Polish Psychological Forum/Polskie Forum Psychologiczne
2025, vol./tom 30, no./nr 4, p./s. 107–135
DOI: 10.34767/PFP.2025.04.06

Rola samooceny w wyjaśnianiu występowania objawów lękowo-depresyjnych u młodzieży w wieku 11–15 lat

Izabela Grzankowska[1], Monika Deja[2],
Małgorzata Wójtowicz-Szefler[3]

Streszczenie

Wprowadzenie: Samoocena, jako forma poznawczej reprezentacji Ja, stanowi istotny czynnik ryzyka lub ochronny w kontekście zdrowia psychicznego młodzieży. Jej poziom i jakość mogą odzwierciedlać ogólną kondycję emocjonalną i psychiczną młodego człowieka. Celem badania było określenie zależności między wymiarami samooceny a objawami lęku i depresji u adolescentów. Przeanalizowano również różnice w samoocenie ze względu na wiek i płeć, by określić jej rolę predykcyjną dla występowania zaburzeń emocjonalnych.

Metoda: Badaniem objęto 836 uczniów w wieku 11–15 lat (M = 13,14; SD = 1,09), pochodzących z różnych regionów Polski. Zastosowano Zrewidowaną Skalę Lęku i Depresji dla Dzieci (RCADS) oraz Kwestionariusz Nastawień Intrapersonalnych, Interpersonalnych i wobec Świata (KNIIS), który mierzy różne wymiary samooceny. Analizy statystyczne obejmowały test t Studenta, analizę ANOVA Kruskala-Wallisa, korelacje Pearsona oraz regresję wieloraką.

Wyniki: Wszystkie analizowane wymiary samooceny korelowały negatywnie z nasileniem objawów lękowych i depresyjnych. Analiza regresji wykazała, że samoocena fizyczna, poznawczo-intelektualna oraz charakterologiczna istotnie statystycznie przewidywały ogólny poziom objawów lęku i depresji (R^2 = 0,152; p < 0,001). Najwyżej oceniany był przez młodzież wymiar fizyczny, natomiast społeczno-moralny i charakterologiczny wskazano jako najsłabsze. Płeć istotnie róż-

[1] Izabela Grzankowska, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Wydział Psychologii, ORCID: 0000-0003-2278-8620, email: i.grzankowska@ukw.edu.pl

[2] Monika Deja, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Wydział Psychologii, ORCID: 0000-0001-5680-4903

[3] Małgorzata Wójtowicz-Szefler, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Wydział Psychologii, ORCID: 0000-0003-4822-2473

nicowała samoocenę młodzieży na wymiarach fizycznym, społeczno-moralnym i charakterologicznym, natomiast nie różnicowała na wymiarze poznawczo-intelektualnym. Wiek badanych nie różnicował istotnie ich samooceny.
Konkluzje: Samoocena pełni ważną rolę w wyjaśnianiu nasilenia objawów lękowych i depresyjnych u młodzieży. Wyniki wskazują na konieczność monitorowania samooceny jako elementu profilaktyki problemów emocjonalnych we wczesnej adolescencji. Ponadto analiza jej wymiarów dostarcza bardziej precyzyjnych danych diagnostycznych w diagnozie psychologicznej niż ocena globalna.

Słowa kluczowe: samoocena, obraz siebie, adolescencja, zaburzenia lękowo-depresyjne, diagnoza psychologiczna

The Role of Self-Esteem in Explaining the Occurrence of Anxiety and Depressive Symptoms in Adolescents Aged 11–15

Summary
Introduction: Self-esteem, understood as a form of the cognitive representation of the self, constitutes a significant risk or protective factor in the context of adolescents' mental health. Its level and quality may reflect a young person's overall emotional and psychological functioning. The aim of the study was to determine the relationship between specific dimensions of self-esteem and symptoms of anxiety and depression in adolescents. Age – and gender-related differences in self-esteem were also examined in order to assess its predictive role in the occurrence of emotional disorders.
Method: The sample comprised 836 students aged 11–15 years (M = 13.14; SD = 1.09) from various regions of Poland. The Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS) and the Questionnaire of Intrapersonal, Interpersonal, and World Attitudes (KNIIS), measuring multiple dimensions of self-esteem, were administered. Statistical analyses included Student's t test, Kruskal–Wallis ANOVA analysis, Pearson's correlations, and multiple regression analysis.
Results: All analyzed dimensions of self-esteem were negatively correlated with the severity of anxiety and depressive symptoms. Regression analysis demonstrated that physical, cognitive–intellectual, and characterological self-esteem significantly predicted the overall level of anxiety and depression symptoms (R^2 = 0,152; p < 0,001). The physical dimension received the highest ratings among adolescents, whereas the socio-moral and characterological dimensions were identified as the weakest. Gender significantly differentiated self-esteem in the physical, socio-moral, and characterological domains, but not in the cognitive–intellectual domain. Age did not significantly differentiate levels of self-esteem.
Conclusions: Self-esteem plays an important role in explaining the severity of anxiety and depressive symptoms in adolescents. The findings highlight the need to monitor self-esteem as a component of early prevention of emotional problems in early adolescence. Moreover, the analysis of specific self-esteem dimensions provides more precise diagnostic data in psychological diagnosis than does reliance on a global assessment alone.

Keywords: self-esteem, self-concept, adolescence, anxiety and depressive disorders, psychological assessment

Wprowadzenie

Młodzież w wieku pomiędzy 11 a 15 rokiem życia doświadcza intensywnych zmian rozwojowych fizjologicznych i psychologicznych, przechodząc od wczesnego do kolejnego etapu adolescencji (Brzezińska, 2019; 2020; Santrock, 2019; Shafer i Kipp, 2012). Towarzyszy temu okresowi życia wzmożone występowanie dynamicznych procesów hormonalnych, stresorów rozwojowych i społecznych. Systemy regulacji emocji są jeszcze w tym okresie niedojrzałe, a wymagania indywidualne i społeczne stale rosną (Brzezińska, 2020; Steinberg, 2014). Sprzyja to dysregulacji emocjonalnej i w efekcie zwiększonej częstości występowania psychopatologii w populacji młodzieży we wczesnej adolescencji (Kieling i in., 2011).

Występowanie zaburzeń depresyjnych i lękowych u młodzieży jest dobrze udokumentowane. Ponad połowa wszystkich zaburzeń psychicznych pojawia się przed 24 rokiem życia, a wiele z nich właśnie w okresie dorastania (Patel i in., 2007; WHO, 2021). Szacuje się, że ok 13% nastolatków na świecie doświadcza zaburzeń psychicznych, a połowa z nich zaczyna się przed 14 rokiem życia (Herbst, 2024; UNICEF, 2021). Także w Polsce obserwuje się od kilku dekad wzrost liczby zaburzeń psychicznych w tej grupie (Mazur, 2015; Lisiecka-Biełanowicz i in., 2020; Szredzińska, 2022; Żółtaszek, 2024). W ostatnich latach sytuację dodatkowo pogorszyła pandemia COVID-19 (Ekinci, 2024; Pyżalski, 2021; Racine i in., 2021; Wójtowicz-Szefler i in. 2023).

Objawy zaburzeń internalizacyjnych, takich jak lęk i depresja szczególnie często występują w okresie dorastania (Lisiecka-Biełanowicz i in., 2019; Mazur, Małkowska-Szkutnik, 2020). Stanowią one główny czynnik ryzyka rozwoju zaburzeń psychicznych w dorosłości (Copeland i in., 2015; Merikangas i in., 2010). Szacuje się, że 15–20% polskich nastolatków doświadcza objawów depresyjnych, a w badaniach WHO (2021) aż 29% piętnastoletnich dziewcząt i 18% chłopców zgłasza częste obniżenie nastroju. Natomiast lęk uogólniony, fobie społeczne, lęk separacyjny i napady paniki występują u około 10–15% nastolatków i często współwystępują z depresją (Mazur, Małkowska-Szkutnik, 2020; Szredzińska, 2022).

Wobec tak znacznego rozpowszechnienia cierpienia psychicznego wśród młodzieży istotnym zadaniem dla specjalistów, ale i dla otoczenia społecznego, jest sprawne i trafne rozpoznawanie symptomów związanych z zaburzeniami, aby możliwie szybko udzielić pomocy lub zapobiec rozwojowi zaburzenia. Trafna diagnoza zaburzeń internalizacyjnych w adolescencji natrafia jednak na liczne bariery. Rzutowanie do wewnątrz problemów emocjonalnych i behawioralnych powodujące poczucie dyskomfortu psychicznego, i bardzo często także somatycznego (Radziwiłłowicz, 2020) jest mechanizmem, który utrudnia rozpoznanie problemów psychicznych młodych ludzi, ponieważ wiąże się z zahamowaniem emocjonalnym, wycofaniem społecznym i ograniczeniem autoekspresji (Babicka-Wirkus i in., 2023). Zaburzenia emocjonalne mogą być również maskowane pod postacią problemów somatycznych (np. bóle brzucha, bóle głowy, zmęczenie), które często

nie są oczywistym sygnałem problemów intrapsychicznych w percepcji samych adolescentów i ich opiekunów (Cosma i in., 2025).

Ponadto młodzież często nie potrafi nazwać własnego stanu wewnętrznego z uwagi na ograniczenia rozwoju poznawczego (Duval i in., 2018; Shafer i Kipp, 2012; Wojciszke, 2002), a obawa przed oceną społeczną dodatkowo utrudnia ujawnianie trudności (Martínez-Hernáez i in., 2014). Z kolei dorośli, interpretując dyskomfort młodzieży jako normatywny element kryzysu adolescencji, nierzadko bagatelizują symptomy (Rickwood i in., 2007; Skoczeń, 2022). Granica między normą a patologią jest dodatkowo rozmyta ze względu na niespecyficzny obraz objawów ujawniany w sposobie funkcjonowania młodych ludzi, ponieważ manifestacja odczuwanych trudności zależy zarówno od cech indywidualnych, jak i od kontekstu funkcjonowania. Inaczej młodzi ludzie zachowują się w szkole, inaczej wśród rówieśników, a jeszcze inny obraz pokazują w domu (Radziwiłłowicz, 2020).

Powyższe przeszkody utrudniają nie tylko sformułowanie protodiagnozy i poszukiwanie pomocy, lecz także profesjonalną diagnozę psychologiczną. Wysokiemu nasileniu psychopatologii często towarzyszą zniekształcenia w ocenie własnych objawów, co utrudnia ich rozpoznanie także za pomocą narzędzi samoopisowych (Beck i in., 2007, 2008; Duval i in., 2018; Parolin i in. 2023; Salaminios i in., 2025). Konieczne jest więc poszukiwanie dodatkowych wskaźników, które mogą wspomóc proces diagnostyczny. Jednym z takich wskaźników jest samoocena, na którą zwrócił uwagę Rosenberg w swoich klasycznych już badaniach nad młodzieżą (1965/2015). Samoocena rozumiana jako poznawczo-emocjonalna reprezentacja własnej osoby, związana z obrazem Ja pełni niezwykle ważną rolę w regulacji funkcjonowania jednostki (Wojciszke, 1986), gdyż to ocena własnych możliwości decyduje o podejmowanym przez jednostkę działaniu (Ossowska, 2013). Konstrukt Ja jako koncepcja samego siebie obejmuje wszystkie aspekty własnego funkcjonowania, począwszy od ciała, poprzez psychikę i jej indywidualne właściwości, ale także doświadczenia w relacjach z innymi ludźmi i światem (Ossowska, 2008). Jest konstruktem subiektywnym, kształtującym się w oparciu o percepcję i ocenę wartości własnej osoby (Łaguna i in., 2007). Stanowi wielowymiarową, hierarchiczną strukturę, w której wyróżnia się samoocenę globalną, czyli całościową ocenę własnej wartości oraz samooceny specyficzne w poszczególnych domenach (ang. *domain-specific self-concepts*) odnoszące się do ocen własnej wartości w poszczególnych obszarach funkcjonowania, takich jak zdolności intelektualne, wygląd fizyczny czy kompetencje społeczne (Marsh, Shavelson, 1985; Swann i Bosson, 2010; por. Ossowska, 2013). Samoocena globalna jest u dorosłych względnie stała, jednak w okresie adolescencji wciąż dynamiczna i chwiejna, zależna od doświadczeń i ocen pochodzących od innych ludzi (Aksman, Wysocka, 2011). Z kolei samoocena domenowa kształtuje się w toku życia w oparciu o doświadczenia i informacje płynące z otoczenia (Łaguna i in., 2007; Wosińska, 2004).

Dotychczas dostępne badania sugerują, że wyższa samoocena jest powiązana z dobrostanem i sukcesem jednostki, a obniżona może być czynnikiem ryzyka

negatywnych stanów psychicznych i jest powiązana z obrazem klinicznym wielu zaburzeń (American Psychiatric Association, 2000). We współczesnych modelach depresji podkreśla się rolę niskiej samooceny w etiologii tych zaburzeń (Beck i in., 2007; Ellis, MacLaren, 2002; Evraire i Dozois, 2011; Morley i Moran, 2011; O'Brien i in., 2006). Związek między samooceną a lękiem jest nieco mniej oczywisty, choć znane są teorie, w których autorzy podkreślają związek wyższej samooceny z niższym lękiem (Crocker i Park, 2004). Jest wśród nich choćby teoria radzenia sobie z lękiem (Greenberg, Pyszczynski, 1986; Pyszczynski i in., 2004), która sugeruje, że przez podwyższenie samooceny można osiągnąć obniżenie poziomu lęku.

Dotychczas prowadzone badania wskazują również, że poczucie własnej wartości jest istotnym predyktorem problemów psychicznych u nastolatków. Wykazano, że niska samoocena wiąże się z nasileniem objawów internalizacyjnych i problemami ze zdrowiem psychicznym (Henriksen i in., 2017; In-Albon i in., 2017; Ossowska, 2013). Niska samoocena we wczesnej adolescencji jest też niestety trwałym czynnikiem ryzyka rozwoju objawów depresji w późnej adolescencji i wczesnej dorosłości (Masselink i in., 2017). Ponadto niska samoocena wiąże się z zaburzeniami odżywiania, występowaniem myśli samobójczych i wieloma zachowaniami młodzieży zagrażającymi jej zdrowiu (McGee i Williams, 2000). Z kolei wiadomo także, że wysoka samoocena wiąże się z mniejszą liczbą objawów lęku i/lub depresji i problemów z koncentracją uwagi w próbach klinicznych. Stanowi więc czynnik istotny dla odporności psychicznej młodzieży (Henriksen i in., 2017).

Kształtowanie się samooceny w adolescencji jest procesem dynamicznym i zależnym od wielu czynników, w tym płci i wieku. Wyniki badań wskazują, że dziewczęta częściej doświadczają obniżenia poczucia własnej wartości w okresie dorastania, co współwystępuje z nasileniem objawów depresyjnych i lękowych (Mazur, Małkowska-Szkutnik, 2020; WHO, 2021). Z kolei u chłopców obserwuje się większą stabilność samooceny, a jej nagłe obniżenie może wiązać się z wysokim ryzykiem pojawienia się problemów emocjonalnych. Ważnym czynnikiem jest także wiek – w okresie przejścia z wczesnej do późnej adolescencji samoocena ulega większym wahaniom, co zwiększa także ryzyko wystąpienia zaburzeń internalizacyjnych (Steinberg, 2014). Analiza różnic związanych z płcią i wiekiem pozwala więc lepiej zrozumieć czynniki istotne dla powstawania problemów emocjonalnych w tej grupie.

Samoocena nie jest konstruktem jednorodnym – obejmuje zarówno globalną ocenę własnej wartości, jak i specyficzne przekonania odnoszące się do różnych obszarów funkcjonowania, takich jak zdolności intelektualne, wygląd fizyczny czy kompetencje społeczne (Marsh i Shavelson, 1985; Swann, Bosson, 2010). Poszczególne podwymiary samooceny mogą mieć odmienne znaczenie dla występowania zaburzeń internalizacyjnych. Negatywna ocena kompetencji społecznych częściej wiąże się z nasileniem objawów lękowych, podczas gdy niska ocena wyglądu fizycznego czy zdolności poznawczych bywa silniej związana z symptomami

depresyjnymi (Masselink i in., 2017). Różnice w konfiguracji samooceny mogą więc różnicować obraz kliniczny problemów emocjonalnych u młodzieży.

W literaturze podkreśla się, że młodzież może charakteryzować się zarówno względnie spójnym, wysokim poziomem samooceny we wszystkich dziedzinach, jak i zróżnicowanym jej obrazem – np. wysoką samooceną społeczną, przy jednocześnie niskiej samoocenie poznawczej lub fizycznej (Harter, 2012; Marsh, Shavelson, 1985). Takie profile samooceny stanowią ważny predyktor funkcjonowania emocjonalnego, ponieważ brak równowagi między wymiarami samooceny może wiązać się z większym ryzykiem wystąpienia objawów lękowych i depresyjnych (Orth, Robins, 2014). W konsekwencji analiza różnych konfiguracji poszczególnych domen samooceny pozwala uchwycić bardziej złożone zależności między samooceną a psychopatologią, niż badanie wyłącznie jej poziomu globalnego.

Podsumowując, dostępne badania konsekwentnie potwierdzają znaczenie samooceny jako predyktora dobrostanu i czynnika ryzyka problemów psychicznych. Wydaje się więc zasadne, aby rozważać jej wykorzystanie jako wskaźnika wspomagającego diagnozę oraz prognozowanie objawów depresyjnych i lękowych u młodzieży.

W diagnozie lęku i depresji u młodzieży samoocena może być cennym wskaźnikiem wspierającym rozpoznanie – jej obniżenie może się wiązać z ryzykiem psychopatologii, a wyższa – może być sygnałem lepszego zdrowia psychicznego. Analiza globalnej samooceny i ocen w poszczególnych domenach (np. kompetencji społecznych, wyglądu, zdolności poznawczych) u młodzieży w okresie wczesnej adolescencji pozwala trafniej identyfikować obszary szczególnie narażone na zaburzenia emocjonalne. Może też może ukierunkować działania profilaktyczne oraz interwencje.

Metoda

Celem badania było ustalenie powiązań samooceny z występowaniem objawów lękowo-depresyjnych u młodzieży w wieku 11–15 lat oraz określenie, w jakim stopniu może ona pełnić rolę wskaźnika dla prognozowania symptomów tego typu zaburzeń.

Wobec tak określonego celu sformułowano następujące hipotezy badawcze:

1. Niższa samoocena globalna i jej podwymiary są powiązane z większym nasileniem objawów lękowo-depresyjnych u młodzieży w wieku 11–15 lat.
2. Samoocena globalna i jej podwymiary oraz wiek i płeć są istotnymi predyktorami nasilenia objawów lękowo-depresyjnych u młodzieży w wieku 11–15 lat.
3. Płeć i wiek różnicują samoocenę u młodzieży w wieku 11–15 lat.
4. Młodzież charakteryzująca się różnymi profilami samooceny będzie różnić się nasileniem objawów lękowo-depresyjnych.

Zgodnie z powyższymi założeniami opracowano plan badań empirycznych.

Charakterystyka próby

Projekt badań dotyczył nieklinicznej grupy młodzieży. W celu zapewnienia reprezentatywności zastosowano losowy dobór szkół z prawie wszystkich, bo aż 14 województw Polski, uwzględniając zgodę dyrekcji oraz rodziców uczniów. Dzięki temu w badaniu znalazła się młodzież z różnych regionów Polski i typów miejscowości, co ogranicza ryzyko jednostronności próby. Rozkład płci (45,6% chłopców, 54,4% dziewcząt w wieku od 11 do 15 lat – *M* = 13,14; *SD* = 1,09) jest zbliżony do danych GUS dla tej grupy wiekowej. Zróżnicowanie miejsca zamieszkania (38,4% wieś, 61,6% miasta) odpowiada ogólnopolskim proporcjom, zgodnie z którymi ok. 40% młodzieży mieszka na terenach wiejskich. Tym samym grupa badana może być uznana za reprezentatywną względem populacji młodzieży szkolnej w Polsce pod kątem wieku, płci i miejsca zamieszkania. Jedynym odstępstwem jest wyższy odsetek rodziców z wykształceniem wyższym, co należy uwzględnić przy interpretacji wyników. Charakterystykę socjodemograficzną badanej młodzieży przedstawia tabela 1.

Tabela 1
Charakterystyka socjodemograficzna badanych osób

Zmienne	N	%
Płeć		
Dziewczynki	455	54,43
Chłopcy	381	45,57
Wiek		
11 lat	52	6,22
12 lat	197	23,56
13 lat	267	31,94
14 lat	226	27,03
15 lat	94	11,25
Miejsce zamieszkania		
wieś	321	38,40
miasto do 20.000 mieszkańców	174	20,81
miasto między 20.000 a 100.000 m.	177	21,17
miasto powyżej 100.000 m.	164	19,62

Zmienne	N	%
Wykształcenie matki		
podstawowe	53	6,34
zawodowe	158	18,90
średnie	214	25,60
wyższe	411	49,16
Wykształcenie ojca		
podstawowe	40	4,78
zawodowe	216	25,84
średnie	213	25,48
wyższe	367	43,90

Narzędzia

W badaniu zastosowano dwa kwestionariusze oraz ankietę własną, które zostały udostępnione badanym w postaci formularza internetowego.

Zrewidowana Skala Lęku i Depresji dla Dzieci RCADS (*The Revised Child Anxiety and Depression Scale RCADS*) autorstwa Chorpita, Ebesutani, Spence (2015) w polskiej adaptacji Ilony Skoczeń i zespołu (2019). To narzędzie pozwala na obliczenie ogólnego wskaźnika lęku i depresji (GLOBAL) oraz wskaźników Lęku Separacyjnego (SAD), Lęku Uogólnionego (GAD), Zaburzenia Panicznego (PD), Fobii Społecznej (SOC), Zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych (OCD) oraz Zaburzenia Depresyjnego Dużego (MDD) wyłonionymi w oparciu o kryteria kliniczne zawarte w klasyfikacji DSM 5 (Ebesutani, Totenham, Chorpita, 2015). Kwestionariusz zawiera 47 stwierdzeń, wymagających określenia częstotliwości występowania danego objawu na skali „Nigdy", „Czasami", „Często", „Zawsze". W teście można uzyskać maksymalnie 141 punktów, a w poszczególnych podskalach jest to 21 punktów w skali SAD, 18 punktów w skali GAD, 27 punktów w skali PD, 27 punktów w skali SOC, 18 punktów w skali OCD oraz 30 punktów w skali MDD. Im wyższy uzyskany wynik tym większe nasilenie objawów lęku i depresji u osoby badanej. Kwestionariusz nie posiada opracowanych norm stenowych dla populacji polskiej. Rzetelność kwestionariusza, oceniona przez autorów wg formuły Bagozzi'ego, wynosi 0,96. W badaniu własnym rzetelność mierzona za pomocą współczynnika α Cronbacha wyniosła 0,99.

Kwestionariusz Nastawień Intrapersonalnych, Interpersonalnych i Nastawień wobec Świata KNIIS (Aksman, Wysocka, 2011) służy do pomiaru nastawień intrapersonalnych, interpersonalnych, nastawienia wobec świata i własnego życia u młodzieży w wieku 11–16 lat Nastawienia intrapersonalne obejmują obraz siebie i samoocenę, ujętą jako konstrukt złożony: samoocenę globalną (SSS)

oraz samooceny specyficzne – poznawczo-intelektualną (SPI), fizyczną (SF), społeczno-moralną (SSM) i charakterologiczną (SCH). Nastawienia interpersonalne dotyczą przekonań na temat relacji społecznych, w tym postaw „inni wobec mnie" i „ja wobec innych". Nastawienia wobec świata odnoszą się do przekonań o sensowności i przychylności świata wobec człowieka. Nastawienia wobec własnego życia obejmują oceny skuteczności działania, poczucia kontroli i wyuczonej bezradności.

Kwestionariusz zawiera 60 stwierdzeń odnoszących się do poszczególnych aspektów, które ocenia się na 4-stopniowej skali Likerta („zdecydowanie się nie zgadzam", „raczej się nie zgadzam", „raczej się zgadzam", „zdecydowanie się zgadzam"). Możliwe do uzyskania wyniki to od 20 do 80 punktów dla nastawienia intrapersonalnego i interpersonalnego oraz od 10 do 40 punktów dla nastawienia wobec życia i świata. Wysoki wynik w teście oznacza kolejno: wysoką samoocenę, pozytywne doświadczenia płynące z funkcjonowania w relacjach, wiarę w sensowność świata i nadzieję, a także pozytywny obraz własnego życia. Kwestionariusz posiada opracowane normy stenowe. Rzetelność skali jest zadowalająca i wynosi α Cronbacha = 0,87; a w badaniu własnym uzyskano rzetelność α Cronbacha = 0,99.

Ankieta własna, która posłużyła zebraniu danych socjodemograficznych.

Procedura badania

Do badań zaproszono szkoły podstawowe z 14 województw, z miejscowości o różnej wielkości, aby uzyskać reprezentatywną próbę populacji młodzieży w Polsce. Za zgodą kierownictwa placówek w badaniu wzięli udział uczniowie klas VI–VIII Badania przeprowadzono grupowo, w klasach szkolnych w maju i czerwcu 2022 roku. Kwestionariusze zostały przygotowane w wersji komputerowej. Każdy uczestnik otrzymał indywidualny kod identyfikacyjny (ID), umożliwiający dostęp do formularza internetowego, który zawierał szczegółową instrukcję. W trakcie badania obecne były osoby przygotowane do udzielenia dodatkowych wskazówek (pedagog lub psycholog szkolny). Na udział dziecka w badaniu zgodę wyrazili jego rodzice lub prawni opiekunowie.

Etyka

Projekt badań z udziałem młodzieży w wieku od 11 do 15 roku życia został zweryfikowany i zatwierdzony przez Komisję Etyczną Wydziału Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy (decyzja nr 7/13.06.2023).

Metoda analiz statystycznych

Analiz statystycznych dokonano przy użyciu pakietu STATISTICA 13. Zastosowano następujące testy: ANOVA rang Kruskala-Wallisa, test *t* Studenta dla danych niezależnych względem grup, współczynnik korelacji *r* Pearsona oraz

regresję wieloraką. Zostały spełnione wszystkie założenia konieczne do zastosowania powyższych metod analizy statystycznej.

Wyniki badań

Statystyki opisowe

W tabeli 2 przedstawiono charakterystykę opisową ze względu na wyniki uzyskane przez młodzież w pomiarach poszczególnych zmiennych.

Tabela 2
Statystyki opisowe w zakresie badanych zmiennych (N = 836)

Zmienne	Podskale	*M*	*SD*	*Min*	*Maks*	Skośność	Kurtoza
Samoocena	SPI	12,61	3,18	5,00	20,00	0,15	–0,49
	SF	12,83	2,89	5,00	20,00	0,08	–0,04
	SSM	12,18	2,89	5,00	20,00	0,27	–0,35
	SCH	12,30	3,47	4,00	20,00	–0,30	–0,12
	SSS	49,92	9,83	27,00	78,00	0,12	–0,11
Symptomy lęku i depresji	SOC	3,47	2,01	0,00	9,00	0,36	–0,10
	PD	1,63	1,53	0,00	9,00	1,35	2,74
	MDD	6,38	3,46	0,00	15,00	0,31	–0,47
	SAD	2,08	2,00	0,00	9,00	1,07	0,86
	GAD	2,28	1,94	0,00	9,00	0,87	0,59
	OCD	2,31	2,04	0,00	9,00	0,92	0,49
	GLOBAL	39,98	25,84	0,00	141,00	0,89	0,92

Adnotacja: SPI – samoocena w sferze poznawczo-intelektualnej, SF – samoocena w sferze fizycznej, SSM – samoocena w sferze społeczno-moralnej, SCH – samoocena charakterologiczna, SSS – samoocena globalna, SAD – lęk separacyjny, GAD – lęk uogólniony, PD – *zaburzenie paniczne, SOC – fobia społeczna, OCD – zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, MDD – zaburzenie depresyjne duże, GLOBAL – ogólny wskaźnik lęku i depresji.*

Zależność między lękiem i depresją a samooceną

W pierwszym kroku analiz ustalono, że istnieje ujemna, słaba lub umiarkowana zależność pomiędzy samooceną globalną a występowaniem u badanych symptomów lęku i depresji. Występuje ona także pomiędzy poszczególnymi wymiarami samooceny badanej młodzieży a niektórymi symptomami lęku oraz symptomami

depresji. Samoocena charakterologiczna ujawnia korelacje tylko z symptomami lęku separacyjnego ($r = –0,11$, $p < 0,01$), natomiast pozostałych postaci lęku i depresji korelacje z tym wymiarem samooceny nie dotyczą. Samoocena w sferze społeczno-moralnej nie wiąże się z występowaniem symptomów lęku panicznego ($r = –0,05$, $p > 0,05$) oraz zaburzenia depresyjnego ($r = –0,04$, $p > 0,05$) (tabela 3).

Tabela 3

Zależność między samooceną badanej młodzieży w wieku 11 do 15 roku życia (N = 836) a występowaniem symptomów lęku i depresji

Symptomy lęku i depresji	Samoocena				
	SPI	SF	SSM	SCH	SSS
SOC	–0,14***	–0,31***	–0,11**	–0,06	–0,19***
PD	–0,12**	-0,14***	–0,05	0,05	–0,08*
MDD	–0,09***	–0,30***	–0,04	0,05	–0,11**
SAD	–0,18***	–0,26***	–0,16***	–0,11**	–0,22***
GAD	–0,12**	–0,24***	–0,09*	–0,01	–0,14***
OCD	–0,15***	–0,27***	–0,10*	–0,02	–0,17***
GLOBAL	–0,19***	–0,36***	–0,14***	–0,05	–0,23***

Adnotacja: SAD – lęk separacyjny, GAD – lęk uogólniony, PD – *zaburzenie paniczne, SOC – fobia społeczna, OCD – zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, MDD – zaburzenie depresyjne duże, GLOBAL – ogólny wskaźnik lęku i depresji, (*) p < 0,05; (**) p < 0,01; (***) p < 0,001*

Globalna samoocena oraz jej wymiary dotyczące sprawności intelektualnej i fizycznej są negatywnie powiązane z występowaniem symptomów wszystkich objętych badaniem symptomów lęku a także zaburzenia depresyjnego, co oznacza, że im bardziej negatywne są treści przekonań o sobie w tych obszarach tym więcej występuje objawów lękowo-depresyjnych u badanej młodzieży. Podobna zależność dotyczy samooceny społeczno-moralnej i symptomów lęku społecznego, separacyjnego, uogólnionego oraz symptomów obsesyjno-kompulsyjnych, a także samooceny charakterologicznej i lęku separacyjnego. Lęk separacyjny jest postacią reakcji lękowej, która jako jedyna jest powiązana negatywnie ze wszystkimi wskaźnikami samooceny.

Uzyskane wyniki pozwalają uznać hipotezę 1 jako potwierdzoną.

Predykcyjna rola samooceny oraz płci i wieku dla występowania lęku i depresji

Sprawdzono również, czy nastawienia wobec siebie są predyktorem ogólnego poziomu lęku i depresji badanej młodzieży. Zastosowano w tym celu regresję krokową postępującą, w której predyktorami była samoocena poznawczo-intelektualna

(SPI), fizyczna (SF), społeczno-moralna (SSM) oraz charakterologiczna (SCH), a także wiek i płeć osób badanych, a zmienną zależną ogólny wskaźnik występowania symptomów lęku i depresji (GLOBAL). Samoocena społeczno-moralna okazała się nie być istotnym elementem w modelu badanych zależności.

Tabela 4
Analiza regresji dla ogólnego wskaźnika symptomów lęku i depresji u młodzieży (N = 836)

Predyktory	*b**	Błąd std. z *b**	*b*	Błąd std. z *b*	*t*(829)	*p*
Wyraz wolny			52,53	10,60	4,95	< 0,001
SF	–0,32	0,04	–2,89	0,31	–9,24	< 0,001
płeć	0,25	0,03	12,84	1,65	7,78	< 0,001
SPI	–0,15	0,04	–1,23	0,32	–3,86	< 0,001
SCH	0,12	0,04	0,91	0,30	3,05	0,002
wiek	0,07	0,03	1,66	0,74	2,26	0,024

Adnotacja: SF – samoocena w sferze fizycznej, SCH – samoocena charakterologiczna, SPI – samoocena w sferze poznawczo-intelektualnej.
F(5,829) = 44,47; $p < 0{,}001$; Błąd std. estymacji: 23,01; $R^2 = 0{,}207$

Dla ogólnego poziomu lęku i depresji badanych osób znaczącymi predyktorami okazały się być samoocena fizyczna ($t = –9{,}24$; $df = 829$; $p < 0{,}001$), charakterologiczna ($t = 3{,}05$; $df = 829$, $p = 0{,}002$) oraz dotycząca sfery poznawczo-intelektualnej ($t = –3{,}86$; $df = 829$, $p < 0{,}001$), a także płeć ($t = 7{,}78$; $df = 829$; $p < 0{,}001$) i wiek osób badanych ($t = 2{,}26$; $df = 829$; $p = 0{,}024$). Model wyjaśnia 20,7% zmienności zmiennej zależnej (tabela 4).

Uzyskane wyniki wskazują, że im niższa jest samoocena fizyczna i poznawczo-intelektualna, a jednocześnie im wyższa samoocena charakterologiczna, i im starsza jest młodzież z badanej grupy tym więcej symptomów lęku i depresji doświadcza. Większą skłonność do przeżywania trudności w sferze psychicznej mają dziewczynki.

Wobec rezultatów analizy należy uznać hipotezę 2 za częściowo trafną.

Płeć a samoocena

W kolejnym etapie analiz sprawdzono, czy płeć osób badanych różnicuje nastawienie do siebie w wymiarze ogólnym i w poszczególnych podwymiarach. W tym celu zastosowano test *t* Studenta dla danych niezależnych względem grup. Wyniki przedstawia tabela 5.

Okazało się, że płeć badanych różnicuje samoocenę w większości obszarów poza samooceną poznawczo-intelektualną, która nie jest zróżnicowana w związku

z płcią. W obszarze samooceny fizycznej ($t = 2{,}373$; $df = 834$; $p = 0{,}018$) istotnie wyższe wyniki dotyczą chłopców i są one na poziomie wysokim (7 sten) w porównaniu do dziewcząt, których samoocena w tej sferze jest średnia (6 sten). Z kolei dziewczęta charakteryzują się istotnie wyższą samooceną społeczno-moralną ($t = -3{,}913$; $df = 834$; $p < 0{,}001$), choć w obu grupach ich wartość standaryzowana jest niska (1 sten). Także samoocena charakterologiczna ($t = -4{,}838$; $df = 834$; $p < 0{,}001$) i globalny obraz siebie ($t = -2{,}596$; $df = 834$; $p = 0{,}010$) są istotnie wyższe w grupie dziewcząt niż chłopców, choć dla obu grup wartość stenowa w tych wymiarach odpowiada 2. stenowi, czyli jest niska. Uzyskane efekty są słabe.

Tabela 5
Istotność różnic w zakresie samooceny badanej młodzieży (N = 836) ze względu na płeć

Samoocena	Chłopcy		Dziewczynki		*t*(834)	*p*	*d* Cohena
	M	*SD*	*M*	*SD*			
SPI	12,45	3,16	12,74	3,19	–1,325	0,185	-
SF	13,08	2,65	12,61	3,07	2,373	0,018	0,16
SSM	11,75	2,90	12,53	2,84	–3,913	< 0,001	0,27
SCH	11,68	3,76	12,83	3,10	–4,838	< 0,001	0,34
SSS	48,96	10,07	50,73	9,56	–2,596	0,010	0,18

Adnotacja: SPI – samoocena w sferze poznawczo-intelektualnej, SF – samoocena w sferze fizycznej, SSM – samoocena w sferze społeczno-moralnej, SCH – samoocena charakterologiczna, SSS – samoocena globalna.

Uzyskane rezultaty wskazują na istotne choć słabe różnice związane z płcią w zakresie samooceny w badanej grupie, które nie dotyczą przekonań o sobie w sferze poznawczo-intelektualnej.

Wiek a samoocena

Zgodnie z założeniami sprawdzono także, czy wiek osób badanych różnicuje nastawienie młodzieży do siebie samych. Wykorzystano w tym celu test ANOVA rang Kruskala-Wallisa ze względu na dysproporcję w liczebności podgrup wynikających z wieku osób badanych. Okazało się, że wiek nie różnicuje przekonań dotyczących samooceny globalnej badanej młodzieży ani poszczególnych jej wymiarów (tabela 6).

Tabela 6
Istotność różnic w zakresie samooceny badanej młodzieży (N = 836) ze względu na wiek

Samo-ocena	11 lat		12 lat		13 lat		14 lat		15 lat		*H* (4, *N* = 836)	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*		
SPI	12,50	3,69	12,07	3,02	12,84	3,14	12,77	3,15	12,71	3,27	8,46	0,076
SF	13,38	3,03	12,72	2,61	12,98	2,81	12,63	3,15	12,78	2,96	3,08	0,545
SSM	12,58	3,36	11,92	2,98	12,27	2,72	12,20	2,96	12,17	2,78	2,55	0,635
SCH	12,12	4,36	11,95	3,75	12,49	3,31	12,38	3,16	12,43	3,44	2,21	0,697
SSS	50,58	12,76	48,66	10,26	50,61	9,13	49,99	9,45	50,09	9,80	5,39	0,250

Adnotacja: SPI – samoocena w sferze poznawczo-intelektualnej, SF – samoocena w sferze fizycznej, SSM – samoocena w sferze społeczno-moralnej, SCH – samoocena charakterologiczna, SSS – samoocena globalna.

Uzyskane rezultaty wskazują na brak różnic związanych z wiekiem w zakresie samooceny w badanej grupie.

Zatem hipotezę 4 o występowaniu istotnych różnić w samoocenie ze względu na płeć i wiek młodzieży z grupy od 11 do 15 roku życia należy uznać za potwierdzoną jedynie częściowo.

Profil samooceny a występowanie symptomów lękowo – depresyjnych

W kolejnym etapie analiz zastosowano procedurę grupowania wyników surowych, która pozwoliła wyodrębnić trzy skupienia młodzieży różniące się profilem samooceny.

- **Skupienie 1** (*n* = 202; 24,17%) obejmowało osoby o najwyższym poziomie samooceny w badanej grupie we wszystkich wymiarach. Dla uzyskanych wyników określono wartości stenowe: w obszarze poznawczo-intelektualnym: 4 sten; fizycznym: 8 sten; społeczno-moralnym: 3 sten oraz charakterologicznym: 3 – 4 sten.
- **Skupienie 2** (*n* = 420; 50,24%) charakteryzowało się samooceną na poziomie średnim w badanej grupie. Dla uzyskanych wyników określono wartości stenowe: w wymiarze poznawczo-intelektualnym: 2 sten; fizycznym: 6 sten; społeczno-moralnym: 1 sten oraz charakterologicznym: 1 – 2 sten.
- **Skupienie 3** (*n* = 213; 25,48%) tworzyła młodzież o najniższej samoocenie w badanej grupie we wszystkich obszarach. Dla uzyskanych wyników określono wartości stenowe: w poznawczo-intelektualnym: 1 sten; fizycznym: 5 sten; społeczno-moralnym: 1 sten oraz charakterologicznym: 1 sten (tab. 7).

Tabela 7

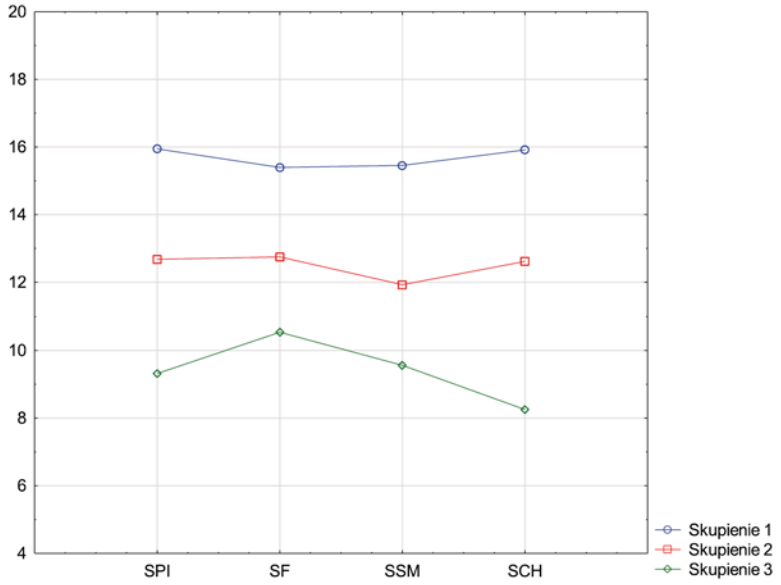
Istotność różnic między skupieniami ze względu na charakterystykę samooceny w poszczególnych wymiarach u badanej młodzieży (N = 836)

	Skupienie 1 (n = 202)		Skupienie 2 (n = 420)		Skupienie 3 (n = 213)		H (2, N = 835)	p
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*		
SPI	15,95	2,25	12,66	2,24	9,32	1,88	457,76	< 0,001
SF	15,40	2,31	12,74	2,40	10,54	2,21	301,81	< 0,001
SSM	15,46	2,11	11,92	1,99	9,56	1,91	429,65	< 0,001
SCH	15,92	2,22	12,63	1,88	8,25	2,54	512,96	< 0,001

Adnotacja: SPI – samoocena w sferze poznawczo-intelektualnej, SF – samoocena w sferze fizycznej, SSM – samoocena w sferze społeczno-moralnej, SCH – samoocena charakterologiczna.

Różnice pomiędzy skupieniami były bardzo wyraźne i istotne statystycznie (p < 0,001)(rys. 1). Analiza porównawcza wykazała, że młodzież z najniższą w badanej grupie samooceną (skupienie 3) charakteryzowała się najwyższym nasileniem symptomów lękowo-depresyjnych w zakresie lęku separacyjnego, uogólnionego i zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, a także globalnego wskaźnika objawów lękowo-depresyjnych (*M* GLOBAL= 43,36). W skupieniu 1, reprezentującym uczniów o najwyższej samoocenie w badanej grupie, średnie poziomy objawów lękowo-depresyjnych były najniższe (*M* GLOBAL = 29,89). Skupienie 2 sytuowało się pośrednio, z nasileniem objawów lękowo-depresyjnych na umiarkowanym poziomie (*M* GLOBAL = 43,05) (tab. 8).

Rysunek 1
Istotność różnic między skupieniami ze względu na charakterystykę samooceny w poszczególnych wymiarach u badanej młodzieży (N = 836)



Adnotacja: SPI – samoocena poznawczo-intelektualna; SF – samoocena fizyczna; SSM – samoocena społeczno-moralna; SCH – samoocena charakterologiczna.

Uzyskane wyniki wskazują, że konfiguracja samooceny stanowi istotny czynnik różnicujący występowanie symptomów lękowo-depresyjnych. Młodzież o niskiej ocenie własnych możliwości i cech osobowości jest najbardziej narażona na występowanie objawów, natomiast wyższa samoocena w mniejszym stopniu współwystępuje z symptomami lęku i depresji (tab. 8).

Tabela 8

Istotność różnic w zakresie poziomu lęku i depresji między skupieniami młodzieży wyodrębnionymi ze względu na poziom samooceny

	Skupienie 1 (n = 202)		Skupienie 2 (n = 420)		Skupienie 3 (n = 213)		H (2, N=835)	p
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*		
SOC	2,84ab	1,89	3,66a	1,84	3,68b	2,32	26,35	< 0,001
PD	1,37a	1,56	1,76a	1,50	1,60	1,52	15,05	< 0,001
MDD	5,64a	3,41	6,79a	3,24	6,27	3,78	17,97	< 0,001
SAD	1,38ab	1,79	2,22a	1,89	2,46b	2,23	42,54	< 0,001
GAD	1,86a	1,85	2,47a	1,88	2,31	2,06	17,56	< 0,001
OCD	1,72ab	1,71	2,49a	1,98	2,50b	2,30	22,90	< 0,001
GLOBAL	29,89ab	23,17	43,05a	23,41	43,36b	30,11	51,56	< 0,001

Adnotacja: SAD – lęk separacyjny, GAD – lęk uogólniony, PD – zaburzenie paniczne, SOC – fobia społeczna, OCD – zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, MDD – zaburzenie depresyjne duże, GLOBAL – ogólny wskaźnik lęku i depresji. Takimi samymi literami alfabetu oznaczono średnie, które istotnie różnią się od siebie.

Dyskusja

Badanie podjęte w celu ustalenia roli samooceny w wyjaśnianiu występowania objawów lękowo-depresyjnych u młodzieży w wieku 11–15 lat wydaje się zasadne. Uzyskane rezultaty sugerują, że samoocena i jej profil może w pewnym stopniu stanowić wskaźnik powiązany z występowaniem tego typu zaburzeń.

Przeprowadzone analizy wykazały, że samoocena jest powiązana z występowaniem symptomów lękowo-depresyjnych u młodych ludzi w wieku od 11 do 15 roku życia. Zgodnie z założeniami hipotezy 1 w przeprowadzonych badaniach okazało się, że globalna samoocena oraz jej poszczególne wymiary były istotnie, choć słabo lub umiarkowanie, negatywnie skorelowane z występowaniem objawów lęku i depresji. Najsilniejsze zależności ujawniły się w zakresie samooceny poznawczo-intelektualnej i fizycznej, co wskazuje, że niska ocena własnych zdolności i sprawności wiąże się z większym prawdopodobieństwem występowania u młodzieży symptomów zaburzeń internalizacyjnych. Określenie stosunku do samego siebie przez młodzież pozwala więc na rozpatrywanie możliwości współwystępowania symptomów lęku i depresji, szczególnie gdy jest to charakterystyka niekorzystna i wyraża niezadowolenie z siebie. Zależność należy traktować jako dwukierunkową (de Jong i in., 2011; Han i in., 2025; Yeo i in., 2023). Należy więc uwzględnić możliwy wpływ wspólnej metody pomiaru (samoopis), która może powodować wzajemne zawyżenie współwystępowania konstruktu „negatywnej oceny siebie"

i raportowanych objawów związanych z lękiem i depresją. Uzyskane rezultaty wskazujące na powiązania między samooceną a symptomami lęku i depresji są zgodne z wieloma dotychczasowymi doniesieniami, w których wskazano, że niska samoocena lub/i jej poszczególne wymiary oraz problemy emocjonalne u nastolatków współwystępują (Ossowska, 2013; In-Albon i in., 2017; Henriksen i in., 2017).

Szczególnie interesujący wydaje się wynik wskazujący na to, że reakcją lękową negatywnie powiązaną z wszystkimi aspektami samooceny badanej młodzieży jest występowanie symptomów lęku separacyjnego. Symptomy pozostałych zaburzeń lękowych i depresyjnych mają mniej globalne związki z samooceną w badanej grupie. Może to oznaczać, że niepewność co do własnej wartości w okresie adolescencji wiąże się z nasileniem potrzeby wsparcia emocjonalnego i opieki ze strony rodziców. Badania nad teorią przywiązania wskazują, że pomimo rosnącej autonomii nastolatki nadal potrzebują „bezpiecznej bazy" w postaci dostępności emocjonalnej rodziców (Allen, Tan, 2016; Bowlby, 1988). Niska lub chwiejna samoocena sprzyja poszukiwaniu bliskości i aprobaty, a brak takiego wsparcia zwiększa ryzyko objawów lękowo-depresyjnych (Laible i in., 2004). Potrzeba wsparcia emocjonalnego ze strony rodziców wyłania się więc jako sygnał istotny diagnostycznie w powiązaniu z samooceną u młodzieży, który może pomóc w identyfikowaniu ryzyka występowania symptomów lęku i depresji.

Okazuje się również, że występowanie symptomów ogólnego poziomu lęku i depresji w istotny sposób można przewidywać na podstawie wybranych wymiarów oceny siebie samego, tj. samooceny fizycznej, poznawczo-intelektualnej oraz charakterologicznej oraz ze względu na płeć i wiek młodzieży. Co istotne, o ile pierwsze dwie zmienne działały zgodnie z przewidywaniami (niższa samoocena ⊙ wyższy poziom objawów), o tyle samoocena charakterologiczna była powiązana dodatnio z nasileniem symptomów. Uzyskany rezultat wydaje się zaskakujący wobec definicji sfery charakterologicznej, którą przedstawiają Autorki narzędzia zastosowanego do pomiaru wymienionego aspektu (Aksman, Wysocka, 2011). Zgodnie z ich ujęciem jest to ocena samego siebie pod względem posiadania pozytywnych cech charakteru, które służą dobremu funkcjonowaniu w relacjach i skutecznego działania i osiąganiu sukcesów oraz sprzyjają indywidualnemu rozwojowi. Są wśród nich wytrwałość, rozwaga, zaradność, odpowiedzialność, sumienność, prawdomówność, ambicja, odwaga, a także poczucie humoru, optymizm życiowy, jak również kultura osobista. Okazało się, że im więcej widzą u siebie takich cech młodzi ludzie, tym więcej odczuwają również symptomów lęku i depresji. W wielu wcześniejszych badaniach obserwowano raczej przeciwną zależność (Egan i in., 2021; Muris i in., 2015; Yeo i in., 2023), czyli mniejszą częstotliwość zgłaszania objawów lęku i depresji przez młodzież, która wyżej oceniała cechy swojego charakteru, wśród których wymieniano również zdolność współczucia samemu sobie (*ang. self-compassion*) (Muris i in., 2015; Yeo i in. 2023).

Paradoksalny pozytywny związek pomiędzy wysoką samooceną a nasileniem objawów lękowych i depresyjnych można próbować wyjaśniać w świetle kilku mechanizmów psychologicznych. Po pierwsze warto wskazać na istnienie tzw. samooceny warunkowej (ang. *contingent self-esteem*), której stabilność zależy od nieustannego potwierdzania określonych standardów (Crocker i Wolfe, 2001). Młodzież, która postrzega siebie jako wartościową wtedy, gdy spełnia wymagania związane z ambicją, odpowiedzialnością czy sumiennością, może doświadczać wzmożonego napięcia i lęku w obawie przed niespełnieniem oczekiwań (Levine i in., 2018). Ponadto przekonanie o posiadaniu licznych zalet charakteru może prowadzić do koncentrowania się na nich i nasilać rozbieżność między Ja idealnym a Ja realnym (Higgins, 1987), co stanowi czynnik ryzyka dla występowania objawów depresyjnych. Wreszcie, uwewnętrznianie wysokich standardów społecznych i presja samokontroli mogą prowadzić do tłumienia emocji i obniżonej elastyczności w radzeniu sobie, co również sprzyja rozwojowi psychopatologii internalizacyjnej (Lunn i in., 2023). Lęk pojawia się, gdy młody człowiek obawia się, że nie sprosta oczekiwaniom swoim lub otoczenia. Wydaje się to łączyć z samokrytycznym perfekcjonizmem i wymaganiami społecznymi (Levine i in. 2018), a nie z wspomnianym wcześniej współczuciem dla siebie (Muris i in., 2015; Yeo i in., 2023). W takiej perspektywie cechy, które na co dzień sprzyjają rozwojowi i sukcesom, mogą stać się źródłem napięcia i objawów depresyjnych. Oznacza to, że w pracy diagnostycznej i profilaktycznej warto zwracać uwagę nie tylko na to, jak wysoko młodzież ocenia siebie, a szczególnie cechy swojego charakteru, ale także na czym buduje swoją samoocenę – czy jest ona elastyczna i stabilna, czy raczej zależy od spełniania określonych standardów (Grzankowska, Minda, 2015; Lonigro i in., 2023). Możliwym wyjaśnieniem – wymagającym dalszej weryfikacji np. w badaniach podłużnych – jest rola samooceny warunkowej, rozbieżności Ja realne–idealne czy komponentu perfekcjonizmu samokrytycznego jako czynników istotnych dla reagowania lękiem lub depresją przez młodzież. Inne badania również pokazują, że objawy lękowe i depresyjne u adolescentów wiążą się silnie z niską oceną kompetencji społecznych, atrakcyjności fizycznej czy zdolności poznawczych – czyli obszarów szczególnie istotnych w okresie dorastania i poddanych silnej ocenie rówieśników (Harter, 2012; Masselink i in., 2018).

Istotnymi predyktorami występowania symptomów lękowo-depresyjnych u młodzieży okazały się również płeć i wiek. Potwierdziło się częstsza i bardziej nasilona obecność objawów tych zaburzeń u dziewcząt w badanej grupie wiekowej, co potwierdza wiele doniesień i analiz zdrowia psychicznego nastolatków, wskazując na wzrost tego zróżnicowania szczególnie po pandemii COVID-19 (Cosma i in., 2025; de Loose i in., 2025; Mazur, Małkowska-Szkutnik, 2018; WHO, 2023). Wyraźna rozbieżność w nasileniu występowania objawów lęku i depresji u dziewcząt w porównaniu do chłopców z ich większym nasileniem u dziewcząt osiąga swój szczyt w okresie między 13 a 15 rokiem życia (Salk i in., 2017).

Oznacza to obniżenie się dobrostanu w środkowym okresie dorastania w porównaniu do młodzieży na jego wcześniejszym etapie, na co wskazują uzyskane wyniki, a także inne duże badania tej populacji (IMiD, 2020; WHO, 2023).

Wyniki badania tylko częściowo potwierdziły hipotezę 2, gdyż analiza regresji wykazała, że istotnymi predyktorami ogólnego poziomu lęku i depresji były: samoocena fizyczna, poznawczo-intelektualna oraz charakterologiczna z pominięciem sfery społeczno-moralnej, a także płeć i wiek. Wymiary moralne samooceny wydają się mieć charakter raczej stabilny i mniej zależny od bieżących sytuacji, co czyni je też mniej podatnymi na wpływ kryzysów emocjonalnych typowych dla adolescencji (Steinberg, 2014). W efekcie samoocena moralna pełni raczej funkcję ogólnego zasobu ochronnego niż bezpośredniego predyktora objawów internalizacyjnych.

Uzyskany model wyjaśniał nieco ponad 20% wariancji zmiennej zależnej, co wskazuje, że samoocena wraz z płcią i wiekiem stanowią ważną grupę predyktorów występowania zaburzeń internalizacyjnych. Wobec uzyskanych wskaźników wydaje się szczególnie ważne obserwowanie samooceny u dziewcząt wchodzących w środkowy etap okresu dorastania, jako grupy najbardziej narażonej na nasilenie objawów lęku i depresji, co oczywiście nie pozwala bagatelizować stosunku do siebie i stanu psychicznego pozostałych nastolatków. Jest to również informacja o istotnej roli innych warunków występowania symptomów lęku i depresji, co potwierdza ich złożoną naturę.

W przeprowadzonych badaniach potwierdzenie znalazła również teza, że płeć różnicuje samoocenę badanej młodzieży. Chłopcy uzyskali wyższe wyniki w zakresie samooceny fizycznej, podczas gdy dziewczęta charakteryzowały się w porównaniu z nimi wyższą samooceną społeczno-moralną, charakterologiczną oraz globalną. Różnice te były jednak niewielkie i odpowiadały słabej sile efektu. Wyniki te wpisują się w doniesienia wskazujące, że dziewczęta w okresie adolescencji częściej doświadczają obniżenia poczucia własnej wartości, zwłaszcza w sferze fizycznej, co współwystępuje z wyższym poziomem objawów depresyjnych (WHO, 2021; Mazur, Małkowska-Szkutnik, 2020), co potwierdza wyżej przedstawione doniesienia.

Z kolei wiek młodzieży w badanej grupie nie miał istotnego znaczenia dla zróżnicowania samooceny. Badani w poszczególnych grup wiekowych nie różnią się między sobą istotnie w zakresie samooceny zarówno w jej poszczególnych aspektach, jak i wymiarze globalnym. Brak różnic związanych z wiekiem może wynikać z dość małego zróżnicowania wiekowego badanych (11–15 lat), gdyż jak wskazuje Steinberg (2014), większe wahania w zakresie samooceny obserwuje się dopiero w późniejszej adolescencji.

Przeprowadzona analiza skupień potwierdziła hipotezę 3, dostarczając dodatkowych dowodów na znaczenie konfiguracji wymiarów samooceny dla nasilenia symptomów lękowo-depresyjnych. Uczniowie o najwyższej konfiguracji wskaźników samooceny w badanych sferach (skupienie 1) cechowali się najniższym

poziomem objawów zaburzeń, podczas gdy młodzież o najniższej samoocenie (skupienie 3) doświadczała ich w największym nasileniu. Różnice te były szczególnie wyraźne w odniesieniu do lęku separacyjnego i globalnego wskaźnika symptomów. Rezultaty te wpisują się w koncepcję obrazu Ja jako konstruktu wielowymiarowego, w którym interakcja poszczególnych obszarów samooceny pełni większą rolę niż pojedyncze jej elementy (Swann i Bosson, 2010; Marsh i Shavelson, 1985). Uzyskane profile wskazują, że zróżnicowany układ ocen własnej osoby może warunkować występowanie u młodzieży określonych trudności emocjonalnych, co udokumentowano już wcześniej w innych badaniach (Orth, Robins, 2014) . Szczególnie niska ocena siebie w wielu wymiarach, a taką wyrazili badani z 3 skupienia, wydaje się być czynnikiem wysokiego ryzyka, co jest zgodne z wynikami wcześniejszych badań wskazujących na trwały związek obniżonej samooceny z nasileniem objawów depresyjnych i lękowych w adolescencji (Masselink i in., 2017; Henriksen i in., 2017). Jednocześnie warto podkreślić, że w stosunku do norm wiekowych samoocena młodzieży w klastrze z najwyższą samooceną wśród badanych była w większości wymiarów również obniżona lub niska, a jedynie w sferze fizycznej – wysoka. Analogicznie w klastrze z wynikami średnimi – i jest to największy odsetek badanych (nieco ponad 50%) – jedynie w sferze fizycznej samoocena badanych była na średnim poziomie w stosunku do norm wiekowych, a w pozostałych wymiarach niska. Klaster z najniższymi wynikami w odniesieniu do norm miał podobną charakterystykę z tą różnicą, że w wymiarach poza sferą fizyczną młodzież uzyskała najniższe możliwe wyniki. Wskazuje to na ogólnie niepokojący efekt stosunkowo niskiej samooceny w badanej grupie młodzieży. Podobne wyniki uzyskała Wołk (2025) w badaniach uczniów polskich szkół ponadpodstawowych, gdyż odsetek badanych z samooceną na średnim poziomie obejmował również około połowę badanej młodzieży. Równie niepokojące wzorce samooceny wyłoniono w innych regionach świata. W indyjskiej populacji nastolatków Sakthivel (2022) stwierdził, że 32% nastolatków w wieku 15–18 lat ma niską samoocenę, przy czym chłopcy wykazują niższą samoocenę (63%) w porównaniu z dziewczętami (37%). Szwedzkie badania pokazały bardziej optymistyczną perspektywę, gdyż samoocena młodzieży w wieku w 13–15 rok życia. okazała się tam stabilna, choć jednocześnie silnie ujemnie skorelowana z problemami w obszarze zdrowia psychicznego (Leo, Person, 2012).

Wydaje się, że w okresie dojrzewania na młodych ludzi oddziałuje szereg niekorzystnych czynników, które prowadzą do obniżania się oceny samego siebie. Zmiany fizyczne, zmiana wyglądu, które stopniowo następują mogą się wiązać z poczuciem mniejszej atrakcyjności (Tarif i in., 2025). Jednocześnie młodym ludziom w tym czasie towarzyszy także presja szkolna, sytuacja ciągłej oceny i wysoka stawka egzaminów, przed którymi z powodu organizacji systemu edukacji muszą stanąć (Steare i in., 2023). Jednocześnie oddziałująca presja świata mediów i promowanych powszechnie wygórowanych standardów jakości życia, modelowego funkcjonowania również mogą być przyczyną nadmiernego krytycyzmu

wobec siebie młodych ludzi chwiejnych jeszcze w ocenie samych siebie i nieporadnych w ustalaniu dystansu do społeczno-kulturowego przekazu (McComb i in., 2023). Oczywiście nasuwają się kolejne hipotezy w celu wyjaśnienia niskiego poczucia własnej wartości u młodzieży w wieku od 11 do 15 roku życia, także te o niedostatku zasobów i czynników ochronnych i konieczności ich mobilizowania, by chronić równowagę emocjonalną młodych ludzi. Stanowi to istotny argument, aby uwzględniać ocenę poszczególnych wymiarów samooceny i jej indywidualny profil w badaniach przesiewowych i diagnozie psychologicznej, aby dość wcześnie rozpoznawać i reagować na ryzyko osłabienia kondycji psychicznej nastolatków.

Otrzymane wyniki potwierdzają kluczowe założenia prezentowanego badania. Samoocena, szczególnie w obszarze sprawności intelektualnej i fizycznej, jest istotnym wskaźnikiem zdrowia psychicznego młodzieży. Jej obniżenie wiąże się z nasileniem objawów lękowych i depresyjnych, co czyni ją ważnym predyktorem ryzyka zaburzeń emocjonalnych w tej grupie wiekowej. Uzyskane rezultaty sugerują również, że analiza profilu wymiarów samooceny może dostarczać bardziej precyzyjnych informacji diagnostycznych niż ocena globalna. Różnice związane z płcią wskazują na potrzebę zróżnicowanej analizy danych w diagnozie i odróżnianie obszarów samooceny podatnych na zmianę w związku z kryzysem emocjonalnym od bardziej stabilnych przekonań o sobie. Powiązania samooceny z symptomami lęku separacyjnego zwracają uwagę na konieczność analizy rodzinnego kontekstu funkcjonowania adolescentów jako ważnego sygnału o czynnikach zakłócających emocjonalną równowagę młodzieży.

Podsumowując należy uznać, że samoocena – zwłaszcza w wymiarach poznawczo-intelektualnym i fizycznym – stanowi istotny wskaźnik powiązany z nasileniem objawów lęku i depresji u młodzieży w wieku 11–15 lat. Niższe oceny własnych zdolności i sprawności wiążą się z większym nasileniem symptomów lękowo-depresyjnych, a profil samooceny lepiej różnicuje ryzyko ich wystąpienia, niż jej ujęcie globalne.

Szczególną uwagę zwraca silny związek wszystkich aspektów samooceny z lękiem separacyjnym, sugerujący znaczenie potrzeb afiliacyjnych i dostępności emocjonalnej rodziców w równoważeniu napięcia emocjonalnego młodzieży w okresie dorastania. Jednocześnie pozytywna zależność między samooceną charakterologiczną a symptomami lękowo-depresyjnymi wskazuje na możliwość roli samooceny warunkowej, rozbieżności Ja realne–idealne oraz perfekcjonizmu samokrytycznego – mechanizmów wymagających dalszej, nawet podłużnej weryfikacji.

Wnioski

Wobec przedstawionych ustaleń uzasadnione wydaje się włączanie badania samooceny do procedur diagnostycznych i wykorzystywanie jej jako jednego ze wskaźników wczesnej identyfikacji współwystępowania symptomów zaburzeń

lękowo-depresyjnych u młodzieży (bez traktowania jej jako samodzielnego wskaźnika przesądzającego o diagnozie).

Pomiar samooceny powinien obejmować nie tylko jej poziom globalny, lecz także szczegółowe wymiary. Analiza profilu samooceny pozwala na bardziej precyzyjną ocenę specyficznych obszarów trudności niż wskaźnik ogólny. Regularne monitorowanie tego obszaru, np. w szkołach i poradniach psychologiczno-pedagogicznych, może wspierać wczesną identyfikację uczniów potrzebujących pomocy także z powodu symptomów lękowo-depresyjnych. Wdrożenie monitoringu należy łączyć z równoległą oceną innych istotnych czynników (np. stresu szkolnego, relacji rówieśniczych, wsparcia rodzinnego). Rekomendacja ta dotyczy działań przesiewowych i profilaktycznych, natomiast decyzje kliniczne powinny opierać się na zintegrowanym, wieloźródłowym rozpoznaniu.

Programy profilaktyczne dla młodzieży powinny uwzględniać ćwiczenia wzmacniające samoocenę. Zalecane są interwencje ukierunkowane na budowanie stabilnej, niewarunkowej samooceny oraz redukcję perfekcjonizmu samokrytycznego (np. elementy pracy nad współczuciem wobec siebie). Równie ważna będzie psychoedukacja skierowana do rodziców i nauczycieli, aby wspierali akceptujące i rozumiejące postawy uczniów wobec samego siebie, ale również by potrafili rozpoznawać sygnały obniżonej samooceny i adekwatnie na nie reagować.

Warto uwzględnić w pracy z młodzieżą doświadczającą objawów lęku i depresji interwencje ukierunkowane na kształtowanie akceptacji i rozumienia wobec samego siebie przez modelowanie podobnych postaw.

Ograniczenia badań

Wyniki badań pozyskano w drodze samoopisu, więc należy pamiętać, że zarówno stosunek do siebie, jak i występowanie symptomów było raportowane przez młodzież, co może zwiększać wspólną wariancję uzyskanych rezultatów.

Zastosowane kwestionariusze obejmują tylko część możliwych wskaźników samooceny oraz objawów lękowo-depresyjnych. Nie prowadzono pomiarów obiektywizujących występowanie symptomów zaburzeń (np. oceny rodziców lub nauczycieli, wskaźniki behawioralne albo kliniczne), przez co są one obarczone subiektywizmem badanych i potencjalnymi zniekształceniami wynikającymi ze specyfiki funkcjonowania młodzieży w wieku od 11 do 15 roku życia.

W badaniu nie uwzględniono wielu znaczących czynników, które mogłyby współwyjaśniać obserwowane zależności.

Literatura cytowana

Aksman, J., Wysocka, E. (2011). *Kwestionariusz Nastawień Intrapersonalnych, Interpersonalnych i Nastawień wobec Świata (KNIIŚ). Podręcznik testu – wersja dla uczniów szkoły podstawowej klas VI–VI*. Kraków: Ministerstwo Edukacji Narodowej.

Allen, J. P., Tan, J. S. (2016). The multiple facets of attachment in adolescence. *Handbook of attachment: Theory, research, and linical applications* (3rd ed., pp. 399–415). Guilford Press.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision (DSM-IV-TR). *(No Title)*.

Babicka-Wirkus, A., Kozłowski, P., Wirkus, Ł., Stasiak, K. (2023). Internalizing and Externalizing Disorder Levels among Adolescents: Data from Poland. *International journal of environmental research and public health*, *20*(3), 2752. https://doi.org/10.3390/ijerph20032752

Beck, A. T., Emery, G., Greenberg, R. L. (2008). *Lęk i fobia. Praktyka stosowania terapii poznawczej*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (2007). *Terapia poznawcza depresji*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Brzezińska, A. I. (red.). (2019). *Niezbędnik Dobrego Nauczyciela. Rozwój w okresie dzieciństwa i adolescencji*. Wydawnictwo Naukowe UAM.

Brzezińska, A. I. (2020). Rozwój w okresie dzieciństwa i dorastania: środowisko rozwoju, zadania rozwojowe, nabywane kompetencje. W: I. Grzegorzewska, L. Cierpiałkowska, A.R. Borkowska: *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży* (s. 61–110). Wydawnictwo Naukowe PWN.

Copeland, W. E., Wolke, D., Shanahan, L., Costello, J. (2015) Adult functional outcomes of common childhood psychiatric problems: a prospective, longitudinal study. *JAMA Psychiatry 72*, 892–899.

Cosma, A., Martin, G., de Looze, M. E., Walsh, S. D., Paakkari, L., Bilz, L., Gobina, I., Page, N., Hulbert, S., Inchley, J., Ravens-Sieberer, U., Gaspar, T., Stevens, G. W. J. M. (2025). Cross-National Trends in Adolescents Psychological and Somatic Complaints Before and After the Onset of COVID-19 Pandemic. *Journal of Adolescent Health, 76*(2), 254–264. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2024.09.028

Crocker, J., Park, L. E. (2004). The costly pursuit of self-esteem. *Psychological bulletin*, *130*(3), 392–414.

Crocker, J., Wolfe, C. T. (2001). *Contingencies of self-worth: A model of self-esteem*. Psychological Review, *108*(3), 593–623. https://doi.org/10.1037/0033-295X.108.3.593

de Jong, P. J., Sportel, B. E., de Hullu, E., Nauta, M. H. (2012). Co-occurrence of social anxiety and depression symptoms in adolescence: differential links with implicit and explicit self-esteem? *Psychological Medicine*, *42*(3), 475–484. https://doi:10.1017/S0033291711001358

Duval, J., Ensink, K., Normandin, L., Sharp, C., Fonagy, P. (2018). Measuring reflective functioning in adolescents: Relations to personality disorders and psychological difficulties. *Adolescent Psychiatry, 8*(1), 5–20. https://doi.org/10.2174/2210676608666180208161619

Chorpita, B. F., Ebesutani, C., Spence, S. H. (2015). *Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS): User's Guide.* UCLA Child FIRST.

Ebesutani C, Tottenham N, Chorpita B. (2015). The revised child anxiety and depression scale – parent version: Extended applicability and validity for use with younger youth and children with histories of early-life caregiver neglect. *J Psychopathol Behav Assess, 37*(4): 705–718. https://doi: 10.1007/s10862-015-9494-x

Egan, S. J., Rees, C. S., Delalande, J., Greene, D., Fitzallen, G., Brown, S., Webb, M., FinlayJones, A. (2021). A Review of SelfCompassion as an Active Ingredient in the Prevention and Treatment of Anxiety and Depression in Young People. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *49*, 385–403 https://doi.org/10.1007/s10488-021-01170-2

Ekinci, N. (2021). Mental well-being in adolescence: A systematic review. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar-Current. *Approaches in Psychiatry*, *16*(1), 102–110. https://doi: 10.18863/pgy.1315698

Ellis, A., MacLaren, C. (2013)**.** *Terapia racjonalno-emotywna. Podręcznik* (M. Warmińska-Biszczad, tłum.). Sensus.

Evraire, L. E., Dozois, D. J. (2011). An integrative model of excessive reassurance seeking and negative feedback seeking in the development and maintenance of depression. *Clinical Psychology Review*, *31*(8), 1291–1303.

Greenberg, J., Pyszczynski, T. (1986). Persistent high self-focus after failure and low self-focus after success: the depressive self-focusing style. *Journal of Personality and Social Psychology*, *50*(5), 1039.

Grzankowska, I., Minda, M. (2015). Samoocena a elastyczne radzenie sobie ze stresem w grupie młodzieży szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych [Self-esteem and coping flexibility in groups of middle-school and high-school students]. In M. A. Basińska (Ed.), *Coping flexibility with stress in health and in disease* (pp. 57–94). Bydgoszcz: Wydawnictwo UKW. czasopisma.bg.ug.edu. plrepozytorium.ukw.edu.pl [dostęp]

Han, Z., Chen, S., Zhou, Y., Liu, Y., Guo, C. (2025). The Longitudinal Relationship Between Self-Esteem, Life Satisfaction, and Depressive and Anxiety Symptoms Among Chinese Adolescents: Within – and Between-Person Effects. *Behavioral Sciences*, *15*(2), 182. https://doi.org/10.3390/bs15020182

Harter, S. (2012). *The construction of the self: Developmental and sociocultural foundations* (2nd ed.). Guilford Press.

Henriksen, I. O., Ranøyen, I., Indredavik, M. S., Stenseng, F. (2017). The role of selfesteem in the development of psychiatric problems: a threeyear prospective study in a clinical sample of adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health, 11*, 68. https://doi.org/10.1186/s13034-017-0207-y

Herbst, M. (2024). *The State of the World's Children 2024: The Future of Childhood in a Changing World*. UNICEF. 3 United Nations Plaza, New York, NY 10017.

Higgins, E. T. (1987). *Self-discrepancy: A theory relating self and affect*. Psychological Review, *94*(3), 319–340. https://doi.org/10.1037/0033-295X.94.3.319

In-Albon, T., Meyer, A.H., Metzke, C. W., Steinhausen, H. C. (2017). A Cross-Lag Panel Analysis of Low Self-Esteem as a Predictor of Adolescent Internalizing Symptoms in a Prospective Longitudinal Study. *Child Psychiatry & Human Development, 48*, 411–422.

Instytu Matki i Dziecka (2020). Jakie są polskie nastolatki? Zachowania zdrowotne polskiej młodzieży na tle rówieśników z 43 krajów. W: Health Behaviour in School-age Children, *Spotlight on Adolescent Health and well-being.* Biuro Prasowe Instytutu Matki i Dziecka.

Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L. A., Srinath, S., Ulkuer, N., Rahman, A. (2011). *Child and adolescent mental health worldwide: Evidence for action. The Lancet, 378*(9801), 1515–1525.

Laible, D. J., Carlo, G., Roesch, S. C. (2004). Pathways to self-esteem in late adolescence:

The role of parent and peer attachment, empathy, and social behaviours. *Journal of Adolescence, 27*(6), 703–716. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.05.005

Leo J., Persson E. (2011). *How Does Today's Young Feel? Changes in Self-Esteem Over Time and the Relation to Psychological Well-Being [Hur mår dagens ungdomar? Förändring av självkänsla över tid och kopplingen till psykisk ohälsa].* Unpublished master thesis, Dep. of psychology, Lund University.

Levine, S. L., Green-Demers, I., Milyavskaya, M., Werner, K. M. (2018). Perfectionism in Adolescents: Self-Critical Perfectionism as a Predictor of Depressive Symptoms Across the School Year. *Journal of Social and Clinical Psychology*.

Lisiecka-Biełanowicz, M., Biechowska, D., Orłowska, E., Molenda, B. (2020). The prevalence of depression in children and adolescents under 18 years of age treated for mental disorders in Poland between 2005 and 2016. *Archives of medical science*: AMS, *19*(2), 371–380.

Lonigro, A., Longobardi, E. Laghi, F. The interplay between expressive suppression, emotional self-efficacy and internalizing behavior in middle adolescence. *Child Youth Care Forum* 52, 253–265 (2023). https://doi.org/10.1007/s10566-022-09685-x.

Lunn, J., Greene, D., Callaghan, T., Egan, S. J. (2023). Associations between perfectionism and symptoms of anxiety, obsessive-compulsive disorder and depression in young people: a meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy, 52*(5), 460–487. https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2211736

Łaguna, M., Lachowicz-Tabaczek, K., Dzwonkowska, I. (2007). Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody. *Psychologia Społeczna, 2*(4), 164–176.

Marsh, H. W., Shavelson, R. (1985). Self-concept: Its multifaceted, hierarchical structure. *Educational Psychologist, 20*(3), 107–123. https://doi.org/10.1207/s15326985ep2003_1

Martínez-Hernáez, Á., Digiacomo, S. M., Carceller-Maicas, N., Correa-Urquiza, M., Martorell-Poveda, M. A. (2014). Non-professional-help-seeking among young people with depression: a qualitative study. *BMC Psychiatry, 14*, 124–124.

Masselink, M., Van Roekel, E., Oldehinkel, A. J. (2018). Self–esteem in early adolescence as predictor of depressive symptoms in late adolescence and early adulthood: The mediating role of motivational and social factors. *Journal of Youth and Adolescence, 47*(5), 932–946. https://doi.org/10.1007/s10964-017-0727-z

Mazur, J. (red.) (2015). *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014*. Instytut Matki i Dziecka.

Mazur, J., Małkowska-Szkutnik, A. (red.). (2020). Subiektywna ocena zdrowia. W: J. Mazur A. Małkowska-Szkutnik (red.), *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC* (s. 59–70). Instytut Matki i Dziecka.

McComb, C. A., Vanman, E. J., Tobin, S. J. (2023). A Meta-Analysis of the Effects of Social Media Exposure to Upward Comparison Targets on Self-Evaluations and Emotions. *Media Psychology, 26*(5), 612–635. https://doi.org/10.1080/15213269.2023.2180647

McGee, R. O. B., Williams, S. (2000). Does low self-esteem predict health compromising behaviours among adolescents?. *Journal of adolescence*, *23*(5), 569–582.

Morley, T. E., Moran, G. (2011). The origins of cognitive vulnerability in early childhood: Mechanisms linking early attachment to later depression. *Clinical psychology review*, *31*(7), 1071–1082.

Muris, P., Meesters, C., Pierik, A., de Kock, B. (2015). Good for the Self: Self-Compassion and Other Self-Related Constructs in Relation to Symptoms of Anxiety and Depression in Non-clinical Youths. *Journal of Child and Family Studies*, *25*:607–617.

O'Brien, E. J., Bartoletti, M., Leitzel, J. D. (2006). Vulnerable self-esteem and social processes in depression: Toward an interpersonal model. W: M. H. Kernis (Ed.), *Selfesteem issues and answers* (pp. 281–287). Psychology Press.

Ossowska, J. (2013). Samoocena, pochodzenie, działanie, zmiana. *Pieniądze i Więź*, *3*(16), 147–165.

Orth, U., Robins, R. W. (2013). Understanding the Link Between Low Self-Esteem and Depression. *Current Directions in Psychological Science*, *22*(6), 455–460. https://doi.org/10.1177/0963721413492763

Parolin, L., Milesi, A., Comelli, G., Locati, F. (2023). The interplay of mentalization and epistemic trust: A protective mechanism against emotional dysregulation in adolescent internalizing symptoms. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 26*(3), Article 707. https://doi.org/10.4081/ripppo.2023.70

Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., McGorry, P. (2007). *Mental health of young people: a global public-health challenge. The Lancet, 369*(9569), 1302–1313.

Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S., Arndt, J., Schimel, J. (2004). Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review. *Psychological bulletin*, *130*(3), 435.

Pyżalski,J. (2021). Zdrowie psychiczne i dobrostan młodych ludzi w czasie pandemii COVID-19 – przegląd najistotniejszych problemów [Mental health and well-being of young people during the COVID-19 pandemic – a review of the most significant issues]. *Dziecko Krzywdzone. Teoria Badania Praktyka* [Maltreated Child. Theory Research Practice]; *20*(2), 92–115. https://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-6db26536-b9ad-45ce-b8fe-2d40abe4359c [dostęp:10.07.2025].

Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., Madigan, S. (2021). Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: *A meta-analysis. JAMA Pediatr, 175*, 1142–1150. https://doi: 10.1001/jamapediatrics.2482.

Radziwiłłowicz, W. (2020). Zaburzenia emocjonalne (internalizacyjne). W: I. Grzegorzewska, L. Cierpiałkowska, A. R. Borkowska (red.), *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży* (s. 409–450). Wydawnictwo Naukowe PWN.

Reykowski, J. (2005). *Motywacja, postawy prospołeczne a osobowość*. Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Rickwood, D. J., Deane, F. P., Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems?. *The Medical journal of Australia*, *187*(S7), S35–S39. https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01334.x.

Rosenberg, M. (1965/2015). *Society and the Adolescent Self-Image. Wesleyan University Press.*

Salaminios, G., Hazlitt, A., Fonagy, P., Debbané, M., Nolte, T. (2025). Mentalizing Across the Psychosis Continuum in Adolescence and Young Adulthood: A Systematic Review and Narrative Synthesis. *Schizophrenia Bulletin*, sbaf095.

Salk, R. H., Hyde, J. S., Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological bulletin*, *143*(8), 783–822. https://doi.org/10.1037/bul0000102

Sakthivel, K. (2022). Self-esteem among adolescents of Andaman and Nicobar Islands. *Indian Journal of Health and Well-being*, *13*(1), 18–21.

Santrock, J. W. (2019). *Adolescence* (17th ed.). McGraw-Hill Education.

Shaffer, D. R., Kipp, K. (2012). *Developmental psychology: childhood and adolescence*. Wadsworth, Belmont.

Skoczeń I., Rogoza R., Rogoza M., Ebesutani C., Chorpita B. (2019). Structure, reliability, measurement stability, and construct validity of the Polish version of the revised child anxiety and depression scale. *Assessment, 26*(8), 1492–1503.

Skoczeń, I. (2022). Family Relationships, Internalizing Problems, and Psychosocial Adjustment in Late Childhood and Early Adolescence: A Polish Perspective. *The Journal of genetic psychology*, *183*(5), 381–390. https://doi.org/10.1080/00221325.2022.2099242.

Steare, T., Gutiérrez Muñoz, C., Sullivan, A., Lewis, G. (2023). The association between academic pressure and adolescent mental health problems: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 339*, 302–317. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.028

Steinberg, L. (2014). *Age of Opportunity: Lessons from the New Science of Adolescence. Houghton Mifflin Harcourt.*

Swann, W. B., Bosson, J. K. (2010). *Self and identity*. In S. T. Fiske, D. T. Gilbert, G. Lindzey (red.), *Handbook of social psychology* (5th ed., pp. 589–628). Wiley.

Szredzińska, R. (2022). Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. W: M. Sajkowska, R. Szredzińska (red.), *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce* (s. 136–157). Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.

Tarif D., Heron J., Fraser A., Joinson, C. (2025). Pubertal timing, body dissatisfaction and self-image: a prospective cohort study *BMJ. Open, 15*, e092212. https://doi.org/ 10.1136/bmjopen-2024-092212

UNICEF. (2021). *The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health*. UNICEF.

Yeo, G., Tan, C., Ho, D., Baumeister, R. F. (2023). How do aspects of selfhood relate to depression and anxiety among youth? A meta-analysis. *Psychological medicine*, *53*(11), 4833–4855. https://doi.org/10.1017/S0033291723001083

World Health Organization. (2021). *Adolescent mental health***.** https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health [20.05.2025].

Wojciszke, B. (1986). *Struktura, „Ja" wartości osobiste i zachowanie*. Ossolineum.

Wojciszke, B. (2002). Autopromocja i autodeprecjacja: kwestionariusz Stylów Autoprezentacji. Psychologia Jakości Życia, 2002, *1*, 145–171.

Wołk, K. (2025). Samoocena a samotność uczniów szkół ponadpodstawowych. Moderacyjna rola lęku. *Horyzonty Wychowania, 25*(70), 133–143. https://doi.org/10.35765/hw.2025.2570.14

Wosińska W. (2004). *Psychologia życia społecznego.* GWP.

Wójtowicz-Szefler, M. Grzankowska, I., Deja, M. (2023). The mental condition of Polish adolescents during the COVID-19 pandemic and war in Ukraine. *Frontiers in Public Health*, *11*, https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1257384

Żółtaszek, A. (2024). Modern crisis of youth mental health – the perspective of Poland. *Acta Universitatis Lodziensis Folia Sociologica, 88,* 24–44. https://doi.org/10.18778/0208-600X.88.02

Data wpłynięcia: 2 września 2025
Data wpłynięcia po poprawkach: 23 listopada 2025
Data zatwierdzenia tekstu do druku: 2 grudnia 2025