



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

BLACK SEA JOURNAL OF PSYCHOLOGY



www.bspsychology.ro



9 772068 464001



Adverse childhood events and resilience strategies in adolescents

Iulia Ciorbea¹, Anamaria Voinea²

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

Abstract. This paper addresses a current topic, namely adverse events in childhood and resilience strategies in adolescence. Both childhood adverse events (ACE) and adolescent resilience, together, make a well-known, topical and much debated topic in today's society, both in the media and in specialized books. This topic is known worldwide and the implications it has on the healthy physical and mental development of adolescents are analyzed and debated all the time, adolescents only in their intimacy recognize the impact of traumatic events on their social, cultural development but and in the professional or personal field. There are a number of studies and research that focus on the resilience of adolescents following stressful events in childhood. My personal interest in this topic is that these adverse childhood events reveal an explanation that we can offer to people who have experienced such moments and have a more problematic behavioral, social and psychological development.

Keywords. Events, adversary, childhood, strategies, resilience, teenagers

1. Evenimente adverse în copilărie

Evenimentele adverse sunt definite de către Departamentul de Resurse Umane ale Universității Toledo că orice apariție anormală, nocivă sau nefavorabilă, fizică, psihologică, socială, judiciară sau economică pentru un individ, inclusiv orice examen sau rezultat anormal, simptom sau boală, care apar în timpul sau în imediată apropiere a participării subiectului într-o cercetare, indiferent dacă sunt sau nu considerate că fiind legate de participarea subiectului în cercetare. Dacă un eveniment este considerat a fi în imediată apropiere ar trebui să se bazeze pe raționamentul profesional rezonabil al cercetătorului principal, luând în considerare procedurile de protocol. De exemplu, stresul psihologic, care are loc la un an după evaluarea unei anchete care conține subiecte sensibile nu este luat în considerare "că fiind", "în imediată apropiere", în timp ce



dezvoltarea cancerului în termen de un an de la primirea chimioterapiei poate fi considerat în mod rezonabil ", în imediată apropiere", la sfârșitul participării subiectului în cercetare.

Evenimentele adverse, stresante impactează și influențează oamenii în diferite moduri, reacțiile individuale la situațiile traumatice este rezultatul a unui sistem complex suprapus între factorii psihologici, biologici, comportamentali și sociali (Layne, Warren, Watson, și Shalev, apud Eva. 2011: 67).

Un eveniment intern sau extern poate fi considerat declanșator doar atunci când determină o schimbare pozitivă sau negativă la nivelul relației cu mediul. Prin urmare, o insultă directă la adresa individului îl va face pe acesta să reacționeze cu furie doar dacă ceea ce a fost spus sau făcut este luat în serios și este considerat ca un afront personal. Cu toate că toți sau majoritatea indivizilor, ar putea privi acțiunea „ofensatorie” drept o provocare la furie, acest tip de evaluare sau estimare depinde de personalitatea celui lezat și de condițiile în care acțiunea s-a produs, În realitate, acțiunea celui alt îndreptată către noi sau absența unei reacții din partea acestuia în concordanță cu dorințele sau așteptările individuale, deși acesta nu este în general considerată că ofensă, poate fi interpretată astfel de către acei indivizi mai vulnerabili sau cu un anumit tip de personalitate, sunt descriși că fiind tot timpul „în garda”(Lazarus. 2011: 150-151).

Probleme neanticipate includ anumite tipuri de incidente, experiențe și rezultate care au loc în timpul desfășurării cercetării individului care nu sunt cunoscute sau evenimente previzibile. Astfel de probleme neprevăzute ar putea implica prejudicii sociale sau economice, sau probleme care plasează participantul la un risc crescut de rănire, dar nici un prejudiciu real se produce. De exemplu, un laptop furat cu date importante în ceea ce privește rezultatele unor cercetări asupra rezilienței adolescenților, sau o eroare de analiză statistică sau de dozare, care nu cauzează daune reale, sunt definite ca fiind probleme neprevăzute.

Duggan (2014) definește rănirea ca fiind un eveniment advers particular și subliniază că este o deteriorare susținută care este cauzată în mod direct de intervenția psihologică. Faptul că deteriorarea trebuie să fie susținută, sugerează o preocupare că un disconfort temporar este adesea o parte necesară a procesului de schimbare psihologică.

Evenimentul advers este definit ca un prejudiciu care apare într-un proces în cazul în care există cel puțin o ipoteza de cauzalitate. Acest lucru poate fi anticipat (și, prin urmare, identificat în cadrul protocolului studiului) sau neanticipate - aceasta din urmă având o anumită apariție care necesită atenție mai riguroasă, chiar dacă nu a fost observat în protocolul inițial (Duggan, et. Al, 2014). De multe ori, intervențiile sunt oferite persoanelor vulnerabile și nu ar trebui să existe surprindere dacă apar rezultate nedorite.

Evenimentele adverse grave, sunt definite de Ioannidis (2004) ca fiind reacțiile care, în formele lor cele mai severe, pun în pericol viața sau o funcție a individului. Iar astfel de reacții trebuie raportate cu promptitudine autorităților de reglementare.

Conform informațiilor oferite de către Centrul de control și preventive a tulburărilor și bolilor, în anul 2014 au fost raportate 702.000 victime ale abuzului și a neglijării asupra copiilor ele fiind raportate la serviciile de protecție pentru copii. Statisticile au arătat că cei mai tineri copii sunt cei mai vulnerabili, iar procentul de 27% dintre victime au fost identificate sub vârsta de trei ani

2. Tipuri de evenimente adverse exprimate în copilărie



Violența sexuală împotriva copiilor erodează fundația puternică pe care copiii au nevoie pentru a avea și susține o viață sănătoasă și productivă. La nivel global, studiile arată că expunerea la violență în timpul copilăriei poate crește vulnerabilitatea la o gamă largă de probleme de sănătate mintală și fizică, variind de la depresie și sarcini nedorite la boli cardiovasculare, diabet și boli cu transmitere sexuală, inclusiv virusul imunodeficienței umane HIV (Jewkes, R., et.al 2002). În ciuda acestui fapt, în multe țări, amploarea violenței sexuale împotriva copiilor este necunoscută;

Problema abuzului sexual atinge o sensibilitate incredibilă, care de puține ori sunt evidente în preocuparea abuzului sexual, ajunge în cele mai intime, ascunse, private elemente ale vieții familiale și în relațiile copil-adult; reprezintă un set major de rezultate și informații asupra puterii persoanelor masculine (Parton, N., et.al. 1997).

Prin intermediul casetelor video, cărților de povești și prezentărilor, copiii sunt încurajați să denunțe abuzul sexual profesorului sau părintelui. Și un număr din ce în ce mai mare de copii o fac. Profesorii, asistentele medicale și cei din domeniul sănătății mentale sunt obligați acum prin lege să raporteze o „suspiciune rezonabilă” de abuz sexual, chiar dacă înainte nu aveau o astfel de obligație. Pentru un copil mic, abuzul sexual, se include atingerea neautorizată sau atacurile sexuale din partea adulților sau a copiilor mai mari. Părinții sunt împărțiți totuși dacă nevoia de a ști dacă abuzul sexual se extinde și asupra săruturilor și atingerilor între copiii mici de aceeași vârstă. Mulți dintre părinți sunt de părere că acest comportament este inocent și o parte naturală a dezvoltării iar alții sunt convingși că acesta este un comportament promiscuu (Ekman. 2011: 142; 175).

3. Implicațiile Evenimentelor și Comportamentelor Adverse din Copilărie în Adolescență

Wheaton (1994), a constatat că o gamă largă de adversități din copilărie, inclusiv spitalizarea, divorțul părinților, moartea parentală, repetarea unui an de școală sau având un părinte cu o problemă a abuzului de alcool sau o problemă cu drogurile, va avea implicații pentru expunerea la un număr de diferite tipuri de factori de stres mai târziu în viață.

Adversitatea timpurie poate afecta nu numai sănătatea mintală a adulților prin expunerea la stres dar, de asemenea, poate perturba dezvoltarea resurselor sociale și personale.

Masten (1990), de exemplu, a constatat că copiii din centrele de plasament au fost semnificativ mai susceptibili de a dezvolta un pattern al controlului extern decât copiii crescuți la domiciliu. Această incapacitate a copiilor de a schimba în mod eficient experiențele traumatice înainte și după plasarea lor în plasamentele de îngrijire este determinată de anumiți factori, cum ar fi abuzul sau neglijanța, relocarea- acest factor readuce aminte copilului că sentimentul lor de control personal sau de stăpânire asupra vieții lor nu le aparține.

Alți cercetători au analizat legătura dintre adversitatea timpurie și dezvoltarea cognitivă și s-au atribuit performanța educațională mai scăzută și nu a abilităților cognitive. Există unele dovezi că copiii cu un mediu al căminului stresant va avea efecte academice mai slabe decât alți copii din cauza adversității în curs de desfășurare combinată cu incapacitatea lor de a schimba sau de a rezolva situația, acest lucru duce la un sentiment generalizat de neputință.

Brayden și colaboratorii în 1995 (*apud*. Egeland, B 2009), a constatat că abuzul sexual în rândul fetelor în copilărie determină în mod semnificativ depresia la maturitate, prin dezvoltarea săracă a sinelui sau evaluări negative ale sinelui. Alții au analizat mai pe larg la problemele de abuz și au constatat că acei copii care sunt abuzați-fizic, mental, sau sexual- au un risc crescut de



imagine de sine negativă și rezultatele în domeniul sănătății mentale sunt scăzute mai târziu în viață (Ackerman et al. 1998). Abuzul fizic și sexual poate contribui la dezvoltarea de sine scăzută, deoarece copiii dezvoltă o imagine de sine, într-un fel încât să merite tratamentul pe care îl primesc. De asemenea, este posibil ca acești copii abuzați, să dezvolte o stimă de sine scăzută prin procese de comparație socială (Turner, Roszell. 1994). În plus, traumele precoce pot crea reprezentări negative ale eului, care se bazează pe feedback-ul real de la alte persoane.

Copiii care sunt abuzați sau se confruntă cu alte situații traumatice pot primi feedback-uri, care sunt în concordanță cu dezvoltarea unui respect de sine sărac. Condițiile în care acești copii trăiesc le pot expune în mod frecvent la diferite forme de ridiculizare și de degradare. Astfel, copiii care se confruntă cu niveluri ridicate de împotrivire pot dezvolta pur și simplu, auto-identități, care sunt în concordanță cu informațiile pe care ei le primesc. Se poate emite ipoteza că evenimentele stresante și alte evenimente din copilărie sunt, de asemenea, susceptibile de a reduce stima de sine. Copiii care se confruntă cu un nivel ridicat de adversitate cumulativă pot atribui situații problematice pentru propriile neajunsuri, să facă comparații sociale negative între ei și alții mai norocoși, sau de a primi un feedback direct de la alții, care este în concordanță cu imaginea de sine negativă. Stima de sine poate, la rândul său, reduce bunăstarea în mod direct sau a crește vulnerabilitatea individului la stres mai târziu. Stresul din copilărie este legat de simptome de depresie la maturitate, prin efectul său negativ asupra stimei de sine.

Expunerea la experiențele din copilărie adverse a fost legată în mod constant de o serie de probleme de sănătate la vârsta adultă. Modelul medical de îngrijire a sănătății a fost propus pentru ameliorarea efectelor negative ale expunerii la experiențele adverse din copilărie pe o măsură globală a bunăstării copilului. Copiii expuși la experiențe adverse au nivele măsurabile mai scăzute ale bunăstării, după genul, rasa / etnie, vârstă, nivelul de educație parentală, și starea de sănătate specială.

4. Evenimentele adverse și implicațiile în adolescență

4.1 Halucinații auditive

Consecințele abuzului și violenței sexuale poate dermina o serie de efecte adverse, precum depresie, anxietate, stimă de sine scăzută sau chiar halucinații auditive. În literatura de specialitate există un studiu care și-a dorit să determine dacă faptul că au fost abuzați sexual în copilărie este legat de severitatea simptomelor la pacienții care prezintă halucinații auditive.

Un eșantion de 26 de indivizi de sex masculin adulți și de sex feminin cu tulburări psihotice care implică halucinații auditive au fost intervievați și au fost rugați să completeze trei măsuri de auto-raport: Scala Experiențelor Disociative (DES-II și versiunea DES-taxonomice); Inventarul de depresie Beck (BDI); și BAVQ. Cercetătorii au întrebat de asemenea despre orice antecedente de abuz sexual în copilărie.

Rezultatul a fost însemnat cu un istoric de abuz sexual în copilărie, 10 dintre cei 26 de pacienți (38,5%) și de asemenea a fost asociat cu nivele mai ridicate de depresie și de disociere. Cercetătorii au făcut o legătură considerând o tendință de a considera vocile ca fiind mai răuvoitoare. Aceleași trei caracteristici au fost toate asociate cu vârsta raportată la abuzul sexual pentru prima dată, cu o cât vârstă este mai tânără a primei experiențe traumatice, cu atât nivelul de psihopatologie este mai ridicat în majoritatea cazurilor.

Concluziile indică o necesitate pentru o mai mare atenție ce trebuie acordată rolului pe care abuzul sexual îl are în copilărie, pentru a înțelege și pentru a trata halucinații auditive.



4.2. Impactul asupra sănătății fizice și psihice

Există un consens general în domeniul cercetării traumelor, acele este că persoanele care sunt expuse la evenimente traumatice, experimentează probleme fizice de sănătate și psihice (Galea et al, 2005). În special, consecințele traumelor asupra sănătății mintale, cum ar fi depresia, anxietatea și tulburarea de stres post-traumatic (PTSD), au fost în centrul anumitor cercetări. Cercetările au sugerat, că expunerea la evenimente traumatice afectează sanatatea fizică, în acest sens, studiile au arătat o relație între expunerea copiilor la traume și sănătatea fizică la adulți (Thompson et al. 2002.); O mare parte a acestor lucrări a fost efectuat în Statele Unite și în alte țări dezvoltate, acesta este un inconvenient, deoarece unele tipuri de traume (de exemplu, dezastre naturale) sunt predominante, și de obicei mai severe, în țările subdezvoltate și în curs de dezvoltare și aceste populații pot fi deosebit de sensibile la efectele nocive asupra sănătății datorita sărăciei și lipsei resurselor de asistență medicală.

Cu toate că există cercetări privind efectul expunerii traumei asupra sănătății fizice, studiile de cele mai multe ori au avut eșantioane ale unor victime cu tipuri de traume specifice (de exemplu, veterani de război, victime ale abuzurilor fizice și sexuale și a victimelor catastrofelor naturale și cauzate de oameni). De exemplu, la Centrul pentru Controlul și Prevenirea Bolilor s-a efectuat un studiu pe un esantion de peste 7.000 de veterani de sex masculin și a constatat ca cei care au servit în Vietnam au raportat o mai mare prevalență a bolilor, a simptomelor somatice și probleme de fertilitate, comparativ cu cei care nu au servit în război. În studiul Epidemiologic, a arătat ca o expunere la trauma pe tot parcursul vieții a fost asociată cu o sănătate auto-evaluată precară și un număr mai mare de afecțiuni medicale cronice, chiar și cu caracteristicile demografice, anterioare psihiatrice, precum și alte evenimente stresante de viață controlate (Thompson et. Al, 2002). Într-o analiză a studiilor privind relația dintre istoria agresiunii sexuale și sănătatea fizică, rezultatele au arătat ca istoria agresiunii sexuale a fost asociată cu o probabilitate crescută de 46% a unei sănătăți subiective sărace (Golding, J.M. 1997). Mai mult decât atât, experimentând abuzul emoțional sau verbal a fost în mod semnificativ legate de sindromul de colon iritabil la maturitate (Talley. et. al 1994).

Efectul traumelor din copilărie asupra sănătății fizice la vârsta adultă, a fost studiat în rândul unui esantion selectat aleatoriu de adulți, în mediul urban al Mexicului. Adulții au fost intervievați cu privire la experiențele lor de traumă, de tulburări de stres post-traumatic, depresie, și simptome ale sănătății fizice folosind Modulul K al instrumentului „Composite International Diagnostic Interview”, instrumentul „Center for Epidemiologic Studies Depression Scale” și „Physical Symptoms Checklist”.

Trauma a predominat, cu 35%, raportând un eveniment traumatic în copilărie. În general, bărbații au raportat mai multe traume din copilărie decât femeile, cu excepția violențelor sexuale în copilărie, în cazul acesta, femeile au raportat o expunere mai mare. Pentru bărbați, violența sexuală din copilărie a fost introdusă în totalul de evenimente traumatice și în toate subscalele simptomelor sănătății. În cazul femeilor, violența sexuală din copilărie a fost legată de totalul scheletului muscular și simptomelor gastrointestinale și de urinare; Riscurile și accidentele în copilărie au fost legate de totalul simptomelor scheletului muscular, a simptomelor cardio-pulmonare și subscalele simptomelor la nivelul nasului și a gâtului. Depresia mediează relația dintre violența sexuală din copilărie și simptomele fizice de sănătate atât pentru bărbați cât și pentru femei. Printre femei, numai sindromul de stres post-traumatic a mediat relația dintre violența sexuală din



copilărie și totalul simptomelor urinare, muscular-scheletice și gastrointestinale. Sindromul de stres post-traumatic, de asemenea, medieaza relația dintre pericolele, accidentele din copilărie și totalul simptomelor, muscular-scheletice, cardio-pulmonare și a simptomelor nas-gât.

Aceste constatări pot fi folosite pentru a crește gradul de conștientizare în rândul medicilor generaliști, precum și părțile interesate din comunitate, cu privire la prevalența traumei din copilărie în comunitățile mexicane și impactul acesteia asupra rezultatelor ulterioare de sănătate fizică. Cu această conștientizare, practicile de screening ar putea fi dezvoltate pentru a identifica indivizii cu un istoric a traumelor, în scopul de a crește rezultatele pozitive de sănătate în rândul supraviețuitorilor traumelor.

Studiile sugerează că traumele din copilărie are un impact asupra sănătății fizice la vârsta adultă. Dovezile sugerează experiențele din copilărie ale abuzului emoțional, neglijarea, abuzului fizic sunt asociate cu rezultate negative asupra sănătății fizice la vârsta adultă (Thompson et. al 2002). De exemplu, femeile adulte care au raportat abuzul sexual în copilărie au raportat, de asemenea, niveluri mai ridicate de afecțiuni gastro-intestinale, dureri pelviene cronice, precum și alte condiții fizice la maturitate. În alte studii maltratarea în copilărie a fost în mod semnificativ asociată cu dureri de cap, dureri de spate cronice și scurtarea respirației la maturitate (McCauley et.al, 1997).

Un alt tip de traumă din copilărie, care a fost examinată a fost pierderea parentală. Cu toate acestea, există puține studii privind efectele pierderii parentale timpurii asupra sănătății fizice ulterioare. Literatura de specialitate sugerează că pierderea timpurie nu are un efect asupra sănătății fizice pentru adulți, fie pentru problemele cronice sau acute de sănătate (Parton et. al. 1997).

Un aspect important în realizarea acestui studiu este faptul că efectele expunerii traumei asupra sănătății nu pot fi directe, cercetări din trecut au evidențiat o cale indirectă între trauma, sindromul de stres post-traumatic și sănătatea fizică (Norris et. al. 2006). Alții au constatat că persoanele care dezvoltă depresie după evenimente traumatice pot avea, de asemenea, un risc crescut a rezultatelor negative asupra sănătății (Ford, D., 2004). Prin urmare, atunci când se examinează rolul de expunere a traumelor asupra sănătății fizice este de asemenea necesar să se ia în considerare comorbiditatea sindromului de stres post-traumatic, afectele depresiei, ambele tind să fie predominante în urma traumei (Norris. 2006).

5. Reziliența și strategii de reziliență în adolescență

Adolescența este puntea dintre copilărie și maturitate. Este etapa sau timpul din viață care modelează tot restul vieții unui individ, fie pozitiv, fie negativ."Adolescența se referă la setul cu multiple fațete ale secvențelor maturității și elemente care au un impact asupra vieții persoanelor care se îndreaptă spre maturitate." (Bahr, Pendergast. 2007: 14.)

Pentru că fiecare copil este diferit, rata de maturizare a fiecărui adolescent este diferită. Acest lucru înseamnă că nu există markeri clari sau limitele pentru dimensiunile calitative. Există două teorii principale de gândire în jurul adolescenței - cei care analizează parametri biologici și cei care ia în considerare parametri socio-culturali de la maturare.

Adolescenții învață cum să gestioneze gândirea și mintea lor care este într-o schimbare rapidă, același principiu au corpurile și emoțiile lor, în timp ei se îndreaptă către cei mai importanți ani ai educației lor. Ei sunt în cursul de dezvoltare a competențelor cheie care să le permită să



gestioneze viața, în același timp, ca și explorarea identității și potențialul lor. Cea mai puternică metodă de a deveni independenți este marcată de modul în care se va îndepărta de influență parentală.

Reziliența a câștigat o atenție considerabilă de-a lungul ultimelor patru decenii, de când cercetătorii au observat că copiii și tinerii ar putea să facă față și să se adapteze în ciuda adversității. Adolescența este considerată a fi o perioadă de vulnerabilitate pentru majoritatea indivizilor, deoarece împărtășesc adesea un comportament riscant. Folosind mai multe baze de date și criterii de includere, a fost efectuată o trecere în revistă a literaturii de specialitate pentru a determina ceea ce este cunoscut despre acest concept.

Crezând că adolescentul va rămâne pentru totdeauna un copil, este un mod ce îl va pregăti pe părinte pentru dezamăgire și deziluzie. Acceptând faptul că relația copil-părinte este pe cale de a se termina și acceptând și îmbrățișând o relație diferită, dar cu un potențial minunat, care este la un salt depărtare spre obținerea, împreună cu un adolescent a unei noi relații, de părinte-adolescent (Hunter, 2001).

Un mod de a ajuta adolescenții să devină mai rezilienți este prin dezvoltarea competențelor emoționale, sociale și spirituale în prezența adulților sănătoși care au grijă de ei și care înțeleg dezvoltarea unică a adolescentului în plină transformare. Toți adolescenții modelează în mod conștient sau inconștient evoluția propriei identități prin prisma adulților care se află în viața lor.

Organizația Națiunilor Unite face o observație importantă, fundamental globală cu privire la tinerii, un fapt simplu, dar de multe ori ignorat; este ca tinerii de astăzi sunt diferiți de oricare dintre generațiile anterioare de tineret. Este esențial ca intervențiile asupra tinerilor să fie relevante și valabile pentru actuala generație tânără (Bahr, Pendergast, 2007).

O serie de programe formale au fost stabilite pentru a ajuta adolescenții în a dezvolta abilitățile de reziliență. Unele dintre aceste programe vizează grupuri specifice de adolescenți cu risc ridicat, cum ar fi, grupuri care au fost expuse la traume anterioare sau a celor cu o tulburare diagnosticată de sănătate mintală, în timp ce alte programe au o aplicare mai universală.

Evaluări riguroase au identificat mai multe programe eficiente la promovarea abilităților interpersonale a adolescenților și abilitățile lor de a manageria emoțiile și comportamentele. Aceste programe includ atât intervenții bazate pe comunitate cât și bazate pe școală. Printre metodele cele mai de succes au fost activitățile care implică colegii ca lideri sau parteneri de învățare sau de alte activități.

Caracteristicile la nivelul comunităților de asemenea joacă un rol în adoptarea și menținerea rezilienței (Cove et.al 2005). Asemenea caracteristici incluzând suportul comunității și serviciile pentru familie atât informale (persoană la persoană, vecin la vecin) cât și formale (programe private și publice); condițiile comunității și acceptarea comportamentului public și valorizarea persoanelor tinere sunt necesare pentru consolidarea rezilienței în tinerii adolescenți.

Dovezile empirice indică faptul că reziliența este dinamică, dezvoltată în natură și interactivă cu mediul. Au fost studiate o varietate de variabile pentru a clarifica conceptul de reziliență la adolescenți. Există lacune și incoerențe în constatările raportate. Rezultatele revizuirii furnizează resurse utile pentru aplicarea în combaterea unei reziliențe scăzute prin educației medicale, practice, și de cercetare. Resursele și instrumentele de măsurare a rezilienței furnizează cunoștințe suplimentare.

Reziliența este adesea asociată cu discuții despre perioade de tranziție, dezastru sau adversitate. Dacă interesul asupra unui adolescent fără adăpost care trăiește pe stradă, o familie



disfuncțională, sau comunitățile care încearcă să reconstruiască după un dezastru, oamenii rezilienți par a supraviețui. Reziliența este adesea privită ca o calitate adaptativă sau o calitate a rezistenței persoanele asupra stresului, care permite o prosperitate în ciuda adversității. Cu toate că există controverse cu privire la faptul că reziliența este o caracteristică, un proces sau un rezultat, construcția a fost caracterizată de mulți cercetători ca un proces dinamic, printre factorii care ar putea media rezultatele dintre un individ și mediul său și rezultat.

Studiile rezilienței din copilărie au început cu ani în urmă, când cercetătorii psihosociali au observat că unii indivizi au fost în măsură să facă față și să supraviețuiască în ciuda condițiilor nefavorabile (Masten. 1990).

Cercetătorii au înțeles că cunoașterea este esențială în planificarea intervențiilor de promovare a sănătății mintale la copii care au fost expuși la riscuri. Masten (1994) a descoperit că de obicei, copiii s-au descurcat prost când factorii de risc au crescut și reziliența s-a diminuat. A devenit clar faptul că copiii și adolescenții de risc au experimentat riscurile și sentimentele de vulnerabilitate, în mod diferit, în funcție de stadiul de dezvoltare la care au ajuns.

5. Metodologia cercetării

5.1. Obiective

Obiectivul general al acestei cercetări este descoperirea unei existențe a relațiilor dintre evenimentele adverse petrecute în copilărie și reziliența la adolescență. Se dorește în cercetarea prezentă vizualizarea efectelor pe care evenimentele adverse petrecute în copilărie le are în viața adolescenților. Modul în care reziliența intervine în viața adolescenților și combate efectele traumatiche. De asemenea s-a dorit observarea impactului pe care strategiile de reziliență ajută adolescentul să se dezvolte armonios în această perioadă. Strategiile de reziliență îl ajută pe adolescent să se integreze în societate.

5.2. Ipoteze

1. Studiu Explorator- Se aplică ANOVA pentru a determina cum evoluează scorurile la factorii de reziliență în funcție de fiecare scor la evenimentele adverse.
2. Studiu explorator- Urmărim să găsim corelații semnificative dintre factorii RASP și ACE.

5.3. Participanți la studiu

În această cercetare, eșantionul a avut un număr de 332 de participanți dintre care 163 au fost fete iar 169 au fost băieți, eșantionul, a fost omogen din punct de vedere al vârstei, între 16 și 20 de ani, atât băieții cât și fetele din această cercetare au fost recrutați din grupuri liceale. Liceele care au participat la această cercetare au fost din mediul urban și ocupând diverse nivele din punctul de vedere a ratei de succes academic. Lucian Blaga, Alexandru Ioan Cuza, Mircea cel Batran, Regina Maria, Virgil Madgearu, George Călinescu, Traian, Gheorghe Duca, Gheorghe Miron Costin, Dimitrie Leonida, Decebal, Carol I au fost liceele care au fost solicitate în a participa.

Adolescenții participanți minori, au primit un formular de acord care a trebuit fi semnat de tutorii legali. De asemenea se menționează că elevii nu au primit note sau calificative pentru participarea la acest studiu.



5.4. Instrumente de cercetare

- Acordul părinților privind participarea copilului la cercetarea psihologică
- **ACE-Chestionarul Experiențelor adverse din copilărie** - Masurarea evenimentelor adverse din copilărie
- **RASP Profilul Rezilienței și a Abilităților de Aptitudine**

6. Analiza și interpretarea datelor

Ipoteza 1: Studiu Explorator- Se aplică ANOVA pentru a determina cum evoluează scorurile la factorii de reziliență în funcție de fiecare scor la evenimentele adverse.

Corelațiile pozitive obținute cu un prag de semnificație de 0,01 și 0,05 susține această ipoteză.

Deși cercetările din domeniul indică mai multe serii de corelații între instrumentele de măsurare a evenimentelor adverse –ACE și reziliență –RAST, în această cercetare, corelațiile nu au fost la așteptările avute. În cercetarea de a înțelege faptul pentru care rezultatele nu au fost asemănătoare cu rezultatele cercetărilor din domeniu, am observat o serie de caracteristici care au putut influența rezultatele așteptate.

Așa cum am specificat și în eșantionarea respondenților, liceele participante au fost din mediul urban, un număr de 70 de participanți din totalul de 332, provin din mediul rural. Este important de menționat faptul că omogenitatea liceelor nu este una pozitivă deoarece, printre liceele participante s-au aflat licee cu prestigiu și cu o medie de admitere ridicată și au existat licee participante cu un scor semnificativ mai mic în ceea ce privește admiterea la liceu. Mediile pornind de la 9.88 și ajungând chiar la o medie de 3.32, acest lucru compensând mediile și nivelul de înțelegere ridicat ale liceelor și respectiv a adolescenților, cu un rating ridicat în evaluarea făcută de instituțiile acreditate, cu cele ale liceelor cu un rating mai mic al nivelului de înțelegere și a mediilor.

Un alt motiv poate fi chiar faptul că adolescenții nu au înțeles cu adevărat întrebarea și au răspuns superficial la chestionare. Nu este exclus faptul că respondenții să se fi plictisit și din cauza faptului că testele aplicate au fost într-o ordine anume, să fi răspuns onorabil în primele părți ale cercetării și pe parcurs să fi intervenit plictiseala sau chiar atingerea unor puncte sensibile ale adolescentului și a ales să răspundă într-un mod neconcordant cu ceea ce a exprimat în primele secțiuni ale cercetării.

În timpul aplicării au existat cazuri în care a trebuit să explic anumite termeni uzuali sau chiar citirea itemilor cu voce tare la solicitarea unor respondenți.

Reziliența apărută în urma experiențelor adverse avute, se concentrează pe rolul familiei și importanța capitalului social ca factor protector. Capitalul social, cum ar fi un interes pentru creșterea copilului, a adolescentului și implicarea în carierele educaționale ale acestora sau aspirațiilor parentale în ciuda dezavantajelor economice, conduce la realizarea educațională în situații dezavantajate. Acesta este un motiv pentru care reziliența nu poate fi percepută semnificativ pentru a fi analizată.

Având în vedere că adolescenții ar trebui să fie încurajați să ia anumite riscuri, în scopul de a dezvolta capacitatea de adaptare în viitor, este necesar același sistem de dezvoltare pentru



persoanele cu handicap, întradevăr, ei au nevoie de un ajutor și o susținere, de o informare mai amănunțită. În urma cercetării, tinerii nu ar trebui să fie percepuți "la risc", pur și simplu, deoarece aceștia prezintă niveluri scăzute ale insight-ului, a inițiativei, creativității, independenței, umorului sau a relațiilor.

De asemenea, nu trebuie să se presupună că acești tineri sunt imuni la abuz, atunci când, de fapt, aceștia sunt mai expuși riscului de abuz decât alții tineri. În cele din urmă, mulți adolescenți au nevoie de strategii eficiente pentru tratarea obstacolelor cu care se confruntă. Comportamentul anti-social adolescentin și ofensator al tinerilor este legat de mai mulți factori de risc, pentru o capacitate de adaptare ridicată este necesar să se elaboreze programe care să încurajeze și să sprijine reziliența adolescenților împotriva unor astfel de riscuri. Programele de prevenire și de reabilitare vor avea un rezultat mai bun decât pedeapsa oferită de persoanele cu o autoritate asupra acestuia.

De asemenea, experiențele atât pozitive cât și negative ale acestor familii determină în mod important rezultatele adolescenților asupra capacității lor de reziliență.

În ciuda limitărilor sale, această cercetare aduce o contribuție semnificativă la eforturile care se ocupă cu elaborarea și practicile de abordare a riscurilor și rezilienței adolescenților. Privind aspectele pozitive ale fiecărui adolescent individual și conturarea planurilor de tratament în jurul acestor aspecte pozitive, cei implicați în activitatea terapeutică poate spori capacitatea de adaptare.

Scopul principal al acestui studiu a fost acela de a explora relațiile dintre reziliență și evenimentele adverse din copilărie. Reziliența, stilurile de gândire, dorința de auto-depășire și strategiile de reziliență au fost elementele care s-a dorit a reieși din cercetare.

Rezultatele cercetărilor au demonstrat că adolescenții, extrem de rezilienți și rezistenți la adversitate și evenimente stresante, s-au perceput ca fiind mai eficienți de-a lungul vieții cât și în context școlar specific, în comparație cu cei cu o reziliență scăzută. S-a dovedit faptul că adolescenții rezilienți erau gânditori și capabili să rezolve probleme concrete în felul lor, în contrast cu rigiditatea sistemului, adoptând strategia orientată spre sarcină, și maximizarea schimbării. În plus, reziliența la adolescenți a fost, de asemenea, o capacitate de a analiza și gândi ridicată care ar putea să respecte regulile dar sub de supravegherea unei persoane impunătoare.

Descoperirea făcută este o confirmare suplimentară a rolului semnificativ al rezilienței și rezistenței la experiențe adverse în stilul de gândire diferă, acest lucru se poate spune și în contextul școlar. Adolescenții rezilienți au fost extrem de eficienți, atât în contextul general și cel social.

Rezultatele obținute în această lucrare nu au prezentat efecte semnificative între testul RASP și ACE. Printre limitele prezentului studiu, este posibil să se indice importanța de a reproduce această anchetă, cu un număr mai mare de adolescenți pentru reprezentativitatea eșantionului și să existe o atenție sporită la motivele indicate mai sus, în scopul de a sublinia rolul rezilienței și a strategiilor de reziliență în conformitate cu experiențele adverse trăite în copilărie.

Ipoteza 2. Studiu explorator- Urmărim să găsim corelații semnificative dintre factorii RASP și ACE.



Corelațiile pozitive obținute cu un prag de semnificație de 0,01 și 0,05 susține această ipoteză.

Deși cercetările din domeniul indică mai multe serii de corelații între instrumentele de măsurare a evenimentelor adverse –ACE și reziliență –RAST, în această cercetare, corelațiile nu au fost la așteptările avute. În cercetarea de a înțelege faptul pentru care rezultatele nu au fost asemănătoare cu rezultatele cercetărilor din domeniu, am observat o serie de caracteristici care au putut influența rezultatele așteptate.

Așa cum am specificat și în eșantionarea respondenților, liceele participante au fost din mediul urban, un număr de 70 de participanți din totalul de 332, provin din mediul rural. Este important de menționat faptul că omogenitatea liceelor nu este una pozitivă deoarece, printre liceele participante s-au aflat licee cu prestigiu și cu o medie de admitere ridicată și au existat licee participante cu un scor semnificativ mai mic în ceea ce privește admiterea la liceu. Mediile pornind de la

9.88 și

Tabel 1. Corelații		total disfuncții	total abuz	total neglijare	total ace	total rasp
total_ disfuncții	Pearson Correlation	1	,385**	,250**	,689**	,032
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,559
	N	332	332	332	332	332
total_ abuz	Pearson Correlation	,385**	1	,447**	,890**	,021
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,702
	N	332	332	332	332	332
total_ neglijare	Pearson Correlation	,250**	,447**	1	,660**	,087
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,113
	N	332	332	332	332	332
total_ ace	Pearson Correlation	,689**	,890**	,660**	1	,050
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,359
	N	332	332	332	332	332
total_ rasp	Pearson Correlation	,032	,021	,087	,050	1
	Sig. (2-tailed)	,559	,702	,113	,359	
	N	332	332	332	332	332

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



ajungând chiar la o medie de 3.32, acest lucru compensând mediile și nivelul de înțelegere ridicat ale liceelor și respectiv a adolescenților, cu un rating ridicat în evaluarea făcută de instituțiile acreditate, cu cele ale liceelor cu un rating mai mic al nivelului de înțelegere și a mediilor.

Un alt motiv poate fi chiar faptul că adolescenții nu au înțeles cu adevărat întrebarea și au răspuns superficial la chestionare. Nu este exclus faptul că respondenții să se fi plictisit și din cauza faptului că testele aplicate au fost într-o ordine anume, să fi răspuns onorabil în primele părți ale cercetării și pe parcurs să fi intervenit plictiseala sau chiar atingerea unor puncte sensibile ale adolescentului și a ales să răspundă într-un mod neconcordant cu ceea ce a exprimat în primele secțiuni ale cercetării.

În timpul aplicării au existat cazuri în care a trebuit să explic anumii termeni uzuali sau chiar citirea itemilor cu voce tare la solicitarea unor respondenți.

Corelațiile obținute între disfuncții și abuzul total, totalul neglijării și total ACE precum și cele dintre rezultatul total al neglijării și totalul ACE sau între total neglijare și total ACE desemnează faptul că evenimentele traumatice petrecute în copilărie se cumulează pe parcursul acesteia și se contopesc în totalul ACE.

Efectul stresului toxic care rezultă din urma traumelor pot să nu fie vizibile imediat sau să apară imediat și cum oricine s-ar aștepta. Unele surse traumatice de stres toxic pot să nu fie evidente pentru clinician. Abuzul psihologic poate fi traumatic și stresant. Așa cum și corelațiile arată, neglijarea poate fi, de asemenea, traumatică. Neglijările sunt de cele mai multe ori cronice, nu sunt în mod continuu satisfăcute nevoile de bază ale copilului, cum ar fi hrana, adăpostul sau securitatea emoțională. Capacitatea unui individ de a depăși cu succes experiențe negative din trauma depinde de mai mulți factori ce țin de interacțiunea complexă dintre aceste sisteme. Cu toate acestea, experiențele adverse și traumatice din copilărie, nu dictează viitorul copilului. Copiii supraviețuiesc și chiar prosperă în ciuda traumei din viața lor. Pentru acești copii, experiențele adverse sunt contrabalansate cu factori de protecție. Evenimentele adverse și factori de protecție, împreună cu experiența adversă au potențialul de a favoriza capacitatea de adaptare. Cunoștințele noastre despre ceea ce constituie capacitatea de adaptare la copii este în evoluție, dar știm că mai mulți factori sunt pozitiv legați de o astfel de protecție, inclusiv capacitatea cognitivă, relațiile de atașament sănătoase (în special, cu părinții și îngrijitorii), motivația și capacitatea de a învăța și de a se angaja cu mediul, capacitatea de a regla emoțiile și comportamentul, și sistemele de susținere de mediu, inclusiv educația, credințele culturale, școlile comunității. În acești factori de protecție este inclusă creativitatea și insight-ul copilului, capacitatea lui de a înțelege și de a rezolva o problemă.

În prezent există mai multe dovezi bazate pe tratamente clinice eficiente pentru a apela la intervenția copiilor și a adolescenților care au experimentat traume și adversitate, incluzând terapiile bazate pe partea cognitiv-comportamentală, Terapie interactivă părinte-copil. Fiecare dintre aceste programe include atenție asupra capacității parentale și funcționează pe stabilirea de comportamente care promovează reziliența în copil și părinte. inițiative proactive, cum ar fi programe de vizitare acasă pentru familiile cu risc ridicat.

Capacitatea insight-ului la adolescenții cu traume în copilărie rezează o metodă de învățare și de rezolvare a problemelor care se întâmplă brusc în viața lor prin înțelegerea relațiilor diferite ale problemei. Adolescentul cu o perspectivă a insight-ului va înțelege mult mai ușor faptul că nu el este de vină pentru ceea ce i se întâmplă și că este necesar de a dezvolta cât mai mult



această capacitate pentru a trece mai ușor peste evenimentele traumatice și de stres și de a își continua drumul și dezvoltarea sănătoasă în viață.

O altă capacitate de reziliență în urma evenimentelor de stres din copilărie este creativitatea. Nici un copil nu este și nici nu va fi invulnerabil la stresul psihologic și emoțional. Când adversitatea este continuă și extremă și nu este moderată de factorii externi ai copilului, creativitatea și reziliența va avea cheile către abilitatea copilului de a face față acestei situații. Creativitatea este fluența și flexibilitatea de a gândi a adolescentului, originalitatea, perceptivitatea problemelor și abilitatea de a redefini și elabora idei. Adolescentul găsește în creativitate modalitatea de a combate efectele evenimentelor adverse, prin detașarea adolescentului și concentrarea pe activități creative. Implicarea adolescentului în activități competiționale și recreative îl ajută pe acesta în lupta lui cu efectele adverse ale copilăriei.

Creativitatea ajută copiii să devină adulți de succes care pot pune la îndoială acuratețea informațiilor și de a le utiliza constructiv. Implicarea copiilor în activitățile creative a rezultat faptul că reduce ratele de renunțare și îmbunătățește motivația studenților.

Psihologii clinicieni de asemenea au descoperit că activitățile creative pot servi la o salvare a copilului din fața stresului și a evenimentelor traumatice și poate ajuta copilul în a se dezvolta armonios după efectele adverse ale evenimentelor traumatice.

Concluzii

Evenimentele adverse din copilărie exercită o influență impresionantă în dezvoltarea adolescentului, în capacitatea lor de reziliență și de asemenea a strategiilor lor de adaptare a capacității. Evenimentele adverse din copilărie este o unealtă puternică folosită împotriva adolescentului în dezvoltarea lor comportamentală sau socială. O reziliență ridicată a adolescentului, determină o dezvoltare armonioasă și în concordanță cu teoriile de specialitate. Evenimentele traumtice pe care copiii le pot avea încă din primii ani de viață reprezintă o semnătură a acestuia și care poate fi schimbată doar de reziliența lor la vârsta adolescentină.

Conținutul lucrării de față analizează în partea teoretică diferențele concepții referitoare la relația dintre evenimentele traumatice petrecute în copilărie și reziliența obținută de către adolescent, este o problemă centrală și foarte dezbătută de autorii de specialitate. Aceste elemente au ipotașă majoră a adolescentului și de asemenea ea poate fi o influență asupra oamenilor din jur. Individul cu o reziliență sporită este considerat atât de autori cât și de respondenți ca un individ ce a reușit să combată și să îndepărteze efectele nocive ale evenimentelor adverse din copilărie. În schimb, pentru persoanele cu o reziliență scăzută s-a demonstrat că sunt incapabili de a se dezvolta armonios dar este de menționat că oricând pot exista și exemple contrare.

Bibliografie

- Eva, K. (2011). Trauma from pathology to growth, Cluj-Napoca: Editura ASCR
- Lazarus, R.S. (2011). Emoție și adaptare; trad. Iulia D., București: Editura Trei
- Duggan, C., Parry, G., McMurrin, M., Davidson, K., Dennis, J. (2014). The recording of adverse events from psychological treatments in clinical trials: evidence from a review of NIHR-funded trials (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4152561/>, accesat la 18.03.2016)



Ioannidis, J.P., Evans, S.J., Gotzsche, P.C., O'Neill, R.T., Altman, D.G., Schulz, K., Moher, D. (2004). Better reporting of harms in randomized trials: an extension of the CONSORT statement, *în Ann Intern Med*, pp.450-45

Jewkes, R., Sen, P., Garcia-Moreno, C. (2002). Sexual violence *în Geneva, Switzerland: World Health Organization*, pp. 82-147

Parton, N., Thrope, D., Wattam, C. (1997). Child protection, Editura MACMILLAN PRESS LTD, Londra

Ekman, P. (2011). *De ce mint copiii?*, trad.Ilinca, H., Bucuresti: Editura Trei

Wheaton, B. (1994). Sampling the stress universe, *în Stress and mental health: Contemporary issues and prospects for the future*, pp. 77– 114

Masten, A. (1990). Resilience and development: contributions from the study of children who overcome adversity, *în Development and Psychopathology*, pp. 122-134

Egeland, B. (2009). Taking stock: Childhood emotional maltreatment and developmental psychopathology, *în Child Abuse & Neglect*, Nr.33, pp.155-17

Turner, R. J., Roszell, P. (1994). Psychosocial resources and the stress process, *în Stress and mental health: Contemporary Issues and Prospects for the Future Plenum*, pp.179-212.

Ackerman, P. T., Newton, J. E., McPherson, W. B., Jones, J. G., Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both), *în Child Abuse Neglect*. Nr 22 pp. 47-50.

Galea, S., Nandi, A., Vlahov, D. (2005). The epidemiology of post- traumatic stress disorder after disaster, *în Epidemiologic Reviews*, Nr. 27, pp.78–91.

Thompson, M. P., Arias, I., Basile, K. C., Desai, S. (2002). The association between childhood physical and sexual victimization and health problems in adulthood in a nationally representative sample of women, *în Journal of Interpersonal Violence*, Nr.17, pp. 115– 129

Golding, J. M., Cooper, M. L., George, L. K. (1997). Sexual assault history and health perceptions: Seven general population studies, *în HealthPsychology*, Nr.16, pp.417–425

Talley, N. J., Fett, S. L., Zinsmeister, A. R., Melton, L. J. (1994) Gastrointestinal tract symptoms and self-reported abuse: A population-based study, *în Gastroenterology*, Nr. 107

Thompson, M. P., Arias, I., Basile, K. C., Desai, S. (2002)., The association between childhood physical and sexual victimization and health problems in adulthood in a nationally representative sample of women, *în Journal of Interpersonal Violence*, Nr.17, pp. 115– 129

Parton, N., Thrope, D., Wattam, C. (1997) Child protection, Editura MACMILLAN PRESS LTD, Londra

Norris, F. H., Murphy, A. D., Baker, C. K., Perilla, J. L., Rodriguez, F. G., Rodriguez Jde, J. (2003) Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico, *în Journal of Abnormal Psychology*, Nr. 112, pp. 646–656

Norris, F. H., Slone, L. B., Baker, C. K., Murphy, A. D. (2006). Early physical health consequences of disaster exposure and acute disaster-related PTSD, *în Anxiety, Stress, and Coping*, Nr.19, pp. 95–110

Bahr, N. , Pendergast, D. (2007). *The Millennial Adolescent*, Editura ACER Press, Victoria
Hunter, A., 2001, A cross-cultural comparison of resilience in adolescents, *în Journal of Pediatric Nursing*, Nr. 16, pp. 172-179



Hunter, A., Chandle, G. (1999). Adolescent resilience, în *Journal of Nursing Scholarship*, pp. 31, 243-247

Cove, E., Eiseman, M., Popkin, S. J. (2005). Resilient children: Literature review and evidence from the HOPE VI Panel Study, în *The Urban Institute*, pp.98-105

Covey, S. R. (2006). *The Speed of Trust*, Editura Free Press, New York

Masten, A. (1990). Resilience and development: contributions from the study of children who overcome adversity, în *Development and Psychopathology*, pp. 122-134