



Faculty of
Psychology and
Educational Sciences
"Ovidius" University
of Constanta, Romania

BLACK SEA JOURNAL OF PSYCHOLOGY



www.bspsychology.ro



9 772068 464001



The moderating effect of personality between childhood adverse events and adolescent health problems

Iulia Ciorbea¹, Raluca Silvia Matei², Raluca – Elena Stănășel³

^{1,2,3}Ovidius University of Constanta, Faculty of Psychology and Educational Sciences
iulia.ciorbea@gmail.com¹, ralum74@yahoo.com²

Abstract. Adolescence is a tumultuous period that comes with a series of profound changes on the following levels: social, emotional and physical. and demonstrate maturity, adolescents may engage in a number of maladaptive behaviors such as violence, substance abuse, delinquency, unprotected sex, etc. To cope with all these changes and pressure specific to this period, it must have effective coping mechanisms, mechanisms that strengthen in childhood. A traumatic childhood can have a devastating effect on the physical and mental health of adolescents. Emotional, cognitive, social problems, etc. may occur, but not all adolescents who have had a Traumatic childhood evolves in the same way. Researchers have shown that certain traits personality disorders such as conscientiousness, increase the psychological resilience of the adolescent and thus the quality of life.

Keywords. Effect, personality, childhood, health, teenagers

1. Conceptul de sănătate la adolescenți

Conceptul de sănătate nu se rezumă numai la absența unor plângeri de natura fizică, ci în concordanță cu Kolip, Hurrelmann și Schnabel sănătatea se referă la un echilibru între componenta socială, fizică și psihologică. Pe parcursul vieții, cele trei componente enumerate mai sus trebuie să își mențină un anumit echilibru chiar și atunci când sunt nevoite să se reorganizeze în funcție de necesitățile ce apar în anumite etape ale vieții. Conceptul de sănătate este diferit la adolescenți. Doi dintre factorii cei mai importanți sunt reprezentați de tulburările psihosociale și bolile cronice (Petermann, 1994; Kolip și colab., 1995). Statistic vorbind, violența, suicidul și accidentele rutiere sunt cauzele cele mai frecvente ale mortalității în rândul adolescenților. Comportamentele de risc sunt foarte comune la această vârstă și pot fi împărțite în două mari categorii:
-violarea normelor sociale (comportament agresiv, delicvență juvenilă)
-probleme psihosociale (autoagresivitate, boli cronice, abuzul de substanțe) (Kolip, Nordlohne și Hurrelmann, 1995).



Principalele probleme de sănătate ale adolescenților sunt:

- **bolile psihosomatice:** apar frecvent în adolescență. Conform unui studiu realizat în 1995 de către Kolip, Nordlohne și Hurrelmann, o treime din adolescenți se simt nervoși, agitați, au dureri de cap și probleme cu somnul.

- **sarcinile timpurii:** complicațiile apărute în timpul sarcinii sunt o cauză majoră a mortalității în rândul adolescentelor.

- **Hiv** – conform WHO, mai mult de 2 milioane de adolescenți sunt infestați cu hiv. Decesul din urma infestării cu Hiv în rândul adolescenților, este o altă problemă importantă. Este esențial ca tinerii adolescenți să fie informați cu privire la riscurile infectării cu hiv și la măsurile de precauție ce pot fi luate.

- **alte boli infecțioase:** boli precum infecții ale tractului respiratoriu și meningitele sunt printre primele zece cauze ale decesului la adolescenți.

- **sănătatea mentală:** adolescenții ce au fost martorii violenței, ce au fost umiliți, devalorizați, sau care au trăit într-un mediu defavorizat, prezintă un risc foarte mare de a dezvolta anumite probleme mentale. Depresia este cea mai comună tulburare în rândul adolescenților urmată de tentativele de suicid. Suportul familiei, școlii, prietenilor, este important pentru menținerea unei bune sănătăți mentale.

- **violența:** este una dintre primele cauze ale mortalității în rândul adolescenților. Conform WHO zilnic mor 180 de adolescenți ca urmare a violenței interpersonale.

- **abuzul de alcool și droguri:** consumul de substanțe scade auto-controlul și îl face pe adolescent să se angajeze în anumite comportamente de risc cum ar fi violența, sexul neprotejat, etc.

- **răni:** o alta cauză a morții în rândul adolescenților o reprezintă rănilor neintenționate. Cel mai des aici întâlnim accidente în trafic.

- **malnutriție și obezitate:** acești factori îi fac pe adolescenți mai vulnerabili și predispuși la anumite boli.

- **exercițiile fizice și nutriția:** anemia este a 3-a cauză de dizabilitate, ce afectează atât băieții cât și fetele. Este important ca adolescentul să își dezvolte un stil de viață sănătos, ce include o alimentație echilibrată și exerciții fizice regulate.

- **fumatul:** este foarte frecvent, majoritatea fumătorilor adulți începând să fumeze în adolescență. (Kolip, Nordlohne și Hurrelmann, 1995).

2. Personalitatea adolescenților

Adolescența reprezintă o perioadă de tranziție între copilărie și viața de adult, perioadă în care apar modificări profunde pe plan emoțional (Cum sunt eu?), social (Ce sunt eu capabil să fac?) și fizic, în încercarea de a-și găsi identitatea (Cine sunt eu?).

Din punct de vedere neurologic adolescentul suferă următoarele modificări:

- schimbări în ceea ce privește producția de dopamină și schimbări ale nivelurilor funcționale ale neurotransmițătorilor, ceea ce duce la creșterea iritabilității și a comportamentelor de risc.

- modificări în funcțiile cortexului prefrontal, ce au ca rezultat mărirea capacității de gândire abstractă și rezolvare de probleme .

- schimbări hormonale rapide.



În adolescența timpurie, individul vede lumea în termeni de "totul" sau "nimic", capacitatea de a integra diverse informații fiind depășită de capacitatea de diferențiere, astfel numai în adolescența târzie se poate rezolva conflictul și integra o imagine coerentă a sinelui.

Egocentrismul este caracteristic acestei perioade, adolescentul având impresia că toată lumea își îndreaptă atenția asupra lui și că tot ceea ce el experimentează este unic, acest fapt făcându-l să se simtă de multe ori copleșit.

Din punct de vedere psiho-social, adolescenții intră într-o nouă fază unde timpul petrecut cu părinții scade semnificativ iar timpul petrecut cu colegii și prietenii se mărește. Astfel apar noi roluri sociale cum ar fi găsirea unui loc de muncă sau relațiile romantice.

Individul trebuie să îndeplinească mai multe sarcini cum ar fi: să facă față modificărilor pe care le suferă corpul lor, să își formeze propriul sistem de valori și norme, să își intensifice contactul cu semenii de aceeași vârstă, să își găsească competențele vocaționale. Nevoile de independență, dragoste, cunoaștere, de noi experiențe, de securitate și responsabilitate sunt de asemenea prezente la această vârstă (Engel și Hurrelmann, 1993; Fend, 1991; Silbereinsen și Eyferth, 1986). Conflictul apare atunci când balanța dintre nevoile și cererile adolescentului se dezechilibrează. Lupta este reprezentată de încercarea de a-și câștiga independența, de a avea propria opinie și atitudii și de a se desprinde de caracteristicile dependente cum ar fi dependența financiară de părinți, specific copilăriei. Acest conflict îl solicită și îl stresează pe adolescent, acesta fiind nevoit să apeleze la toate resursele lui pentru a trece cu bine prin această perioadă. Însă diferența dintre modul în care v-a evolua această etapă atât de solicitantă din viața oricărei persoane este stilul de coping, stil ce își are bazele în copilărie, în experiențele plăcute sau mai puțin plăcute pe care le-a trăit. Adolescentul are nevoie de un sistem de suport, de anumite repere care să îl ghideze pentru a trece prin această fază. Atunci când adolescentul nu reușește să își găsească la timpul potrivit mecanismele de coping necesare pentru a rezolva sarcinile de dezvoltare specifice vârstei, ori atunci când mecanismele de coping nu sunt destul de satisfăcătoare pentru a face față tuturor solicitărilor, pot apărea anumite întârzieri ori dereglări în dezvoltarea mentală și socială, ce au ca rezultat întârzieri pe plan psihologic și comportamental (Havighurst, 1948). Strategiile de coping inadecvate pot duce la violență, adicții, comportamente de tip delicvent sau probleme psihosomatice.

Resursele familiale, financiare și personale sunt cele ce îl ajută pe adolescent să își găsească propriul sistem de orientare sau identitatea. Importanța lor este crucială deoarece adolescentul își v-a forma cu ajutorul lor anumite patenuri de comportament durabile ce îl vor ghida în viață chiar și la vârsta adultă. Atunci când resursele menționate mai sus nu există, apar mecanismele de coping ineficiente și odată cu ele tulburările și comportamentele problematice (Hurrelmann și Hesse, 1991). Apar probleme în sfera educațională, socială, emoțională, ce se manifestă prin rezultate academice slabe, conflicte cu părinții, incapacitatea de integrare în grupurile de egali. Rolul unor anumite comportamente problematice este chiar acela de a-și putea atinge scopurile de dezvoltare, un exemplu fiind câștigarea respectului, a unui statut social mai bun, a independenței față de părinți și a acceptării prin manifestarea unui comportament violent, prin diferite adicții, sau prin experiențe sexuale precoce (Pieper, 1999).

3. Temperament, personalitate și satisfacția vieții la adolescenți

Cu ajutorul trăsăturilor de personalitate putem prezice modul în care oamenii se vor comporta în anumite domenii ale vieții. De asemenea, se mai poate studia cu ajutorul trăsăturilor de



personalitate satisfacția vieții și starea de bine a indivizilor, personalitatea având un rol determinant în ceea ce privește modul în care oamenii își evaluează viața. Trăsăturile de personalitate influențează alegerile în ceea ce privește cariera, influențează performanțele academice, rezistența la stres, selectarea unor anumite strategii de coping, alegerea partenerului de viață, etc. (Marek B., Katarína M., Martin J., Terezia O., 2015).

Pentru o dezvoltare armonioasă, este nevoie ca criteriile externe cum ar fi cele sociale, obiective și criteriile interne, subiective, cum ar fi personalitatea să se afle într-o relație de echilibru. Criteriul extern se referă la adaptarea la normele și criteriile sociale în funcție de cultura în care se află individul, iar criteriul intern se referă la așteptările individului și sinele ideal. Cele două componente, cea internă și cea externă, se află într-o legătură foarte strânsă. (Marek B., Katarína M., Martin J., Terezia O. 2015).

Factorii externi cum ar fi satisfacția în relația de cuplu, educația, calitatea atașamentelor, statutul socioeconomic, au un impact mare asupra factorilor interni (de exemplu o educație foarte bună oferă coerență personalității).

Trăsăturile de personalitate sunt conectate și cu starea de bine a indivizilor. Cercetătorii au găsit corelații pozitive între starea de bine și anumite trăsături de personalitate cum ar fi conștiințiozitatea, agreabilitatea, extraversia și corelație negativă între starea de bine și neuroticism.

Un criteriu al unei dezvoltări sănătoase este și adaptarea la normelor sociale, ce se referă la împlinirea sarcinilor de dezvoltare, monitorizarea stării de sănătate și ajustarea la normele sociale cum ar fi performanțe academice, absența comportamentelor antisociale sau de risc. Studiile longitudinale s-au focusat pe prezicerea comportamentului adaptativ la adulți și la bătrâni în funcție de comportamentul adaptativ la copii și adolescenți. Trăsăturile de temperament ale copilului îi influențează dezvoltarea personalității care la rândul ei conturează funcționarea adaptativă. Trăsăturile de temperament apar înainte de dezvoltarea altor aspecte ale personalității și îl ajută pe copil să experimenteze lumea și să își contureze personalitatea și de asemenea să se adapteze la societate. Copii interacționează în mod diferit cu mediul înconjurător în funcție de temperament. Diferențele de temperament îi influențează mecanismele de învățare ale copilului, cum ar fi modul în care copilul va reacționa la întărirea pozitivă/negativă, la pedeapsă, extincție și învățare discriminatorie. În concordanță cu Rothbart, temperamentul reprezintă structura de bază a experienței, înainte ca limbajul să se dezvolte. (Marek B., Katarína M., Martin J., Terezia O., 2015).

Astfel, modul în care copilul va interpreta anumite evenimente ca fiind pozitive sau negative depinde de starea lui emoțională, astfel, temperamente diferite vor cauza răspunsuri diferite la mediul înconjurător și va afecta modul în care oamenii vor intra în contact cu copilul. După ce structurile cognitive se dezvoltă cum ar fi mecanismele de auto-reglare, sistemele de credințe, valori, așteptări, etc, diferențele de temperament vor începe să influențeze modul în care copiii vor interpreta și vor construi experiențele lor cu mediul înconjurător, aceștia selectând și modificând mediul într-o manieră care să corespundă cu personalitatea lor.

Explicația faptului că temperamentul joacă un rol așa de mare în interacțiunile de mediu și experiențele individului este că acesta nu este altceva decât o formă elaborată a sistemelor comportamentale de bază cum ar fi sistemul comportamental de inhibiție, sistemul comportamental de activare și sistemul fight or flight.

4. Personalitate și reziliență la adolescenți



Pentru a-și demonstra maturitatea, adolescenții adoptă anumite comportamente dezadaptative cum ar fi abuzul de tutun, droguri, implicarea în relații sexuale neprotejate, delicvență, etc. Este foarte important ca în această perioadă adolescenții să își păstreze starea de sănătate mentală și fizică când experimentează aceste schimbări rapide pe plan fizic, emoțional, cognitiv și social. Reziliența îi ajută să facă față stresului la care sunt supuși în această perioadă și de asemenea îi ajută să găsească soluții la probleme pentru ca tranziția spre viața de adult să se realizeze cu succes.

Reziliența este capacitatea individului de a se adapta cu succes la circumstanțele amenințătoare sau care reprezintă o provocare. Adolescenții rezilienți sunt competenți din punct de vedere social, autonomi, au abilitățile necesare de rezolvare a problemelor și au de asemenea un scop și un plan de viitor. De asemenea ei mai au și așteptări înalte, au un sens în viață, țeluri pe care vor să le atingă, toate acestea împreună ajutându-l să prevină comportamentele dezadaptative asociate cu neajutorarea învățată. Au o putere interioară care îi ajută să facă față circumstanțelor mai puțin plăcute. Această putere o mai putem numi și factor protective, factor ce îl ajută să răspundă într-un mod adaptativ la situațiile de viață dificile.

Acești factori nu garantează o dezvoltare absolut normală atunci când mai apar și alți factori de risc, însă fac o diferență semnificativă în ceea ce privește calitatea vieții adolescentului. Factorii protectivi personali pot apărea ca urmare a:

- Temperamentului: include factori precum autonomia, abilități de auto-ajutorare, aptitudini, controlul impulsurilor și auto-eficiența.
- Factori protectivi din familie: structura familiei, suportul familiei.
- Factori protectivi extra-familiali: factorii de mediu cum ar fi legături pozitive cu alți adulți semnificativi, educația, relațiile cu semenii.

Trăsăturile de personalitate au un impact mare asupra rezilienței psihologice a adolescenților.

Pentru a măsura impactul pe care îl are personalitatea asupra rezilienței adolescenților cercetătorii au utilizat factorii de personalitate din modelul Big Five:

Conștiinciozitate: acest tip de persoane sunt organizate, își planifică din timp ce au de făcut, își controlează impulsurile, însă nu trebuie să confundăm controlul impulsurilor de pe această scală cu cel de pe scala stabilitate emoțională. Persoanele ce au scoruri joase pe scala conștiinciozitate nu sunt capabile să se motiveze pentru a duce la sfârșit o anumită activitate.

Agreabilitate: măsoară măsura în care oamenii sunt compatibili cu alți oameni, cât de capabili sunt să formeze o relație cu celelalte persoane. Persoanele agreabile se acomodează ușor în situații sociale, sunt plăcute, cooperante și armonioase din punct de vedere social. De asemenea ele mai sunt caracterizate ca fiind empaticе, prietenoase, generoase, optimiste în ceea ce privește natura umană, și ajutătoare. Acest tip de persoane cred ca majoritatea oamenilor sunt onești, decenti și demni de încredere, la ele existând o șansă mică să fie respinse social.

Stabilitate emoțională: Persoanele cu scoruri joase pe această scală au tendință de a experimenta emoții negative cum ar fi sentimente de furie, anxietate, vinovăție, stări depresive, etc. Nu fac față stresului, având tendința să interpreteze situațiile obișnuite ca fiind amenințătoare, aceste persoane devenind frustrate de la cele mai mici dificultăți. De cele mai multe ori sunt timide și au probleme cu controlul impulsurilor. Persoanele instabile emoțional au o inteligență emoțională joasă, ceea ce înseamnă că au probleme de asemenea cu reglarea emoțiilor, motivația și abilitățile interpersonale. Persoanele instabile emoțional prezintă un risc mai mare de



internalizare a tulburarilor mentale cum ar fi depresia, fobia, atacurile de panică, etc. Strategiile lor de coping sunt de tip evitant cum ar fi negarea, gândirea magică, auto-critica, etc.

Intelect/Imaginație: se referă la cât de doritori sunt oamenii de a face modificări în ceea ce privește anumite noțiuni sau activități pentru a fi în corcondanță cu noile idei și situații la care sunt supuși. Acest tip de persoane sunt imaginative, în contact cu sentimentele lor, preferă varietatea, sunt curioase din punct de vedere intelectual, tolerează diversitatea, sunt mai deschise la diferite culturi și stiluri de viață.

Extraversie: aceasta trăsătură de personalitate se referă la adaptabilitatea socială. Persoanele extravertite sunt preocupate de obținerea gratificării din tot ceea ce este înafara lor, aceștia fiind foarte interesați de ceilalți oameni și de evenimentele externe. Ele se caracterizează ca fiind comunicative, energetice și asertive.

Aceste trăsături de personalitate pot influența reziliența psihologică a adolescenților. Conform lui Campbell-Sills, Cohan și Stein, există corelații pozitive între reziliență, stabilitate emoțională, extraversie și conștiinciozitate. De asemenea, adolescenții ce au obținut scoruri mari pe reziliență sunt mai sănătoși din punct de vedere psihologic, mai bine adaptați și au abilități de rezolvare a problemelor superioare. Adolescenții rezilienți au o motivație intelectuală ridicată, își mediază învățarea și rezolvarea de probleme prin preluarea inițiativei.

Cu cât personalitatea este mai sănătoasă cu atât crește reziliența adolescenților. Adolescenții conștiincioși sunt mereu pregătiți, își fac temele în mod corect, sunt atenți la detalii, și astfel sunt și mai rezilienți, mai calmi în situații stresante. De asemenea, adolescenții ce au ca trăsătură de personalitate agreabilitatea sunt și ei rezilienți deoarece au tendința de a vedea natura umană într-o manieră optimistă, sunt plini de speranță, au încredere în ei, sunt generoși, prietenoși, interesați de ceilalți oameni și empatici. Personalitățile agreabile sunt ajutoare chiar și atunci când condițiile nu sunt tocmai cele mai plăcute.

5. Efectul traumelor din copilărie asupra personalității adolescenților

În continuare vom prezenta un studiu ce își propune să demonstreze efectul pe care îl au experiențele adverse din copilărie asupra personalității adolescenților. Faptul că traumele timpurii au un efect puternic asupra sănătății mentale a adulților nu poate fi contestat. Expunerea copiilor la evenimente traumatizante are urmări grave în dezvoltarea lor ulterioară. Anumite forme de abuz pot avea legătură cu anumite forme particulare de tulburări de personalitate. Există corelații puternice între abuzul fizic și sexual și tulburarea de personalitate borderline, de asemenea abuzul fizic mai este corelat și cu tulburarea de personalitate antisocială. Conform lui Allen, traumele din copilărie sunt corelate cu nevroticismul și deschiderea către noi experiențe. De asemenea, alți cercetători au găsit corelații între traumă, controlul slab al impulsurilor și comportamentul interpersonal.

Scopul următorului studiu este de a examina legătura dintre anumite forme specifice ale traumei și modul în care afectează personalitatea adolescenților. Pentru atingerea acestui scop cercetătorii au folosit Chestionarul de personalitate Eynseck (EPQ) și CTQ-SF, forma scurtă a Chestionarului de trauma la copii. Studiul a fost realizat pe un eșantion de 485 de adolescenți. Trăsăturile de personalitate măsurate au fost: extraversie-introversie (E), nevroticism (N) și psihoticism (P) (XianBin Li, ZhiMin Wang, YeZhi Houa, Ying Wang, JinTong Liub, ChuanYue, 2013).



S-au găsit corelații pozitive între scorurile adolescenților la chestionarul de traumă și scorurile la EPQ-N, EPQ-P și corelații negative cu EPQ-L. S-au găsit diferențe de gen în prezicerea nevroticismului și psihoticismului. O explicație ar putea fi faptul că abuzul emoțional are un impact diferit în funcție de tipul de personalitate. Psihoticismul a fost asociat cu abuzul emoțional și sexual și cu neglijarea fizică. Nevroticismul și minciuna au fost asociate cu abuzul emoțional. În studiul prezent nu s-au găsit corelații între extraversie-introversie și experiențele traumatizante din copilărie. Copiii neglijăți sau cei care cresc într-un mediu abuziv, sunt răniți fizic și mental, de aceea indivizii folosesc mecanismele de apărare pentru a echilibra relația dintre nevoile interne și realitatea în care trăiesc, fapt ce poate duce la deteriorarea graduală a personalității.

S-au găsit corelații negative între abuzul fizic și EPQ-N (XianBin Li, ZhiMin Wang, YeZhi Hou, Ying Wang, JinTong Liub, ChuanYue, 2013).

6. Avenimente adverse din copilărie

Orice eveniment ce poate răni corpul, sinele sau spiritul se numește traumă. Noțiunea de traumă acoperă o arie largă de experiențe dureroase, experiențe ce pot fi de natura fizică, sexuală, mentală sau emoțională. Atunci când aceste evenimente traumatice au loc în copilărie, le numim experiențe adverse ale copilăriei. Este foarte important ca aceste experiențe traumatice să fie acceptate ca fiind reale de către victimă, să fie exprimate, procesate și "metabolizate" pentru a ameliora efectele secundare ce pot apărea. Conform lui Charles și Whitfield, "atunci când realitatea unei experiențe traumatice este negată sau invalidată de către victimă, sau de oamenii importanți și apropiați de victimă cum ar fi familia, prietenii ori specialiștii din domeniu, persoana nu poate fi capabilă să se vindece complet de efectele adverse ale traumei." (Charles L. Whitfield, 1998: 361)

Impactul acestor experiențe traumatice din copilărie asupra vieții victimei este covârșitor. Traumele din copilărie afectează structura și modul de funcționare al creierului. Conform lui Perry, Polland și Teicher "capacitatea de organizare și funcționare a creierului uman depinde de anumite secvențe, de un set de experiențe de dezvoltare și de mediu, ce influențează expresia genomului" (Perry, Polland, 1998; Teicher 2001; apud Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2006: 174). Însă tot acest proces este extrem de vulnerabil la paternurile repetitive, anormale, sau foarte intense ce au loc în perioada critică de dezvoltare a creierului copilului. Toate aceste experiențe traumatice ce au loc în copilărie pot opri, de cele mai multe ori permanent, activitatea sistemului neuroregulator, ceea ce duce la anumite modificări. Stresul timpuriu provoacă schimbări multiple în anumite circuite și sisteme ale creierului (Sanchez 2001; Bremner 2003 apud Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 2006).

Experiențele extrem de stresante, repetitive și traumatice cum ar fi violența domestică, abuzul, sau alte tipuri de experiențe traumatizante, tind să rămână secrete, astfel răspunsul de fight-or-flight la acești copii este necontrolat și chiar invizibil. Studiul a demonstrat faptul că volumul hipocampusului și al amigdalei este redus la femeile ce au fost abuzate sexual în copilărie și de asemenea au fost înregistrate deficite în ceea ce privește memoria verbal-declarativă (Teicher 2000; Heim și Nemeroff 2001 apud Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 2006). Astfel cu cât scorul la testele ACE (experiențe adverse din copilărie) era mai mare cu atât amintirile din copilărie erau mai greu de accesat. De asemenea s-a găsit o relație graduală între scorul obținut de participanți la simptomele afective și episoade inexplicabile de panică. O altă legătură a fost găsită și între scorurile obținute la testele ACE și halucinații. Cu cât scorurile erau mai ridicate la testele ACE cu



atât mai mult crește probabilitatea ca subiecții să aibe episoade de halucinații. O relație puternică există și între scorurile obținute la testele ce urmăresc comportamentul sexual, slaba gestionare a agresivității și riscul de violență la partenerul de viață. Un alt efect pe care traumele din copilărie îl au asupra sănătății este obezitatea. Stresul conduce la creșterea grăsimii intra-abdominale, ceea ce crește și riscul mortalității. De asemenea riscul de a consuma substanțe cum ar fi alcool, droguri sau țigări este foarte crescut la subiecții traumatizați.

Traumele din copilărie constituie baza unor comportamente de risc ridicat, unor boli mentale sau fizice ce pot duce la o moarte timpurie dacă aceste comportamente nu se schimbă. Printre tulburările la care victimele ce au suferit o trauma în copilărie, sunt expuse se număra: „adicțiile- alcoolism sau dependențe de alte chimicale, tulburări de alimentație, de relație, adicții sexuale), tulburări disociative ce includ tulburarea de identitate disociativă, depresie și tentative de sinucidere, tulburarea de personalitate de tip borderline, somatizare, psihoze, PTSD, comportamente de auto-rănire, comportamente violente, prostituție și pedofilie” (Charles, Whitfield. 1998: 362). Toate aceste comportamente trebuiesc văzute dintr-o altă lumină și anume ca fiind doar o reconstituire a traumei originale, sau după cum le numeau psihanalistii, repetiții compulsive. Astfel toate aceste comportamente de risc major capătă un scop și anume retrăirea unor aspecte din trauma originală pentru a rezolva conflictul și a se vindeca. De aceea este foarte important ca victimele să își conștientizeze comportamentul și să îl privească din această nouă perspectivă în care toate acțiunile lor ce erau considerate ca fiind deplasate capată un nou sens și o nouă dinamică, nefiind altceva decât cele mai bune strategii pe care ei le-au găsit la momentul respectiv pentru a putea supraviețui traumei.

7. Consecințele experiențelor adverse din copilărie

În continuare vom trata mai pe larg efectele pe care le au experiențele adverse din copilărie asupra adolescenților:

a. Consecințe psihosociale

Anumite tipuri de neglijare severă cum ar fi dehidratarea, diareea, malnutriția pot duce la întârzieri de dezvoltare, afectarea abilităților sociale, instabilitate emoțională și deficit de atenție. Printre consecințele abuzului fizic se regăsesc și probleme de realizare a unui tip de atașament stabil față de adulții ce au în grijă copilul. Odată cu problemele de atașament vin și problemele legate de stima de sine scăzută, acești copii având o imagine negativă despre propria persoană în comparație cu copiii ce nu au trecut printr-o experiență traumatizantă.

Consecințele neglijării au un impact cu atât mai mare asupra dezvoltării fizice și psihice a individului, cu cât aceasta apare la o vârstă mai fragedă. Detașarea mamei și indisponibilitatea ei emoțională are efecte dezastruoase asupra legăturii (bonding) dintre ea și copil, astfel încât la vârsta adultă copilul v-a întâmpina dificultăți pe mai multe arii cum ar fi: relațiile sociale, mecanisme de coping, afectivitate, rezolvarea de probleme.

b. Probleme de atașament

Probabilitatea ca acei copii care au fost expuși unor experiențe traumatizante să dezvolte un atașament dezorganizat sau insecurizant este foarte mare. Atașamentul dintre copil și părinte este crucial pentru dezvoltarea emoțională și socială a copilului, părintele trebuind să fie o sursă de protecție, confort și securizare pentru copil. Atunci când aceste condiții nu sunt îndeplinite iar părintele devine o sursă de pericol și de amenințare, copilul v-a învăța faptul că nu poate avea



încredere în ceilalți, ceea ce îi poate provoca o stare de furie sau anxietate (Australian Institute of Family Studies apud Streeck-Fischer și Kolk, 2000). Adolescentul v-a dezvolta un tip de atașament insecurizant ce îi v-a afecta procesul normal de dezvoltare, astfel abilitatea acestuia de a comunica cu alte persoane v-a fi afectată, de asemenea de aici pot deriva și probleme în relațiile romantice (Australian Institute of Family Studies apud Trickett et al., 2011).

c. Probleme de învățare

O altă repercusiune a traumelor din copilărie se revede în domeniul activității școlare. Copii abuzați tind să aibe probleme de învățare și mai puține reușite academice. Conform lui Wolfe, arile cele mai des afectate sunt cele ale vorbirii (Australian Institute of Family Studies apud Wolfe, 1999). Copii abuzați au performanțe școlare mult mai slabe în comparație cu ceilalți copii. De asemenea, studiile mai recente, au relevat faptul că, copii abuzați obțin scoruri mult mai slabe la matematică, însă au unele abilități mai bine dezvoltate (de a îndeplini sarcini casnice, de a se îmbrăca, etc) (Australian Institute of Family Studies apud Coohy, Renner, Hua, Zhang, și Whitney, 2011).

d. Probleme ale sănătății mentale

Sănătatea mentală este și ea afectată atunci când copiii sunt expuși la experiențe adverse. Diagnosticarea copiilor cu PTSD nu reușește să surprindă și să descrie toate efectele abuzului și neglijării în copilărie, astfel încât în ziua de azi cercetătorii preferă să înlocuiască termenul de PTSD cu „trauma complexă” (Australian Institute of Family Studies apud Cook et al., 2005; Price-Robertson et al., 2013). Copii abuzați ce au fost diagnosticați cu simptome din tulburarea posttraumatică, manifestă de asemenea și alte tulburări cum ar fi deficitul de atenție, tulburarea opozițională, abuz de substanțe, anxietate, tulburări de dispoziție și psihotice (Australian Institute of Family Studies apud Kearney, Wechsler, Kaur, și Lemos-Miller, 2010).

e. Suicid și comportament distructiv

Riscul de suicid crește semnificativ la adolescenții traumatizați. Există o corelație semnificativă între abuzul fizic și sexual din copilărie și tentativele de sinucidere în adolescență. Deși în literatura de specialitate toate formele de abuz sunt asociate cu ideea de suicidară, la adolescenți și tentativele de sinucidere, abuzul sexual și emoțional au un impact mult mai profund în comparație cu abuzul fizic sau neglijarea. Conform lui Brodsky și Stanley tentativele de sinucidere sunt de opt ori mai mari atunci când vorbim despre o istorie de abuz sexual, deoarece abuzul sexual este asociat cu sentimente de rușine și vină (Australian Institute of Family Studies apud Brodsky și Stanley, 2008)

f. Consumul de droguri și alcool

Încă nu se știe exact care dintre experiențele adverse ce pot apărea în copilărie corelează mai mult cu consumul de alcool sau droguri, însă conform studiilor, toate formele de maltratare sunt corelate cu consumul de substanțe în adolescență. În 1997, Harrison și colab., au descoperit că elevii abuzați sexual sau fizic sunt mai predispuși să consume alcool, marijuana sau alte droguri. De asemenea un alt studiu realizat în SUA susține faptul că 28% dintre adolescenții ce au fost abuzați consumă droguri în comparație cu 14% din adolescenții ce nu au avut parte de astfel de experiențe (Australian Institute of Family Studies apud Perkins și Jones, 2004). S-au găsit corelații ridicate între divorțul părinților și consumul de alcool în rândul adolescenților (41.3%), urmată de consumul de alcool al unui membru al casei (28.7%), boala mentală a unui membru al casei (24.8%)



și așa cum am menționat și mai sus abuzul sexual (19.1%) (Emily Rothman, Erika Edwards, Timothy Heeren, Ralph Hingson, 2008).

g. Probleme comportamentale

Conform lui Frederico, cu cât vârsta la care copii au avut o experiență adversă este mai mică cu atât mai mult crește riscul de a dezvolta anumite tulburări de comportament (Australian Institute of Family Studies apud Frederico et al., 2008). În concordanță cu Mills, neglijarea, abuzul, maltratarea au fost asociate cu comportamente de internalizare (tristețe, izolare, depresie, retragere) și comportamente de externalizare (agresivitate sau hiperactivitate). Astfel expunerea la anumite experiențe traumatizante crește riscul de a dezvolta comportamente de internalizare sau externalizare în copilărie sau adolescență (Australian Institute of Family Studies apud Moylan et al., 2009). Perioada de dezvoltare în care a avut loc trauma este de asemenea crucială. Adolescenții ce au fost maltratați în mai multe perioade de dezvoltare precum prima copilărie, perioada preșcolară etc, au mai multe probleme comportamentale în comparație cu acei copii ce au fost maltrăți doar într-o singură perioadă de dezvoltare (Australian Institute of Family Studies apud Jaffee și Maikovich-Fong, 2011).

h. Agresivitate și violență

În adolescență, copii ce au suferit un abuz sau care au fost neglijați sunt într-un risc mult mai mare de a dezvolta comportamente agresive și violente. Expunerea la violență în familie și abuzul fizic sunt cei mai puternici predictor ai comportamentului violent în adolescență. De asemenea copii neglijați sau abuzați sunt de 11 ori mai predispuși să fie arestați pentru comportamente criminale în adolescență (Australian Institute of Family Studies apud English, Widom, și Brandford, 2004).

8. Scopul și obiectivele cercetării

Scopul cercetării este de a investiga prevalența experiențelor adverse din copilărie în rândul adolescenților și a rolului de moderare al personalității între evenimentele adverse din copilărie și problemele de sănătate la adolescenți.

Pentru atingerea acestui scop s-au măsurat următoarele aspecte: abuzul și neglijarea în copilărie (abuzul și neglijarea fizică, abuzul și neglijarea psihologică, abuzul sexual), disfuncțiile familiale (abuz de substanțe, divorțul/separarea părinților, boli psihice în familie, violență asupra mamei, comportament criminal în familie), probleme legate de sănătate și personalitatea.

Studiul de față își propune următoarele obiective:

a. Obiectiv principal

Investigarea rolului de moderator al personalității între experiențele adverse din copilărie și problemele legate de sănătate la adolescenți.

b. Obiective Secundare

a. Identificarea corelațiilor existente între experiențele adverse din copilărie și problemele de sănătate la adolescenți.

b. Identificarea factorilor de personalitate care moderează între experiențele adverse din copilărie și problemele de sănătate la adolescenți.

9. Ipotezele studiului



Pentru atingerea obiectivelor mai sus menționate au fost lansate următoarele ipoteze:

1. Se prezumă faptul că există o corelație pozitivă între experiențele adverse din copilărie și problemele legate de sănătate la adolescenți.

2. Se prezumă că factorii de personalitate (Extraversie, Agreabilitate, Conștiinciozitate, Stabilitate Emoțională, Intellect) moderează între experiențele adverse din copilărie și problemele de sănătate la adolescenți.

10. Metodologia utilizată

10.1. Descrierea eșantionului de subiecți investigați

Pentru verificarea ipotezelor menționate anterior și atingerii obiectivelor, cercetarea de față a supus investigației psihologice prin probe specifice un lot alcătuit din 332 de adolescenți, 162 de sex feminin și 170 de sex masculin, cu vârste cuprinse între 15 și 26 de ani. Chestionarele le-au fost administrate în grupuri de câte 15 elevi, în mai multe zile diferite, pe perioada a două săptămâni.

10.2. Instrumente folosite pentru colectarea datelor

Pentru colectarea datelor am aplicat 3 chestionare consacrate și anume chestionarul Big Five, Health Appraisal Questionare (HAQ) și chestionarul Adverse Childhood Experiences (ACE).

11. Rezultate obținute și interpretarea lor

Statistici descriptive

Tabel 1. Testul de normalitate

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
TOTALEXPERIENTEADVE	.138	332	.000	.936	332	.000
RSE						
PROBLEMEDESANATATE	.124	332	.000	.922	332	.000
scor big five	.068	332	.001	.985	332	.001

a. Lilliefors Significance Correction

Mai întâi am vrut să verific modul de distribuție a datelor. Pragul de semnificație obținut este mai mic decât $p < 0.05$ prin urmare datele nu sunt distribuite normal.

Tabel 2. Statistici.



		TOTALEXPERI ENTEADVERS E	PROBLEMEDE SANATATE	scor_big_five
N	Valid	332	332	332
	Missing	3	3	3
Mean		12.85	10.83	17.29
Std. Deviation		4.624	8.324	2.083
Skewness		.828	1.051	.384
Std. Error of Skewness		.134	.134	.134
Kurtosis		.267	1.225	.315
Std. Error of Kurtosis		.267	.267	.267
Minimum		2	0	12
Maximum		28	47	23

Media scorurilor la variabila independentă și anume experiențele adverse din copilărie este de 12,8 cu o abatere standard de 4,6. Cel mai mic scor obținut a fost 2 și cel mai mare 28.

- Media scorurilor la variabila dependentă probleme de sănătate este de 10,3 cu o abatere standard de 8,3. Cel mai mic scor obținut aici a fost 0 și cel mai mare 47.

- Media scorurilor la variabila moderatoare Big Five este de 17,2, cu o abatere standard de 2. Cel mai mic scor obținut a fost 12 și cel mai mare 23.

Din pricina faptului că datele nu au o distribuție normală am realizat analiza statistică, calculând corelațiile folosind coeficientul spss.

Moderare

Tabel 3. Corelații

		TOTALEXPERI ENTEADVERS E	PROBLEMEDE SANATATE
Spearman's rho	TOTALEXPERI ENTEADVERS E	1.000	.497**
	Correlation Coefficient		
	Sig. (2-tailed)	.	.000
	N	332	332
	PROBLEMEDE SANATATE	.497**	1.000
	Correlation Coefficient		
	Sig. (2-tailed)	.000	.
	N	332	332

- Primul pas pentru a putea vedea dacă trăsăturile de personalitate Big Five au efect de moderator între experiențele adverse din copilărie și problemele de sănătate la adolescenți este de a vedea dacă există o corelație între variabila independentă (experiențele adverse din copilărie) și variabila dependentă (problemele de sănătate).

- Coeficientul obținut ($r = 0.497$) corespunde unui prag de semnificație de 0,01, ceea ce susține faptul că există o corelație pozitivă între experiențele adverse din copilărie și problemele de sănătate la adolescenți.

- În continuare am verificat dacă există o corelație negativă între variabila dependentă (problemele de sănătate la adolescenți) și variabila moderatoare (Big Five).



Tabel 4. Corelatii

		scor_big_five	PROBLEMEDE SANATATE
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1.000	-.112 [*]
	scor_big_five		.041
	Sig. (2-tailed)	.	
	N	332	332
	Correlation Coefficient	-.112 [*]	1.000
	PROBLEMEDESANATATE		.041
	Sig. (2-tailed)		.
	N	332	332

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

- Coeficientul obținut ($r = -.112$) corespunde unui prag de semnificație de 0,05, ceea ce susține faptul că există o corelație negativă între experiențele adverse din copilărie și problemele de sănătate la adolescenți.

- Am realizat moderarea factorilor de personalitate Big five între experiențele adverse din copilărie și problemele de sănătate la adolescenți. Am calculat analiza de moderare luând în considerare fiecare factor al chestionarului big five.

a. Agreabilitate

Tabel 5. Agreabilitate – experiențe adverse
Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.476 ^a	.226	.222	7.344	.226	48.148	2	329	.000
2	.479 ^b	.230	.223	7.340	.003	1.386	1	328	.240

a. Predictors: (Constant), Zscore(AGREABILITATE), Zscore(TOTALEXPERIENTEADVERSE)

b. Predictors: (Constant), Zscore(AGREABILITATE), Zscore(TOTALEXPERIENTEADVERSE), dummyagreabilitate

- Când am introdus factorul de personalitate agreabilitate ca moderator în relația dintre experiențele adverse din copilărie și problemele de sănătate, nu s-a constatat nici o schimbare. Factorul de personalitate agreabilitate nu a moderat relația dintre V.I. și V.D..

b. Conștiințiozitate



Tabel 6. Conștiințiozitate – experiențe adverse

Model Summary^a

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.467 ^a	.218	.213	7.383	.218	45.921	2	329	.000
2	.483 ^b	.233	.226	7.321	.015	6.522	1	328	.011

a. Predictors: (Constant), Zscore(CONSTIINCIOZITATE), Zscore(TOTALEXPERIENTEADVERSE)

b. Predictors: (Constant), Zscore(CONSTIINCIOZITATE), Zscore(TOTALEXPERIENTEADVERSE), dummyaconstiinciozitate

c. Dependent Variable: PROBLEMEDESANATATE

- Atunci când am introdus moderatorul conștiințiozitate în relația dintre experiențele adverse din copilărie și problemele de sănătate la adolescenți, s-a constatat faptul că moderatorul explică mai mult din această relație. Mai exact, moderatorul adaugă 0,015 (r square changed) față de predictorii separați.

c. Intelect/Imaginație

Tabel 7. Intelect, imaginație – experiențe adverse

Model Summary^a

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.473 ^a	.223	.219	7.359	.223	47.296	2	329	.000
2	.475 ^b	.226	.219	7.358	.002	1.044	1	328	.308

a. Predictors: (Constant), INTELECT_IMAGINATIE, Zscore(TOTALEXPERIENTEADVERSE)

b. Predictors: (Constant), INTELECT_IMAGINATIE, Zscore(TOTALEXPERIENTEADVERSE), dummyintelect

c. Dependent Variable: PROBLEMEDESANATATE

- Când am introdus factorul de personalitate intelect/imaginație ca moderator în relația dintre experiențele adverse din copilărie și problemele de sănătate, nu s-a constatat nici o schimbare. Factorul de personalitate intelect imaginație nu a moderat relația dintre V.I. și V.D..

d. Extraversie



Tabel 8. Extraversie – experinete adverse

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics ^a				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
					1	.469 ^a	.220	.216	7.373
2	.470 ^b	.221	.214	7.380	.001	.337	1	328	.562

a. Predictors: (Constant), EXTRAVERSIE, Zscore(TOTALEXPERIENTEADVERSE)

b. Predictors: (Constant), EXTRAVERSIE, Zscore(TOTALEXPERIENTEADVERSE), dummyextraversie

c. Dependent Variable: PROBLEMEDESANATATE

- Nici factorul de personalitate extraversie nu a moderat relația dintre experiențele adverse din copilărie și problemele de sănătate la adolescenți.

e. Stabilitate emoțională

Tabel 9. Stabilitate emoțională – experiențe adverse

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics ^a				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
					1	.579 ^a	.335	.331	6.808
2	.582 ^b	.338	.332	6.802	.003	1.625	1	328	.203

a. Predictors: (Constant), Zscore(TOTALEXPERIENTEADVERSE), Zscore(STABILITATEEMOTIONALA)

b. Predictors: (Constant), Zscore(TOTALEXPERIENTEADVERSE), Zscore(STABILITATEEMOTIONALA), dummystabilitate

c. Dependent Variable: PROBLEMEDESANATATE

- Factorul stabilitate emoțională nu a moderat relația dintre experiențele adverse din copilărie și problemele de sănătate la adolescenți.

Am calculat analiza de moderare luând în considerare fiecare factor al chestionarului big five. Dintre toți factorii big five, singurul care a moderat relația dintre experiențele adverse din copilărie și problemele de sănătate la adolescenți a fost factorul conștiințiozitate. Factorii agreabilitate, extraversie, intelect/imaginație și stabilitate emoțională nu au moderat relația dintre V.I. și V.D.

Ipozeze



Ipoteza 1: Se prezumă faptul că există o corelație pozitivă între experiențele adverse din copilărie și problemele legate de sănătate la adolescenți.

Coeficientul obținut ($r = 0.497$) corespunde unui prag de semnificație de 0,01, ceea ce susține ipoteza pe care am enunțat-o mai sus.

Adolescența reprezintă o perioadă dificilă și plină de schimbări pentru individ. Apar modificări profunde pe plan emoțional, social și fizic toate acestea având scopul de a-l ajuta pe adolescent să își găsească identitatea. Așa cum am menționat și în cercetare, apare o luptă reprezentată prin încercarea adolescentului de a fi independent și de a avea propriile opinii și atitudini și de a se desprinde de caracteristicile dependente specifice copilăriei cum ar fi dependența financiară de părinți. Această lupta este foarte solicitantă pentru individ, acesta fiind nevoit să apeleze la toate resursele sale pentru a putea trece prin aceasta perioadă. Un rol central îl joacă stilul de coping ce își are bazele în copilărie, în experiențele plăcute sau mai puțin plăcute trăite de copil. Conform lui Havinghurst când bazele stilului de coping nu au fost consolidate în copilărie din cauza anumitor evenimente traumatice pentru copil, adolescentul nu va reuși să își rezolve sarcinile specifice vârstei deoarece mecanismele lui de coping nu sunt destul de satisfăcătoare pentru a face față tuturor provocărilor și solicitărilor (Havinghurst, 1948). Când mecanismele de coping nu îl ajută pe adolescent să își rezolve aceste sarcini, pot apărea întârzieri sau dereglări în dezvoltarea lor mentală și socială ce au ca rezultat întârzieri pe plan psihologic. Strategiile de coping inadecvate vor duce la anumite comportamente de risc ce îi vor afecta sănătatea fizică și psihică a adolescentului cum ar fi: probleme în sfera educațională, socială, emoțională ce se manifesta prin conflicte cu părinții, incapacitatea de a se integra în grupurile de egali, rezultate academice slabe. Apar de asemenea probleme de comportament ce pot afecta starea de sănătate a adolescenților: probleme psihosomatice, violență, adicții de tutun, droguri, alcool, relații sexuale neprotejate, comportamente de tip delicvent.

Ipoteza 2: Se prezumă că factorii de personalitate (Extraversie, Agreabilitate, Conștiințiozitate, Stabilitate Emoțională, Intellect) moderează între experiențele adverse din copilărie și problemele de sănătate la adolescenți.

Adolescența este o perioadă foarte agitată în care individul în încercarea lui de a-și demonstra maturitatea se implică în anumite comportamente de risc cum ar fi consumul de tutun, de alcool, de droguri, începerea vieții sexuale, etc. Toate aceste comportamente de risc pot avea o influență negativă asupra stării lui de sănătate fizică și psihică. Este normal ca în această perioadă adolescenții să experimenteze diverse lucruri și să adopte anumite comportamente dezadaptative, însă diferența o face "bagajul" cu care individul vine din copilărie. În mod normal toate aceste probleme din adolescență trebuie să se rezolve la începutul vieții adulte, în cazurile în care acest lucru nu se întâmplă înseamnă că toate comportamente de risc la care s-a supus individul nu se pot explica numai din perspectiva căutării identității, în acest caz existând o explicație multă mai profundă legată de experiențele din copilărie. Cu toate acestea, nu toți adolescenții ce au avut o copilărie traumatizantă reacționează în același mod. În ciuda tuturor traumelor din copilărie, unii dintre aceștia reușesc să fie autonomi, să dezvolte anumite competențe sociale, să își dezvolte abilități de rezolvare a problemelor și să aibe un scop foarte bine definit pentru viitor (Grace Fayombo 2010 apud Waters și Sroufe 1983; Rutter 1985; Werner și Smith 1987; Masten, Best și Garnezy 1990; Gore și Eckenrode 1994).



Studiile au demonstrat faptul că factorii de personalitate influențează reziliența psihologică a adolescentului și îl ajută să depășească anumite situații dificile. Adolescenții ce au obținut scoruri ridicate pe scalele extraversie și conștiinciozitate au o capacitate de adaptare mai ridicată în ciuda circumstanțelor amenințătoare sau a celor care rezează o provocare. Adolescenții ce au scoruri ridicate pe aceste două scale au o reziliență psihologică mai ridicată, sunt mai bine adaptați și sunt mai sănătoși din punct de vedere psihologic și fizic (Grace Fayombo 2010 apud Friberg, Barlaug, Martinussen, Rosenvinge și Hjemdal 2005).

Factorul de personalitate conștiinciozitate a fost identificat de către cercetători ca fiind factorul cheie în precizarea longevității. Prima oară această descoperire a fost făcută în anul 1993 de către Friedman, Tucker, Tomlinsonkeasey, Schwartz, Wingard, și Criqui, într-un studiu pe 1,178 de participanți. Subiecții ce au obținut scoruri ridicate pe scala Extraversie și joase pe Stabilitate Emoțională, au fost descriși ca fiind persoane cu un stil de viață pesimist. Conform lui Friedman persoanele ce obțin scoruri ridicate pe scala conștiinciozitate sunt mai puțin predispuse să sufere de problemele de sănătate și au o viață mai longevivă, iar acele persoane care obțin scoruri ridicate pe scala agreabilitate sunt expuse unui risc al mortalității mai ridicat (Deary, Weiss și Batty, 2010 apud Friedman et al., 1993). De asemenea, alte studii au descoperit faptul că indivizii ce au obținut scoruri joase pe scalele Conștiinciozitate, Extraversie, Agreabilitate, și Stabilitate emoțională se află într-un risc al mortalității mai mare. Participanții care sufereau de diabet, tensiune arterială, hernie sau probleme cu încheieturile aveau scoruri joase pe scala conștiinciozitate iar acei participanți care prezentau probleme cu pielea, probleme urinare, atacuri cerebrale, tuberculoză aveau de asemenea scoruri scăzute pe scalele conștiinciozitate și stabilitate emoțională.

Conștiinciozitatea și stabilitatea emoțională au o influență și asupra problemelor inflamatorii. Cercetătorii au relevat faptul că scorurile joase pe aceste două scale sunt asociate cu nivele mai ridicate ale proteinelor C-reactiva și interleuchina-6, ce sunt asociate cu inflamațiile cronice, mortalitate și morbiditate (Deary, Weiss și Batty, 2010). De asemenea, au mai fost găsite scoruri joase la factorul de personalitate stabilitate emoțională la participanții ce sufereau de obezitate, nivel crescut al trigliceridelor, hipertensiune și niveluri ridicate ale glucozei în sânge. Stabilitatea emoțională joasă reprezintă un factor de risc pentru obezitate și hipertensiune.

Trăsăturile de personalitate au un impact foarte puternic asupra potențialilor factori care pot influența starea de sănătate la adolescenți (stilurile de coping, suportul social, depresia, reziliența, etc). Așa cum am menționat și mai sus conștiinciozitatea a fost asociată în mod consistent cu comportamentele ce promovează starea de sănătate cum ar fi un stil de alimentație sănătos, exerciții fizice regulate, etc. Adolescenții ce obțin scoruri ridicate pe această scală nu se implică în foarte multe comportamente de risc cum ar fi abuzul de substanțe sau accidente rutiere datorate neatenției. De asemenea, adolescenții la care predomină conștiinciozitatea sunt mult mai aderenți la medicație în cazul în care suferă de o anumită boală cronică (Deary, Weiss și Batty, 2010 apud Christensen și Smith, 1995). Adolescenții conștiincioși au ai multe obiceiuri de viață sănătoase, sunt mai aderenți la tratamentul medical și evită situațiile periculoase. În dimensiunea opusă se află adolescenții cu scoruri joase pe această scală care sunt predispuși să facă abuz de substanțe, să ignore recomandările medicilor și să aibe o atitudine de neglijare față de starea lor de sănătate. Indivizii ce au ca trăsătura de temperament conștiinciozitatea, sunt mereu pregătiți să facă față noilor provocări ce apar în viața de zi cu zi. Sunt genul de persoane care au mereu câte un plan pregătit pentru provocările ce apar, în acest mod minimizând stresul ce poate apărea ca urmare a



evenimentelor importante din viață (Friedman, 1993). Aceștia încearcă să se ferească de situațiile care îi depășesc sau cărora nu pot să le facă față.

În ciuda faptului că există foarte multe studii ce măsoară efectul celor 5 factori de personalitate asupra problemelor de sănătate, putem să tragem concluzia că factorul de personalitate conștiinciozitate rămâne consistent în toate aceste studii (Deary, Weiss și Batty, 2010). În timp ce pentru ceilalți factori de personalitate a existat o anumită variabilitate în ceea ce privește efectul lor asupra stării de sănătate (de exemplu stabilitatea emoțională a fost asociată în unele studii cu o longevitate mai mare în timp ce în alte studii nu s-au găsit corelații relevante între acest factor de personalitate și longevitatea participanților), factorul de personalitate conștiinciozitate nu și-a pierdut din consistență în urma tuturor acestor studii.

Concluzii

Cercetarea de față a încercat să examineze existența rolului de moderator al factorilor de personalitate Big Five între evenimentele adverse din copilărie și problemele de sănătate la adolescenți. În rezumat, datele obținute au confirmat faptul că trăsătura de personalitate conștiinciozitate este singura care moderează relația dintre experiențele adverse din copilărie și problemele de sănătate. Conceptul de sănătate la adolescenți se referă la echilibrul dintre componenta socială, fizică și psihologică. Factorii cei mai importanți care afectează sănătatea acestora sunt tulburările psihosociale și bolile cronice. Cauzele cele mai frecvente ale morții în rândul adolescenților sunt violența, suicidul, accidentele rutiere, etc. Deci problema principală este faptul că din cauza schimbărilor ce se petrec în această perioadă a adolescenței, indivizii tind să adopte anumite comportamente dezadaptative fie pentru a-și demonstra maturitatea, petru a se integra în grupul de semeni sau pentru a experimenta diverse lucruri în încercarea de a-și găsi identitatea. Adolescenții ce au obținut scoruri ridicate pe scala conștiinciozitate tind să fie mai organizați, motivați, persistenți când urmăresc să îndeplinească un anumit scop, ordonați, capabili de muncă susținută și de asemenea aceștia nu se lasă distrași de tentații atunci când au un obiectiv de atins. Trăsătura de personalitate conștiinciozitate a fost asociată cu comportamente care promovează starea de sănătate cum ar fi un stil de alimentație sănătos, sau exerciții fizice regulate.

De asemenea, aceștia nu se implică în comportamente de risc cum ar fi abuzul de substanțe, relații sexuale neprotejate, accidente rutiere datorate vitezei excesive sau neatenției. Adolescenții ce au ca trăsătura de personalitate conștiinciozitatea sunt mereu pregătiți să facă față noilor provocări ce apar în viață de zi cu zi, aceștia având mereu un plan, în acest fel minimizând stresul ce poate apărea ca urmare a evenimentelor importante din viață. Ei se ferec de situațiile care îi depășesc sau cărora știu ca nu pot să le facă față. Nu în ultimul rând cercetătorii au găsit corelații ridicate între conștiinciozitate și reziliența psihologică a adolescenților.

Astfel adolescenții rezilienți se adaptează mult mai bine la mediu și au abilități superioare de rezolvare a problemelor. Toate aceste caracteristici îi ajută să treacă prin această perioadă critică de dezvoltare cu bine și să realizeze tranziția spre viața de adult cu succes.

Bibliografie

Cathryn, H. (2014). Effects of child abuse and neglect for children and adolescents, Australian Institute of Family Studies.



Charles, L., Whitfield, M. (1998). Adverse Childhood Experiences and Trauma, American Journal of Preventive Medicine, vol.14.

Charles, L., Whitfield, M. (1998). Adverse Childhood Experiences and Trauma, American Journal of Preventive Medicine, vol.14. Child Welfare Information Gateway, 2013, Long

Friedman, H., Tucker, S., Tomlinson-Keasey, C., Schwartz, E. (1993). Does Childhood Personality Predict Longevity?, Journal of Personality and Social Psychology, 65 pp.176-185.

Grace, F. (2010). The Relationship between Personality Traits and Psychological Resilience among the Caribbean Adolescents, Canadian Center of Science and Education, vol.2.

Marek, B., Katarína, M., Martin, J., Terezie, O. (2015). Personality Predictors of Successful Development: Toddler Temperament and Adolescent Personality Traits Predict Well-Being and Career Stability in Middle Adulthood, PLoS One, v.10.

Robert, F., Vincent, J., Douglas, B., John, D., Charles, W., Bruce, D., Shanta, R., Wayne, H. (2006) Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 256 pp.174-186.