

**Samoocena chłopców z zespołem nadpobudliwości  
psychoruchowej i zaburzeń koncentracji uwagi  
– doniesienie wstępne**

**Self-esteem of boys with attention deficit hyperactivity disorder  
– pilot study**

Magdalena Błachno<sup>1</sup>, Artur Kołakowski<sup>2</sup>, Stanisław Wójtowicz<sup>3</sup>,  
Tomasz Wolańczyk<sup>1</sup>, Anita Bryńska<sup>1</sup>, Agnieszka Pisula<sup>4</sup>,  
Małgorzata Złotkowska<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego WUM

Kierownik: prof. dr hab. n. med. T. Wolańczyk

<sup>2</sup> Zespół Gabinetów Psychoterapeutycznych „Poza schematami” w Warszawie

<sup>3</sup> Zakład Psychologii Medycznej WUM

Kierownik: prof. dr hab. n. med. K. Owczarek

<sup>4</sup> Oddział Psychiatrii Wieku Rozwojowego SPDSK w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. T. Wolańczyk

**Summary**

**Aim.** To compare the self concept of boys with ADHD and health subjects; to determine which symptoms of ADHD, oppositional defiant disorder (ODD) or conduct disorder (CD) have the greatest impact on self-concept.

**Method.** Polish version of The Harter Self-Esteem Questionnaire (HSEQ) was filled by boys with ADHD and control group. In addition, a diagnosis of ODD and CD was made in ADHD group.

**Results.** A significant difference was observed between boys with ADHD and control group on the following scales of HSEQ: Global Self-Esteem Subscale, Social Acceptance Subscale and Scholastic Performance Subscale. No significant influence of the quantity and intensity of ADHD and ODD symptoms on self-esteem was found. A significant correlation was indicated between all scales of HSEQ and quantity and intensity of symptoms of ADHD.

**Conclusions.** Boys with ADHD have lower self-esteem than their healthy peers and their global self-esteem, social acceptance and school skills are most affected. The presence of conduct disorder (CD) had the greatest impact on the decrease of self esteem in ADHD group.

**Słowa kluczowe:** zespół nadpobudliwości psychoruchowej, zaburzenia zachowania, samoocena

**Key words:** attention deficit hyperactivity disorder, conduct disorder, self-esteem

## Wstęp

W literaturze dużo uwagi poświęca się znaczeniu samooceny w rozwoju człowieka. Ma ona znaczący wpływ na różne aspekty życia i funkcjonowania, stanowi podstawę rozwoju osobowości, a jej poziom jest ważnym czynnikiem decydującym o możliwościach odniesienia sukcesu [1, 2]. Ogólnie jest ona określana jako subiektywna, pozytywna lub negatywna, postawa odnosząca się do oceny własnej osoby [3]. Stanowi nie tylko zbiór przekonań o charakterze poznawczym, ale również obejmuje związane z nimi reakcje emocjonalne. Mimo braku zgody co do ostatecznej konceptualizacji i zakresów zjawiska uważa się, że samoocena jest budowana w oparciu o estymację własnych umiejętności, osiągnięć, zdolności, talentów, atrakcyjności fizycznej oraz systemu wyznawanych wartości moralnych i społecznych [4]. Samoocena jest również definiowana jako tzw. element wartościujący, szerzej niż samoocena rozumianego obrazu siebie (self-image) [5]. Wyniki badań populacyjnych przeprowadzanych zarówno na świecie [6, 7], jak i w Polsce [8, 9] wskazują na to, że obraz siebie nie jest stały i podlega zmianom generacyjnym w czasie.

Pomiaru samooceny można dokonywać w różnych obszarach i zakresach – od oceny poszczególnych aspektów własnej osoby (np. aspekty poznawcze, ocena siebie w różnych sytuacjach) do tzw. samooceny całkowitej lub globalnej [10]. Pomiar samooceny globalnej, jak się wydaje, często daje wyniki niekorelujące z innymi zmiennymi, choć wśród narzędzi badawczych przeważają skale dokonujące opisu właśnie samooceny całkowitej (np. Piers-Harris Children's Self-Concept Scale [11], Coopersmith Self-Esteem Inventory [12]). Bardziej przydatna wydaje się ocena szczegółowo zdefiniowanego aspektu funkcjonowania, jak np. samoocena sukcesu szkolnego lub atrakcyjności fizycznej, choć z drugiej strony sumowanie wyników podskal w celu uzyskania globalnej samooceny jest nadal przedmiotem dyskusji [10].

Wiele prac ukierunkowano na badanie wpływu obecności schorzeń przewlekłych, np. padaczki [13], cukrzycy [14], astmy [15] lub istotnie utrudniających funkcjonowanie, np. moczenia mimowolnego [16], otyłości [17], specyficznych trudności w uczeniu się [18, 19] na kształtowanie się samooceny dzieci. Z drugiej strony, interesującym zagadnieniem wydaje się związek pomiędzy poziomem samooceny a występowaniem jednego z najczęstszych zaburzeń wieku rozwojowego, czyli zespołu nadpobudliwości psychoruchowej i zaburzeń koncentracji uwagi (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD) wg DSM-IV [20] lub zespołu hiperkinetycznego wg ICD-10 [21]. ADHD charakteryzuje się obecnością objawów nadmiernej ruchliwości, impulsywności oraz problemów z uwagą i dotyczy około 3–7% dzieci w wieku szkolnym. Wpływa znacząco na jakość życia pacjentów i ich rodzin [22, 23] oraz powoduje istotne ograniczenia w zakresie funkcjonowania poznawczego oraz psychospołecznego [24, 25]. Warto zauważyć, że internalizacja oceny własnej osoby najsilniej dokonuje się w tym samym okresie rozwojowym, w którym ADHD jest najczęściej diagnozowane, leczone oraz zazwyczaj charakteryzuje się największym nasileniem objawów i negatywnych konsekwencji związanych z ich obecnością [26]. W stosunku do dzieci przewlekłe chorych somatycznie otoczenie często prezentuje postawę nacechowaną zrozumieniem i akceptacją, traktując sam fakt istnienia choroby jako usprawiedliwienie dla wielu

zachowań. Z drugiej strony, w przypadku ADHD zachowania dziecka, w istocie będące objawem zaburzenia, najczęściej są odbierane przez otoczenie jako „niegrzeczne”. W efekcie nie tylko samo zaburzenie, ale również reakcje na nie opiekunów, nauczycieli oraz rówieśników przyczyniają się do kształtowania negatywnego obrazu własnego „ja” i rozwoju powikłań, często w postaci zaburzeń zachowania, zaburzeń depresyjnych lub lękowych [20]. Istnieje wiele badań potwierdzających występowanie negatywnej samooceny w grupach pacjentów z ADHD [np. 26, 27, 28, 29], choć również można spotkać się z obserwacjami nie potwierdzającymi tej zależności [30]. Powyższe zagadnienie wydaje się jednak niezwykle ważne w kontekście częstości zaburzenia oraz jego kosztów psychospołecznych i zdrowotnych, stąd wiele uwagi poświęca się badaniu wpływu prowadzonego leczenia farmakologicznego na poprawę samooceny pacjentów z ADHD [31].

### Cel

Celem pracy było dokonanie porównania samooceny chłopców z rozpoznaniem ADHD z samooceną zdrowych rówieśników i ustalenie, które z objawów zespołu nadpobudliwości psychoruchowej i zaburzeń współtowarzyszących (zaburzenia zachowania lub zachowania opozycyjno-buntownicze) są najsilniej powiązane z kształtowaniem się samooceny.

### Material i metoda

Badaniem objęto chłopców zgłaszających się na pierwszą wizytę w Poradni Nadpobudliwości Psychoruchowej przy Oddziale Psychiatrii Wieku Rozwojowego SPDSK (czyli przed podjęciem interwencji terapeutycznych), u których potwierdzono rozpoznanie ADHD według kryteriów diagnostycznych DSM-IV. Grupę kontrolną stanowili chłopcy dobrani wiekiem, biorący udział w warszawskim badaniu samooceny dzieci i młodzieży [32]. Jako narzędzie badawcze wykorzystano polską wersję kwestionariusza The Harter Self-Esteem Questionnaire (HSEQ) (Self-Perception Profile for Children) [33]. Jest to skala zawierająca 36 pytań, przeznaczona dla dzieci w wieku 8–15 lat i skonstruowana w oparciu o założenie dotyczące sposobu tworzenia się samooceny. Według autora kwestionariusza samoocena kształtuje się zarówno w czasie kontaktów dziecka z rówieśnikami lub dorosłymi (także w oparciu o uzyskiwane informacje zwrotne), jak i w konsekwencji doświadczeń związanych z radzeniem sobie z zadaniami w szkole, w czasie uprawiania sportu czy nawiązywania kontaktów społecznych. HSEQ zawiera podskale całkowitej samooceny dziecka oraz podskale oceniające różne składowe: umiejętności szkolnych, społecznej akceptacji, wysportowania, atrakcyjności fizycznej oraz oceny zachowania [34], przy czym każda z podskal składa się z 6 pytań. Pomiar dokonywany jest przez porównanie siebie do innych dzieci (osoba badana wybiera, do jakiego zachowania lub postawy jest podobna i w jakim stopniu) i w zależności od zaznaczonej odpowiedzi punktowany jest od 1 do 4 punktów. Ostatecznym wynikiem jest średnia wyciągnięta z sumy punktacji dla 6 pytań z danej podskali – wynik 2,5 przyjmowany jest za samoocenę „neutralną”.

Polska wersja kwestionariusza HSEQ charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi (współczynnik alfa-Cronbacha dla całej skali wynosi 0,91, dla podskali samooceny całkowitej – 0,68, umiejętności szkolnych – 0,77, społecznej akceptacji – 0,69, wysportowania – 0,78, atrakcyjności fizycznej – 0,70, zachowania – 0,76) wyznaczonymi w trakcie badań samooceny dzieci i młodzieży na terenie Warszawy [32].

Polska wersja kwestionariusza HSEQ była wypełniana przez pacjentów poradni w czasie pierwszej wizyty diagnostycznej. Rozpoznanie ADHD stawiano w oparciu o wywiad rozwojowy, badanie psychiatryczne i ustrukturyzowany wywiad w kierunku obecności objawów zespołu nadpobudliwości psychoruchowej wg DSM-IV oraz ICD-10. Dodatkowo u każdego dziecka w oparciu o ustrukturyzowany wywiad w kierunku opozycyjno-buntowniczych zaburzeń zachowania (Oppositional Deviant Disorder, ODD) i poważnych zaburzeń zachowania (Conduct Disorder, CD) wg ICD-10 oraz DSM-IV badano obecność objawów zaburzeń zachowania oraz ewentualnie stawiano rozpoznanie. W przypadku obu kwestionariuszy ustrukturyzowanego wywiadu (zarówno w kierunku ADHD, jak i ODD/CD) istnieje możliwość dokonania oceny ilości występujących objawów (spełnienie kryteriów diagnostycznych) oraz oceny ich nasilenia. W grupie kontrolnej kwestionariusz HSEQ był wypełniany przez badanych anonimowo, proszono jedynie o podanie płci i daty urodzenia.

Dane zostały poddane analizie statystycznej przy użyciu pakietu SPSS. Analizowano wyniki uzyskane w poszczególnych podskalach kwestionariusza HSEQ i różnice między grupami (jednoczynnikowa analiza wariancji) oraz potencjalny wpływ ilości i nasilenia objawów zespołu nadpobudliwości psychoruchowej oraz objawów zaburzeń zachowania na samoocenę chłopców z ADHD (współczynnik korelacji r-Pearsona; za poziom istotności przyjęto  $p < 0,05$ ).

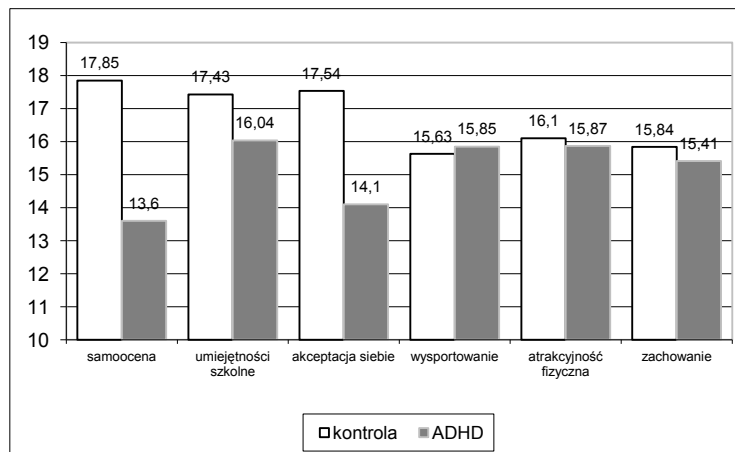
## Wyniki

Grupę badaną stanowiło 75 chłopców w wieku 8–15 lat (średnia = 10,9 roku) z ADHD rozpoznany według kryteriów DSM-IV, przy czym kwestionariusz HSEQ został wypełniony przez 62 osoby. U 35 chłopców (46,6%) dodatkowo zdiagnozowano opozycyjno-buntownicze zaburzenia zachowania (ODD), a u kolejnych 5 (6,6%) poważne zaburzenia zachowania (CD) wg DSM-IV. Grupę kontrolną stanowiło 250 chłopców będących uczniami jednej szkoły, spośród których 196 wypełniło kwestionariusz w sposób umożliwiający dokonanie analiz. Grupa badana i kontrolna nie różniły się istotnie statystycznie pod względem wieku.

### Samooceana

Średnie wyniki dla poszczególnych podskal HSEQ uzyskane przez chłopców z ADHD oraz z grupy kontrolnej zaprezentowane zostały na wykresie 1. Wyniki dla poszczególnych podskal w grupie z ADHD kształtowały się następująco: 2,27 dla podskali samooceny całkowitej, 2,67 dla podskali umiejętności szkolnych, 2,35 dla podskali akceptacji społecznej, 2,64 dla podskali wysportowania, 2,65 dla podskali atrakcyjności

fizycznej oraz 2,57 dla podskali zachowania. Odpowiednio wynik ostateczny dla poszczególnych podskal w grupie kontrolnej to 2,98 dla podskali samooceny całkowitej, 2,9 dla podskali umiejętności szkolnych, 2,92 dla podskali akceptacji społecznej, 2,6 dla podskali wysportowania, 2,68 dla podskali atrakcyjności fizycznej oraz 2,64 dla podskali zachowania. Porównanie średnich wyników wykazało wyższą punktację w zakresie wszystkich podskal w grupie kontrolnej, poza podskalą wysportowania. Jednak różnice istotne statystycznie (tabela 1) uzyskano tylko w przypadku trzech podskal – podskali samooceny całkowitej ( $p < 0,001$ ), podskali akceptacji społecznej ( $p < 0,001$ ) oraz podskali umiejętności szkolnych ( $p = 0,002$ ).



Wykres 1. Średnie wyniki w podskalach HSEQ w grupie badanej i kontrolnej

Tabela 1. Porównanie średnich wyników w podskalach HSEQ w grupie badanej i kontrolnej

Podskala	Grupa badana	Grupa kontrolna
Samooceny całkowitej*	13,6	17,85
Umiejętności szkolnych**	16,04	17,43
Akceptacji społecznej*	14,1	17,54
Wysportowania	15,85	15,63
Atrakcyjności fizycznej	15,87	16,1
Zachowania	15,41	15,84

\*  $p < 0,001$ , \*\*  $p = 0,002$

#### Związek poziomu samooceny z nasileniem objawów ADHD i zaburzeń zachowania

Nie wykazano istotnego statystycznie wpływu ilości i nasilenia objawów ADHD, w tym również osobno ilości i nasilenia objawów zaburzeń koncentracji uwagi, nadruchości oraz impulsywności na samoocenę osób z gru-

py badanej. Wpływ na poziomie tendencji stwierdzono jedynie w przypadku nasilenia objawów nadruchliwości i wyniku w podskali wysportowania ( $p = 0,052$ ), ilości objawów impulsywności i wyniku w podskali atrakcyjności fizycznej ( $p = 0,025$ ) oraz nasilenia objawów impulsywności i wyniku w podskali umiejętności szkolnych ( $p = 0,075$ ). Nie stwierdzono również istotnego statystycznie wpływu ilości i nasilenia objawów opozycyjno-buntowniczych zaburzeń zachowania na samoocenę chłopców z grupy badanej. Wpływ na poziomie tendencji wykazano jedynie w przypadku ilości ( $p = 0,019$ ) i nasilenia ( $p = 0,081$ ) objawów ODD na wynik w podskali zachowania HSEQ. W przypadku poważnych zaburzeń zachowania (CD) wg DSM-IV zarówno ilość objawów, jak i ich nasilenie istotnie korelowały z wynikiem w podskali samooceny całkowitej, jak i innymi podskalami (umiejętności szkolnych, akceptacji społecznej, wysportowania, atrakcyjności fizycznej, zachowania).

### Omówienie wyników i dyskusja

Wnioskowanie w oparciu o uzyskane wyniki jest ograniczone przede wszystkim z powodu niewielkiej grupy osób uczestniczących w badaniu. Dodatkową trudnością jest struktura grup, zarówno grupy z ADHD, jak i kontrolnej. Po pierwsze, po pomoc psychiatryczną zazwyczaj zgłaszają się pacjenci z dużym nasileniem objawów zespołu nadpobudliwości psychoruchowej i istotnym ich wpływem na różne sfery funkcjonowania, często ze współtowarzyszącymi objawami innych zaburzeń, w tym zaburzeń zachowania (w badaniu > 46% pacjentów ze współtowarzyszącym ODD oraz > 6% pacjentów z CD). Mimo że nie wykazano statystycznie istotnych związków pomiędzy ilością i nasileniem objawów ADHD a samooceną, to zweryfikowanie tego wyniku badaniami prowadzonymi w bardziej reprezentatywnych dla populacji osób z ADHD grupach byłoby wskazane (zwłaszcza w kontekście uzyskanych zależności statystycznych: związki na poziomie tendencji pomiędzy nasileniem objawów nadruchliwości a podskalą wysportowania, nasileniem objawów impulsywności a podskalą umiejętności szkolnych oraz ilością objawów impulsywności a podskalą atrakcyjności fizycznej). Ze względu na małą liczebność grupy nie było możliwe prześledzenie związku pomiędzy ilością i nasileniem objawów ADHD a samooceną w zależności od wieku dziecka. Można się spodziewać, że dłuższy czas doświadczania objawów ADHD mierzony latami niepowodzeń szkolnych, słabszych wyników w nauce, porażek w relacjach z rówieśnikami, negatywnych komunikatów ze strony otoczenia, może potencjalnie decydować o pojawieniu się takiego związku, co wymagałoby dalszych badań. Brak powyżej wspomnianej zależności być może wytłumaczyć można słabym wglądem i ograniczonym zakresem refleksji dzieci z ADHD wzbudzanej nad własnymi zachowaniami bądź tendencją do negowania problemów jako strategii radzenia sobie z trudnościami [35]. Z drugiej strony, grupę kontrolną stanowili uczniowie tylko jednej szkoły, stąd trudno uznać ją za reprezentatywną dla populacji ogólnej. Poza tym przed rozpoczęciem badania w grupie nie przeprowadzono wywiadów mających na celu zdiagnozowanie osób z ADHD. Należy się spodziewać, że wśród badanych uczniów ok. 3–7% stanowiły dzieci z ADHD, jak również w grupie znajdowały się dzieci z innymi schorzeniami przewlekłymi lub deficytami wpływającymi na kształ-

towanie się samooceny. W związku z powyższym trudno bez zastrzeżeń uznać grupę kontrolną za grupę zdrowych rówieśników.

Na podstawie uzyskanych wyników, uwzględniając powyżej wspomniane ograniczenia, można przyjąć, że badani chłopcy z ADHD mają gorszą samoocenę od swoich rówieśników w zakresie samooceny całkowitej, akceptacji społecznej oraz gorzej oceniają swoje umiejętności szkolne, zaś podobnie do rówieśników oceniają się w obszarach atrakcyjności fizycznej, wysportowania i zachowania. Warto podkreślić, że ostateczne wyniki samooceny całkowitej oraz wyniki w obszarze akceptacji społecznej w grupie z ADHD są poniżej wartości opisujących samoocenę „neutralną” (odpowiednio 2,27 oraz 2,35), a wynik dla obszaru umiejętności szkolnych, mimo że kształtuje się na poziomie samooceny „neutralnej”, to jednak jest istotnie statystycznie niższy w porównaniu z grupą kontrolną. Powyższa obserwacja jest zbieżna z wynikami prac dowodzących występowania zaniżonej samooceny u dzieci z ADHD [2, 27, 28, 29] oraz wskazuje na te obszary, na które najbardziej negatywny wpływ mają objawy ADHD [25]. Pozwala również wnioskować o tym, jak istotnie na samoocenę dziecka z ADHD wpływa doświadczenie porażki w relacjach rówieśniczych oraz percepcja własnych osiągnięć szkolnych.

Z drugiej strony może dziwić brak istotnych różnic pomiędzy grupą z ADHD a kontrolną w obszarze oceny własnych zachowań (podskala zachowanie HSEQ), zwłaszcza w kontekście tego, że u ponad 52% osób z grupy z ADHD postawiono dodatkowe rozpoznanie zaburzeń zachowania (ODD lub CD). W analizie związku pomiędzy samooceną a obecnością zaburzeń zachowania widać jednak wyraźny wpływ zarówno ilości, jak i nasilenia objawów poważnych zaburzeń zachowania (CD) na wyniki we wszystkich podskalach HSEQ. Można zatem przyjąć, że na wynik w podskali zachowania HSEQ w grupie badanej wpływ miały przede wszystkim oceny dzieci z ADHD lub z ADHD i ODD, natomiast procentowy udział osób z ADHD i CD był zbyt mały, by zdecydować o różnicach statystycznych pomiędzy grupą badaną a kontrolną. Dzieci z ADHD oraz ADHD i ODD pozytywnie oceniały swoje zachowanie (związek pomiędzy ilością i nasileniem objawów ODD a podskala zachowania HSEQ tylko na poziomie tendencji), mimo że w tej ostatniej podgrupie problemy z zachowaniem zostały obiektywnie potwierdzone badaniem za pomocą kwestionariusza ustrukturyzowanego wywiadu w kierunku zaburzeń zachowania. Sytuację tę można wytłumaczyć przewagą atrybucji zewnętrznych u dzieci z ODD, co znajduje m.in. swoje odzwierciedlenie w kryteriach diagnostycznych dla zachowań opozycyjno-buntowniczych (np. „często obwinia innych za swoje błędy lub złe zachowanie”). Częstą strategią chroniącą przed konfrontacją z negatywnym obrazem własnego „ja” jest dewaluowanie innych osób i przypisywanie im negatywnych i wrogich atrybutów [36].

W grupie chłopców z ADHD wśród badanych zmiennych największy wpływ na obniżenie samooceny wydaje się mieć obecność poważnych zaburzeń zachowania (CD). Obserwacja ta jest spójna z wynikami badań wskazujących na istnienie różnic w poziomie samooceny w przypadku współwystępowania problemów z zachowaniem. Np. Kuhne i wsp. [37] wykazali związek pomiędzy współwystępowaniem ADHD i CD a zaniżoną samooceną, wyższym poziomem agresji oraz obecnością objawów lękowych, zaś nie stwierdzili związku pomiędzy współwystępowaniem ADHD i ODD

a samooceną. Podobnie w nowszym badaniu Glass i wsp. [38] dowodzą, że adolescenti z ADHD ze współtowarzyszającymi poważnymi zaburzeniami zachowania prezentują zdecydowanie niższą samoocenę w porównaniu z osobami tylko z ADHD lub zdrowymi, przy czym zaniżona samoocena koreluje z tendencją do nadużywania substancji psychoaktywnych. Powyższe obserwacje wydają się pozostawać w wyraźnym związku z poznawczymi modelami dla zaburzeń zachowania, gdzie prezentowanie agresji, wrogości, łamanie norm są w pewnym zakresie rozumiane jako strategia radzenia sobie z negatywnymi przekonaniami na swój własny temat. [36]. W takim ujęciu zaburzenia zachowania dołączające się do ADHD mogą być rozumiane jako pochodna skrajnie negatywnej estymacji własnych możliwości, kompetencji i wizerunku. Zasadne jest zatem położenie szczególnego nacisku na pracę w obszarze samooceny w programach terapeutycznych tworzonych dla dzieci i młodzieży z ADHD, co potencjalnie zwiększa możliwości oddziaływań profilaktycznych ukierunkowanych na zapobieganie zaburzeniom zachowania.

#### **Самооценка мальчиков с синдромом психодвигательного беспокойства и нарушений концентрации внимания – предвзвешенное сообщение**

##### **Содержание**

**Задание.** Сравнение самооценки мальчиков с синдромом психодвигательного возбуждения – АДХД и здоровых ровесников. Установление факта определенных симптомов АДХД оппозиционно-бунтарского типа нарушения поведения (ОБП, или же серьезных нарушений поведения (СНП) более сильно связаны с самооценкой.

**Метод.** Польская версия опросника The Harter Self-Esteem Questionnaire (HSEQ) заполнялась мальчиками с АДХД и контрольной группы. В группе мальчиков с АДХД проведено дополнительное исследование для диагностирования ОБП или СНП.

**Результаты.** Мальчики с синдромом АДХД существенным образом отличались от ровесников в полной подшкале самооценки, подшкале общественной акцептации и подшкалах школьных способностей. Не найдено существенного влияния количества и тяжести симптомов АДХД и ОБП на самооценку лиц с АДХД, количества и утяжеления симптомов ПНП, а все они существенно коррелируют с результатом во всех подшкалах Теста (полной самооценки, школьных способностей, общественной акцептации, спортивной формы, физической красоты, поведения).

**Выводы.** Мальчики с синдромом АДХД оценивают себя хуже, чем их ровесники в радиусе полной самооценки, общественной акцептации и школьных способностей. В группе с АДХД наибольшее влияние на снижение самооценки оказывает наличие серьезных нарушений поведения.

**Ключевые слова:** синдром психодвигательного беспокойства, нарушения поведения, самооценка.

#### **Selbsteinschätzung der Jungen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung - Leitmeldungen**

##### **Zusammenfassung**

**Ziel.** Vergleich der Selbsteinschätzung der Jungen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und gesunden gleichaltrigen Probanden, und die Feststellung, welche von ADHS – Symptomen, von oppositionellem, aufsässigem Verhalten (ODD) oder von ernsthaften Verhaltensstörungen (CD) am stärksten mit der Selbsteinschätzung verbunden sind.



**Methode.** Polnische Version von The Harter Self-Esteem Questionnaire (HSEQ) wurde von den Jungen mit ADHS und von der Kontrollgruppe ausgefüllt. In der Gruppe mit ADHS wurden zusätzliche Untersuchungen zur Diagnosestellung von ODD oder CD durchgeführt.

**Ergebnisse.** Die Jungen mit ADHS unterschieden sich wesentlich von den Gleichaltrigen in der Unterskala der vollen Selbsteinschätzung, Unterskala der sozialen Akzeptanz und Unterskala der schulischen Leistungen. Der signifikante Einfluss der Zahl und Intensität der ADHS – Symptome und ODD - Symptome auf die Selbsteinschätzung der Personen mit ADHS wurde nicht bewiesen. Die Zahl und Intensität der CD – Symptome korrelieren signifikant mit dem Ergebnis in allen HSEQ – Unterskalen (volle Selbsteinschätzung, schulische Leistungen, soziale Akzeptanz, Sportlichkeit, körperliche Attraktivität, Verhalten).

**Schlussfolgerungen.** Die Jungen mit ADHS haben eine schlechtere Selbsteinschätzung als ihre Gleichaltrigen im Bezug auf die volle Selbsteinschätzung, soziale Akzeptanz und schulische Leistungen. In der ADHS – Gruppe haben die ernsthaften Verhaltensstörungen den größten Einfluss auf die Senkung der Selbsteinschätzung.

**Schlüsselwörter:** ADHS, Verhaltensstörungen, Selbsteinschätzung

### L'image de soi des garçons souffrant de TDA (Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité) – étude préliminaire

#### Résumé

**Objectif.** Comparer l'image de soi des garçons souffrant de TDA (Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité – ADHD) et des garçons sains, déterminer quels symptômes de TDA, quels ODD (opositional defiant disorder), ou quels CD (conduct disorder – trouble des conduites) influent le plus fort sur leur image de soi.

**Méthodes.** Les garçons avec TDA et le groupe de contrôle sont examinés avec la version polonaise d'HSEQ (the Harter Self-Esteem Questionnaire). De plus dans le groupe avec TDA on diagnostique ODD et CD.

**Résultats.** On observe que les garçons avec TDA diffèrent beaucoup du groupe de contrôle dans les échelles suivantes : Global Self-Esteem Subscale, Social Acceptance Subscale et Scholastic Performance Subscale. On ne note pas d'influence valable de la quantité et de l'intensité des symptômes de TDA et d'ODD sur l'image des soi des garçons avec TDA. Il existe la forte corrélation de toutes les échelles d'HSEQ et de l'intensité et la quantité de CD.

**Conclusions.** L'image de soi des garçons avec TDA diffère négativement de celui des garçons sains surtout dans les échelles suivantes : image de soi globale, acceptation sociale, compétences scolaires. La présence de CD influe le plus négativement sur l'image de soi des garçons avec TDA.

**Mots clefs.** TDA (ADHD -attention deficit hyperactivity disorder), CD -conduct disorder (trouble des conduites), image de soi

#### Piśmiennictwo

1. Brooks RB. *Self-esteem during the school years. Its normal development and hazardous decline.* Ped. Clin. North America 1992; 39: 537–550.
2. Sieving RE, Zirbel-Donisch ST. *Development and enhancement prognostic of self-esteem in children.* J. Ped. Health Care 1990; 4: 290–296.
3. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image.* Princeton: Princeton University Press; 1965.
4. Tafarodi RW, Swann WB. *Two-dimensional self-esteem: theory and measurement.* Pers. Individ. Differences 2001; 31: 653–673.
5. Siek S. *Wybrane metody badania osobowości.* Warszawa: Wydawnictwo Akademii Teologii Katolickiej; 1993.

6. Offer D, Ostrov E, Howard KI, Atkinson R. *The teenage world: adolescents' self-image in ten countries*. New York: Plenum Publishing Corporation; 1988.
7. Offer D, Ostrov E, Howard KI. *The mental health professional concept of normal adolescent*. Arch. Gen. Psychiatry 1981; 38 (2): 149–152.
8. Badura-Madej W, Bomba J, Hagman H, Klenberg L, Ulasinska R. *Self-image of adolescents and adolescent depression. Comparative study of Finnish and Polish adolescents. Contemporary childhood and adolescence*. Kraków: Akademia Medyczna; 1988.
9. Modrzejewska R, Badura-Madej W. *Zmiany generacyjne obrazu siebie wśród polskich adolescentów (kohorty 1987 versus 2001)*. Psychiatr. Pol. 2010; 6: 811–821.
10. Winters NC, Myers K, Proud L. *Ten year review of rating scales. III: Scales assessing suicidality, cognitive style, and self-esteem*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2002; 4: 1150–1181.
11. Piers EV. *The Piers-Harris self-concept scale: revised manual*. Los Angeles: Western Psychological Services; 1984.
12. Coopersmith S. *SEI: Self-Esteem Inventories*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1981.
13. de Boer HM, Mula M, Sander JW. *The global burden and stigma of epilepsy*. Epilepsy Behav. 2008; 12: 540–546.
14. Schiffrin A. *Psychosocial issues in pediatric diabetes*. Curr. Diab. Rep. 2001; 1: 33–40.
15. Lima L, Guerra MP, de Lemos MS. *The psychological adjustment of children with asthma: study of associated variables*. Span. J. Psychology 2010; 13: 353–363.
16. Coppola G, Costantini A, Gaita M, Saraulli D. *Psychological correlates of enuresis: a case-control study on an Italian sample*. Pediatr. Nephrology 2011; 26: 1829–1836.
17. Griffiths LJ, Parsons TJ, Hill AJ. *Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: a systematic review*. Int. J. Pediatr. Obesity 2010; 5: 282–304.
18. Lindsay G, Dockrell J. *The behaviour and self-esteem of children with specific speech and language difficulties*. Br. J. Educ. Psychology 2000; 4: 583–601.
19. Jaklewicz H, Bogdanowicz M. *Zaburzenia emocjonalne i ich wpływ na kształtowanie się niektórych cech osobowości, na podstawie badań katamnesticznych dzieci z dysleksją i dysortografią*. Zeszyty Naukowe Wydziału Humanistycznego Uniwersytetu Gdańskiego 1982; 4: 19–28.
20. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). Fourth edition. Text revision*. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
21. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostics criteria for research*. Geneva: World Health Organization; 1993.
22. Klassen AF, Miller A, Fine S. *Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder*. Pediatrics 2004; 114: 541–547.
23. Matza LS, Rentz AM, Secnik K. *The link between health-related quality of life and clinical symptoms among children with attention-deficit hyperactivity disorder*. J. Dev. Behav. Pediatr. 2004; 25: 166–174.
24. Barkley RA. *Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder*. J. Clin. Psychiatry 2002; 63: 10–15.
25. Biederman J, Faraone SV. *Attention-deficit hyperactivity disorder*. Lancet 2005; 366: 237–248.
26. Bussing R, Zima BT, Perwien AR. *Self-esteem in special education children with ADHD: relationship to disorder characteristics and medication use*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2000; 39: 1260–1269.
27. Edbom T, Lichtenstein P, Granlund M. *Long-term relationships between symptoms of attention deficit hyperactivity disorder and self-esteem in a prospective longitudinal study of twins*. Acta Paediatrica 2006; 95: 650–657.

28. Escobar R, Soutullo CA, Hervas A. *Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children*. Pediatrics 2005; 116: 364–369.
29. Sawyer MG, Whaites L, Rey JM. *Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2002; 41: 530–537.
30. Hoza B, Pelham WE, Milich R. *The self-perceptions and attributions of attention deficit hyperactivity disorder and nonreferred boys*. J. Abnorm. Child Psychology 1993; 21: 271–286.
31. Dittmann RW, Wehmeier PM, Schacht A, Lehmann M, Lehmkühl G. *Self-esteem in adolescent patients with attention-deficit/hyperactivity disorder during open-label atomoxetine treatment: psychometric evaluation of the Rosenberg Self-Esteem Scale and clinical findings*. Atten. Defic. Hyperact. Disord. 2009; 1: 187–200.
32. Kołakowski A, Wójtowicz S, Wolańczyk T. *Polska wersja kwestionariusza The Harter Self-Esteem Questionnaire. Doniesienie wstępne*. Psychiatr. Psychol. Klin. Dzieci Młodz. 2001; 2: 117–129.
33. Harter S. *Manual for the self-perception profile for children: revision of the perceived competence scale for children*. Denver: University Press of Denver; 1985.
34. Hoare P, Elton R, Greer A, Kerley S. *The modification and standardization of the Harter Self-Esteem Questionnaire with Scottish school children*. Eur. Child Adolesc. Psychiatry 1993; 2: 19–33.
35. Wehmeier PM, Schacht A, Dittmann RW. *Global impression of perceived difficulties in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: reliability and validity of a new instrument assessing perceived difficulties from a patient, parent and physician perspective over the day*. Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health 2008; 2: 11.
36. Kazdin AE, Bass D, Siegel T, Thomas C. *Cognitive-behavioral therapy and relationship therapy in the treatment of children referred for antisocial behavior*. J. Consult. Clin. Psychol. 1989; 57: 522–535.
37. Khune M, Schachar R, Tannock R. *Impact of comorbid oppositional or conduct problems on Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1997; 36: 1715–1725.
38. Glass K, Flory K, Martin A, Hankin BL. *ADHD and comorbid conduct problems among adolescents: associations with self-esteem and substance use*. Atten. Defic. Hyperact. Disord. 2011; 3: 29–39.

Adres: Anita Bryńska  
Klinika Psychiatrii Wieków Rozwojowego  
00-576 Warszawa, ul. Marszałkowska 24

Otrzymano: 8.09.2011  
Zrecenzowano: 5.01.2013  
Otrzymano po poprawie: 17.01.2013  
Przyjęto do druku: 18.02.2013  
Adiustacja: A. K.