia Osobowa

*p<0,05

W przypadku kobiet odnotowano jedynie zależność między obrazem ciała a znajomością siebie, empatią osobową i swobodą towarzyską. Nie wystąpiły natomiast związki między obrazem ciała a ogólnym poziomem empatii. Uzyskane wyniki częściowo potwierdzają hipotezę **H 1.2** mówiącą o istnieniu związku między obrazem ciała a empatią ogólną i jej szczegółowymi wymiarami. Powyższe wyniki wskazują, że życzliwość spontaniczna- ŻS czyli okazywanie zainteresowania sprawami innych osób koreluje z ogólnym zadowoleniem z ciała (p=0,01, r=0,27), atrakcyjnością seksualną (p=0,01, r=0,23), troską o wagę (p=0,04, r=0,19) i sprawnością fizyczną (p=0,01, r=0,22). Zaś troska o wagę koreluje dodatnio jeszcze ze znajomością siebie-ZN (p=0,03, r=0,20) Interesujący wydaje się być wniosek, że wraz ze wzrostem troski o wagę, a więc skupieniem się kobiet na swojej wadze maleje poziom swobody towarzyskiej- ST (p=0,02, r= -0,21) i obniża się poziom Empatii Osobowej- EmO (p=0,05, r=-0,18), co przejawia się słabymi zdolnościami w nawiązywaniu i utrzymywaniu adekwatnych relacji interpersonalnych. W ten sposób została sprawdzona i potwierdzona hipoteza **H 1.1**. mówiąca o istnieniu związku między empatią osobową a obrazem ciała.

Analiza współzależności między skalą BES a KEO ukazała także słabe lecz istotnie statystycznie związki między w grupie mężczyzn. Te zależności zostały przedstawione w tabeli 23.

Tabela 23. Wskaźniki korelacji wyników między skalami testu BES S. L. Franzoi i S. A. Shielsds'a i skalami Kwestionariusza Empatii Osobowej (KEO) Z. Uchnasta w badanej grupie mężczyzn (N=121).

Skale KEO	SKALE BES			
	WO- wynik ogólny obrazu ciała	AF- atrakcyjność fizyczna	FF- siła fizyczna	KF- Sprawność fizyczna
ŻS	,10	,05	,08	,14
ŻW	,06	,08	,03	,07
WI	,10	,064	,11	,12
ST	,12	,16	,07	,10
SO	,12	,14	,11	,11
RE	,04	,04	,04	,03
WS	,15	,12	,16	,15
ZN	,01	,02	,01	-,0326
OWE	,19*	,19*	,17	,19*
EmO	,20*	,19*	,20*	,20*

KEO: ŻS – Życzliwość spontaniczna; ŻW – Życzliwość warunkowa; WI – Wspieranie innych; ST – Swoboda towarzyska; SO – Solidność; RE – Równowaga emocjonalna; WS – Wycucie sytuacji; ZN – Znajomość Siebie; OWE – Ogólny Wskaźnik Empatii; EmO – Empatia Osobowa

* $p < 0,05$,

Przedstawiona w tabeli 23 macierz korelacji ujawnia, że w grupie badanych mężczyzn nie odnotowuje się zależności między skalami testu Obrazu Ciała a szczegółowymi wymiarami Kwestionariusza Empatii Osobowej. Związki uwidaczniają się jednak między aspektami wymiaru ciała a wskaźnikami ogólnymi Kwestionariusza Empatii Osobowej, czyli hipoteza **H 1.2.** otrzymała w przypadku grupy mężczyzn częściowe potwierdzenie. Ponieważ istnieje dodatnia korelacja między obrazem ciała a ogólnym poziomem empatii. Dane wskazują, że w grupie mężczyzn otwartość na innych i gotowość do wspierania innych w potrzebie-OWE koreluje dodatnio z ogólnym stopniem zadowolenia z ciała ($p=0,04$, $r=0,19$), atrakcyjnością fizyczną ($p=0,04$, $r=0,19$) i sprawności fizyczną ($p=0,04$, $r=0,19$), a więc ze wszystkimi

wymiarami obrazu ciała. Przedstawione dane potwierdzają postawioną **H 1.1** mówiącą o związku między obrazem ciała a empatią osobową zarówno w grupie żeńskiej jak i męskiej. W grupie przebadanych mężczyzn poziom empatii osobowej- EmO, która przejawia się zdolnością nawiązywania i utrzymywania pozytywnych relacji interpersonalnych jest współmienny ogólnemu zadowoleniu z ciała ($p=0,03$, $r=0,20$), atrakcyjności fizycznej ($p=0,04$, $r=0,19$), siły fizycznej ($p=0,03$, $r=0,20$) i sprawności fizycznej ($p=0,03$, $r=0,20$).

3.3.2. Poziom współmienności między Skala Obrazu Ciała (BES) a Kwestionariuszem Inteligencji Emocjonalnej (INTE)

Jak widać w tabeli 24 wszystkie wymiary Skali Obrazu Ciała korelują pozytywnie z czynnikiem I- EmM oraz z wynikiem ogólnym inteligencji emocjonalnej w grupie badanych kobiet.

Tabela 24. Korelacje międzygrupowe w skalach testu BES S. L. Franzoi i S. A. Shields'a i w skalach Kwestionariusza Inteligencji Emocjonalnej - INTE: Czynniki I-cz1-EmM, czynniki II- cz2-RoE, wynik ogólny inteligencji emocjonalnej- WO Inte w grupie badanych kobiet (N=123).

	WO- Wynik ogólny obrazu ciała	AS- atrakcyjność seksualna	TW- Troska o wagę	SF- Sprawność fizyczna
cz1-EmM	,45***	,40***	,37***	,29**
cz2-RoE	,12	,16	-,01	,21*
IntE-Wo	,39***	,40***	,25**	,29**

IntE-Wo-wynik ogólny inteligencji emocjonalnej; *cz1-EmM*- wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia; *cz2-RoE*- zdolność do rozpoznawania emocji.

* $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$

Zdolność używania własnych emocji w celu wspomagania myślenia-cz1-EmM jest współmienna ogólnemu zadowoleniu z ciała ($p=0,001$, $r=0,45$), atrakcyjności seksualnej ($p=0,001$, $r=0,40$), trosce o wagę ($p=0,001$, $r=0,37$) a także ocenie własnej sprawności fizycznej kobiet ($p=0,01$, $r=0,29$). Te dane dowodzą słuszności postawionej hipotezy **H 2.2** dotyczącej współwystępowania obrazu ciała z umiejętnością wykorzystania emocji w celu wspomagania myślenia i działania zarówno w grupie kobiet jak i mężczyzn. Czynniki II inteligencji emocjonalnej, a więc zdolność do rozpoznawania, rozumienia emocji ma jedynie

słabą zależność z oceną własnej sprawności fizycznej u kobiet ($p=0,02$, $r=0,21$) co stanowi częściowe potwierdzenie hipotezy **H 2.3.** która zakłada istnienie związku między obrazem ciała a zdolnością rozpoznawania emocji.. Ogólny czynnik inteligencji emocjonalnej ma statystycznie istotne i silne związki ze wszystkimi wymiarami obrazu ciała w przypadku kobiet co stanowi potwierdzenie hipotezy **H 2.1.** mówiącą o istnieniu związku między obrazem ciała a ogólnym poziomem inteligencji emocjonalnej. Związek ten jest widoczny także w grupie mężczyzn. W grupie kobiet zdolność do spostrzegania, oceny i ekspresji emocji oraz umiejętność do wykorzystywania emocji jako czynników wspomagających myślenie i działanie-Inte-Wo dodatkowo koreluje z wynikiem ogólnym obrazu ciała ($p=0,001$, $r=0,39$), atrakcyjnością seksualną ($p=0,001$, $r=0,40$), troską o wagę ($p=0,01$, $r=0,25$) a także ze sprawnością fizyczną ($p=0,01$, $r=0,29$).

Tabela 25. Korelacje między skalami testu BES S. L. Franzoi i S. A. Shielsds'a a skalami Kwestionariusza Inteligencji Emocjonalnej- INTE: czynnik I-cz1-EmM , czynnik II- cz2-RoE, wynik ogólny inteligencji emocjonalnej- WO Inte w grupie badanych mężczyzn (N=121).

	WO- Wynik ogólny obrazu ciała	AF- Atrakcyjność fizyczna	FF- Siła fizyczna	KF- Sprawność fizyczna
cz1-EmM	,41***	,34***	,40***	,40***
cz2-RoE	,17	,14	,20*	,14
IntE- Wo	,47***	,41***	,46***	,42***

IntE-WO-wynik ogólny inteligencji emocjonalnej; *cz1-EmM*- wykorzystywania emocji w celu wspomaganie myślenia; *cz2-RoE*- zdolność do rozpoznawania emocji.

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

Tabela 25 obrazująca wskaźniki korelacji między wymiarami obrazu ciała testu BES a czynnikami inteligencji emocjonalnej kwestionariusza INTE w grupie badanych mężczyzn wskazuje, że wszystkie wymiary obrazu ciała mężczyzn są współzmiennie czynnikowi I inteligencji emocjonalnej a także ogólnemu wynikowi inteligencji emocjonalnej, co stanowi potwierdzenie hipotezy **H 2.1** i **H 2.2.** Natomiast zdolność do rozpoznawania i rozumienia emocji (cz2-RoE) koreluje jedynie z siłą fizyczną ($p=0,03$, $r=0,20$), co stanowi częściowe potwierdzenie **H 2.3.** Statystycznie istotne, silne i dodatnie związki odnotowano między zdolnością używania własnych emocji w celu wspomaganie myślenia (cz'-EmM) a atrakcyjnością fizyczną ($p=0,001$, $r=0,41$), siłą fizyczną ($p=0,001$, $r=0,40$) oraz sprawnością fizyczną ($p=0,001$, $r=0,42$). Ogólny poziom inteligencji emocjonalnej (Inte-Wo), który

wyraża się zdolnością identyfikacji zarówno swoich uczuć, jak i uczuć innych ludzi oraz pozwala w sposób optymalny radzić sobie w sytuacjach stresowych i dostosowywać się do zmiennych warunków jest dodatnio skorelowany z ogólnym poziomem obrazu ciała u mężczyzn ($p=0,001$, $r=0,47$), atrakcyjnością fizyczną ($p=0,001$, $r=0,41$), siłą fizyczną ($p=0,001$, $r=0,46$) oraz ze sprawnością fizyczną ($p=0,001$, $r=0,42$).

3.3.3. Charakterystyka osób różniących się poziomem obrazu ciała pod względem empatii

W tym podrozdziale zostanie przeprowadzona ewaluacja hipotez: **H 3.1**, która zakłada, że osoby różniące się w zakresie obrazu ciała różnią się pod względem empatii osobowej a także hipotezy **H 3.2**. mówiącej, że osoby różniące się w zakresie obrazu ciała różnią się pod względem empatii ogólnej i jej szczegółowych wymiarów.

Uzyskane rozkłady wyników wymiarów obrazu ciała pozwoliły na wyodrębnienie skrajnych grup porównawczych w wymiarach obrazu ciała aby przeprowadzić analizy statystyczne i określić między nimi różnice.

Zastosowanie wyniku ogólnego jako kryterium wyodrębnienia grup do porównań w zakresie empatii spowodowałoby utratę specyfiki istotnych aspektów obrazu ciała i dlatego zastosowano wyodrębnianie grup do porównań na podstawie poszczególnych wymiarów obrazu ciała- oddzielnie dla kobiet i mężczyzn.

Wyodrębniono po dwie grupy osób dla każdego z 3 wymiarów obrazu ciała kobiet:

- **N- AS i W-AS-** grupa kobiet o niskim poziomie atrakcyjności seksualnej (N-AS) i grupa kobiet o wysokim poziomie atrakcyjności seksualnej (W-AS)

Tabela 26. Statystyki opisowe grup skrajnych dla skali atrakcyjności seksualnej: N-AS i W-AS.

	W-AS (N=30)		N-AS (N=28)		p
	M	SD	M	SD	
AS-k	60,67	2,28	41,39	4,65	0,0001***

Kobiety z grupy W-AS mają pozytywny stosunek do aspektów własnej twarzy oraz seksualności. Natomiast grupa kobiet N-AS o niskiej atrakcyjności seksualnej nie akceptują swojej seksualności i nie są także zadowolone ze swojej twarzy.

- **N-TW i W-TW-** grupa kobiet o niskim poziomie troski o wagę(N-TW) i grupa kobiet o wysokim poziomie atrakcyjności seksualnej (W-TW)

Tabela 27. Statystyki opisowe grup skrajnych dla skali troski o wagę: N-TW i W-TW.

	W-TW	(N=28)	N-TW	(N=28)	p
	TW-W	TW-W	TW-N	TW-N	
TW-k	37,75	5,53	30,86	5,69	0,0001***

,*** p<0,001

Kobiety o wysokiej trosce o wagę mają pozytywne nastawienie do apetytu oraz takich partii ciała, które mogą być poddane modyfikacji poprzez stosowanie różnych diet, wykazują ogólne zadowolenie ze swojej figury. Natomiast kobiety o niskim poziomie troski o wagę mają negatywne nastawienie do apetytu, stosują różnego rodzaju diety i chcą kontrolować swoją wagę. Nie są także zadowolone z własnej figury.

- **N-SF i W-SF-** grupa kobiet o niskim poziomie sprawności fizycznej(N-SF) i - grupa kobiet o wysokim poziomie sprawności fizycznej (W-SF).

Tabela 28. Statystyki opisowe grup skrajnych dla skali sprawności fizycznej: N-SF i W-SF.

	SF-N	(N=29)	SF-W	(N=29)	p
	M	SD	M	SD	
SF-k	30,97	7,73	40,76	7,49	0,0001***

p<0,001

Kobiety o wysokiej sprawności fizycznej są zadowolone ogólnej kondycji fizycznej, zdrowia i siły. Natomiast kobiety o niskiej sprawności fizycznej mają negatywny stosunek do własnej kondycji fizycznej, zdrowia i siły.

Wyodrębniono po dwie grupy osób dla każdego z 3 wymiarów obrazu ciała mężczyzn:

- **N-AF i W-AF-**grupa mężczyzn o niskim poziomie sprawności fizycznej (N-AF) i grupa mężczyzn o wysokim poziomie sprawności fizycznej (W-AF).

Tabela 29. Statystyki opisowe grup skrajnych dla skali atrakcyjności fizycznej: N-AF i W-AF.

	N-AF (N=33)		W-AF (N=32)		t	p
	M	AF-N	M	AF-W		
AF-m	37,12	6,09	61,59	2,49	-21,10	0,0001***

p<0,001

Mężczyźni z grupy o wysokiej atrakcyjności fizycznej mają pozytywny stosunek do różnych aspektów wyglądu twarzy oraz figury, natomiast mężczyźni o niskiej atrakcyjności fizycznie przeciwnie.

- **N-FF i W-FF-** grupa mężczyzn o niskim poziomie siły fizycznej (N-FF) i grupa mężczyzn o wysokim poziomie siły fizycznej (W-FF).

Tabela 30. Statystyki opisowe grup skrajnych dla skali troski o wagę: N-FF i W-FF.

	N-FF (N=34)		W-FF (N=32)		t	p
	M	SD	M	SD		
FF-m	37,76	5,42	62,22	2,51	-23,29	0,00001***

,*** p<0,001

Mężczyźni o niskim poziomie siły fizycznej mają negatywne nastawienie do górnej połowy ciała, a w szczególności tych jego aspektów nad którymi można pracować ćwicząc. Natomiast mężczyźni o wysokim poziomie siły fizycznej te aspekty oceniają pozytywnie.

- **N-KF i W-KF-** grupa mężczyzn o niskim poziomie sprawności fizycznej (N-AF) i grupa mężczyzn o wysokim poziomie sprawności fizycznej (W-AF).

Tabela 31. Statystyki opisowe grup skrajnych dla skali troski o wagę: N-KF i W-KF.

	N-KF (N=33)		W-KF (N=32)		t	p
	M	SD	M	SD		
KF-m	36,94	6,84	61,13	2,03	-19,20	0,00001***

,*** p<0,001

Mężczyźni o niskiej sprawności fizycznej mają negatywne ustosunkowanie do ogólnej koordynacji fizycznej, zdrowia i siły. Zaś mężczyźni oceniający się jako sprawni fizycznie oceniają swoją koordynację fizyczną, zdrowie i siłę pozytywnie.

Nazwy, jakie zostały nadane poszczególnym grupom, będą przeze mnie stosowane w dalszej

części pracy. Najpierw zostaną zaprezentowane wyniki uzyskane w grupie kobiet a następnie mężczyzn.

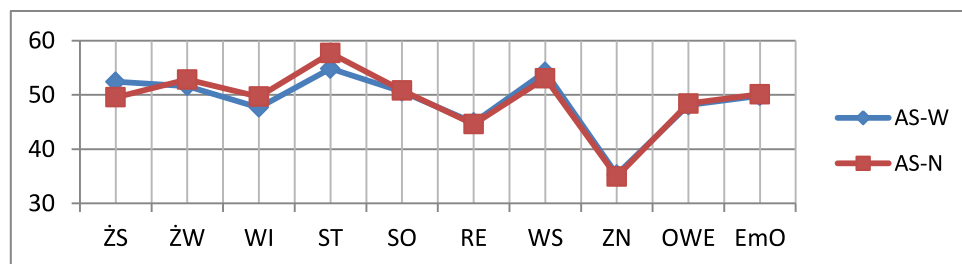
Charakterystyka kobiet różniących się poziomem obrazu ciała pod względem empatii:

W poniższych tabelach zaprezentowane zostały rezultaty uzyskane przez wyodrębnione grupy eporównawcze kobiet. W tabeli 32 znajdują się średnie wyniki (M), odchylenia standardowe (SD), a także poziomy istotności (p) różnic pomiędzy grupami, w Kwestionariuszu Empatii Osobowej, które zostały obliczone za pomocą testu *t-Studenta*. Rysunek 17 stanowi natomiast graficzną prezentację poziomu empatii w dwóch wyodrębnionych skrajnych grupach eksperymentalnych.

Tabela 32. Statystyki opisowe i wskaźniki różnic między wynikami średnimi grup kobiet o niższym (N-AS) i wyższym (W-AS) poziomie atrakcyjności seksualnej uzyskane w Kwestionariuszu Empatii Osobowej.

Skale KEO	W-AS (N=30)		N-AS (N=28)		t	p
	M	SD	M	SD		
ŻS	52,40	5,44	49,54	5,85	1,93	0,06
ŻW	51,60	8,91	52,82	9,22	-0,51	0,61
WI	47,67	7,26	49,68	8,34	-0,98	0,33
ST	54,83	6,67	57,68	7,02	-1,58	0,12
SO	50,60	9,14	50,82	8,44	-0,10	0,92
RE	44,90	5,83	44,61	6,09	0,19	0,85
WS	54,23	6,75	53,07	6,91	0,65	0,52
ZN	35,30	6,38	34,93	6,58	0,22	0,83
OWE	48,10	5,47	48,39	5,59	-0,20	0,84
EmO	49,80	4,93	50,11	4,88	-0,24	0,81

KEO: ŻS – Życzliwość spontaniczna; ŻW – Życzliwość warunkowa; WI – Wspieranie innych; ST – Swoboda towarzyska; SO – Solidność; RE – Równowaga emocjonalna; WS – Wyczucie sytuacji; ZN – Znajomość Siebie; OWE – Ogólny Wskaźnik Empatii; EmO – Empatia Osobowa



Rys. 17. Profile z wyników średnich przedstawionych w tab. 32.

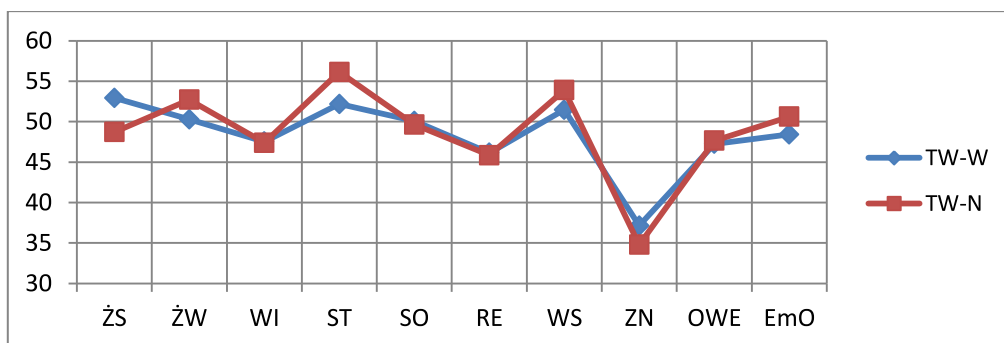
Kobiety o niższym poziomie atrakcyjności seksualnej (N-AS) oraz o wyższym (W-AS) poziomie atrakcyjności seksualnej nie różnią się między sobą w sposób statystycznie istotny w żadnej ze skal Kwestionariusza Empatii Osobowej.

Tabela 33. Statystyki opisowe i wskaźniki różnic między wynikami średnimi grup kobiet o niższym (N-TW) i wyższym (W-TW) poziomie troski o wagę uzyskane w Kwestionariuszu Empatii Osobowej.

Skale KEO	W-TW (N=28)		N-TW (N=28)		t	p
	M	SD	M	SD		
ŻS	52,93	5,60	48,71	8,20	2,25	0,03*
ŻW	50,29	7,41	52,71	10,11	-1,03	0,31
WI	47,54	8,80	47,39	7,23	0,07	0,95
ST	52,18	5,08	56,14	7,98	-2,21	0,03*
SO	50,07	7,34	49,64	9,89	0,18	0,85
RE	46,14	5,45	45,86	6,61	0,18	0,86
WS	51,46	5,83	53,89	7,87	-1,31	0,20
ZN	37,14	6,57	34,79	6,68	1,33	0,19
OWE	47,25	4,27	47,64	6,28	-0,27	0,78
EmO	48,43	4,25	50,61	4,61	-1,83	0,07

KEO: ŻS – Życzliwość spontaniczna; ŻW – Życzliwość warunkowa; WI – Wspieranie innych; ST – Swoboda towarzyska; SO – Solidność; RE – Równowaga emocjonalna; WS – Wyczucie sytuacji; ZN – Znajomość Siebie; OWE – Ogólny Wskaźnik Empatii; EmO – Empatia Osobowa

*p<0,05



Rys. 18. Profile z wyników średnich przedstawionych w tab. 33.

W skład grupy o wysokim poziomie troski o wagę wchodzi (W-TW) wchodzi 28 osób. Średni wyniki ogólne tej grupy w skalach Kwestionariusza Empatii Osobowej wahają się od M=37,14 punktów T dla skali Znajomości Siebie, do M=52,93 punktów T dla skali

Życzliwości spontanicznej. Z kolei wyniki przeciętne badanej grupy kobiet o niższym poziomie troski o wagę (N-TW), w skład której wchodzi również 28 kobiet mają rozpiętość od $M=37,49$ ($SD=6,69$) punktów T dla skali Znajomości Siebie do $M=56,14$ ($SD=7,98$) w skali Swobody Towarzyskiej.

Dwie wyszczególnione przeze mnie grupy kobiet o niskim poziomie troski o wagę (N-TW) oraz o wysokim poziomie troski o wagę (W-TW) różnią się między sobą w sposób statystycznie istotny w zakresie dwóch wymiarów Kwestionariusza Empatii Osobowej Z. Uchnasta, czyli w skalach: Życzliwość Spontaniczna- ŻS ($t=2,25$, $p=0,03$) i Swobody Towarzyskiej- ST ($t=-2,21$, $p=0,03$).

Jak pokazuje powyższa tabela kobiety o niskim poziomie troski o wagę (N-TW) oraz o wysokim (W-TW) poziomie troski o wagę różnią się między sobą w sposób statystycznie istotny w skali w skali Życzliwości Spontanicznej- ŻS. Dla grupy N-TW średnia równa się $48,71$ ($SD=8,20$), natomiast dla grupy kobiet W-TW średnia przyjmuje wartość $52,93$ ($SD=5,60$).

Osoby o (W-TW) wysokim poziomie troski o wagę w porównaniu do osób o (N-TW) niższym poziomie troski o wagę charakteryzują się otwartością na problemy innych, ich akceptacją i gotowością udzielania pomocy. Natomiast kobiety o niskim poziomie troski o wagę (N-TW) w stosunku do osób o wysokim (W-TW) poziomie troski o wagę charakteryzują się serdecznym sposobem bycia, zainteresowaniem otoczeniem, otwartością na nowe sytuacje oraz gotowością do współpracy i współzawodnictwa.

Rys. 19. Profile z wyników średnich przedstawionych w tab. 34.



Tabela 34. Statystyki opisowe i wskaźniki różnic między wynikami średnimi grup kobiet o niższym (W-SF) i wyższym (W- SF) poziomie troski o wagę uzyskane w Kwestionariuszu Empatii Osobowej.

Skala	N-SF (N=29)		W-SF (N=29)		t	p
	M	SD	M	SD		
ŻS	48,83	7,15	53,28	6,82	-2,42	0,02*
ŻW	50,72	7,53	51,90	7,88	-0,58	0,56
WI	48,07	9,18	48,90	7,31	-0,38	0,70
ST	55,38	6,15	54,59	5,80	0,51	0,61
SO	47,34	8,86	49,62	8,65	-0,99	0,33
RE	45,62	5,15	43,79	5,01	1,37	0,18
WS	53,83	5,98	53,69	5,81	0,09	0,93
ZN	35,59	5,85	36,17	6,29	-0,37	0,71
OWE	46,97	5,38	48,07	4,67	-0,83	0,41
EmO	50,10	3,75	49,21	3,61	0,93	0,36

KEO: ŻS – Życzliwość spontaniczna; ŻW – Życzliwość warunkowa; WI – Wspieranie innych; ST – Swoboda towarzyska; SO – Solidność; RE – Równowaga emocjonalna; WS – Wyczucie sytuacji; ZN – Znajomość Siebie; OWE – Ogólny Wskaźnik Empatii; EmO – Empatia Osobowa

* $p < 0,05$

W wyodrębnionych grupach porównawczych, kobiety o niskiej sprawności fizycznej (N-SF) i wysokim poziomie sprawności fizycznej (W-SF) różniły się istotnie statystycznie wyłącznie w zakresie życzliwości spontanicznej- ŻS ($t = -2,4$; $p = 0,02$).

Grupę kobiet o wysokiej sprawności fizycznej W-SF ($M = 48,83$, $SD = 7,15$) w stosunku do grupy kobiet o niskim poziomie sprawności fizycznej ($M = 53,28$, $SD = 6,82$) charakteryzuje większe zainteresowanie tym, co jest ważne dla drugiej osoby, poszanowanie jej indywidualności oraz gotowość do osobistego, bezinteresownego angażowania się na rzecz dobra innych bez stawiania wstępnych wymogów.

Charakterystyka mężczyzn różniących się poziomem obrazu ciała pod względem empatii:

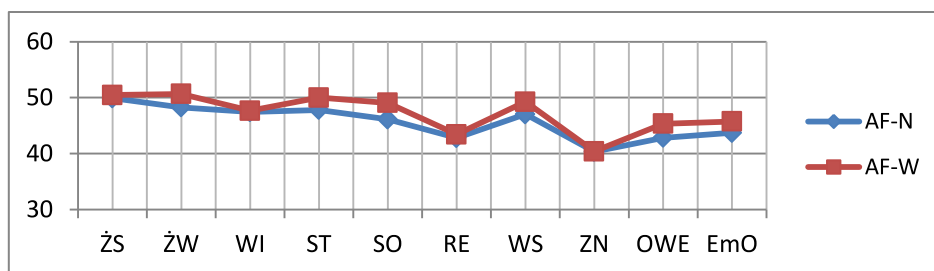
W poniższych tabelach zaprezentowane zostały rezultaty uzyskane przez wyodrębnione grupy porównawcze mężczyzn. W tabeli 34 znajdują się średnie wyniki (M), odchylenia

standardowe (SD), a także poziomy istotności (p) różnic pomiędzy grupami, w Kwestionariuszu Empatii Osobowej, które zostały obliczone za pomocą testu *t-Studenta*.

Tabela 35. Statystyki opisowe i wskaźniki różnic między wynikami średnimi grup mężczyzn o niższym (N-AF) i wyższym (W-AF) poziomie atrakcyjności fizycznej uzyskane w Kwestionariuszu Empatii Osobowej.

Skale	N-AF (N=33)		W-AF (N=32)		t	p
	AF-N	AF-N	AF-W	AF-W		
ŻS	49,88	7,92	50,47	9,40	-0,27	0,79
ŻW	48,27	9,68	50,66	9,85	-0,98	0,33
WI	47,42	7,27	47,66	11,50	-0,10	0,92
ST	47,82	6,94	50,00	7,41	-1,23	0,22
SO	46,12	9,44	49,06	10,09	-1,21	0,23
RE	42,79	6,48	43,44	7,74	-0,37	0,71
WS	47,03	7,87	49,25	8,44	-1,10	0,28
ZN	40,33	8,28	40,41	9,39	-0,03	0,97
OWE	42,82	6,61	45,34	6,69	-1,53	0,13
EmO	43,73	5,35	45,75	4,60	-1,63	0,11

KEO: ŻS – Życzliwość spontaniczna; ŻW – Życzliwość warunkowa; WI – Wspieranie innych; ST – Swoboda towarzyska; SO – Solidność; RE – Równowaga emocjonalna; WS – Wyczucie sytuacji; ZN – Znajomość Siebie; OWE – Ogólny Wskaźnik Empatii; EmO – Empatia osobowa



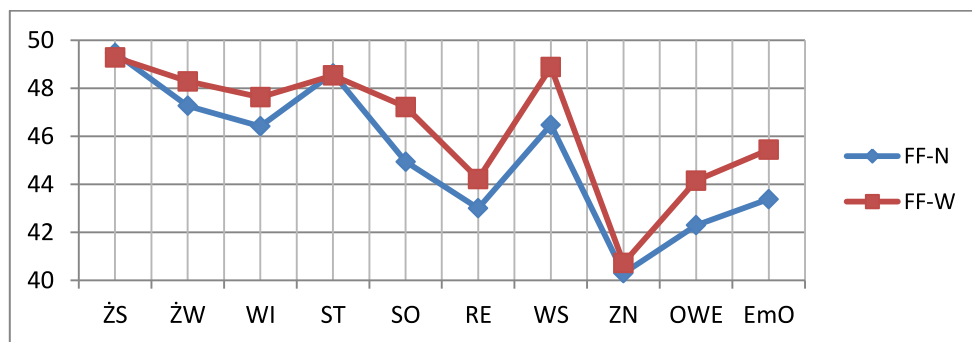
Rys. 20. Profile z wyników średnich przedstawionych w tab. 35.

Powyższa tabela wskazuje na to, że mężczyźni różniący się w zakresie atrakcyjności fizycznej nie różnią się istotnie statystycznie pod względem wymiarów Kwestionariusza Empatii Osobowej. Co oznacza, że dwie wyodrębnione grupy eksperymentalne N-AF i W-AF nie różnią się między sobą istotnie statystycznie w zakresie poziomu empatii rozumianej jako postawa charakterologiczna.

Tabela 36. Statystyki opisowe i wskaźniki różnic między wynikami średnimi grup mężczyzn o niższym (N-FF) i wyższym (W-FF) poziomie siły fizycznej uzyskane w Kwestionariuszu Empatii Osobowej.

Skale	N-FF (N=34)		W-FF (N=32)		t	p
	M	SD	M	SD		
ŻS	49,47	8,17	49,28	10,29	0,08	0,93
ŻW	47,26	8,89	48,28	11,95	-0,39	0,70
WI	46,41	6,88	47,63	12,15	-0,50	0,62
ST	48,62	6,81	48,53	8,769	0,04	0,96
SO	44,94	9,04	47,22	10,13	-0,97	0,34
RE	43,00	5,85	44,22	7,73	-0,72	0,47
WS	46,47	7,763	48,88	8,54	-1,20	0,24
ZN	40,29	7,28	40,72	9,78	-0,20	0,84
OWE	42,29	6,22	44,16	7,68	-1,09	0,28
EmO	43,38	5,25	45,44	5,04	-1,62	0,11

KEO: ŻS – Życzliwość spontaniczna; ŻW – Życzliwość warunkowa; WI – Wspieranie innych; ST – Swoboda towarzyska; SO – Solidność; RE – Równowaga emocjonalna; WS – Wycucie sytuacji; ZN – Znajomość Siebie; OWE – Ogólny Wskaźnik Empatii; EmO – Empatia Osobowa



Rys. 21. Profile z wyników średnich przedstawionych w tabeli 36.

Powyższa tabela ujawnia, że mężczyźni różniący się w zakresie siły fizycznej nie różnią się istotnie statystycznie pod względem żadnego z wymiarów Kwestionariusza Empatii Osobowej. Dwie wyodrębnione grupy eksperymentalne N-FF I W-FF nie różnią się znacznie w zakresie orientacji ku innym, kompetencji inter i intrapersonalnych, poziomem empatii osobowej i empatią ogólną.

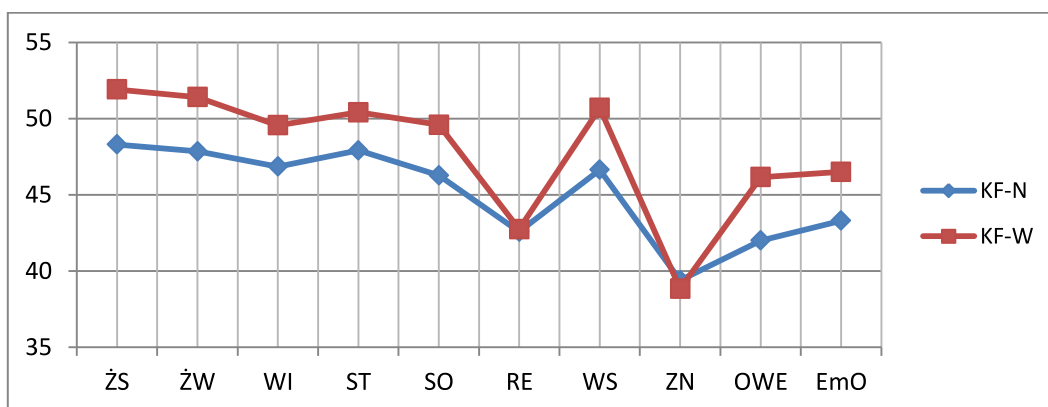
W tabeli 37 zostały przedstawione średnie wyniki (M), odchylenia standardowe (SD) oraz poziom istotności (p) między grupami u mężczyzn o niskiej (N-KF) i wysokiej (W-KF) sprawności fizycznej.

Tabela 37. Statystyki opisowe i wskaźniki różnic między wynikami średnimi grup mężczyzn o niskim (N-KF) i wysokim (W-KF) poziomie sprawności fizycznej uzyskane w Kwestionariuszu Empatii Osobowej.

Skale	N-KF (N=33)		W-KF (N=32)		t	p
	M	SD	M	KF-SD		
ŻS	48,30	8,60	51,91	8,60	-1,69	0,09
ŻW	47,85	9,52	51,41	9,52	-1,60	0,11
WI	46,84	8,20	49,56	8,20	-1,36	0,18
ST	47,91	7,56	50,41	7,56	-1,40	0,17
SO	46,27	10,18	49,59	10,18	-1,46	0,15
RE	42,58	6,84	42,75	6,84	-0,11	0,91
WS	46,64	8,25	50,69	8,25	-2,20	0,03*
ZN	39,39	8,53	38,84	8,53	0,27	0,79
OWE	42,00	6,79	46,16	6,79	-2,79	0,01*
EmO	43,30	5,43	46,50	5,43	-2,82	0,01*

KEO: ŻS – Życzliwość spontaniczna; ŻW – Życzliwość warunkowa; WI – Wspieranie innych; ST – Swoboda towarzyska; SO – Solidność; RE – Równowaga emocjonalna; WS – Wyczucie sytuacji; ZN – Znajomość Siebie; OWE – Ogólny Wskaźnik Empatii; EmO – Empatia Osobowa

*p<0,05



Rys. 22. Profile z wyników średnich przedstawionych w tab. 37.

Jak pokazuje powyższa tabela różnice istotne statystycznie między grupami N-KF i W-KF wystąpiły w zakresie trzech skal: w skali wycucia sytuacji- WS ($t=-2,20$, $p=0,03$), w ogólnym wskaźniku empatii- OWE ($t=-2,79$, $p=0,01$) oraz w poziomie empatii osobowej ($t=-2,81$, $p=0,01$).

Mężczyźni oceniający się wysoko w wymiarze sprawności fizycznej W-KF uzyskują wyższe wyniki średnie w skali wycucia sytuacji ($M=50,69$, $SD=8,35$) niż mężczyźni z grupy o niższej sprawności fizycznej N-KF ($M=46,64$, $SD=8,25$). Mężczyźni którzy oceniają się jako sprawni fizycznie są zdolni do adekwatnego rozeznania sytuacji, potrafią dostrzegać różne aspekty sytuacji, umiejętnie podejmować decyzje, w sposób zdecydowany i klarowny dla innych, działać taktownie.

Odnotowano różnice istotne statystycznie w zakresie ogólnego wskaźnika empatii między grupami mężczyzn o wysokiej sprawności fizycznej W-KF ($M=46,16$, $SD=6,79$) i niskiej sprawności fizycznej N-KF ($M=42,00$, $SD=6,79$). Mężczyźni doświadczający wyższej (W-AF) sprawności fizycznej są otwarci w stosunku do innych i otwartość ta cechuje się spontanicznością i autentycznością. Mężczyźni tacy są gotowi, aby pomagać cierpiącym, ważne jest dla nich to, aby ich działanie było jak najlepsze.

Różnice istotne statystycznie pojawiły się także w zakresie empatii osobowej między wyodrębnionymi mężczyznami z grup W-KF ($M=46,50$, $SD=5,43$) a N-KF ($M=43,30$, $SD=5,43$). Osoby o niższej (N-KF) sprawności fizycznej nie podejmują żadnych działań, jedynie mówią o chęci pomagania innym i życzliwości w stosunku do nich.

Podsumowanie:

Wyodrębnione grupy kobiet i mężczyzn różniących się obrazem ciała w niektórych skalach Kwestionariusza Empatii osobowej.

Hipoteza **H 3.1.** zakładająca, że osoby różniące się w zakresie obrazu ciała różnią się pod względem empatii osobowej uzyskała potwierdzenie wyłącznie w grupie mężczyzn w wymiarze sprawności fizycznej. Odnotowano bowiem statystycznie istotnie różnice między grupą W-KF a N-KF w poziomie empatii osobowej na korzyść grupy mężczyzn oceniających wyżej swoją sprawność fizyczną.

Hipoteza **H 3.2** mówiąca, że osoby różniące się w zakresie obrazu ciała różnią się pod względem empatii ogólnej i jej szczegółowych wymiarów również uzyskała tylko częściowe potwierdzenie. Na początku należy zaznaczyć, że pod względem ogólnego wskaźnika empatii

(OWE) różnią się tylko mężczyźni wyodrębnieni ze względu na jeden wymiar obrazu ciała: wyższą (W-KF) i niższą (N-KF) sprawność fizyczną. Wyższe wyniki w zakresie ogólnego wskaźnika empatii uzyskują mężczyźni z grupy o wyższym poziomie sprawności fizycznej. Kobiety różniące się pod względem troski o wagę różnią się w zakresie szczegółowych wymiarów Kwestionariusza Empatii Osobowej. Jak zostało to zaprezentowane szczegółowo powyżej kobiety, które wykazują większy stopień troski o wagę (W-TW) oraz mające wyższy stopień sprawności fizycznej (W-SF) uzyskują wyższe wyniki w skali życzliwości spontanicznej (ŻS). Jednak kobiety wykazujące niższy stopień troski o wagę (N-TW) uzyskują wyższe wyniki w skali swobody towarzyskiej. Różnice pod względem szczegółowych wymiarów empatii mają także potwierdzenie w przypadku mężczyzn. Mianowicie, mężczyźni o wyższym poziomie sprawności fizycznej (W-SF) różnią się statystycznie od mężczyzn uzyskujących niższe wyniki w skali sprawności fizycznej (N-SF) w zakresie wycucia sytuacji (WS). Ci z grupy W-SF mają większe zdolności w odnajdywaniu się w nowych sytuacjach oraz w podejmowaniu lepszych i bardziej zdecydowanych decyzji.

3.3.4. Charakterystyka osób różniących się poziomem obrazu ciała pod względem inteligencji emocjonalnej

W tym podrozdziale zostanie przeprowadzona ewaluacja hipotez: **H 4. 1**, która zakłada, że Osoby o różnym obrazie ciała różnią się ogólnym poziomem inteligencji emocjonalnej, **H 4. 2**. Osoby różniące się w zakresie obrazu ciała różnią się umiejętnością wykorzystania emocji w celu wspomagania myślenia i działania a także hipotezy **H 4.3**. mówiącej, że osoby różniące się w zakresie obrazu ciała różnią się zdolnością rozpoznawania emocji.

W poniższych tabelach zaprezentowane zostały rezultaty uzyskane przez wyodrębnione grupy eksperymentalne .

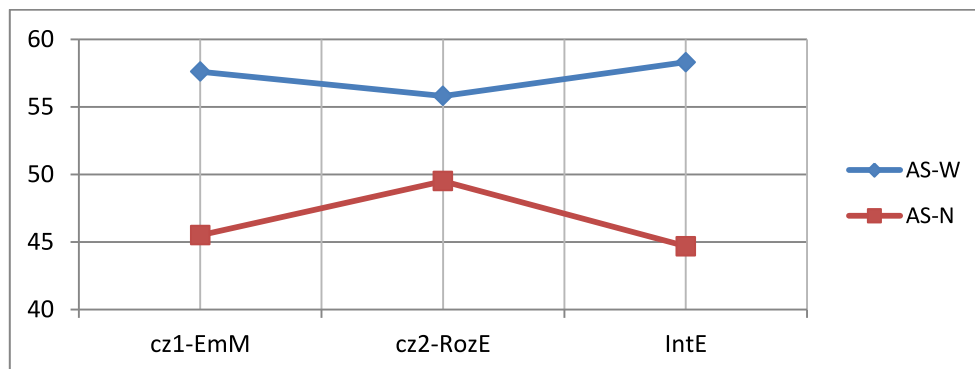
W tabelach znajdują się średnie wyniki (M), odchylenia standardowe (SD), a także poziomy istotności (p) różnic pomiędzy grupami, w Kwestionariuszu Inteligencji Emocjonalnej, które zostały obliczone za pomocą testu *t-Studenta*. Rysunek 23 stanowi natomiast graficzną prezentację.

Tabela 38. Statystyki opisowe i wskaźniki różnic między wynikami średnimi grup kobiet o niższym (N-AS) i wyższym (W-AS) poziomie atrakcyjności seksualnej uzyskane w Kwestionariuszu Inteligencji Emocjonalnej.

Skale	W-AS (N=30)		N-AS (N=28)		t	p
	M	SD	M	SD		
cz1-EmM	57,60	11,83	45,50	13,11	3,69	0,001***
cz2-RozE	55,80	9,12	49,50	11,57	2,31	0,02*
IntE	58,30	11,71	44,68	13,97	4,04	0,001***

IntE-WO-wynik ogólny inteligencji emocjonalnej; *cz1-EmM*- wykorzystywania emocji w celu wspomaganie myślenia; *cz2-RozE*- zdolność do rozpoznawania emocji.

*p<0,05,*** p<0,001



Rysunek 23. Profile z wyników średnich przedstawionych w tab. 38.

W skład wyodrębnionej grupy kobiet W-AS o wysokim poziomie atrakcyjności seksualnej wchodzi 30 osób, natomiast do grupy N-AS wchodzi 28 osób.

Wyodrębnione dwie grupy porównawcze o wysokim W-AS poziomie atrakcyjności seksualnej i niskim poziomie N-AS atrakcyjności seksualnej różnią się między sobą w zakresie: czynnika I, czynnika II i ogólnego poziomu inteligencji emocjonalnej.

W zakresie czynnika I odnotowano różnice statystycznie istotne między W-AS i N-AS ($t=3,69$, $p=0,001$). Średnia dla grupy kobiet o wysokiej atrakcyjności seksualnej W-AS w czynniku I inteligencji emocjonalnej wynosi $M=57,60$ ($SD=11,83$), a dla grupy drugiej

przyjmuje wartość $M=45,50$ ($SD=13,11$). Kobiety które mają pozytywny stosunek do własnej seksualności i aspektów swojej twarzy potrafią umiejętnie wykorzystywać emocje w celu wspomagania myślenia i działania.

Różnice między grupą kobiet W-AS i N-AS uwidaczniają się także w zakresie II czynnika, na poziomie istotnym statystycznie ($t=2,31$, $p=0,02$). Grupa kobiet o wyższym poziomie atrakcyjności seksualnej uzyskała średnią $M= 55,80$ ($SD=9,12$) w czynniku II, natomiast kobiety doświadczające niższej atrakcyjności seksualnej osiągnęły średnią wyników w zakresie czynnika II równą $M=49,50$ ($SD=11,58$). Co oznacza, że im wyższy stopień zadowolenia z własnej atrakcyjności seksualnej doświadczają kobiety tym posiadają wyższe zdolności rozpoznawania emocji.

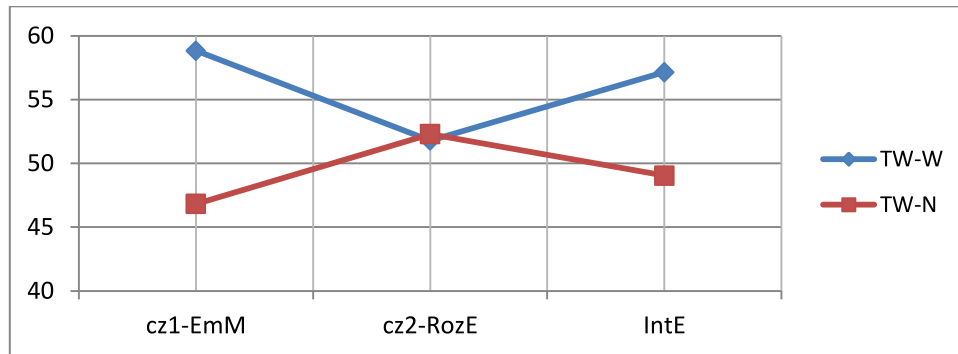
W zakresie czynnika ogólnego inteligencji emocjonalnej różnice między grupami W-AS i N-AS są istotne statystycznie ($t=4,04$, $p=0,001$). Grupę W-AS ($M=53,30$, $SD=11,71$) w porównaniu do grupy N-AS ($M=44,68$, $SD=13,96$) charakteryzują większe zdolności identyfikacji zarówno swoich uczuć, jak i uczuć innych ludzi, lepsze radzenie sobie w sytuacjach stresowych oraz bardziej optymalne radzenie sobie w sytuacjach stresowych i dostosowywanie się do zmiennych warunków.

Tabela 39. Statystyki opisowe i wskaźniki różnic między wynikami średnimi grup kobiet o niższym (N-TW) i wyższym (W-TW) poziomie troski o wagę uzyskane w Kwestionariuszu Inteligencji emocjonalnej.

Skale	W-TW N (28)		N-TW N (28)		t	p
	M	SD	M	SD		
cz1-EmM	58,82	8,76	46,82	10,95125	4,53	0,0001***
cz2-RozE	51,79	10,35788	52,29	11,67415	-0,17	0,87
IntE	57,14	11,09	49,04	11,75516	2,65	0,01*

IntE-WO-wynik ogólny inteligencji emocjonalnej; *cz1-EmM*- wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia; *cz2-RozE*- zdolność do rozpoznawania emocji.

* $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$



Rys. 24. Profile z wyników średnich przedstawionych w tab. 39.

W wyodrębnionych grupach porównawczych, o niskim (N-TW) i wysokim (W-TW) poziomie troski o wagę różnice bardzo istotne statystycznie pojawiły się w dwóch skalach Kwestionariusza Inteligencji emocjonalnej. Grupa kobiet o niższym poziomie troski o wagę (N-TW) i wyższym (W-TW) poziomie troski o wagę poziomie agresji, różnią się między sobą, najbardziej istotnie statystycznie w zakresie czynnika I inteligencji emocjonalnej ($t=4,53$, $p=0,0001$), następnie w zakresie ogólnego czynnika inteligencji emocjonalnej ($t=2,65$, $p=0,01$).

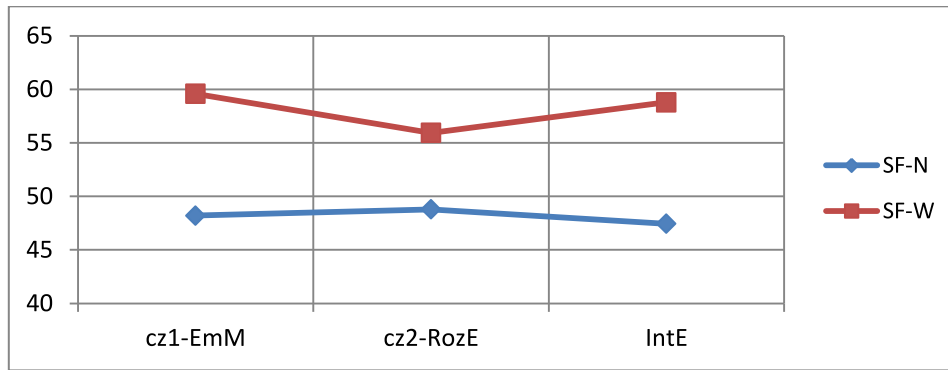
Zaprezentowane wyniki wskazują, że kobiety o wysokim stopniu troski (W-TW) o wagę są zdolne by w sposób satysfakcjonujący wykorzystywać własne emocje w myśleniu i działaniu a także posiadają wyższy ogólny poziom inteligencji emocjonalnej niż kobiety z grupy o niższym poziomie troski o wagę (N-TW).

Tabela 40. Statystyki opisowe i wskaźniki różnic między wynikami średnimi grup kobiet o niższym (N-SF) i wyższym (W-SF) poziomie troski o wagę uzyskane w Kwestionariuszu Inteligencji emocjonalnej.

	N-SF N =29		W-SF N=29		t	p
	M	SD	M	SD		
cz1-EmM	48,21	12,30	59,59	9,42	-3,96	0,0001***
cz2-RozE	48,79	11,19	55,93	10,36	-2,52	0,01*
IntE	47,45	12,17	58,79	11,88	-3,59	0,001***

IntE-WO-wynik ogólny inteligencji emocjonalnej; *cz1-EmM*- wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia; *cz2-RozE*- zdolność do rozpoznawania emocji.

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



Rysunek 25. Profile z wyników średnich przedstawionych w tab.40.

Grupa porównawcza o wysokim poziomie sprawności fizycznej (W-SF) obejmuje 29 kobiet, czyli jest równoliczna z grupą (N-SF) o niższym poziomie sprawności fizycznej. Jak widać powyżej- tabela 40 różnice istotne statystycznie pojawiły się we wszystkich skalach Kwestionariusza Inteligencji Emocjonalnej.

Różnice najbardziej istotne statystycznie odnotowano kolejno: w czynniku I inteligencji emocjonalnej ($t=-3,96, p=0,001$), ogólnym czynnikiem inteligencji emocjonalnej ($t=-3,59, p=0,001$) i czynniku II-RozE ($t=-2,52, p=0,01$).

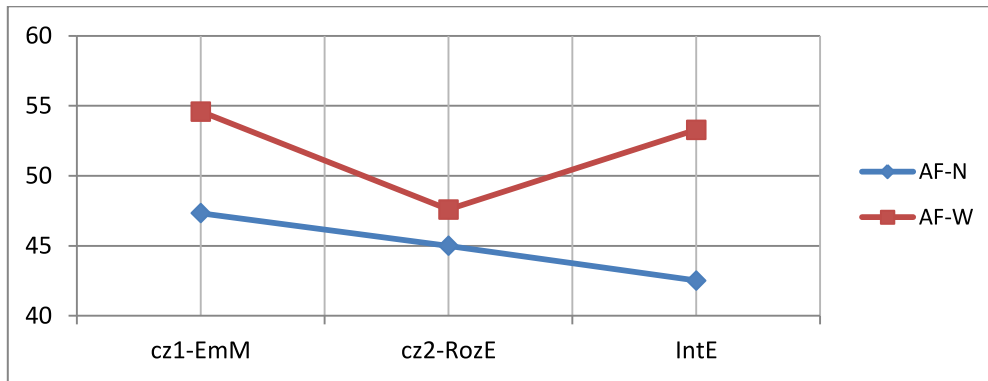
Kobiety oceniające się wyżej na skali sprawności fizycznej (W-SF) posiadają zdolność do spostrzegania, oceny i ekspresji emocji, a także są zdolne do wykorzystywania emocji jako czynników wspomagających myślenie i działanie.

Tabela 41. Statystyki opisowe i wskaźniki różnic między wynikami średnimi grup mężczyzn o niższym (N-AF) i wyższym (W-AF) poziomie atrakcyjności seksualnej uzyskane w Kwestionariuszu Inteligencji emocjonalnej.

	N-AF N=33		W-AF N=32		t	p
	M	SD	M	SD		
cz1-EmM	47,33	12,36	54,59	11,18	-2,48	0,02*
cz2-RozE	45,00	10,17657	47,59	11,61	-0,95844	0,34
IntE	42,52	11,61	53,28	13,40	-3,47	0,001***

IntE-WO-wynik ogólny inteligencji emocjonalnej; *cz1-EmM*- wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia; *cz2-RozE*- zdolność do rozpoznawania emocji.

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



Rys. 26. Profile z wyników średnich przedstawionych w tab. 41.

W przypadku mężczyzn zostały wyodrębnione dwie grupy porównawcze z uwagi na doświadczaną przez nich atrakcyjność fizyczną. Pierwszą grupę stanowią mężczyźni (N=32), którzy pozytywnie określają własny stosunek do różnych aspektów wyglądu twarzy oraz figury, a tym samym do własnej atrakcyjności- W –AF. Natomiast grupę N-AF (N=33) tworzą mężczyźni negatywnie ustosunkowanie do własnej atrakcyjności fizycznej.

Dwie wyszczególnione przeze mnie grupy mężczyzn o niższym (N-AF) oraz o wyższym (W-AF) poziomie atrakcyjności fizycznej różnią się między sobą w sposób statystycznie bardzo istotny pod względem ogólnego wyniku inteligencji emocjonalnej ($t=-3,47$, $p=0,001$) a także czynnika I inteligencji emocjonalnej ($t=-2,48$, $p=0,02$).

W grupie o wyższym poziomie atrakcyjności fizycznej (W-AF), wyniki przeciętne wynoszą $M=47,59$ ($SD=11,61$) punktów T dla czynnika II do $M=54,59$ ($11,18$) punktów T dla czynnika I.

Wyniki przeciętne badanej grupy osób o niższym poziomie atrakcyjności fizycznej w (N-AF) w skalach kwestionariusza inteligencji emocjonalnej wahają się od $M=42,52$ ($SD=11,61$) punktów T dla ogólnego wyniku inteligencji emocjonalnej do $M=47,33$ ($SD=12,36$) punktów T dla czynnika I inteligencji emocjonalnej.

Z powyższej tabeli 41 można wnioskować, że mężczyźni oceniający siebie jako bardziej atrakcyjni fizycznie W-AF posiadają większe zdolności do spostrzegania, oceny i ekspresji emocji a także mają większe zdolności do asymilowania emocji w przebiegu procesów poznawczych.

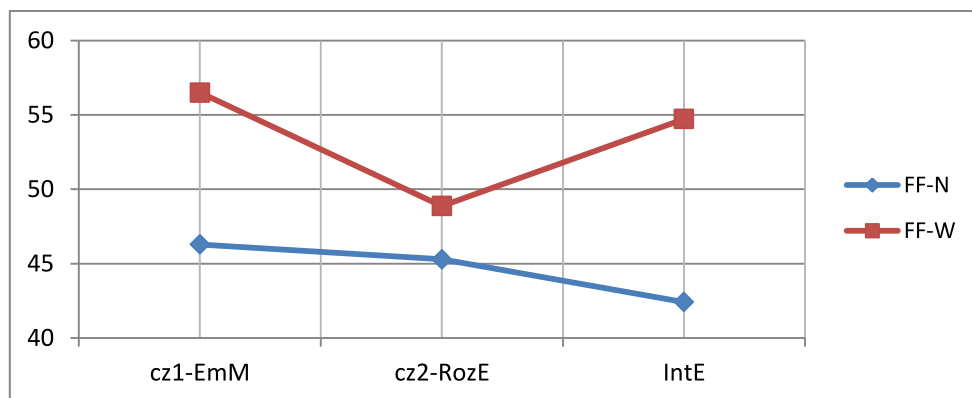
W tabeli 42- zamieszczonej poniżej przedstawione zostały wyniki średnie (M), odchylenia standardowe (SD) i poziom istotności (p) między grupami uzyskanych przez grupy o niższym (N-FF) i wyższym (W-FF) poziomie siły fizycznej.

Tabela 42. Statystyki opisowe i wskaźniki różnic między wynikami średnimi grup mężczyzn o niższym (N-FF) i wyższym (W-FF) poziomie sprawności fizycznej uzyskane w Kwestionariuszu Inteligencji emocjonalnej.

	N-FF N=34		W-FF N= 32		t	p
	M	SD	M	SD		
cz1-EmM	46,29	11,51	56,50	10,38	-3,78	0,001***
cz2-RozE	45,29	10,21149	48,88	11,64	-1,33	0,19
IntE	42,41	11,00	54,72	12,98	-4,16	0,0001***

IntE-WO-wynik ogólny inteligencji emocjonalnej; *cz1-EmM*- wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia; *cz2-RozE*- zdolność do rozpoznawania emocji.

*** p<0,001



Rysunek 27. Profile z wyników średnich przedstawionych w tab. 42.

Jak widać (tabela 42, rysunek 27) we wszystkich czynnikach inteligencji emocjonalnej grupa o wyższym poziomie siły fizycznej uzyskuje znacznie wyższe wyniki w wymiarach Kwestionariusza Inteligencji Emocjonalnej. Różnice między tymi grupami są statystycznie bardzo istotne w ogólnym czynniku inteligencji emocjonalnej ($t=-3,78$, $p=0,001$) jak i w czynniku I-EmM ($t=-4,16$, $p=0,001$).

W zakresie czynnika I-EmM, który wskazuje na zakres umiejętności w posługiwaniu się emocjami dla efektywniejszego myślenia i działania grupa mężczyzn o wyższej sile fizycznej W-FF (M=56,50, SD=10,38) ma znaczną przewagę nad grupą mężczyzn cechującą się niższą oceną własnej siły fizycznej N-FF (M= 46,29, SD= 11,51).

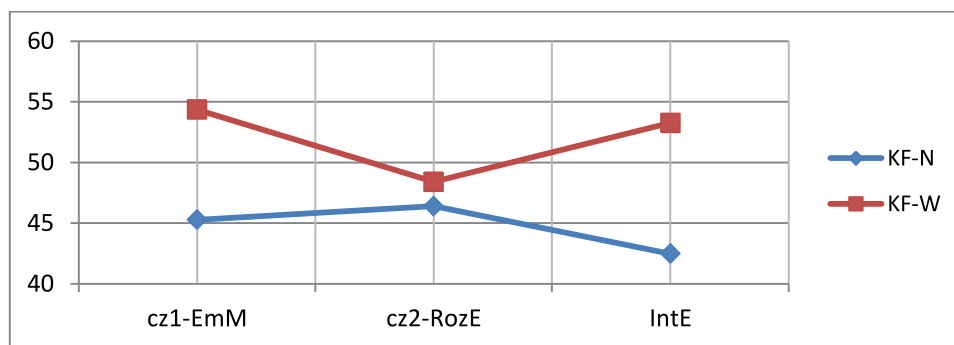
Mężczyźni z wyłonionej grupy W-FF, którzy mają pozytywne postawy wobec tych części ciała nad którymi można pracować ćwicząc i uzyskiwać w ten sposób większą siłę fizyczną cechują się zdolnością do śledzenia własnych i cudzych uczuć i emocji, różnicowania emocji, a także większą zdolnością oceny i ekspresji emocji.

Tabela 43. Statystyki opisowe i wskaźniki różnic między wynikami średnimi grup mężczyzn o niższym (N-KF) i wyższym (W-KF) poziomie sprawności fizycznej uzyskane w Kwestionariuszu Inteligencji emocjonalnej.

	N-KF N=33		W-KF N=32		t	p
	M	SD	M	SD		
cz1-EmM	45,27	11,55	54,34	10,33	-3,33	0,001***
cz2-RozE	46,39	10,24	48,41	11,37586	-0,75	0,46
IntE	42,48	10,46	53,25	12,49	-3,77	0,001***

IntE-WO-wynik ogólny inteligencji emocjonalnej; *cz1-EmM*- wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia; *cz2-RozE*- zdolność do rozpoznawania emocji.

*** p<0,001



Rysunek 28. Profile z wyników średnich przedstawionych w tab. 43.

Mężczyźni o wyższym poziomie sprawności fizycznej (W-KF) różnią się statystycznie bardzo istotnie od mężczyzn uzyskujących niskie wyniki na skali sprawności fizycznej (N-KF) w zakresie ogólnego czynnika inteligencji emocjonalnej ($t=-3,77$, $p=0,001$) a także w czynniku I ($t=-3,33$, $p=0,001$).

W zakresie ogólnego wyniku inteligencji emocjonalnej grupa o wyższym poziomie sprawności fizycznej (W-KF) uzyskiwała średnie punktów $T=53,25$ ($SD=12,49$) zaś średnia punktów T grupy o niższej sprawności fizycznej wynosiła $M=42,48$ ($SD=10,46$). Mężczyźni

oceniający swoją sprawność fizyczną pozytywnie (W-KF) cechują się zdolnością do śledzenia własnych i cudzych uczuć i emocji i lepiej potrafią wykorzystywać uzyskiwane na tej drodze informacje by efektywniej myśleć i działać.

Wyodrębniona grupa eksperymentalna (N-SF) o niskiej ocenie własnej sprawności fizycznej uzyskała średnią punktów T w czynniku I równą $M=45,27$ ($SD=11,55$), natomiast grupa o wyższym poziomie sprawności fizycznej uzyskała średnią punktów T wynoszącą $M=54,34$ ($SD=10,31$). Przedstawione dane świadczą o tym, że mężczyźni o negatywnej, ocenie własnej sprawności fizycznej posiadają słabe zdolności do asymilowania emocji w przebiegu procesów poznawczych.

Podsumowanie:

Powyżej zaprezentowane dane świadczą, że mężczyźni i kobiety różniący się w zakresie wymiarów obrazu ciała różnią się ogólnym poziomem inteligencji emocjonalnej. Mężczyźni, którzy we wszystkich wymiarach obrazu ciała w skali BES uzyskiwali wyższe wyniki: W-AF, W-FF, W-KF osiągnęli także znacząco wyższe wyniki niż mężczyźni z grup: N-AF, N-FF, N-KW w zakresie ogólnego wyniku inteligencji emocjonalnej. Kobiety z grup: W-AS, W-TW, W-SF statystycznie różniły się pod względem ogólnego wskaźnika inteligencji emocjonalnej od kobiet o niższym poziomie zadowolenia z ciała w zakresie wszystkich. Na podstawie tych wyniku można stwierdzić, że postawiona hipoteza **H 4.1.** osoby o różnym obrazie ciała różnią się ogólnym poziomem inteligencji emocjonalnej została potwierdzona.

Różnice istotne statystycznie wśród grupy mężczyzn występują także w zakresie czynnika I-EmM. Mężczyźni i kobiety różniący się obrazem ciała różnią się umiejętnością wykorzystania emocji w celu wspomaganie myślenia i działania, na korzyść grup o wyższym poziomie obrazu ciała. Zależność ta dotyczy wszystkich wymiarów obrazu ciała zatem hipoteza **H 4.2.** otrzymała całkowite potwierdzenie w przypadku mężczyzn.

Natomiast hipoteza **H 4.3.** mówiąca, że osoby różniące się w zakresie obrazu ciała różnią się zdolnością rozpoznawania emocji w przypadku mężczyzn nie otrzymała potwierdzenia, w żadnym z wymiarów obrazu ciała. Natomiast w przypadku kobiet różnice statystycznie istotne między skrajnymi grupami w zakresie czynnika II, a więc w zdolności w rozpoznawaniu emocji wystąpiły w wymiarze atrakcyjności seksualnej i sprawności fizycznej. Zatem hipoteza H.4.3 otrzymała częściowe potwierdzenie i jest prawdziwa wyłącznie w przypadku kobiet.

3.4. Dyskusja wyników

Obraz ciała i empatia są zjawiskami budzącymi zainteresowanie wśród wielu badaczy od wielu lat. W Stanach Zjednoczonych popularność problematyki obrazu ciała wzrosła gwałtownie w ostatnich latach, zaś w Polsce ta tematyka dopiero zaczyna być rozwijana, co związane jest głównie z pojawiającymi się coraz częściej zaburzeniami odżywiania. Zarówno z obrazem ciała, jak i ze zjawiskiem empatii, spotykamy się nieustannie w naszym codziennym życiu, zaś ich wspólna płaszczyzna mieści się w kontaktach interpersonalnych gdyż „kto nie lubi siebie, ten nie lubi również innych i nie potrafi odpowiedzieć na przyjaźń równie szczerą przyjaźnią” (Lauster 1995, s. 48).

Celem pracy było znalezienie odpowiedzi na pytanie *czy i na ile istnieje związek pomiędzy obrazem ciała a empatią u studentów.*

W ramach przedstawionej problematyki sformułowane zostały cztery główne hipotezy badawcze, na których zostały oparte bardziej szczegółowe dociekania:

- H 1.** Istnieje zależność pomiędzy obrazem ciała a empatią u studentów
- H 2.** Obraz ciała ma związek z inteligencją emocjonalną u studentów.
- H 3.** Osoby różniące się pod względem obrazu ciała różnią się w zakresie empatii
- H 4.** Osoby wykazujące różnice w zakresie obrazu ciała różnią się inteligencją emocjonalną

Empiryczna weryfikacja tak postawionych hipotez badawczych została dokonana na celowo dobranej grupie studentów, która w sumie liczyła 244 osoby (123 kobiety, 121 mężczyzn) za pomocą następujących metod badawczych:

- Kwestionariusz Empatii Osobowej (KEO) Z. Uchnasta;
- Skala Obrazu Ciała (BES) S.L. Franzoi i S. A. Schields;
- Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej w polskiej adaptacji A. Jaworowskiej i A. Matczak

D. Garner (1997) objaśnia, że w dzisiejszych czasach ciało to nie tylko uroda, atrakcyjność, lecz dużo więcej. Ze względu na obowiązujące normy kulturowe ciało nabrało na znaczeniu i stało się schematem nas samych, który nie jest wolny od aspektów emocjonalnych oraz wpływa na naszą samoocenę, przekonania, które mogą nakreślać plany życiowe.

W niniejszej pracy pomiaru obrazu ciała dokonano za pomocą Skali Obrazu ciała, która zawiera po trzy odrębne skale dla obu płci. W tejże pracy zostały potwierdzone obserwowane różnice międzypłciowe w percepcji własnego ciała. Badanie mężczyźni uzyskiwali wyższe wyniki w wymiarach obrazu ciała niż kobiety. Psychologiczna literatura podaje, że płć żeńska częściej przejawia zaburzony, negatywny stosunek do własnego ciała (Brytek-Matera, Rybicka-Klimczyk, 2009).

Rozpatrywanie obrazu ciała osobno dla kobiet i mężczyzn jest uzasadnione ze względu na fakt, że źródła niezadowolenia z ciała są różne dla obu płci. Mężczyźni są statystycznie bardziej zadowoleni z budowy swojego ciała, natomiast kobiety są bardziej zadowolone z elementów twarzy (Silberstein, Striegel-Moore, Timko, Rodin, 1988). Jest to zgodne z uzyskanymi w tym badaniu danymi, kobiety bowiem uzyskiwały znacznie gorsze wyniki na skali troski o wagę, która oznacza poziom zadowolenia z budowy ciała oraz chęć kontrolowania wagi i sylwetki, natomiast największy poziom zadowolenia ujawniały na skali atrakcyjności seksualnej, która bada zadowolenie z twarzy oraz własnej seksualności.

Przedstawione badania pozwalają na określenie trafności postawionych hipotez. Analizy wyników potwierdziły występowanie współzależności między obrazem ciała a empatią i inteligencją emocjonalną studentów.

Badacze uznają, że poziom równowagi i zadowolenia z własnego ciała wpływa na częstość wchodzenia w kontakty interpersonalne (Cash, Theriault, Annis, 2004). Tym samym nie dziwi fakt, że taki społeczny trening sprzyja rozwijaniu pozytywnego stosunku do ludzi i umiejętności empatycznych. Analiza korelacji wykazała, że wysoki poziom życzliwości spontanicznej łączy się w przypadku kobiet z ogólnym zadowoleniem z ciała, wysokim

poziomem atrakcyjności seksualnej, troską o wagę a także z pozytywną oceną własnej sprawnością fizyczną. Tak więc wysoki, pozytywny obraz ciała sprzyja większemu zainteresowaniu tym, co jest ważne dla drugiej osoby, poszanowaniu jej indywidualności oraz gotowość do osobistego, bezinteresownego angażowania się na rzecz dobra innych bez stawiania wstępnych wymogów. Analiza wyników daje podstawy by przyjąć, że kobiety które akceptują swoje ciało i mają pozytywny stosunek do apetytu, a więc te z grupy o wysokim poziomie troski o wagę charakteryzują się otwartością na problemy innych, ich akceptacją i gotowością udzielania pomocy.

Spośród trzech wymiarów ciała mężczyzn to sprawność fizyczna wydaje się mieć największy związek z empatią. Mężczyźni którzy oceniają się jako sprawni fizycznie są zdolni do adekwatnego rozeznania sytuacji, są otwarci w stosunku do innych a otwartość ta cechuje się spontanicznością i autentycznością. Mężczyźni tacy są gotowi, aby pomagać cierpiącym.

Samoakceptacja warunkuje poznanie rozumiejące własnej indywidualności i tylko w chwili kiedy człowiek się zaakceptuje jest w stanie siebie zrozumieć (Kulas, 1986). Zgodnie z tym twierdzeniem rezultaty badań ujawniły, że znajomości siebie, która jest świadomością swoich możliwości i ograniczeń oraz jest powiązana ze spójnym obrazem siebie współwystępuje z troską o wagę oznaczającą pozytywne lub negatywne ustosunkowanie do apetytu oraz do własnej sylwetki. Tak więc im wyższe zadowolenie z ciała tym wyższy poziom znajomości siebie.

Wyniki uzyskane w tymże badaniu są zbieżne z rezultatami badań S. Cruickshanka (2006). Badacz udowodnił, że takie cechy osobowości jak otwartość i stabilność emocjonalna korelują ujemnie z negatywnym obrazem ciała. Analiza grup różniących się w zakresie obrazu ciała pokazała, że kobiety i mężczyźni, którzy akceptują swoje ciało, mają do niego pozytywny stosunek oraz są zadowoleni ze swojej sprawności fizycznej i zdrowia posiadają większe zdolności w zakresie inteligencji emocjonalnej, umiejętności do wykorzystywania emocji w celu wspomaganie myślenia i rozpoznawania emocji.

Mimo, iż prezentowane badanie prowadzone było w grupie osób zdrowych, niemających zaburzeń odżywiania takich jak anoreksja, to wyniki są zgodne z badaniami prowadzonymi w grupie kobiet cierpiących na to zaburzenie odżywiania. Według nich osoby cierpiące na anoreksję, a więc kobiety ze skrajnie niskim zadowoleniem ze swojego ciała cechuje bardzo

niski poziom empatii w porównaniu do grupy kobiet zdrowych (Hambrooka i wsp., 2008). Analiza wyodrębnionych grup skrajnych ze względu na doświadczany obraz własnego ciała pokazała, że kobiety i mężczyźni o wyższym zadowoleniu z ciała cechują się wyższą empatią i inteligencją emocjonalną.

Na podstawie wyników uzyskanych w tym badaniu można stwierdzić, że zasadna okazała się postawiona hipoteza mówiąca, że osoby o różnym obrazie ciała różnią się ogólnym poziomem inteligencji emocjonalnej, a także umiejętnością wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia i działania i rozpoznawaniem emocji.

Zakończenie

Problematyka obrazu ciała stanowi od pewnego czasu istotną dziedzinę analiz we współczesnej psychologii. Przemiany dokonujące się na gruncie kulturowo-społecznym idą w kierunku centralizacji obrazu ciała w koncepcji własnej osoby. Zaprezentowane w rozdziale 1 podejścia teoretyczne i doniesienia empiryczne wskazują, że obraz ciała będący „umysłowym zdjęciem, które nosimy wewnątrz siebie” (McDowell, 1991, s. 17) nie może stać się elementem na bazie którego jednostki będą siebie definiować. Celem tej pracy było uzyskanie odpowiedzi na pytanie stanowiące główny problem badawczy: *czy obraz ciała ma związek z empatią?* Ten problem badawczy został uszczegółowiony i sprowadzony do hipotez, których postawienie wiązało się z analizą dostępnej literatury przedmiotu oraz serii badań nad związkiem obrazu ciała i empatii. Rezultaty analiz statystycznych pozwoliły zweryfikować postawione hipotezy w sposób następujący:

H 1.1. Obraz ciała ma związek z empatią osobową zarówno u mężczyzn jak i u kobiet. U kobiet wraz ze wzrostem troski o wagę maleje poziom empatii osobowej. Natomiast u mężczyzn wynik ogólny obrazu ciała oraz wymiary: atrakcyjność fizyczna, siła i sprawność fizyczna korelują dodatnio z empatią osobową. Hipoteza uzyskała częściowe potwierdzenie.

H 1.2. Występuje dodatnia korelacja między obrazem ciała a empatią ogólną u mężczyzn, zaś w przypadku kobiet takiego związku nie stwierdzono. U kobiet ujawniono natomiast dodatnie korelacje między obrazem ciała a życzliwością spontaniczną i znajomością siebie. Ujemne korelacje w grupie uwidoczniły się między troską o wagę a swobodą towarzyską.

H 2.1. Istnieje związek między obrazem ciała a ogólnym poziomem inteligencji emocjonalnej, zarówno w przypadku kobiet jak i mężczyzn. Hipoteza została pozytywnie potwierdzona.

H 2.2. Obraz ciała i jego wymiary mają dodatni związek z umiejętnością wykorzystania emocji w celu wspomaganie myślenia i działania. Hipoteza została pozytywnie potwierdzona.

H 2.3. W grupie kobiet nie wystąpiły związki między ogólnym wskaźnikiem obrazu ciała, atrakcyjnością seksualną i troską o wagę a zdolnością rozpoznawania emocji. Jedynie wymiar obrazu ciała jakim jest sprawność fizyczna u kobiet ma związek z rozpoznawaniem emocji. Także w grupie mężczyzn nie odnotowano zależności między wynikiem ogólnym obrazu ciała, atrakcyjnością fizyczną i sprawnością fizyczną a umiejętnością rozpoznawania

stanów emocjonalnych u siebie i u innych. Wyłącznie wymiar siły fizycznej koreluje dodatnio z umiejętnością rozpoznawania emocji.

H 3.1. Mężczyźni różniący się pod względem sprawności fizycznej różnią się w zakresie empatii osobowej. Mężczyźni mający pozytywny stosunek do swojej sprawności fizycznej cechują się wyższym poziomem empatii osobowej. Natomiast kobiety różniące się obrazem ciała nie różnią się pod względem empatii osobowej. Hipoteza otrzymała częściowe potwierdzenie.

H 3.2. Mężczyźni różniący się w zakresie sprawności fizycznej różnią się pod względem ogólnego wskaźnika empatii. Wyższe wyniki w zakresie ogólnego wskaźnika empatii uzyskali mężczyźni z grupy o wyższym poziomie sprawności fizycznej. Natomiast kobiety różniące się obrazem ciała nie różnią się pod względem ogólnego wskaźnika empatii. Kobiety, które wykazują większy stopień troski o wagę oraz mające wyższy stopień sprawności fizycznej uzyskują wyższe wyniki w skali życzliwości spontanicznej. Jednak kobiety wykazujące niższy stopień troski o wagę uzyskały wyższe wyniki w skali swobody towarzyskiej. Różnice pod względem szczegółowych wymiarów empatii mają także potwierdzenie w przypadku mężczyzn. Mianowicie, mężczyźni o wyższym poziomie sprawności fizycznej różnią się statystycznie od mężczyzn uzyskujących niższe wyniki w skali sprawności fizycznej w zakresie wycucia sytuacji. Mężczyźni o wysokiej sprawności fizycznej mają większe zdolności w odnajdywaniu się w nowych sytuacjach oraz w podejmowaniu lepszych i bardziej stanowczych decyzji.

H 4.1. Osoby różniące się w zakresie obrazu ciała różnią się pod względem ogólnego poziomu inteligencji emocjonalnej. Hipoteza została pozytywnie potwierdzona.

H 4.2. Osoby różniące się w zakresie obrazu ciała różnią się umiejętnością wykorzystania emocji w celu wspomagania myślenia. Wyodrębnione grupy osób o wysokim zadowoleniu z ciała wykazują większe zdolności wykorzystania emocji w celu wspomagania myślenia.

H 4.3. Kobiety różniące się ogólnym wskaźnikiem obrazu ciała i troski o wagę nie różnią się pod względem zdolności rozpoznawania emocji. Jedynie kobiety różniące się w zakresie atrakcyjności seksualnej i sprawności fizycznej różnią się zdolnością rozpoznawania emocji. Kobiety o wysokim obrazie ciała charakteryzuje zdolność rozpoznawania emocji. Natomiast w przypadku mężczyzn hipoteza ta nie uzyskała potwierdzenia.

WNIOSKI

1. Istnieje dodatnia korelacja pomiędzy obrazem ciała a empatią u studentów
 2. Obraz ciała dodatnio koreluje z ogólnym poziomem inteligencji emocjonalnej oraz zdolnością wykorzystania emocji w celu wspomagania myślenia.
 3. Osoby różniące się w zakresie obrazu ciała i jego wymiarów różnią się pod względem empatii i inteligencji emocjonalnej. Osoby z grup o wyższym poziomie obrazu ciała cechują większe zdolności w zakresie rozumienia emocji oraz uczuć swoich oraz drugiej osoby.
 4. Prezentowane rezultaty badań nie pozwalają rozstrzygać o kierunku zależności między obrazem ciała a empatią, to też nie można stwierdzić czy to doświadczany obraz ciała wpływa na empatię, czy też Ci, którzy, posiadają większe zdolności w zakresie empatii pozytywniej spostrzegają własne ciało.
- Empatia, która pozwala odczuwać stany mentalne innych ludzi, a także daje możliwość patrzenia z ich perspektywy wpływa na jakość kontaktów interpersonalnych. Satysfakcjonujące kontakty międzyludzkie mogą stać się przyczyną zadowolenia z własnego ciała. Z kolei osoby, które zadowolone są z własnego ciała częściej angażują się w kontakty społeczne co daje im możliwość wykorzystania i ćwiczenia umiejętności empatycznych.
5. Rezultaty tych badań mogą stać się podwaliną do budowania planów profilaktycznych w zaburzeniach odżywiania. Odpowiedni trening interpersonalny u osób o skrajnie niskim i zaburzonym obrazie ciała może być okazją by lepiej poznać siebie i zrozumieć mechanizmy własnego funkcjonowania. Trening taki powinien być skoncentrowany na umiejętnościach komunikowania oraz wyrażania emocji w sposób adaptacyjny. Także dostarczenie pozytywnych informacji zwrotnych od innych ludzi może wpłynąć na stosunek do własnego ciała.
 6. Wykazane wnioski mogą być podstawą do formułowania programów treningu zdolności inter- i intrapersonalnych. Ograniczenia w zakresie komunikacji i relacji międzyludzkich mogą być usprawnianie przy pomocy metod pracy z ciałem, które mają za zadanie

poszerzenie własnej świadomości, zbudowanie akceptacji własnego ciała i podwyższenia własnej samooceny.

Przedstawione badanie jest wkładem w eksplorację zakresu obrazu ciała. Wkład prezentowanych badań w eksplorację obrazu ciała polega na tym, że ujmują związek między obrazem ciała a empatią, u osób zdrowych, co dotychczas nie było przedmiotem badań. Związek między obrazem ciała a empatią nie był rozstrzygany na populacji osób zdrowych. Badanie było przeprowadzone z udziałem osób w wieku młodzieńczym. Zapewne ciekawych i istotnych wyników badania dostarczyłyby analizy osób w późniejszych okresach rozwojowych czy też żyjących w kulturach o mniejszym zasięgu mass mediów.

Bibliografia

Adenzato, P. Todisco, R.B. Ardit (2012). Social Cognition in Anorexia Nervosa: Evidence of Preserved Theory of Mind and Impaired Emotional Functioning. *PLoS ONE*, 7, 25-50.

Allport, G. (1968) The historical background of modern social psychology. W: G. Lindzey & E. Aronson (red). *Handbook of Social Psychology.*, Addison: Wesley.

Aronson, E., Wilson, T.D., Akert, R. M. (1997). *Psychologia społeczna. Serce i umysł.* Poznań: Zysk i S-ka.

Batson, C.D, Duncan, B.D, Ackerman, P., Buckley, T., Birch, K. (1981). Is emphatic emotion a source of altruism motivation? *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 290-302.

Batson, C.D. (1991). *The altruism question: toward a social-psychological answer.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Becker, A. E., Burwell, R. A., Gilman, S. E. (2002). Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 509-514.

Binswanger, L. (1958). Insanity as Life- historical Phenomenon and as Mental Disease: The Ase of Ilse. W: R. May, E. Angel, H. Ellenberger. *Existence- a New Dimension in Psychiatry and Psychology* (214-229). New York: Basic Books. New York: Basic Books.

Brytek- Matera, A., i Rybicka- Klimczyk, A. (2008). Wizerunek ciała i jego wymiary a aspekty behawioralne zaburzeń odżywiania u zdrowych kobiet w różnych fazach rozwojowych. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 4 (4) 143-151.

Brytek- Matera, A., i Rybicka- Klimczyk, A. (2009). *Wizerunek ciała w anoreksji i bulimii psychicznej.* Warszawa: Difin.

Brytek-Matera, A. (2008). *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym.* Warszawa: Difin.

Calvo, A. J., Gonzalez, R., Martorell, M. C. (2001). Variables relacionadas con la conducta prosocial en la infancia y la adolescencia. *Personalidad, autoconcepto y género. Infancia y Aprendizaje*, 93, 95-111.

Carlo, G. i Randal, B. A. (2002). The Development of a Measure of Prosocial Behaviors for Late Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 31-44.

Cash, T. F. (2002). Cognitive-behavioral perspectives on body image. W: T. F. Cash, T. Pruzinsky (red.). *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. New York: Guilford Press.

Cash, T. F., Cash, D. W., Butters, J. W. (1983). "Mirror, mirror on the wall...?": Contrast effects and self-evaluations of physical attractiveness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 357-258.

Cash, T. F., Fleming, E. C., Alindogan, J., Steadman, L. (2002). Beyond body image as a trait: The development and validation of the Body Image States Scale. *Eating Disorder*, 10, 103- 113.

Cash, T. F., i Pruzinsky, T. (2002). *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice* (38-46). New York, London: Guilford Press.

Cash, T.F., Theriault, J., Annis, N. (2004). Body image in interpersonal context: Adult attachment, fear of intimacy, and social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 1, 89-103.

Chandler, M., Greenspan, S., Barenbeim, C. (1974). The assessment and training of role- taking and referential communication skills in institutionalized emotionally. *Psychology*, 4, 104-106.

Chrostowska-Buzun, A. (2001). Obraz ciała u dziecka po traumie. *Dialogi*, 24-32.

Ciarrochi, J.V., Chan, A.Y.C., Bajgar, J. (2001). Measuring emotional intelligence in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 31, 1105-1119.

Ciarrochio, J. V., A. Y. Chan, P. Caputi (2000). A critical valuation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences*, 28, 539-561.

Combs, A. W., I Snygg, D. (1959). *Individual Behavior. A Perceptual Approach to Behavior* (s. 256). New York: Harper & Row.

Cruickshank, S.E. (2006). The Relationship between Personality Traits, Body Image, and Eating Behaviors in College Females. *University Honors Program*.

Czuma, K., Orłowska, D. (2005). Szczególny obraz zaburzonego poczucia obrazu ciała u młodego mężczyzny. *Postępy psychiatrii i Neurologii*, 14, 96-98.

Davis, C. (1997). Body image, exercise and eating behaviors. W: K. R. Fox (red). *The physical self. From motivation to well-being*, 144-174. Champaign, IL: Human Kinetics.

Davis, M. H (2001). Empatia. *O umiejętności współodczuwania* (7-79). Gdańsk: GWP.

Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126.

Davis, M.H., Luce, C., Kraus, S.J. (1994). The heritability of characteristics associated with dispositional empathy. *Journal of Personality*, 62, (3) 369-391.

Denniston, C., Roth, G., Gilroy, F. (1992). Dysphoria and body image among college women. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 449-452.

Derenne, J. L., Beresin, E. V. (2006). Body Image, Media, and Eating Disorders. *Academic Psychiatry*, 30 (3) 257-261.

Doliński, D. (1993). *Orientacja defensywna*. Warszawa: IP PAN.

Dovido, J. F., Piliavin, J. A., Geartner, S. I., Schroeder, D. A., Clark, R. D. (1991). The arousal: Cost reward model and the process of intervention. W: M.S. Clark (red.). *Review of personality and social psychology*, 12, 86-118.

Eisenberg, N. i Fabes, R. A. (1998). Prosocial development. W: W. Damon, N. Eisenberg (red.). *Handbook of child psychology: Social, Emotional, and personality development*, 5 (3), 701-778. New York: Wiley.

Eisenberg, N., Carlo, G., Murpgy, B., Van Court, P. (1995). Prosocial Development in Late Adolescence: a Longitudinal Study. *Child Development*, 66, 1179-1197.

Feshbach, N.D. (1990). The relationship between empathy and aggression in two age groups. *Developmental Psychology*, 1- 107.

Fisher, G., Fisher, J., Stark, R. (1980). *The body image. Aesthetic Plastic Surgery* (1-32). Boston: Little Brown.

Fisher, S. (1990). The evolution of psychological concepts about the body. W: T. Cash i T. Pruzinsky (red.). *Body images: Development, deviance, and change* (3–20). New York, London: The Guilford Press.

Fontana, D. (1998). *Psychologia dla nauczycieli*. Poznań: ZYSK i S-KA

Franzoi, S. L. i Shields S. A (1984) . The BES: Multidimensional Structure and Sex Differences in a College Population. *Journal of personality Assessment*, 48 (2) 73-78.

Franzoi, S. (1994). Further Evidence Of The Reliability And Validity of the Body Esteem Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 50 (2) 237-239.

Franzoi, S. L., McDonald, M. J., Boston, K. (2004). *A confirmatory analysis of the Body Esteem Scale*. Niepublikowany maszynopis.

Galinsky, A.D., i Moskowitz, G.B. (2000). Perspective-taking: Decreasing stereotype expression, stereotype accessibility, and ingroup favoritism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 708–724.

Galioto, R., Karazsia, B. T., Crowther, J. H. (2012). Familial and peer modeling and verbal commentary: Associations with muscularity-oriented body dissatisfaction and body change behaviors. *Body Image*, 9 (2) 293-297.

Garner, D. M. (1997). The body image survey results. *Psychology Today*, 30, 30-84.

Garner, D. M. i Garfinkel, P. E (1985). The validity of the distinction between bulimia with and without anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 142, 581-587.

Garner, H. (2001). *Inteligencje wielorakie. Teoria w praktyce*. Poznań: Media Rodzina.

Gasiulowa, A.(1993). *Wrażliwość empatyczna dzieci z dysfunkcją narządu ruchu a ich środowisko rodzinne*. Bydgoszcz: WSP.

Gawriłowa, T. (1974). Eksperymentalnoe izuczenije empatii u dietiej młodszewo-szkolnowo-wozrasta. *Waprosy Psychologii*, 5, 107-114.

Głębocka, A., i Kulbat, J. (2005). Czym jest wizerunek ciała. W: A. Głębocka, i J. Kulbat (red). *Wizerunek ciała: Portret Polek (9-28)*. Opole: Wydawnictwo UO.

Golema, D. (1997). *Inteligencja emocjonalna*. Poznań: Media Rodzina.

Goleman, D. (1999). *Inteligencja emocjonalna w praktyce*. Poznań: Media Rodzina.

Groesz, L., Levine, M., Murnen, S. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: a meta-analytic review. *International Journal od Eating Disorders*, 31 (1) 1-16.

Grogan, S. (1999). *Body image. Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. Lodnon and NY: Routledge.

Gulin, W. (1994). *Empatia dzieci i młodzieży*, Lublin: Wyd. Tow. Nauk. KUL.

Haimovitz, D., Lansky, L. M., O'Reilly, P. (1993). Fluctuations in body satisfaction across situations. *International Journal of Eating Disorders*, 3, 78-84.

Hambrook, D., Tchanturia, K., Schmidt, U., Russel, T., Treasure, J. (2008). Empathy, systemizing, and autistic traits in anorexia nervosa: A pilot study. *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 335–339.

Hartshorne, H. i May, M.A. (1929). *Studies in the nature of character: studies in service and self-control vol. II (13-41)*. NewYork: Mackmillan

Heinberg, J. L. (1996). Theories of body image disturbance: perceptual, developmental, and sociocultural factors. W: J. K. Thompson (red.). *Body image, eating*

disorders, and obesity. An integrative guide for assessment and treatment. (27-49). Washington: American Psychological Association.

Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological review*, 94, 319-340.

Hoffman, M. L. (1987). The contribution of empathy to justice and moral judgment. W: N. Eisenberg i J. Strayer (red.). *Empathy and its development* (47-80). Cambridge: Cambridge University Press.

Izydorczyk, B. i Rybicka, A. (2009). Cognitive aspects of women's body image and eating disorders. *Polish Journal of Endocrinology*. 60 (4) 287-294.

Jaworowska, A. i Matczak (2001). *Kwestionariusz inteligencji emocjonalnej*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Kaźmierczak, M. (2008). Empatia rodziców jako korelat indywidualnych różnic w zakresie empatycznej troski u dzieci. *Psychologia Rozwojowa*, 13, (3) 41-55.

Kearney-Cooke, A. (2002). Familial influences on body image development. W: T. F. Cash, T. Pruzinsky (red.). *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice* (99-107). New York: Guilford Press.

Kliś, M. (1994). Empatia a inteligencja, cechy osobowości i temperament. *Psychologia Wychowawcza*, 5, 385-386.

Kluck, A. S. (2010). Family influence on disordered eating: the role of body image dissatisfaction. *Body Image*, 7 (1) 8-14.

Kobierecka, A. (2012). Emocjonalny aspekt obrazu ciała a ocena relacji z rodzicami u młodych kobiet. *Przegląd Psychologiczny*, 55 (4) 383-393.

Kowalik, S. (2003). Ja cielesne-próba nowego spojrzenia. *Polskie Forum Psychologiczne*, 1-2, 5-29.

Krieglewicz, O. (2005). Inteligencja emocjonalna partnerów a zadowolenie ze związku i strategie rozwiązywania konfliktów w małżeństwie. *Przegląd Psychologiczny*, 48 (4) 431-452.

Krueger, D. (2002). Psychodynamic perspectives on body image. W: T.F. Cash, T. Pruzinsky (red.). *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice* (30-37). New York: Guilford Press.

Kucharska-Pietura, K., Nikolaou, V., Masiak, M. (2004). The Recognition of Emotion in the Faces and Voice of Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 35 (1) 42-7.

Kulas, H. (1986). *Samoocena młodzieży*. Warszawa: WsiP.

Lipps, T. (1965). Empathy, inner, imitation and and sensfeeling. W: M. Rader (red.). *A modern book of aesthetics (374-482)*. New York: Holt-Rinehart and Winston.

Lauster, P. (1995). *Świadomość samego siebie*. Warszawa: Świat książki

Lipowska, M., Lipowski, M. (2006). Poziom optymizmu a akceptacja własnego ciała przez kobiety w okresie adolescencji. *Psychologia rozwojowa, 11 (3)* 89-96.

Łobicki, M. (1994). Czynniki dezintegrujące wychowanie w rodzinie. *Problemy wychowawcze, 4*.

MacGregor, F. C., Abel, T. M., Bryt, A., Laver, E., Weissman, S. (1953). *Facial Deformities and Plastic Surgery*. Springfield : Thomas.

Marcus, R., Telleen, S., Roke, E. (1979). Relation between cooperation and empathy in young children. *Development Psychology, 3*, 346-347.

Matczak, A. (2001). *Kwestionariusz Kompetencji Społecznych KKS. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Mayer, J. D., Salovey, P.D. (1999). Czym jest inteligencja emocjonalna? W: P. Salovey, D.J. Sluyter (red). *Rozwój emocjonalny a inteligencja emocjonalna*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.

Mayer, J. D., Salovey, P.D., Caruso, D. R (2000). Models of emotional intelligence. W: R. Sternberg (red.). *Handbook of intelligence (396-420)*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

McDowell, J. (1991). *Jego obraz mój obraz*. Kraków: Towarzystwo Krzewienia Etyki Chrześcijańskiej.

Mehrabian, A. i Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of Personality, 40*, 525-543.

Muscularity-Focused Body Image Disturbance. *Psychology of Men & Masculinity, 14 (1)* 88-100.

Myers, P.N., Biocca, F.A. (1992). The Elastic Body Image: The Effect of Television Advertising and Programming on Body Image Distortions in Young Women. *Journal of Communication, 42 (3)* 108-133.

Neisser, U. (1976). *Cognition and Reality: Principles and Implications of Cognitive Psychology*. San Francisco: Freeman and Comp.

Ogłodek, E., Mos D, Marek. L, Araszkiwicz, A. , Placek, W. (2009) Czy droga do piękna może być przymusem? *Pol Merkur Lekarski, 27 (162)* 529-31.

Oleś, P. K. (2003). *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Scholar.

Pakaslahti, L., Karjalainen, A., Keltikangas-Järvinen, L. (2002). Relationships between adolescent prosocial problemsolving strategies, prosocial behaviour, and social acceptance. *International Journal of Behavioral Development*, 26, 137-144.

Parent, A. (2011). Clinical Considerations in Etiology, Assessment, and Treatment of Men's muscularity-focused body image disturbance. *Psychology of Men & Masculinity*, 12, 35-42.

Phillips, K. A., Pinto, A., Jain, S. (2004). Self-esteem in body dysmorphic disorder. *Body Image*, 1, 385-390.

Pike, K., Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (2), 198-204.

Piliavin, I. M., Rodin, J., Piliavin, J. (1969). Good Samaritanism: An underground phenomenon? *Journal of Personality and Social Psychology*, 13, 289-299.

Pollatos, O., Herbert, B. M., Schandry, R., Gramann, K. (2008) Impaired central processing of emotional faces in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine* 70, 701–708.

Rabe-Jabłońska, J., i Dunajska A. (1997). Poglądy na temat znaczenia zniekształconego obrazu ciała dla powstawania i przebiegu zaburzeń odżywiania. *Psychiatria Polska*, 6, 723–738.

Reber, A. S. (2000). Słownik Psychologii (s. 192). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Rembowski, J. (1989). *Empatia. Studium psychologiczne*. Warszawa: PWN.

Rembowski, J. (1978). *Rodzina w świetle psychologii* (s.58) . Warszawa: WSiP,

Reykowski, J. (1979). *Motywacja, postawy prospołeczne a osobowość*. Warszawa: PWN.

Rybicka-Klimczyk, A. i Brytek-Matera, A. (2008). Wizerunek ciała i jego wymiary a aspekty behawioralne zaburzeń odżywiania u zdrowych kobiet w różnych fazach rozwojowych *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 4 (4), 143-151.

Sanchez-Queija, I., Oliva, A., Parra, Y. A (2006). Empathy and prosocial behaviour during adolescence. *Revista de Psicología Social*, 21 (3) 259-271.

Schier, K. (2009). *Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń* (1-10). Warszawa: Wydawnictwo naukowe Scholar.

Schilder, P. (1950). *The image and appearance of the human body*. New York: International Universities Press.

Silberstein, L. R. , Striegel-Moore, R. H. , Timko, C. , Rodin, J. (1988). Behavioral and Psychological Implications of Body Dissatisfaction: Do Men and Women Differ? *Sex Roles*, 19 (3) 219-231.

Skarżyńska, K. (1981). *Spostrzeganie ludzi*. Warszawa: PWN.

Smolak, L.(2002). Body Image Development in Children W: T. F Cash, T. Pruzinsky (red). *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice (65-73)*. New York, London: The Guilford Press.

Stewart, T. M., i Williamson D. A. (2003). Assessment of body image disturbance. W: J. K. Thompson (red.). *Handbook of eating disorders and obesity (495- 514)*. New York: Wiley.

Stice, E (1994). Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa an exploration of the mechanism of action. *Clinical Psychology Review*, 14, 633-661.

Stotland, E (1969). Exploratory investigations of empathy. W: L. Berkowitz (red.) *Advances in experimental social psychology*. New York: Academic Press.

Striegel-Moor, R. H., i Keartney- Cooke, A. (1994). Exploring parent's attitudes and behaviors about their children's physical appearance. *International Journal of Eating Disorders*, 15 (377-385).

Sullivan, H. (1947). *Conception of modern psychiatry*. Washington: White Foundation.

Taylor, A., Wilson, C., Slater A., Mohr, P., (2012). Self-esteem and body dissatisfaction in young children: Associations with weight and perceived parenting style. *Clinical Psychologist*, 16 (1) 25-35.

Thompson, J. K. (1996). Introduction: body image, eating disorders, an obesity- an emerging synthesis. W: J. K. Thompson (red.). *Body image, eating disorders, and obesity. An integrative guide for assessment and treatment (1-20)*. Washington: American Psychological Association.

Thompson, J. K. i Berg, P. (2002). Measuring body image attitudes among adolescents an adults. W: T. F Cash i T, Pruzinsky (red). *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice (142-153)*. London: Wiley, New York.

Thornton, S. i Thornton, D. (1995). Facets of empathy. *Personality and Individual Differences*, 19, 765-767.

Titchener, E. (1909). *Lectures of the experimental psychology of the thought process*. New York: Mc Millan.

Tiggemann M. (2002). Media influences on body image development. W: T. F Cash, T. Pruzinsky (red). *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice (91-98)*. New York, London: The Guilford Press.

Uchnast, Z. (1996). Empatia jako postawa egzystencjalna. "Roczniki Filozoficzne", 4 37-50.

Uchnast, Z. (2001). Empatia osobowa. Metoda pomiaru. *Przegląd Psychologiczny*, 2 189-207.

Underwood, B. i Moore, B. (1982). Perspective-taking and altruism. *Psychological Bulletin*, 91, 143-173.

Vasta, R., Haith, M. M., Miller, S. (1995). *Psychologia dziecka*. Warszawa, WSIP.

Wasyłkiw, L., MacKinnon, A. L, MacLellan, A. M. (2012). Exploring the link between self-compassion and body image in university women. *Body Image*, 9(2) 236-245.

Watkins, J. A. i Christie, C. (2008). Relationship Between Body Image and Body Mass Index in College Men. *Journal Of American College Health*, 57 (1) 95-99.

Watson, D. L. (1938). On the Role of Insight in the Study of Mankind. *Psychoanalytic Review*, 25, 358-371.

Węgliński, A. (1983). Poziom empatii a zachowania nieletnich w zakładzie poprawczym. *Psychologia wychowania*, 3, 317-318.

Williamson, D. A., Stewart, T. M., White, M. A., York-Crowe, E. (2002). An information processing perspective on body image. W: T. F Cash, T. Pruzinsky (red). *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice (47-54)*. New York, London: The Guilford Press.

Wojciszke, B. (1991). *Psychologia oceniania ludzi*. Poznań: Nakom..

Wołoszynowa, L. (1966). Rodzina jako instytucja wychowawcza. W: B. Suchodolski (red). *Zarys pedagogiki*. Warszawa: PWN.

Zan-Waxler, C., Radke-Yarrow, M., King, R. A. (1979). Child rearing and children's prosocial initiations towards victims of distress. *Child Development*, 50, 319-330.

Zan-Waxler, C., Radke-Yarrow, M., Wagner, E., Chapman, M. (1992). Development of concern for others. *Developmental Psychology*, 28, 126-136.