

Psihološka otpornost i promicanje oporavka od psihičkih bolesti

Kosi, Tihana

Professional thesis / Završni specijalistički

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, University of Zagreb, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:131:192816>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-05**



Sveučilište u Zagrebu
Filozofski fakultet
University of Zagreb
Faculty of Humanities
and Social Sciences

Repository / Repozitorij:

[ODRAZ - open repository of the University of Zagreb
Faculty of Humanities and Social Sciences](#)





Sveučilište u Zagrebu
FILOZOFSKI FAKULTET

Tihana Kosi

PSIHOLOŠKA OTPORNOST I PROMICANJE OPORAVKA OD PSIHIČKIH BOLESTI

SPECIJALISTIČKI RAD

Zagreb, 2019.



Sveučilište u Zagrebu
FILOZOFSKI FAKULTET

Tihana Kosi

PSIHOLOŠKA OTPORNOST I PROMICANJE OPORAVKA OD PSIHIČKIH BOLESTI

SPECIJALISTIČKI RAD

Mentorica: Prof. dr. sc. Anita Lauri-Korajlija

Zagreb, 2019.

Naziv sveučilišnoga poslijediplomskog studija:

Specijalistički studij kliničke psihologije

Specijalistički rad obranjen je 07.01. pred Stručnim povjerenstvom u sastavu:

1. prof. dr. sc. Lidija Arambašić
2. izv. prof. dr. sc. Anita Lauri Korajlija
3. doc. dr. sc. Miranda Novak (Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Zagreb)

ŽIVOTOPIS MENTORA

Anita Lauri Korajlija 1994. godine upisala je studij psihologije na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu. Diplomirala je 1999. godine te iste godine upisala je poslijediplomski studij psihologije, završivši ga uspješnom obranom magisterija 2004. godine. U ožujku 2010. godine obranila je doktorsku dizertaciju s temom „Perfekcionizam i anksiozna osjetljivost kao rizični faktori za razvoj anksioznih smetnji: Kvantitativna i kvalitativna studija“ pod mentorstvom prof. dr. Nataše Jokić-Begić. Nakon diplome sudjelovala je na više stručnih i znanstvenih programa izobrazbe. Od studenog 2001. godine zaposlena je kao znanstvena novakinja na Katedri za zdravstvenu i kliničku psihologiju Odsjeka za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu. U zvanje docenta izabrana je 2012. godine. U preddiplomskim, diplomskim i specijalističkim programima studija psihologije sudjeluje u nastavi na više kolegija. Pod njezinim mentorstvom obranjen je veći broj diplomskih radova na Odsjeku za psihologiju. Sudjeluje u radu Savjetovališta za studente Filozofskog fakulteta u Zagrebu, kao koordinator Savjetovališta te kao savjetovatelj. Surađivala je na više projekata Hrvatskog saveza slijepih te Autonomne ženske kuće, održala je predavanja i radionice na stručnim skupovima psihologa, liječnika i farmaceuta. Članica je međunarodnog udruženja za istraživanje stresa i anksioznosti, Hrvatskog psihološkog društva, Hrvatskog udruženja za bihevioralno-kognitivne terapeute i Hrvatske psihološke komore.

SAŽETAK

Koncept otpornosti prepoznat je u psihologiji još od druge polovice 20. stoljeća, opisujući dobru prilagodbu usprkos izloženosti riziku i negativnim životnim okolnostima. Unatoč dugoj tradiciji istraživanja u području razvojne psihopatologije i traumatologije te sve većem razumijevanju temeljnih odrednica otpornosti, područje je opterećeno teorijskim prijeporima koji usporavaju njegov razvoj, ali ne umanjuju sve veći istraživački i praktični interes, osobito u zaštiti mentalnog zdravlja. Otpornost je aktivan razvojni proces, ovisan o međudjelovanju čimbenika na više razina. Upravo dinamična kvaliteta koncepta otvara mogućnost za terapijsko djelovanje i kreiranje programa za osnaživanje individualne otpornosti kod pojedinaca s povišenim rizikom za psihičku bolest. U ovom radu sveobuhvatno je prikazan koncept psihološke otpornosti i razvoja teorijskih spoznaja, no i praktičnih implikacija u kliničkoj psihologiji i psihijatriji. Naglašeno je kako jačanje različitih čimbenika otpornosti može doprinijeti ostvarenju pozitivnih životnih ishoda, kao i boljoj prognozi ozbiljnih psihičkih bolesti, što predstavlja važan iskorak prema poboljšanju kliničke prakse.

Ključne riječi: psihološka otpornost, psihičko zdravlje, psihička bolest, oporavak, intervencija

SUMMARY

The concept of resilience, describing the phenomenon of successful adaptation despite risk and adversity, has been recognized in psychology since the second half of the 20th century and researched in fields of developmental psychopathology and traumatology. Despite the increase in understanding the basic determinants of resilience, there are still major theoretical discrepancies in defining resilience, which compromises the development of the field, but with growing interest in its usage in mental health care. Resilience is an active and developmental process, dependent on the interaction of multilevel factors. The dynamic nature of resilience opens up the possibility of intervention and implementing programs to enhance resilience in individuals at increased risk for mental illness. This paper brings a comprehensive review of the concept of psychological resilience and the development of theoretical framework, as well as practical implications for clinical psychology and psychiatry. It is highlighted how strengthening the various resilience factors can contribute to positive life outcomes and a better prognosis of serious psychiatric illnesses, which is an important step towards improving clinical practice.

Keywords: psychological resilience, mental health, mental illness, recovery, intervention

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Definiranje otpornosti	2
1.1.1. Životna teškoća	7
1.1.2. Pozitivna prilagodba	9
1.1.3. Otpornost i ranjivost	12
1.1.4. Otpornost – osobina ličnosti, proces ili ishod?	14
1.1.5. Čimbenici otpornosti	18
2. Cilj	22
3. Metodologija rada	22
3.1. Organizacija rada	22
4. PREGLED REZULTATA	24
4.1. Modeli otpornosti	24
4.2. Povijest istraživanja otpornosti	27
4.2.1. Četiri vala istraživanja otpornosti	30
4.3. Mjerenje otpornosti	32
4.4. Otpornost, psihičko zdravlje i psihička bolest	35
4.4.1. Oporavak i otpornost	38
4.5. Promicanje otpornosti	39
4.5.1. Intervencije za promicanje otpornosti	40
4.5.2. Intervencije kod osoba s psihičkim bolestima	46
5. RASPRAVA I ZAKLJUČAK	51
6. LITERATURA	54
7. PRILOG	62

1. UVOD

Psihološka otpornost može se definirati kao pozitivna prilagodba unatoč nepovoljnim životnim okolnostima i nedaćama, s kojima se ljudi neminovno susreću (Luthar, Cicchetti i Becker, 2000a). Svaka osoba tijekom svog života, može doživjeti niz nemilih, stresnih ili traumatskih događaja, od prirodnih katastrofa, smrti bliskih osoba, terorističkih napada, ozbiljnih i životno ugrožavajućih bolesti ili ozljeda, no postoje značajne interindividualne razlike u neposrednim reakcijama i kasnijim životnim ishodima (Mancini i Bonanno, 2006). Određen dio ljudi razvija kronične, pa čak i onesposobljujuće psihopatološke smetnje, no većina pokazuje psihološku otpornost na negativne utjecaje stresnih životnih događaja ili oporavak nakon početne uznemirenosti. Kod nekih, smetnje se mogu razviti i s vremenskom odgodom, nakon prvotno nepromijenjenog funkcioniranja (Southwick, Sippel, Krystal, Charney i Mayes, 2016). Psihološka otpornost predstavlja ključnu varijablu koja odgovara na pitanje zbog čega se neki ljudi uspijevaju othrvati, uspješno oporaviti ili pokazati poboljšano funkcioniranje nakon životnih teškoća.

Mnogo je inspirativnih priča o ljudima koji su uspjeli pobijediti razne nedaće i katastrofe, „preživjeti“ često višestruke negativne okolnosti u svom odrastanju te kasnije uspjeti u životu. Psiholog George Vaillant u opisivanju otpornosti koristi metaforu grančice sa živom, svježom srži, koja se, kada se presavine, ne slomi, već vrati u svoj položaj i nastavlja rasti (Vaillant, 2002, prema Southwick, 2012). Pritom, otpornost ne podrazumijeva apsolutnu i neprobojnu neranjivost ili potpuni izostanak psihološke uznemirenosti, već sposobnost i kapacitet za suočavanje s različitim životnim teškoćama, s istodobno očuvanom funkcionalnošću u važnim životnim područjima. Otpornost se može opisati kao *atipičan* fenomen, budući da se odnosi na funkcioniranje koje u pozitivnom smjeru odstupa od očekivanog, no ujedno se radi i o nečemu što je uobičajeno, svakodnevno te inherentno različitim sustavima, o čemu će kasnije više biti govora. Masten (2001) sposobnost savladavanja životnih prijetnji i kriza ne smatra iznimnim talentom niti nadljudskom „supermoći“ koja je dostupna samo nekolicini odabranih pojedinaca. Upravo suprotno, ljudi od najranije dobi u pravilu uspješno rješavaju razvojne krize i napreduju kroz životne izazove i probleme, zbog čega otpornost naziva „običnom čarolijom“, kako bi se naglasilo kako se radi o uobičajenom procesu, temeljenom na običnim i svakodnevnim zaštitnim čimbenicima.

Jedan od glavnih problema, kojim je područje otpornosti opterećeno, manjak je dosljednosti u konceptualiziranju i operacionalizaciji konstrukta, što je Vaillant dobro primijetio u svojoj konstataciji da svi savršeno dobro znaju što je otpornost, sve dok je ne pokušaju definirati

(Vaillant, 1993, prema Gillespie, 2007). Kritičari otpornost vide kao previše složen, proturječan i zastarjeli konstrukt (Kaplan, 1999). Jedan od vodećih autora, Michael Rutter (1999), otpornost naziva i „Rorschachom milenija“, s obzirom na proizvoljnost u tumačenju i korištenju koncepta od strane različitih istraživača, no te kritike su dovele do pojačanih napora prema boljem razumijevanju, definiranju i operacionaliziranju otpornosti, što je nužno za napredak istraživanja, no i za praktičnu primjenu spoznaja u prevenciji i tretmanu psihijatrijskih poremećaja. Naime, otpornost se sve više istražuje na području psihičkog zdravlja, s prepoznatim neospornim potencijalom u promicanju psihičkog zdravlja, dobrobiti i kvaliteti života (Windle, 2011), prevenciji nastanka psihičkih teškoća, pa i procesu oporavka od ozbiljnih psihičkih bolesti, poput shizofrenije (Bozikas, Parlapani, Holeva, Skemperi, i Bargiota, 2016; Mizuno, Wartelsteiner i Frajo-Apor 2016). Konstrukt otpornosti značajan je i zbog toga što predstavlja prekretnicu u psihologiji i psihijatriji, te promjenu od patogene paradigme, koja je usmjerena na teškoće, bolesti i poremećaje, prema salutogenoj paradigmi usmjerenoj na snage, kompetencije i adaptivne ishode. Salutogeneza, prema Antonovskom (1979, prema Schoon, 2006), u doslovnom značenju „stvaranje zdravlja“, koristi se za opisivanje razvojnih procesa koji dovode do pozitivnih ishoda, te nastoji spoznati čimbenike koje doprinose zdravlju. Naglasak nije više samo na proučavanju uzroka i sprečavanju razvoja bolesti, problema u prilagodbi i psihološkom funkcioniranju, već i na razumijevanju i poticanju psihičkog zdravlja i dobrobiti. Utvrđeno je da isti rizični čimbenici za razvoj psihijatrijskih poremećaja, ne dovode nužno do identičnih ishoda i životnih puteva (Stainton, 2018). Značajni rizični čimbenici tijekom razvoja ne određuju daljnji životni tijek osobe te je ne „osuđuju“ na neminovni razvoj psihopatologije ili drugih smetnji u funkcioniranju, što donosi i novu perspektivu u poimanje psihopatologije, kao i mogućnost oporavka od psihičkih bolesti. Otpornost se prepoznaje kao jedan od ključnih čimbenika u procesu oporavka, što pruža nadu i za kliničku praksu (Amering i Schmolke, 2009).

1.1.1. Definiranje otpornosti

Riječ otpornost (engl. *resilience*), potječe iz latinske riječi „resilire“, koja znači „odskočiti“, „vratiti se u prvobitni položaj“, a Oxford rječnik engleskog jezika definira je kao sposobnost osobe da podnese ili da se brzo oporavi od teških okolnosti (Fletcher i Sarkar, 2013).

Koncept otpornosti preuzet je iz tehničkih i prirodnih znanosti, gdje označava sposobnost objekta da „povrati svoj originalni oblik i položaj nakon savijanja ili istežanja“ (Windle, 2011). Lazarus (1993, prema Fletcher i Sakar, 2013) navodi primjer elastičnosti metala; otporni metali

pod pritiskom i silom ne pucaju, već se savijaju i vraćaju u prvobitni položaj. U ekologiji, otpornost se odnosi na kapacitet sustava da apsorbira smetnju, reorganizira se i opstaje u sličnom stanju (Gunderson, Allen i Holling, 2002, prema Masten, 2014). Otpornost uključuje sposobnost odskakanja, elastičnosti i oporavka uoči neke teškoće (Gillespie, 2007).

Otpornost je predmet istraživanja u različitim znanstvenim i tehničkim disciplinama, poput psihologije i društvenih znanosti, ekonomije, vojne znanosti, ekologije, urbanizma, održivih znanosti, tehnologije i informacijskih znanosti (Graber, Pichon i Carabine, 2015). Široka primjenjivost koncepta povezana je s njegovim značenjem u okviru sistemske teorije, prema kojem se otpornost može odnositi na bilo koji dinamični sustav te konceptualizirati kao kapacitet prilagodbe ili oporavka od značajne prijetnje njegovoj funkcionalnosti, održivosti i razvoju. (Masten, 2018; Ungar, 2018). Otpornost se pritom može primijeniti na različite sustave koji mogu biti živi ili neživi, od mikroorganizama, djece, odraslih, obitelji, zajednice, sustava sigurnosti, ekonomije, šuma i klimatskih uvjeta. Istraživački interes za otpornost pojavio se u isto vrijeme u području ekologije i psihologije sedamdesetih godina prošlog stoljeća (Garmezy, 1971, Holling, 1973; sve prema Masten, 2019). Pojava interesa za otpornost može se objasniti i utjecajem brojnih nepovoljnih okolnosti koje prijete čovječanstvu u cjelini, poput prirodnih katastrofa, rata, političkog sukoba, kao i svjesnosti o mogućim cjeloživotnim posljedicama ranih trauma te dugoročnih utjecaja negativnih čimbenika u djetinjstvu na funkcioniranje u odrasloj dobi.

Otpornost je naizgled jednostavan koncept, koji se teže definira, te ne postoji slaganje u konceptualizaciji i operacionalizaciji otpornosti (Windle, 2011). Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick i Yehuda (2014) otpornost shvaćaju kao vrlo složen i interaktivan fenomen, koji je određen nizom bioloških, psiholoških, socijalnih i kulturalnih čimbenika koji su u međusobnoj interakciji, te koji određuju reakciju na stresne okolnosti. Usporedno s povećanjem broja istraživanja otpornosti i novih spoznaja u proteklih nekoliko desetljeća, mijenjale su se definicije i razvijale nove konceptualizacije otpornosti. Iako je to doprinijelo razvoju područja, nedosljednost u definiranju i konceptualiziranju usporila je razvoj teorije te novih istraživanja, kao i moguću primjenu na području psihičkog zdravlja (Davydov, Stewart, Ritchie i Chaudieu, 2010). Ključno je dobro razumjeti i definirati što je otpornost.

Otpornost se odnosi na tri različite pojave (Werner, 1995; prema Fleming, 2008):

1. Dobar razvojni ishod u kontekstu visokog kumuliranog rizika za razvojne probleme

2. Dobro funkcioniranje i zadržana kompetencija u kontekstu trenutnih teškoća ili stresnih okolnosti
3. Oporavak i povratak uobičajenom funkcioniranju nakon značajnih životnih teškoća ili traumatskog iskustva

Prema Davydov i suradnicima (2010), otpornost uključuje dva različita procesa: a) *održivost*, sprečavanje nastanka ili smanjenje smetnji nakon značajne teškoće, i b) *brz oporavak* od smetnji koje nastanu nakon doživljenog rizika. Pritom se pojedinci mogu razlikovati prema više kriterija, počevši od psihičkog zdravlja prije rizika, razini smetnji nakon doživljenog rizika, brzini i vremenu oporavka, te razini psihičkog zdravlja i funkcioniranja nakon doživljene teškoće i oporavka.

Otpornost se može opisati i kroz različite životne obrasce funkcioniranja i razvoja (Masten, 2014; Rutten, 2013). Mogući su različiti životni ishodi i vrste odgovora na doživljen rizik, te se otpornost može na različite načine manifestirati u određenom vremenskom razdoblju. Netko može pokazivati pad funkcionalnosti i narušeno psihičko zdravlje bez očiglednog oporavka kroz duže razdoblje, što bi ukazivalo na manjak otpornosti. Masten i Wright (2010) navode četiri moguća različita uzorka otpornosti:

1. **Odupiranje:** unatoč izloženosti riziku, akutnim ili kroničnim stresnim ili traumatskim događajima, zadržava se stabilno i dobro funkcioniranje. Prilagodba može pokazivati manje oscilacije, no cijelo vrijeme ostaje u rasponu uobičajenog funkcioniranja. Interes za otpornost je upravo bio potaknut ovakvom vrstom otpornosti te pojedincima, koji su, usprkos visokim rizicima, uspjeli zadržati uobičajeno funkcioniranje. Primjer za to mogu biti djeca koja pokazuju dobro funkcioniranje u svim razvojnim zadacima, unatoč tome što odrastaju u siromašnim i depriviranim uvjetima.
2. **Oporavak:** ukazuje na drugačiju vrstu otpornosti, koju karakterizira pojava smetnji u funkcioniranju ili psihopatoloških simptoma nakon izloženosti riziku, no i oporavak od smetnji. To se odnosi na slučaj kada se netko razvija i funkcionira uobičajeno, sve dok se ne susretne sa značajnom teškoćom, nakon čega dolazi do (očekivano) narušenog funkcioniranja, no nakon nekog vremena, osoba se oporavlja i vraća uobičajenoj razini funkcioniranja. Ovo je očekivano u slučaju ozbiljnih trajnih stresora ili iznenadnih katastrofa i traumatskih događaja, kada potpuni izostanak smetnji ili psihološke uznemirenosti nije očekivan ili je manje vjerojatan.

3. **Normalizacija:** značajno poboljšanje u prilagodbi i razvoju kroz vrijeme, od lošijeg prema dobrom funkcioniranju. To ukazuje na proces normalizacije, do kojeg dolazi kada se životni uvjeti, od ekstremne deprivacije ili kroničnog stresa, promijene i poprave na bolje. Primjer za to je posvojenje, kada dijete koje je ranije odrastalo u nepovoljnim uvjetima, može pokazati ubrzan razvoj i pozitivnu promjenu u funkcioniranju koja ga približava normativnom razvojnom putu.
4. **Transformacija/restrukturiranje:** poboljšanje funkcioniranja nakon traumatskog događaja ili teškoće u odnosu na ranije, što se objašnjava time da pojedinac ima bolje razumijevanje života, novu životnu perspektivu, kao i priliku za učenje novih načina odgovora na stres i izazove u budućnosti (Rutten, 2013). Sličan koncept je posttraumatski rast, no treba primijetiti kako, iako povezana, ta dva pojma nisu jednaka, budući da otpornost ne iziskuje „rast“, odnosno funkcioniranje koje je bolje nakon traumatskog događaja nego prije, kao u slučaju posttraumatskog rasta. Također, posttraumatski rast odnosi se specifično na pozitivne promjene, dok se u kontekstu otpornosti može raditi o pozitivnim, no i nekim negativnim promjenama, ovisno o različitim i promjenjivim okolnostima. Primjerice, bračni partneri nakon razvoda braka mogu razviti i određenu vrstu opreza ili cinizma u interpersonalnim odnosima, koje mogu tumačiti kao potpomažuću i korisnu prilagodbu, no koja istodobno može biti i nefunkcionalna u kontekstu stvaranja novih partnerskih veza (Lepore i Revenson, 2006). Posttraumatski rast, stoga, predstavlja jedan od oblika otpornosti, no otpornost obuhvaća širi raspon mogućih ishoda.

Od brojnih definicija otpornosti koje se nalaze u literaturi, većina dijeli određene ključne pojmove koji se odnose na ljudsku snagu, neku vrstu smetnje i rasta, adaptivno suočavanje te pozitivne ishode nakon izloženosti životnim nedaćama (Wald, Taylor, Asmundson, Jang i Stapleton, 2006, prema Prince-Embury, 2012). Neke od definicija su sljedeće (Fletcher i Sarkar, 2013; Prince-Embury, 2012):

Zaštitni čimbenici koji ublažavaju ili mijenjaju odgovor osobe na neku okolinsku opasnost ili teškoću koja predisponira za nedaptivni ishod (Rutter, 1987).

Proces, kapacitet ili ishod uspješne prilagodbe unatoč izazovnim ili prijetećim okolnostima (Masten, Best, Garmezy, 1990).

Dinamični proces koji obuhvaća pozitivnu prilagodbu u kontekstu značajnih teškoća ili traumatskog događaja. Ne odnosi se na osobinu ličnosti ili karakteristiku pojedinca, već

predstavlja dvodimenzionalan konstrukt koji podrazumijeva izloženost teškoći te manifestaciju pozitivnih ishoda i prilagodbe (Luthar i sur., 2000a).

Skupina fenomena karakterizirana dobrim ishodima unatoč značajnim prijetnjama za razvoj i prilagodbu (Masten, 2001).

Otpornost je višeidimenzionalna karakteristika koja se mijenja ovisno o kontekstu, vremenu, dobi, spolu i kulturalnom porijeklu, kao i unutar pojedinca u različitim životnim okolnostima. Osobne kvalitete koje omogućuju napredak u teškim okolnostima (Connor i Davidson, 2003).

Sposobnost odraslih ljudi koji su izloženi izoliranim i potencijalno traumatskim događajima, poput gubitka bliske osobe, nasilnog i životno ugrožavajućeg događaja, da očuvaju relativno stabilnu, zdravu razinu psihološkog i tjelesnog funkcioniranja, kao i kapacitet za generativna iskustva i ugodne emocije. (Bonanno, 2004).

Otpornost je proces učinkovitog pregovaranja, prilagođavanja i upravljanja značajnim izvorima stresa ili traume (Windle, 2011).

Zdravo, adaptivno ili integrirano pozitivno funkcioniranje u vremenu nakon značajne teškoće (Southwick i sur., 2014).

Otpornost se koristi za različite fenomene od prevencije poremećaja psihičkog zdravlja, do zdrave prilagodbe i brzog oporavka nakon doživljavanja značajnih teškoća, a može uključiti i posttraumatski psihološki rast (Rutten i sur., 2013).

Istraživači se slažu oko zajednička dva temeljna pojma koja su ključna u definiranju otpornosti: postojanje značajne teškoće te adaptivnog ishoda unatoč doživljenom riziku (Fletcher i Sarkar, 2013). Kako navode Luthar i suradnici (2000a), otpornost je induktivni i dvodimenzionalni konstrukt koji implicira postojanje teškoće i pozitivne prilagodbe. Otpornost se ne može izravno izmjeriti, već na temelju posrednog zaključivanja, ovisno o dvije temeljne varijable. Preduvjet, odnosno, nužan antecedent otpornosti je rizik i izloženost nekoj teškoći, s nekim pokazateljem pozitivne prilagodbe, pa je tako jedna od popularnijih i jezgrovitih definicija otpornosti *pozitivna prilagodba unatoč riziku*. Ako nema rizika ili životne teškoće, ne može se govoriti o otpornosti, već o normativnom razvoju ili općenito pozitivnoj prilagodbi, što se konceptualno razlikuje od otpornosti i ima različite odrednice (Luthar i sur., 2000a).

Glavna pitanja u istraživanju otpornosti su je li osoba doživjela neki rizik te funkcionira li dobro s obzirom na utvrđen rizik (Masten, 2014). Kako bi uopće razumjeli otpornost, potrebno je prvo razumjeti njene temeljne varijable, te posebno definirati i operacionalizirati

koncept teškoće i pozitivne prilagodbe, što također predstavlja izazovan i zahtjevan zadatak, budući da zaključivanje o otpornosti uključuje vrijednosne prosudbe o razlikama između očekivanih i stvarnih ishoda, kao i o uzrocima uspjeha ili neuspjeha (Schoon, 2006).

1.1.2. Životna teškoća

Kao što već rečeno, otpornost je nužno povezana s teškoćom, budući da pretpostavlja prethodnu izloženost značajnom riziku. Tradicionalno, teškoća se odnosi na neku negativnu životnu okolnost koja je povezana s problemima u prilagodbi (Luthar i sur., 2000a), dok se u istraživanjima otpornosti pod teškoćom podrazumijeva i bilo kakva vrsta nevolje, prijetnje, stresora, nesreće ili traumatskog događaja. Pojam rizika potječe iz epidemioloških istraživanja te očekivane vjerojatnosti loše prilagodbe, pa se otpornost pripisuje pojedincima koji su izbjegli ta očekivanja unatoč tome što su pripadali u sljedeće skupine: bili dio visokorizične grupe (npr. djeca iz siromašnih i depriviranih obitelji), odrastali u nasilnim i depriviranim četvrtima, imali urođene ili stečene zdravstvene teškoće, prošli kroz stresna iskustva (npr. odrastanje u nefunkcionalnim obiteljima ili roditeljska psihopatologija), doživjeli traumatski događaj (npr. seksualno ili tjelesno zlostavljanje) ili ratno iskustvo (Schoon, 2006). Davydov i suradnici (2010) zaključuju da se mehanizmi otpornosti mogu razlikovati ovisno o ozbiljnosti i vrsti teškoće te da je otpornost potrebna u nošenju sa stresorima različite vrste i intenziteta, od svakodnevnih stresora i gnjavaža, poput stresa na poslu (blaga razina), do traumatskih događaja ili izoliranih jačih stresora, poput smrti bliske osobe. Pod teškoćom se, dakle, mogu podrazumijevati bilo kakve nevolje koje izazivaju psihološku uznemirenost, a mogu biti posljedica nakupljenog kroničnog stresa ili izoliranih stresnih ili traumatskih događaja (Fletcher i Sarkar, 2013). Luthar i suradnici (2000a) zbog toga naglašavaju važnost specificiranja teškoće u istraživanjima te njeno obrazloženje.

U okviru istraživanja otpornosti, utvrđen je niz rizičnih čimbenika za razvoj različitih problema, koji mogu biti uvjetovani biološki, psihološki, socijalno, okolinski ili ekonomski, npr. teškoće u okviru obiteljskog funkcioniranja, obiteljsko nasilje, niski socioekonomski status, stresni događaji, prirodne katastrofe, terorizam, kognitivne teškoće, niska porođajna težina kod djece (Masten, 2014). Masten (1994; prema Pan i Chan, 2007) navodi da je rizik statistički koncept koji se odnosi na grupe, ne na pojedince, stoga ishod pojedinca u određenoj grupi ovisi i o različitim zaštitnim čimbenicima koji se razlikuju u pojedinačnim slučajevima. Rizični čimbenici, stoga, povećavaju vjerojatnost negativnog ishoda, no nisu u uzročno-posljedičnom odnosu, što i otvara mogućnost otpornih ishoda. Pritom, rizični čimbenici mogu

biti specifično vezani uz određen ishod, no većina rizičnih čimbenika u djetinjstvu povezana je s razvojem niza različitih problema na ponašajnom, emocionalnom i zdravstvenom planu, budući da su rizici međusobno povezani pa tako „rizik predviđa rizik“, npr. siromaštvo, loša prehrana i roditeljsko zanemarivanje često se pojavljuju zajedno, što naziva i razvojnom kaskadom rizičnih utjecaja (Masten i Cicchetti, 2010). U ranim fazama istraživanja, rizični čimbenici bili su definirani kao iskustvo s visokom vjerojatnošću za nepovoljan ishod i lošu prilagodbu (npr. psihopatologija roditelja, nasilje u zajednici), da bi se kasnije proširili na kumulativni rizik, akutni i izolirani traumatski događaj te kronične životne teškoće (Ong, Bergeman i Boker, 2009). Rizični čimbenici ne djeluju u izolaciji, nego u interakciji s drugim utjecajima, pa je tako povezanost bilo kojeg pojedinačnog čimbenika i ishoda slaba, budući da je mnogo varijabli uključeno u formiranje krajnjeg ishoda. Ako se u istraživanju pažnja usredotoči na izoliran rizični čimbenik, kako bi se ispitaio njegov utjecaj na specifičan ishod, treba imati na umu kako na nepovoljan ishod mogu utjecati i neki drugi rizični čimbenici, koji su vjerojatno prisutni, no nisu otkriveni. Pokazalo se da ono što karakterizira visokorizične pojedince nije izloženost pojedinačnom rizičnom čimbeniku, već višestrukim negativnim utjecajima. Ozbiljan i značajan rizik stvara se zapravo iz nakupljanja rizičnih čimbenika, odnosno, kumulativnog rizika (Sameroff, 1993; prema Schoon, 2006). Postoje jasni dokazi da s porastom rizičnih čimbenika, raste i vjerojatnost lošijih ishoda i psihijatrijskih poremećaja (Shean, 2015). Rutter (1979; prema Luthar i sur., 2000a) je utvrdio da se kod djece s više rizičnih čimbenika, nalazi i više emocionalnih teškoća, što je opisao kao sinergiju zajedničkih utjecaja, koja je povezana sa značajno slabijom razvojnom prognozom. Iz toga se nameće potreba da se u istraživanjima razmatraju kumulativni čimbenici rizika, kako bi se točnije mogli predvidjeti i razumjeti razvojni ishodi.

Fletcher i Sarkar (2013) upozoravaju da se antecedenti otpornosti ograničavaju na *teškoću*, što ima konotaciju negativnih događaja, te isključuje pozitivne životne događaje (npr. promaknuće na poslu, vjenčanje), koji nisu statistički povezani s teškoćama prilagodbe niti ih se percipira kao negativnu okolnost, no također mogu biti važni jer aktiviraju proces otpornosti kroz nošenje s novim zahtjevima i teškim situacijama. Istraživači također ističu važnost razlikovanja *statističkog* i *stvarno doživljenog* rizika. Ključno je pitanje jesu li pojedinci koji su prepoznati kao otporni doista doživjeli usporedive razine rizika, budući da zaključak o postojanju otpornosti može biti i artefakt pogrešne procjene rizika (Rutter, 2006; Schoon, 2006). Rizik je u osnovi statistička varijabla koja govori o vjerojatnosti, te ne odražava nužno točno individualno i subjektivno doživljen rizik, u ukupnosti djelovanja svih drugih utjecaja i

čimbenika, niti uzima u obzir životni kontekst pojedinaca u određenom uzorku (Luthar i sur., 2000a). Rutter (2006) se slaže kako postoje značajne interindividualne razlike u odgovoru na različite rizične i stresne događaje, pa umjesto da se automatski zaključi o postojanju otpornosti u slučaju pozitivnih ishoda, potrebno je prije sagledati stupanj stvarno doživljenog rizika, tj. subjektivnu procjenu rizika, uzevši u obzir širi raspon mogućih ishoda, koji su operacionalizirani s više varijabli u različitim životnim područjima. Postavlja se i valjano pitanje ukoliko neki rizični čimbenik ne izaziva nikakvu psihološku uznemirenost kod pojedinca (u slučaju „imunosti“ ili odupiranja), može li se doista opravdano govoriti o otpornosti. Ipak, istraživanje otpornosti ostaje opravdanim; čak i kada neki pojedinci određenu situaciju smatraju teškom ili stresnom (postoji subjektivni rizik), a neki neutralnom, to predstavlja razliku u doživljaju koja može biti korisna kod određivanja zaštitnih čimbenika (O'Connor i Rutter, 1996, prema Schoon, 2006).

1.1.3. Pozitivna prilagodba

Sljedeći važan zadatak u istraživanju otpornosti odnosi se upravo na određivanje kriterija pozitivnog ishoda, na čemu se i temelji zaključak o postojanju otpornosti. Općenito, radi se prilagodbi koja je značajno bolja od očekivane, s obzirom na prisutne rizične čimbenike. Kao što postoji više definicija rizika, tako postoje i različita određenja kriterija pozitivne prilagodbe i ishoda (Luthar i sur., 2000a). Kao što navodi Masten (2014), pozitivan ishod može se procijeniti na mnogo načina i kroz više razina, no dva su najčešće korištena pokazatelja pozitivnog ishoda – kompetencija i odsutnost psihopatologije.

Kompetencija se može definirati kao normativan razvoj i uredan životni tijek, unatoč doživljenim rizicima. Općenito, kompetencija se očituje u uspješnom dostizanju važnih razvojnih ciljeva i zadataka. Razvojni zadaci su očekivanja koje zajednica ima u pogledu ponašanja i dostignuća, ovisno o dobi pojedinca. Pritom, može se raditi o vanjskim i unutrašnjim postignućima, poput akademskog uspjeha, sreće i subjektivne dobrobiti, formiranja identiteta (Masten i Wright, 2010). Kompetencija se može odnositi na više različitih područja, npr. socijalna, emocionalna, ponašajna, akademska ili tjelesna kompetencija, a može se raditi i o različitim razinama kompetencije, poput prosječne ili iznadprosječne. Luthar i suradnici (2000a) ističu kako je nerealno očekivati da će netko pokazivati uspjeh u svim životnim područjima i cijelo vrijeme. Također, ideja o postojanju opće i jedinstvene otpornosti previše je pojednostavljena jer ne odražava interaktivnost i višedimenzionalnost otpornosti,

stoga je mnogo prikladnije specificirati različite vrste otpornosti, sukladno različitim područjima uspješne prilagodbe (Pan i Chan, 2007).

Ovisno o razini i vrsti doživljenog rizika, pozitivna prilagodba može se operacionalizirati i kao **odsutnost psihopatoloških simptoma**, smetnji u ponašanju ili emocionalnih teškoća. Budući da je izloženost višestrukim rizičnim čimbenicima povezana s razvojem psihopatologije, izostanak simptoma predstavlja odstupanje od očekivanog tijeka razvoja te se može koristiti kao pokazatelj otpornosti (Shean, 2015). Međutim, izostanak psihopatologije često nije dovoljan kao mjera pozitivne prilagodbe, budući da izostanak nepoželjnih ishoda, ne znači prisutnost poželjnih (Kaplan, 1999). Pojedinci koji su prepoznati kao otporni, mogu i dalje doživljavati neke psihološke i socijalne teškoće, zbog čega se, osobito u razvojnim istraživanjima, prilagodba dodatno definira kao uspješno savladavanje razvojnih izazova i zadataka. Budući da je otpornost specifična za određeni kontekst, odabir varijabli treba biti vođen vrstom i jačinom rizika, s kojom treba biti i konceptualno povezan. U pravilu, prikladan pokazatelj adaptivnog ishoda ovisi o vrsti doživljenog rizika za kojeg treba biti relevantan i razvojno primjeren (Luthar i sur., 2000a). Kod ozbiljnih rizika, poput izloženosti ratu ili traumatskom događaju, odsutnost psihijatrijskih simptoma prikladniji je pokazatelj otpornosti nego, primjerice, uspjeh u školi.

Treba istaknuti kako nijedan samostalni i izolirani čimbenik ili pokazatelj otpornosti nisu dostatni kao dokaz pozitivnog ishoda. Primjerice, netko može imati dobre akademske rezultate i biti socijalno prihvaćen, no istodobno razviti depresiju. Ako se kao mjera pozitivnog ishoda uzme samo jedan od tih čimbenika, može doći do pogrešnih procjena te zaključivanja o otpornosti kod pojedinaca koji zapravo ne doživljavaju pozitivan ishod. Masten, Cutuli, Herbers i Reed (2009) nazivaju to i debatom između unutrašnjih i vanjskih čimbenika. Dvije su glavne komponente psihološke prilagodbe: psihičko funkcioniranje (npr. psihološka dobrobit, unutrašnja uravnoteženost, ego-snaga) te vanjsko ponašanje i prilagodba (npr. kompetencija i socijalna prilagodba). Otvoreno je pitanje može li se netko tko je socijalno i akademski uspješan i prilagođen smatrati otpornim, ako s druge strane pati od depresije ili drugih psihopatoloških smetnji. Ipak, postoji slaganje između autora da bi kriterij pozitivne prilagodbe primarno trebao uključivati vanjsku prilagodbu, dok je unutrašnja (poput psihološke dobrobiti ili psihopatoloških simptoma) još nejasna, budući da može predstavljati i pokazatelj pozitivnog ishoda i prediktor otpornosti. Također, preferira se usmjeriti na opažljiv i ponašajni kriterij otpornosti, koji ne podrazumijeva nužno dobro psihičko zdravlje (Pan i Chan, 2007). Kod procjene ishoda preporuča se višedimenzionalni pristup, budući da netko može pokazivati

uspješnu prilagodbu u nekim područjima života, a teškoće u drugim (Schoon, 2006). Rutter (2013) također naglašava važnost razmatranja šireg raspona mogućih ishoda, umjesto usmjeravanja na one koji su osobito pozitivni, preusko definiranje mogućih ishoda ili procjenjivanje u samo jednoj vremenskoj točki, što može predstavljati metodološki artefakt u procjeni otpornosti, koja je dinamična i mijenja se kroz vrijeme. Kao što je važno uključiti subjektivnu procjenu rizika od strane pojedinca, preporuča se uz objektivne mjere ishoda, uključiti i subjektivne mjere ishoda (Windle, 2010). Luthar i suradnici (2000a) stoga preporučaju da se varijabla ishoda operacionalizira kao pozitivna prilagodba, kompetencija i smanjenje ili odsutnost psihopatologije, pa većina istraživanja i koristi takve višestruke pokazatelje otpornosti.

Sljedeće važno pitanje odnosi se na dovoljnu razinu pozitivnog ishoda koja bi bila znakovita za otpornost. Prema definiciji, radi se o prilagodbi koja je *značajno bolja* od očekivane s obzirom na izloženost riziku. Windle (2010) smatra kako je dovoljno da ishodi odražavaju razvoj i funkcioniranje koji su uobičajeni ili bolji od očekivanog, no nije potrebno da budu osobito napredni i pozitivni, kao u slučaju posttraumatskog rasta. Ovisno o jačini i ozbiljnosti rizika zaključuje se o snazi otpornosti. Fletcher i Sarkar (2013) napominju da vrsta rizika određuje ishod, pa kada se radi događajima traumatskog i katastrofalnog tipa, funkcioniranje blizu prosjeka je dostatan pokazatelj otpornosti te sugeriraju kako bi za nekoga tko je izložen nizu stresnih ili traumatskih događaja prikladnije bilo pozitivan ishod operacionalizirati kao odsutnost psihopatoloških simptoma, nego osobito dobro i napredno funkcioniranje. Definicija pozitivne prilagodbe još je uvijek predmet rasprave, a nužno ju je sagledati u povijesnom, kulturološkom i razvojnom kontekstu, budući da se kriteriji pozitivne prilagodbe mogu značajno razlikovati u različitim istraživanjima. Ishodi povezani s otpornošću mijenjaju se ovisno o razvojnoj fazi, kontekstu i kulturi, te se definiraju kroz vrijednosne prosudbe o očekivanim ili prikladnim ponašanjima koja zadovoljavaju socijalna očekivanja i norme o razvojnim zadacima u određenoj životnoj fazi (Masten, 1994; prema Schoon, 2006). Istraživači trebaju biti svjesni tog kulturološkog utjecaja i dodatno oprezni, uzevši u obzir moguću vlastitu pristranost u procjeni ishoda; npr. djeca koja odrastaju u siromašnim četvrtima i žive u izraženom siromaštvu, mogu biti primorana što ranije prekinuti školovanje, kako bi pronašli posao i osigurali egzistenciju. U tom kontekstu, prekid školovanja predstavlja pozitivnu strategiju koja doprinosi otpornosti (Schoon, 2006).

Kompetencija, osim što može biti određena kroz jedno ili više područje i na više razina, može biti mjerena na različite načine, primjerice, akademska uspješnost kroz ocjene, testove

sposobnosti, testove postignuća, a socijalna kompetencija kroz procjene odraslih, samoprocjenu, procjene vršnjaka. Potrebno je zato upozoriti na nedosljednost u definiranju kriterija otpornosti te načinu mjerenja varijabli, koja smanjuje mogućnost usporedbe različitih istraživanja, kao i na zabrinjavajuću činjenicu da bi ista grupa ljudi istodobno mogla biti proglašena otpornom i neotpornom, ovisno o odabranom kriteriju ishoda, zbog čega je u istraživanjima neophodno precizno definirati varijable, način i vremensku točku mjerenja.

Na kraju, od kritične je važnosti u istraživanjima i procjeni otpornosti dobro odrediti i obrazložiti odabrane kriterije otpornosti, imajući na umu potrebu višedimenzionalnog pristupa i šireg konteksta u kojem pojedinac djeluje te uzevši u obzir subjektivne i objektivne mjere kako rizika, tako i prilagodbe.

1.1.4. Otpornost i ranjivost

Otpornost se često smatra suprotnim pojmom od ranjivosti te neki autori predlažu da su otpornost i ranjivost suprotni polovi istog kontinuuma, no to nije uvijek slučaj (Fergus i Zimmerman, 2005). Ranjivost se odnosi na povišenu vjerojatnost negativnog ishoda, obično kao rezultat izloženosti riziku, a otpornost na nepojavljivanje problema povezanih s ranjivošću. Razlika i međusobni odnos otpornosti i ranjivosti vidljiva je u Tablici 1., koja prikazuje moguće kombinacije rizika i ishoda.

Tablica 1

Moguće kombinacije rizika i ishoda (Fergus i Zimmerman, 2005)

	Niski rizik	Visok rizik
Pozitivan ishod	A (normativan razvoj)	B (otpornost)
Negativan ishod	C (pogrešna procjena rizika)	D (model rizika)

Slučaj A odnosi se na osobe koje su izložene niskom riziku, a koje imaju pozitivne ishode. One se ne smatraju otpornima, već pokazuju očekivan i normativan razvoj. Slučaj B odnosi se na visoke razine rizika, no i pozitivne ishode, što odgovara karakterističnom obrascu otpornosti. Slučaj C odnosi se na niski rizik, no na neočekivano negativne ishode, no u tom slučaju je moguće da je postojao neki neutvrđeni rizični čimbenik te da razina rizika pogrešno

procijenjena. Slučaj D odnosi se na visok rizik i negativne ishode, što je očekivan slučaj lošijeg funkcioniranja nakon doživljene životne teškoće.

Hoće li nakon izloženosti riziku doći do otpornosti najviše ovisi o stupnju kontrole nad stresorom, odnosno, može li se pojedinac suočiti i upravljati njime. Rutter (2013) tumači da se otpornost izgrađuje kontroliranim izlaganjem stresu i teškoćama, umjesto izbjegavanjem. Mogućnost kontrole stresora i mogućnost upravljanja ne ovise samo o pojedincu, već i njegovoj okolini, kvaliteti interpersonalnih odnosa te dostupnim socijalnim resursima. Životne neprilike potiču zbližavanje i učvršćivanje interpersonalnih odnosa, razvoj neurobiološke imunosti na stres te učenje učinkovitih strategija suočavanja, što potom djeluje zaštitno od stresora u budućnosti (Graber i sur., 2015). Otpornost se može stjecati u različitim područjima života, s pozitivnim utjecajima koji se šire i generaliziraju na druga životna područja (Ungar, 2011). Čini se razumnim pretpostaviti da stečene vještine rješavanja problema ili korištenje čimbenika otpornosti u određenom kontekstu mogu postati svojevrsni kapital i resurs za suočavanje s drugim vrstama stresora u budućnosti te u različitim životnim područjima. Možemo zaključiti kako je područje otpornosti u osnovi optimistično budući da pretpostavlja kako je oporavak od ranih stresora ili traumatskih događaja moguć, kada se osoba susretne s prekretnicama u životu, koje otvaraju nove prilike i predstavljaju transformativna iskustva. Također, stresna i nepovoljna iskustva mogu pomoći u izgradnji otpornosti i kapaciteta nošenja s problemima u budućnosti. Psihološki problemi u djetinjstvu i adolescenciji ne isključuju mogućnost dobre prilagodbe i psihičkog zdravlja u odrasloj dobi, dapače, postoje ohrabrujući nalazi kako se kod starijih ljudi nalazi viša razina otpornosti (Gooding, Hurst, Johnson i Tarrrier, 2012; Macleod, Musich, Hawkins, Alsgaard i Wicker, 2016; Ong i sur., 2009). Graber i suradnici (2015) zaključuju kako se, u konačnici, ljudi mogu oporaviti od značajnih teškoća, no jednako tako i napredovati zbog njih. Također, važno je osvijestiti da potraga za otpornošću ne vodi najčešće i nužno prema iznimnim životnim pričama ili herojskim pobjedama nad brojnim nedaćama. U engleskom jeziku postoji prikladna riječ za osobu koja se dobro nosi s teškoćama, „*survivor*“, odnosno „preživjeli“, što ujedno dobro oslikava prirodu otpornosti, koja može označavati izbjegavanje psiholoških i funkcionalnih teškoća, no i nošenje s teškoćama s postepenim tijekom oporavka i povratkom uobičajenom životu.

1.1.5. Otpornost – osobina ličnosti, proces ili ishod?

Jedan od glavnih prijepora u literaturi o otpornosti odnosi se na to što je zapravo otpornost i odakle potječe. Temeljna pitanja u određivanju koncepta otpornosti bave se time je li otpornost urođena ili stečena, može li svatko razviti otpornost, te je li stabilna ili se mijenja kroz vrijeme (Truffino, 2010). Konstrukt otpornosti definira se na različite načine - kao osobina, proces ili ishod (Fletcher i Sarkar, 2013). Southwick i suradnici (2014) pritom ističu kako otpornost ne treba sagledati kao binarnu kategoriju, tj. je li otpornost prisutna ili nije, ili da je netko posjeduje ili ne, već se nalazi na kontinuumu te ovisi o životnom kontekstu. S razvojem istraživanja i stjecanjem novih spoznaja o otpornosti, sve više se uvažava njena dinamičnost i višedimenzionalnost, te je se prepoznaje kao dinamični razvojni proces, što nema samo teorijski značaj, već i značajne praktične implikacije. Razvojna istraživanja tradicionalno su otpornost više definirala kao proces, dok se u istraživanjima na odraslima više zauzimalo shvaćanje otpornosti kao osobine.

a) Otpornost kao osobina ličnosti

Otpornost definirana kroz osobine ličnosti predstavlja skup različitih osobina i karakteristika, koje omogućavaju pojedincima prilagodbu u različitim okolnostima s kojima se susreću (Connor i Davidson, 2003; Fletcher i Sarkar, 2013). Windle (2010) sumira kako otpornost kao osobina označava: a) osobne kvalitete, koje omogućuju uspjeh unatoč teškoćama, b) stabilnu crtu ličnosti, sposobnost osobe da nadvlada, podnese i oporavi se od nepovoljnih životnih okolnosti, ili c) čimbenik ličnosti koji štiti od životnih teškoća i neugodnih emocija, kroz snalažljivu prilagodbu, fleksibilnost i inovativnost. Prema tim formulacijama, proizlazi kako je otpornost stabilna osobina ličnosti, nepromjenjiva kroz različite rizične okolnosti, a otporni pojedinci općenito imaju veću vjerojatnost uspjeha u teškim životnim situacijama (Lopez, Prosser i Edwards, 2002, prema Pan i Chan, 2007).

U počecima istraživanja otpornosti, otkrivena su djeca koja su dobro funkcionirala unatoč izloženosti ozbiljnim i višestrukim rizicima. Istraživači su ih proglasili neranjivima, čvrstim i nepobjedivima (Anthony, 1974, prema Ramirez, 2007). Stvorila se gotovo mitska slika o njihovoj imunosti na stres, koja je proizlazila iz njihovih osobina pomoću kojih se mogu savladati i pobijediti sve nedaće, s minimalnim posljedicama. Takvo tumačenje pokazalo se problematičnim, budući da podrazumijeva apsolutnu i nepromjenjivu kvalitetu otpornosti, dok se kasnijim istraživanjima pokazalo da ljudi pokazuju različit stupanj otpornosti i ranjivosti u cjeloživotnoj perspektivi te u različitim situacijama – kada se okolnosti promijene, mijenja se i

otpornost (Luthar i sur., 2000a). U literaturi se nalazi niz zaštitnih čimbenika, formuliranih kao osobine i karakteristike ličnosti koje pospješuju suočavanje s različitim teškoćama: smjelost ili srčanost, ugodne emocije, ekstraverzija, mentalna čvrstoća, samoeфикаsnost, spiritualnost, samopoštovanje, intelektualna sposobnost, laki temperament, autonomija, učinkovite strategije suočavanja i komunikacijske vještine (Fletcher i Sarkar, 2013; Prince-Embury, 2013). Povezan koncept otpornosti kao osobine predstavlja ego-otpornost, kojeg su razvili Block i Block 1980. godine (Luthar i sur., 2000a). Radi se osobnoj karakteristici koja se sastoji od skupa osobina, poput opće snalažljivosti, čvrstoće karaktera te fleksibilnosti funkcioniranja u promjenjivim i različitim životnim kontekstima. Pojedinci s većim stupnjem ego-otpornosti imaju bolju sposobnost prilagodbe u stresnim situacijama, veću vjerojatnost doživljavanja ugodnih emocija, veće samopouzdanje te bolju psihološku prilagodbu. Niža ego-otpornost povezana je s krutim, rigidnim ili kaotičnim reagiranjem na stres te nefunkcionalnim ponašanjem (Block i Kremen, 1996, prema Prince-Embury, 2013). Važna razlika između koncepta ego-otpornosti i otpornosti je u tome što potonje podrazumijeva prethodnu izloženost određenoj teškoći i riziku, dok je ego-otpornost osobina ličnosti neovisna o životnim okolnostima te prisutna bez obzira na rizik. Luthar i suradnici (2000a) stoga preporučaju da se ta dva koncepta jasno razlikuju, te da se otpornost (engl. *resilience*) isključivo koristiti za opisivanje adaptivnog funkcioniranja u nepovoljnim životnim okolnostima, a da se za otpornost kao osobinu ličnosti koristi drugačiji termin, poput rezilijencije (engl. *resiliency*), kako bi se ta dva shvaćanja odijelila. Tumačenje otpornosti kao osobine je kritizirana i osporavana najviše zbog implikacije kako je otpornost nešto što netko posjeduje ili ne posjeduje te da se radi o nečemu što nije svima dostupno, čime se stigmatiziraju pojedinci koji nakon proživljenih teškoća razviju neke smetnje u funkcioniranju ili psihopatološke simptome, pa se neuspjeh u nošenju sa stresorima pripisuje njihovoj odgovornosti i osobnoj manjkavosti. Takav pristup ne ostavlja ni pretjeran razlog za optimizam u pogledu razvoja interencija za pospješivanje otpornosti, niti objašnjava procese u podlozi otpornosti. Osim toga, nije vjerojatno da će netko kroz cijeli život i u svim situacijama pokazivati stabilan obrazac otpornosti (Luthar i sur., 2000a). Otpornost se ne može izmjeriti samo upitnikom samoprocjene kao crta ličnosti, budući da se time propušta obuhvatiti složenost i višedimenzionalnost koncepta. Zanimaju se ekološki čimbenici, koji imaju značajan utjecaj na otpornost, koja je određena i kontekstom, populacijom, rizikom, promotivnim čimbenicima i ishodom (Fergus i Zimmerman, 2005). Većina glavnih autora se, stoga, slaže kako otpornost nije nepromjenjiva osobina ličnosti s kojom su neki pojedinci rođeni te se shvaćanje otpornosti kao osobine izbjegava (Shean, 2015). Masten (2013) zaključuje da postoje osobine ličnosti ili temperamenta koje su povezane s otpornošću, poput savjesnosti, no kako iskustvo oblikuje

osobine ličnosti, otpornost proistječe iz interakcije osobe i njene okoline. Osobine mogu utjecati na izloženost riziku, a ista osobina može istodobno biti čimbenik ranjivosti i zaštite, ovisno o drugim karakteristikama pojedinca, užeg i šireg konteksta. Otpornost ne ovisi samo o čimbenicima ličnosti, genotipu ili strukturi mozga, već i o vrsti stresora, složenim i promjenjivim okolnostima pojedinca i njegove okoline, za vrijeme i nakon izloženosti stresu (Kalisch, Baker, Basten, Boks i Bonanno, 2017). Određene osobine ličnosti pomažu u suočavanju s teškoćama i različitim stresorima, no ljudi su uklopljeni u kontekst složene okoline, interpersonalnih odnosa, kulture, ekonomije, neurobiologije (Graber i sur., 2015).

Stoga, možemo zaključiti da su individualne kvalitete i osobine jedna od dimenzija u dinamičnom i složenom konstrukt otpornosti, no ne definiraju ga u potpunosti.

b) Otpornost kao proces

Drugi pristup otpornost definira kroz interakciju pojedinca i okoline u savladavanju negativnih utjecaja rizika, uspješnom suočavanju sa stresnim ili traumatskim iskustvima te izbjegavanju negativnih životnih puteva povezanih s rizikom (Fergus i Zimmerman, 2005). Otpornost čini dinamični proces pozitivne prilagodbe, unatoč izloženosti životnim teškoćama, prijetnjama, stresnim ili traumatskim životnim događajima. Za razliku od prethodnog pristupa, prepoznata je važnost promjenjivih okolinskih čimbenika, a ne samo osobnih karakteristika, u procesu pozitivne prilagodbe (Luthar i sur., 2000a). Tri čimbenika su ključna u razvoju otpornosti: karakteristike samog djeteta/pojedinca, karakteristike obitelji te karakteristike šireg društvenog okruženja (Shean, 2015). Važan aspekt otpornosti upravo je dinamičnost, prema kojem pozitivna prilagodba ne predstavlja trajno stanje, već se može pratiti kako tijekom razvoja različite životne okolnosti donose nove obrasce ranjivosti i snaga. Zaštitni i promotivni čimbenici su također promjenjivi i ovisni o kontekstu, vremenu, situaciji, različitim razvojnim fazama (Fletcher i Sarkar, 2013). Otpornost se, dakle, mijenja kroz različite okolnosti i vremenske točke. Čimbenici otpornosti nisu jednako i univerzalno učinkoviti u svim životnim okolnostima, pa je tako moguće da prisutnost rizičnih čimbenika nadjača zaštitne procese te dovede do pogoršanja u funkcioniranju ili razvoja psihičkog poremećaja (Rutter, 2012). Kao što je već bilo naglašeno, netko može pokazivati otpornost u jednom području života, npr. u akademskom funkcioniranju, a teškoće u drugim područjima, npr. interpersonalnim odnosima. Snažan argument za procesno shvaćanje otpornosti potječe iz brojnih dokaza kako se pojedinci mijenjaju kroz uspješno suočavanje sa stresorima, i na više načina – primjerice, dolazi do promijenjene životne perspektive, razvoja novih snaga i kompetencija, djelomične imunizacije od budućih stresora, pa i epigenetskih promjena i modifikacije genetskih uzoraka (Boks, Van

Mierlo, Rutten, Radstake i De Witte, 2014, prema Kalisch i sur., 2017). Značajni su nalazi iz životinjskog modela koji ukazuju na adaptivne promjene neuralnih sustava kao rezultat izloženosti stresu i to kod životinja koje su se dobro oporavile od nastalih teškoća u ponašanju, što upućuje na uzročno-posljedični odnos neuralne adaptacije u oporavku. Time se naglašava kako otpornost nije naprosto neosjetljivost na stres ili pasivni odgovor na životnu teškoću, već rezultat aktivne i dinamične prilagodbe (Kalisch i sur., 2017).

U ovom kontekstu može se spomenuti i važnost korištene terminologije prema čemu treba biti osjetljiv. Masten i Powell (2003) skreću pozornost na izraz „otporan pojedinac“ koji nije prikladan. Etiketiranje nekoga „otpornim“, ili „neotpornim“ u svakodnevnom govoru ili stručnoj literaturi, predstavlja čin dijagnosticiranja otpornosti te prosuđivanje ispunjava li netko stanovite implicitne ili eksplicitne kriterije. Proglašavanje nekoga otpornim ili neotpornim u osnovi je pogrešno, budući da se ne radi o stabilnoj osobini, već o složenom i interaktivnom procesu. Pojedinci pokazuju otpornost u svom ponašanju i životnim obrascima, stoga autori preporučaju da se radije koriste izrazi poput toga da netko pokazuje „otporan obrazac“ ili „otporne karakteristike“.

c) Otpornost kao ishod

Otpornost se može definirati i na osnovi neposrednih ishoda, odnosno, odsutnosti simptoma i/ili adaptivnog funkcioniranja nakon izloženosti riziku. Prema tom pristupu, otpornost se odvija neposredno nakon traumatskog događaja te djeluje prije nastanka simptoma ili smetnji. Kritike tog pristupa odnose se na manjak sociokulturalne osjetljivosti i činjenice da je adaptivno funkcioniranje uvelike kulturološki određeno, što je prema nekim autorima i ključno u razumijevanju otpornosti (Ungar, 2008; prema Happer, Brown, Sharma-Patel, 2017). Definiranje otpornosti na temelju ishoda ne rasvjetljava mehanizam djelovanja otpornosti, niti odgovara na pitanje je li odsustvo simptoma znakovito za otpornost, te u kojem se stupnju izostanak psihopatologije može izjednačiti s otpornošću, osobito ako se otpornost mjeri specifičnom ljestvicom (Happer i sur., 2017).

Na kraju, možemo istaknuti možda najbolji i najelegantniji pristup problemu shvaćanja otpornosti, koji zauzima Masten (2014) u svojoj definiciji otpornosti koja pomiruje i integrira sva tri teorijska tabora, time što otpornost definira kao proces, kapacitet ili ishod, povezan s uspješnom prilagodbom unatoč izazovnim i prijetećim okolnostima. Važno je naglasiti kako pitanje određenja otpornosti kao osobine i procesa nije samo teorijsko, već ima snažne implikacije za kliničku praksu. Otpornost kao osobina predstavlja urođenu i stabilnu

karakteristiku, što svakako dovodi u pitanje mogućnost učenja i izgradnje otpornosti kod osoba s niskim razinama otpornosti te slabijim životnim ishodima. Zasigurno postoje karakteristike ličnosti koje su povezane s otpornošću te predstavljaju unutrašnje resurse i individualne zaštitne čimbenike, no shvaćanje otpornosti kao dinamičnog procesa, otvara mogućnost razvoja različitih treninga i intervencija pomoću kojih se otpornost može podučiti, potaknuti ili osnažiti.

1.1.6. Čimbenici otpornosti

Od samih početaka istraživanja otpornosti, jedna od glavnih zadaća je utvrditi čimbenike zaštite, koji mogu izravno ili neizravno promijeniti utjecaj negativnih životnih okolnosti. Otpornost se može definirati i kao korištenje zaštitnih čimbenika u svoju korist, što dovodi do ishoda koji nadmašuju očekivanja s obzirom na specifičan rizik (Stainton, 2018). Većina autora, stoga, naglašava važnost zaštitnih mehanizama u razumijevanju procesa otpornosti. Luthar i suradnici (2000a) razlikuju temeljne pojmove u literaturi o otpornosti: *ranjivost* i *zaštitu*. Ranjivost se odnosi na specifične teškoće koje mogu pojačati negativan utjecaj rizika (npr. kod mladih koji žive u siromašnim uvjetima, muški spol ili niska inteligencija može predstavljati čimbenik ranjivosti), dok zaštitni čimbenici smanjuju rizik i promiču otpornost (npr. unutrašnje mjesto kontrole, podržavajući odnos s odraslom osobom). Čimbenici ranjivosti i zaštite mogu biti vezani uz pojedinca, obitelj i širu zajednicu, npr. individualna ranjivost može uključivati slabiju kontrolu impulsa ili teškoće u učenju, a individualni zaštitni čimbenici samoeфикаsnost ili optimizam. Obiteljska ranjivost može se odnositi na strogo roditeljstvo ili razvod, a zaštita na dobru komunikaciju i emocionalnu podršku. Na razini zajednice, ranjivost se može odnositi na nasilje ili veću stopu ovisnosti o alkoholu, a zaštita na podržavajuće odnose u okolini i učestalo dijeljenje resursa (Kirmayer, 2009). Hoće li neki čimbenik biti označen kao čimbenik ranjivosti, zaštite, ili oboje, ovisi o njegovom glavnom utjecaju. Npr. nizak IQ može biti čimbenik ranjivosti, ukoliko djeca s niskom inteligencijom pokazuju značajno slabiju prilagodbu, a ako djeca s visokom inteligencijom pokazuju značajne prednosti u usporedbi s djecom s prosječnom ili ispodprosječnom inteligencijom, tada bi visok IQ bio zaštitni čimbenik. Možemo zaključiti da se zaštitni čimbenici razlikuju od ranjivih, koji djeluju tako da je osoba podložnija riziku, dok rizik ima izravan ili neizravan negativan utjecaj te dovodi do neadaptivnih ishoda.

Rutter (1999) opisuje sljedeće glavne mehanizme djelovanja zaštitnih čimbenika:

1. Smanjuju rizične utjecaje

2. Smanjuju ili prekidaju negativne lančane reakcije
3. Uspostavljaju i održavaju samoefikasnost i samopoštovanje
4. Otvaraju nove životne prilike

Zaštitni čimbenici doprinose dobrom psihičkom zdravlju te su povezani s dobrom prilagodbom u kontekstu rizika i nepovoljnih okolnosti. Zaštitni čimbenici nisu definirani naprosto kao odsutnost rizičnih čimbenika, niti su statični i nepromjenjivi, već su promjenljivi te u interakciji s rizičnim čimbenicima, što ujedno i odražava i sačinjava dinamičnost procesa otpornosti (Graber i sur., 2015). Masten (2001) također naglašava kako zaštitni čimbenici ne dovode nužno do otpornosti, već su visoko kontekstualni te ovise o stupnju ranjivosti i rizika. U kontekstu istraživanja otpornosti preferira se izraz *zaštitni mehanizam*, kojim se naglašava njegova procesna kvaliteta, kao i činjenica da nijedan izoliran čimbenik nije sam po sebi dovoljan da dovede do adaptivnog ishoda, odnosno, dobre prilagobe. Zaštitni čimbenici imaju, slično kao i rizični, kumulativni utjecaj – što je više zaštitnih čimbenika prisutno veća je vjerojatnost otpornih ishoda (Hanewald, 2011). Takvi čimbenici mogu se shvatiti i kao psihosocijalni resursi koji podržavaju i promiču adaptivno funkcioniranje, a pojednici s više osobnih i socijalnih resursa učinkovitiji su u nošenju s teškoćama.

Masten (2001) se slaže kako je bolji naziv za čimbenike promotivna ili zaštitna *funkcija*, budući da ih određuje utjecaj koji imaju, umjesto nepromjenljiva karakteristika. Isto svojstvo može funkcionirati kao zaštitni čimbenik za jedan ishod ili u specifičnom kontekstu, a kao čimbenik ranjivosti u drugom. Zaštitni čimbenici mogu biti suprotni riziku, pa ista varijabla može biti zaštitni čimbenik na jednom kraju, a na drugom rizični (npr. obiteljska harmonija i obiteljski konflikt). Druge varijable imaju utjecaj samo na jednom kraju, dok na drugom nemaju utjecaj, npr. dob roditelja, a moguća je i zakrivljena povezanost, poput roditeljske kontrole, pri čemu su srednje razine povezane s dobrobiti, za razliku od ekstremno visokih i niskih (Luthar i Zelazo, 2003; Rutter, 2003, prema Schoon, 2006). Mnogo varijabli, poput visokog socioekonomskog statusa ili visoke inteligencije mogu predstavljati čimbenik rizika ili zaštite, ovisno o kontekstu, ranijim rizičnim iskustvima i aktualnim okolnostima. Rutter (2013) navodi primjer posvojenja, što je rizičan čimbenik, no može biti zaštitni ukoliko dijete dolazi u podržavajuću i strukturiranu okolinu iz nepovoljnih obiteljskih okolnosti. Ilustrativan primjer može se naći u medicini – anemija srpastih stanica ozbiljna je bolest te neupitno nepovoljna (biološka) okolnost, no oboljele ili genetski predisponirane osobe otporne su na malariju, koja se ne može širiti pomoću srpastih eritrocita. Takvi primjeri zorno prikazuju kako ista varijabla

može biti rizična i zaštitna, ovisno o okolnostima (Graber i sur., 2015). Iz tog razloga Ungar (2008; prema Kirmayer, 2009) naglašava važnost kulturološkog konteksta u razmatranju rizičnih i zaštitnih čimbenika, budući da različiti konteksti, populacije i kulture ne funkcioniraju po jednakim principima i normama.

Garmezy (1984; prema Shean, 2015) je diferencirao tri glavna područja zaštitnih čimbenika, što je triarhični model s kojim se slaže većina autora:

- 1) Individualni čimbenici – odnose se na dispozicijske karakteristike unutar pojedinca, npr. temperament kod djeteta, razina aktivnosti, kako se susreće s novim situacijama, kognitivne sposobnosti.
- 2) Obiteljski čimbenici - obiteljska kohezija i toplina, prisustvo brižne odrasle osobe u odgoju ili roditeljsko nadziranje i angažiranost.
- 3) Čimbenici socijalne podrške - izvan obitelji, dostupnost i korištenje vanjskih sustava podrške od strane roditelja i djece, snažan nadomjestak majke, podržavajuća i zainteresirana učiteljska figura ili institucionalna struktura koja potiče veze s većom zajednicom (crkva, socijalna služba).

Masten i Reed (2002) donose pregled zaštitnih čimbenika za psihosocijalnu otpornost kod djece i mladih.

Unutar djeteta: dobre kognitivne sposobnosti, rješavanje problema, sposobnost pažnje, „laki“ temperament, prilagodljiva ličnost kasnije u životu, pozitivna samopercepcija, samoefikasnost, vjera i osjećaj smisla u životu, pozitivno gledanje na život, dobra samoregulacija emocija i impulsa, talenti koji su osobno važni i priznati u zajednici, dobar smisao za humor, privlačnost

Unutar obitelji: bliski odnosi s roditeljima ili skrbnicima, autoritativno roditeljstvo (visoko na toplini, strukturiranju/nadziranju i očekivanjima), pozitivna obiteljska klima s malo neslaganja između roditelja, organizirano obiteljsko okruženje, više obrazovanje roditelja, roditelji s kvalitetama individualnih čimbenika otpornosti, roditeljska uključenost u obrazovanje djeteta, bolji socioekonomski status

Unutar obitelji ili drugih intepersonalnih veza: blizak odnos s kompetentnim, prosocijalnim i podržavajućim odraslim osobama, povezanost s vršnjacima koji su prosocijalni i poštuju društvena pravila

Unutar zajednice: učinkovite škole, veze s prosocijalnim organizacijama, npr. školom, klubovima, izviđačima, četvrti s visokom kolektivnom učinkovitošću, sigurnost, dobro organizirane hitne službe

Ungar (2008, prema Kirmayer, 2009) upozorava kako se rizične i zaštitne varijable ne mogu uvijek jasno kategorizirati, budući da se često protežu kroz sve tri razine, pa tako neka varijabla ima učinke na individualnoj, obiteljskoj i široj socijalnoj razini, npr. samoeфикаsnost je čimbenik individualne razine, no utječe na kapacitet davanja podrške drugima, kao i aktivnostima te doprinosu u široj zajednici. Također, pristup popisivanja niza rizičnih i zaštitnih čimbenika nije optimalan jer pojednostavljuje i konkretizira otpornost, a nakupljanje rizičnih i zaštitnih varijabli ne funkcionira po jednostavnom aditivnom principu, već promjenljivom, baš kao i njihov utjecaj ovisno o kontekstu.

U literaturi se razlikuju *promotivni* (kompenzacijski) i *zaštitni* čimbenici. Luthar (2003) odvaja dva tipa procesa otpornosti prilikom izloženosti specifičnom riziku ili skupu čimbenika rizika, a radi se o: a) *zaštitnim procesima* u kojima je izloženost čimbeniku otpornosti od koristi za one pojedince koji su izloženi riziku, ali nema utjecaja kad rizik nije prisutan, te b) *kompenzacijski procesi* u kojima čimbenik otpornosti ima podjednaku korist u situacijama niskog i visokog rizika. Zbog toga se može općenito govoriti o *čimbenicima otpornosti*, koji mogu funkcionirati kao zaštitni ili kompenzacijski/promotivni čimbenici. Fergus i Zimmerman (2005) navode da do otpornosti dolazi kad okolinski, socijalni ili individualni čimbenici poremete put od rizika do patologije. Takvi promotivni čimbenici povezani su s pozitivnim razvojem i pomažu u premošćivanju različitih životnih teškoća.

Razlikuju se dvije vrste promotivnih čimbenika – osobne kvalitete (engl. *assets*), koje se odnose na individualne čimbenike i vanjski resursi, koji se odnose na socijalne čimbenike, a pomažu u uvjetima niskog i visokog rizika (Masten, 2012). Preventivne intervencije zasnivaju se na pospješivanju promotivnih čimbenika, a ne samo na smanjenju rizika ili deficita. Detaljan pregled temeljnih pojmova u području otpornosti s preciznim definicijama može se vidjeti u Tablici 2 u prilogu. Vrijedi spomenuti i zanimljivo pitanje, koje postavlja Rutter (2006), nudi li koncept otpornosti novu perspektivu ili naprosto predstavlja drugačije gledanje na dobro poznate koncepte rizičnih i zaštitnih čimbenika. Rizični i zaštitni čimbenici koncentrirani su na varijable i na ishode, s pretpostavkom da je utjecaj rizičnih i zaštitnih čimbenika univezalan i sličan kod svih ljudi, a ishodi su ovisni o kombinaciji i ravnoteži rizičnih i zaštitnih utjecaja. Za razliku od toga, koncept otpornosti polazi od drugačije pretpostavke te prepoznaje značajnu heterogenost u reakcijama koje ljudi imaju na iste životne teškoće te ishode razmatra iz

perspektive mehanizama djelovanja različitih čimbenika, s implikacijom za strategije prevencije i tretmana. Otpornost iziskuje i obuhvaća dobro istražene čimbenike zaštite i rizika, pa su ta dva pristupa svakako povezana i komplementarna, no otpornost im daje novu dimenziju.

2. CILJ

Cilj ovog preglednog rada je predstaviti i analizirati koncept psihološke otpornosti, prikazati povijesni razvoj područja te temeljna istraživanja. Dodatno, cilj je doprinijeti boljem razumijevanju otpornosti i glavnih teorijskih postavki, poglavito kroz perspektivu kliničke psihologije i psihopatologije odraslih. U ovom radu naglasak će biti stavljen na prikaz različitih intervencijskih programa koji se mogu osmisliti i primjeniti s ciljem poboljšanja individualne otpornosti, te će se pokazati uklapanje koncepta otpornosti u nove pristupe u liječenju i podržavanju osoba s psihičkim bolestima na putu njihova oporavka.

3. METODOLOGIJA

Ovaj rad napisan je na temelju pregleda relevantne literature koja prikazuje koncept psihološke otpornosti, povezanost s psihičkim zdravljem te u kontekstu psihijatrije i psihičkih bolesti, kao i evaluacije različitih intervencijskih programa za promicanje otpornosti. Obuhvaćeni su pregledni radovi i konceptualne analize, zajedno s empirijskim istraživanjima uglavnom na odrasloj populaciji.

Radovi su prikupljeni pretragom relevantnih baza podataka (EBSCO, ScienceDirect, PsychInfo), internet stranica i knjiga relevantne tematike, koristeći kombinaciju sljedećih ključnih pojmova: otpornost, psihološka otpornost, individualna otpornost, psihijatrija, pozitivna psihologija, pozitivna psihijatrija, psihopatologija, psihička bolest, shizofrenija, depresija, PTSP, rizik, oporavak, intervencija. Ukupno je pregledano 125 radova, objavljenih u razdoblju od 1991. do 2019. godine, s ciljem dobivanja jasne slike o povijesti razvoja istraživanja otpornosti do najnovijih spoznaja.

3.1. Organizacija rada

Rad je organizan u dvjema širim tematskim cjelinama: prva se odnosi na predstavljanje koncepta otpornosti kroz povijesnu perspektivu te suvremeno tumačenje koncepta, određenje

glavnih pojmova te operacionalizaciju, dok je u drugoj prikazan odnos otpornosti s psihičkim zdravljem i psihičkim bolestima, s naglaskom na ulozi otpornosti u procesu oporavka od psihičkih poremećaja, te pregledom preporučenih intervencija za pospješenje individualne otpornosti koje se mogu primijeniti i integrirati s uobičajenim načinima liječenja.

4. PREGLED REZULTATA

4.1. Modeli otpornosti

Modeli otpornosti objašnjavaju mehanizme djelovanja čimbenika otpornosti, odnosno, način djelovanja promotivnih čimbenika kojima se mijenja put od rizika do negativnog ishoda (Fergus i Zimmerman, 2005). Garmezy, Masten i Tellegen (1984, prema Shean, 2015) su razvili tri modela koji opisuju način djelovanja čimbenika otpornosti, tako da smanjuju negativan utjecaj rizičnih čimbenika i to pomoću *protudjelovanja*, *zaštite* i *imunizacije*. Radi se o modelima kompenzacije, zaštitnih čimbenika i izazova, dok Rutter (1987, prema Rutter, 2012) dodatno formulira model inokulacije.

a) Kompenzacijski model

Promotivni čimbenik djeluje suprotno od rizičnog čimbenika te ima izravan utjecaj na ishod, neovisno od rizičnog čimbenika. Promotivni čimbenik neutralizira izloženost riziku, no nije u interakciji s rizikom, stoga je utjecaj na ishod neovisan i izravan. Radi se o aditivnom modelu, u kojem stresori smanjuju kompetenciju, a promotivni čimbenici poboljšavaju prilagodbu, stoga se prilagodba i kompetencija mogu predvidjeti kombinacijom zajedničkog djelovanja rizičnih i promotivnih čimbenika. Primjerice, djeca koja odrastaju u siromaštvu imaju veću vjerojatnost počinjenja kaznenog djela, no nadziranje ponašanja od strane odraslih može smanjiti i kompenzirati negativne učinke siromaštva (Fergus i Zimmerman, 2005).

b) Model zaštitnih čimbenika

Promotivni čimbenici smanjuju utjecaj rizika na negativan ishod, a povezanost rizika i ishoda ovisi o razini zaštitnih čimbenika. Zaštitni čimbenici mogu u interakciji s rizičnim čimbenicima smanjiti vjerojatnost negativnog ishoda (Zolkoski i Bullock, 2012). Primjerice, povezanost siromaštva i nasilnog ponašanja smanjena je kod mladih s visokim stupnjem roditeljske podrške, pri čemu je podrška zaštitni čimbenik jer moderira utjecaj siromaštva na nasilno ponašanje (Fergus i Zimmerman, 2005).

Zaštitni čimbenici mogu na nekoliko načina djelovati na ishod, stoga se mogu razlikovati tri modela zaštite: stabilizirajući, reaktivni i zaštitni.

Zaštitno-stabilizirajući model - zaštitni čimbenik neutralizira utjecaja rizika (Luthar i sur., 2000a). Više razine rizika povezane su s višim razinama negativnih ishoda kad je zaštitni čimbenik odsutan, no nema povezanosti između rizika i ishoda kad je zaštitni čimbenik

prisutan. Primjerice, u slučaju mladih bez dostatne roditeljske podrške ili nadzora (rizični čimbenici), manjak odraslog mentora (zaštitni resurs) povezan je s većom vjerojatnošću za delinkventna ponašanja (ishod), dok prisutnost odraslog mentora smanjuje vjerojatnost takvog negativnog ishoda (Fergus i Zimmerman, 2005).

Zaštitno-reaktivni model - zaštitni čimbenik smanjuje, no ne poništava, očekivanu korelaciju između rizika i ishoda. Povezanost rizika i ishoda jača je kad je zaštitni čimbenik odsutan, a slabija kada je prisutan. Zaštitni čimbenik je djelotvorniji kod niske razine rizika, nego kad je rizik visok (Luthar i sur., 2000a). Primjerice, adolescenti koji konzumiraju droge imaju veći rizik za rizična seksualna ponašanja. Povezanost između konzumacije droge (rizični čimbenik) i rizičnog seksualnog ponašanja (ishod) slabija je kod adolescenata koji su uključeni u seksualnu edukaciju u školama (zaštitni resurs), nego kod onih koji nisu uključeni u takvu edukaciju (Fergus i Zimmerman, 2005).

Zaštitno-zaštitni model - jedan zaštitni čimbenik pospješuje utjecaj drugog zaštitnog čimbenika. Primjerice, roditeljska podrška može pospješiti pozitivan utjecaj akademske kompetencije prema ostvarenju boljih akademskih ishoda, u većoj mjeri nego u slučaju djelovanja bilo kojeg pojedinačnog i izoliranog čimbenika. Radi se o modelu otpornosti samo u slučaju kada postoji pokazatelj rizika, budući da je preduvjet otpornosti prethodna izloženost nekoj životnoj teškoći i riziku (Fergus i Zimmerman, 2005).

c) Model izazova

Model izazova opisuje zakrivljenu povezanost između rizičnog čimbenika i ishoda. Izloženost niskim i visokim razinama rizičnih čimbenika povezana je s negativnim ishodima, dok je umjereni razina rizika povezana s manje negativnim ili pozitivnim ishodima (Fergus i Zimmerman, 2005). Prema ovom modelu, rizik može pospješiti kompetenciju. Glavna pretpostavka je da izloženost umjerenim razinama rizika pruža priliku za učenje rješavanja problema, uvježbavanje vještina suočavanja i korištenja dostupnih resursa. Stupanj izloženosti riziku mora biti dovoljno zahtjevan i izazovan, kako bi pobudio kapacitete suočavanja, no ujedno i podložan kontroli, budući da u protivnom, prevelika ili preplavljujuća razina stresa koja nadmašuje trenutne kapacitete nošenja, može rezultirati lošijom prilagodbom i teškoćama (Zolkoski i Bullock, 2013). Yates, Egeland i Sroufe (2003; prema Fergus i Zimmerman, 2005) model izazova definiraju kao razvojni proces pomoć kojeg djeca uče koristiti sredstva i resurse kad su izložena teškoćama, a nakon što ih uspješno savladaju, spremnija su za nošenje s višim razinama rizika u budućnosti. U cjeloživotnoj perspektivi, kako se ljudi izlažu različitim životnim zahtjevima ili teškoćama, kapacitet za suočavanje raste. Iz ovog modela proizlazi kako

rizični i promotivni čimbenici mogu predstavljati istu varijablu čija razina određuje hoće li imati rizični ili zaštitni utjecaj. Primjerice, premalo obiteljskih sukoba ne priprema dijete za učenje razrješavanja interpersonalnih problema izvan obitelji, previše sukoba ima štetan i negativan utjecaj, dok umjerena razina sukoba pruža priliku za učenje putem modela vještina rješavanja sukoba, koje će biti potrebne u budućnosti (Fergus i Zimmerman, 2005). Različiti stresori mogu pospješiti prilagodbu, sve dok se radi o razini stresa koja je umjerena i podložna kontroli, što je korisno zbog razvoja vještina suočavanja te pokretanju dostupnih unutrašnjih i vanjskih resursa (Shean, 2015).

d) Model inokulacije

Rutter (2006) činjenicu da stresno iskustvo može ojačati otpornost prema kasnijim stresnim čimbenicima, naziva učinkom *čeličenja* ili *imunizacije*, što je povezano s ranije spomenutim modelom izazova, samo u razvojnoj i cjeloživotnoj perspektivi. Izloženost riziku može pojačati ranjivost i senzibilizirati pojedinca ili smanjiti ranjivost procesom „čeličenja“ (Rutter, 2012). Kontinuirano izlaganje niskim razinama rizika djeluje kao „cijepljenje protiv stresa“ (Michenbaum, 1993; prema Seery, 2010), tako da se pojedinac priprema za suočavanje sa značajnijim rizicima u budućnosti. Većini ljudi taj fenomen je poznat pod često citiranom izrekom Friedricha Nietzschea „Što te ne ubije, ojača te“. Konceptualno je srodna teorija psihofiziološke izdržljivosti Dienstbiera (Seery, 2010), a prema kojoj izloženost stresorima ima pozitivan i osnažujući utjecaj kada je ta izloženost ograničena te praćena dovoljnim vremenom za oporavak, što rezultira većom vjerojatnošću pozitivnog sagledavanja situacije, većom emocionalnom stabilnošću te boljom sposobnošću psihološkog i fiziološkog nošenja s različitim razinama stresa, što se može generalizirati kroz različita životna područja. To je srodno ideji imunizacije u somatskoj medicini, gdje je poznato kako izlaganje infektima, prirodnim putem ili cijepljenjem, dovodi do imunosti kod kasnijeg izlaganja istom infektu. Rutter (2006, 2012, 2013) navodi niz istraživanja na životinjama i ljudima, koja potkrepljuju tu hipotezu, npr. eksperimentalni stres kod glodavaca vodi do strukturalnih i funkcionalnih promjena neuroendokrinološkog sustava, koje su povezane s povećanom otpornošću naspram kasnijeg stresa. Kod padobranaca se pronalazi prilagodba na fiziološkoj razini koja je povezana s promjenom anticipacijskog fiziološkog odgovora te smanjenog subjektivnog doživljaja stresa. Iskustvo kratkih „sretnih odvajanja“ od roditelja u djetinjstvu (poput boravka ili spavanja kod rodbine) dovelo je do boljeg nošenja s kasnijim hospitalizacijama. Također, u tretmanu fobija vrlo dobro je poznato kako izbjegavanje dovodi do održavanja straha, za razliku od postupnog izlaganja, koje je u većini slučajeva ključni dio tretmana u savladavanju straha. Određena razina

kumulativnog rizika u osobnoj povijesti povezana je s boljim psihičkim zdravljem i psihološkom dobrobiti, za razliku od visokog ili vrlo niskog, odnosno, odsutnosti rizika (Seery, 2010). Rutter (2006) pojašnjava kako je ključni aspekt imunizacije neki oblik uspješnog suočavanja sa stresorima i izazovima, što uključuje i fiziološku prilagodbu, psihološko navikavanje, osjećaj samoefikasnosti, stjecanje učinkovitih strategija suočavanja te kognitivno restrukturiranje negativnog iskustva.

Važno je naglasiti kako se ne radi o suprotstavljenim ili isključivima mehanizmima djelovanja čimbenika otpornosti, već modeli kompenzacije, zaštite i izazova mogu djelovati u okviru inokulacije, te ponovljeno izlaganje kompenzacijskim, zaštitnim i izazovnim procesima, priprema pojedinca za različite izazove i teškoće u budućnosti (Fergus i Zimmerman, 2005).

Na kraju, možemo zaključiti kako su zaštitni čimbenici ili čimbenici otpornosti temeljna sastavnica otpornosti, koju je potrebno razmatrati na više razina, od individualne, obiteljske do širokog društvenog konteksta, jednako kao i rizične utjecaje s kojima su u međudjelovanju. Neovisno o tome kojoj razini pripada, zaštitni čimbenik pomaže u izbjegavanju teškoća povezanih s rizicima, zbog čega je važno jačati i poticati čimbenike koji su dostupni promjeni te koji mogu pokrenuti proces otpornosti, što nije samo važno za nošenje s aktualnom krizom ili životnom teškoćom, već može imati dugotrajan pozitivan utjecaj i na nove teškoće u budućnosti.

4.2. Povijest istraživanja otpornosti

Istraživanja otpornosti započela su početkom sedamdesetih godina prošlog stoljeća na području razvojne psihopatologije. Ono što je započelo kao potraga za uzrocima psihičkih bolesti, rezultiralo je otkrićem neočekivano pozitivnih životnih ishoda te se time preusmjerilo u potragu za čimbenicima otpornosti. Naime, nakon 2. svjetskog rata, došlo je do naglog razvoja istraživanja u psihologiji i psihijatriji, od kojih su neka bila usmjerena na razumijevanje etiologije psihičkih bolesti i rizičnih čimbenika u razvoju (Masten i Cicchetti, 2016). U istraživanjima se pratio razvoj djece koja su procijenjena kao visokorizična za razvoj psihopatologije, budući da je kod njih pronađeno više diskretnih rizičnih čimbenika (npr. perinatalni stres, siromaštvo, psihopatologija roditelja). Pretpostavka je bila da negativna i traumatska rana iskustva dovode do razvoja psihopatologije, međutim, pokazalo se da, čak i u

skupini djece izložene višestrukim stresnim i rizičnim čimbenicima, tek manji broj razvija ozbiljne i dugotrajne emocionalne i ponašajne smetnje. Uočena je značajna heterogenost u razvojnim ishodima i prilagodbi kod djece koja su doživjela slične razine rizika, s nesumnjivim pokazateljima dobre prilagodbe unutar visokorizičnih okolnosti (Masten i Cicchetti, 2016). Dobro je poznat značaj rizičnih čimbenika te kumulativnog rizika, koji su povezani s kasnijim nefunkcionalnim ponašanjama ili psihopatološkim smetnjama, no otkriće otpornosti je u istraživački fokus donijelo snage i čimbenike koji su pokretali tu djecu prema preživljavanju i dobroj prilagodbi. Naglasak je u ranijim istraživanjima bio na negativnim učincima bioloških i psihosocijalnih rizičnih čimbenika, o kojima se u pravilu zaključivalo retrospektivno, odnosno, analizom osobne povijesti pojedinaca sa značajnim psihijatrijskim problemima. Iako je takav pristup značajno doprinio poznavanju rizičnih čimbenika te negativnih utjecaja ranih trauma na kasniji razvoj, pokazao se pristranim i pretjerano pesimističnim s porukom da negativna životna iskustva i rizični čimbenici neminovno dovode do problema u razvoju te slabije prilagodbe (Werner, 2005). Otkriće „otporne“ djece bilo je neočekivano te se ubrzo pokazalo kako se ne radi o iznimkama koje potvrđuju pravilo ili artefaktu mjerenja, te da se većina ljudi dobro nosi s teškoćama ili uspješno oporavi. Nakon toga, istraživači su nastojali otkriti čimbenike otpornosti, odnosno, zbog čega neka djeca, unatoč tome što su izložena višestrukim rizičnim čimbenicima, pokazuju dobru prilagodbu, za razliku od one koja, pod istim okolnostima, razvijaju različite teškoće, emocionalne i ponašajne probleme. Za početak istraživanja zaštitnih čimbenika i fenomena otpornosti, zaslužna su pionirska istraživanja nekoliko autora: Normana Garmezija, Michaela Ruttera te Emmy Werner (Masten i Powell, 2003).

a) Norman Garmezy – *Projekt kompetencija*

Norman Garmezy bio je američki psiholog te utemeljitelj istraživanja otpornosti (Shean, 2015). Započeo je istraživanje s ciljem otkrivanja etiologije i prognoze ozbiljne psihopatologije u području razvojne psihopatologije, što je i označilo početak istraživanja otpornosti i praćenje kompetencija. Garmezy (1974, prema Shean, 2015) je proveo istraživanje na djeci čiji roditelji imaju shizofreniju. Značajan dio te djece pokazivao je neočekivano dobre životne ishode i uspješnu prilagodbu. Iako je rizik od shizofrenije bio uvećan, 90% djece nije razvilo bolest te jepokazivalo sve relevantne pokazatelje dobre psihosocijalne prilagodbe (odnosi s vršnjacima, akademska uspješnost, zaposlenje). Umjesto da se takvi slučajevi smatraju nekom vrstom odstupanja ili proglase „atipičnim“, Garmezy se zainteresirao za ono što je tu otpornu djecu činilo drugačijom i koji su čimbenici povezani s njihovim dobrim funkcioniranjem. To je bio prijelomni trenutak koji je označio promjenu paradigme te odstupanje od dotad dominantnog

medicinskog modela, kojemu je u žarištu interesa bolest i psihopatološki simptomi, prema pozitivnim ishodima i snagama pojedinca. Prvi puta definirani su zaštitni čimbenici, koji smanjuju negativan utjecaj stresora te imaju pozitivan utjecaj na razvoj. Garmezy je identificirao niz zaštitnih čimbenika, koji su vezani uz pojedinca (temperament, kognitivne sposobnosti, socijalne vještine), obitelj (obiteljska kohezija i toplina, postojanje bliske i brižne osobe osim roditelja, kao i roditeljska brižnost), zajednicu i podržavajuće čimbenike izvan obitelji (snažan nadomjestak majke, posvećena i podržavajuća figura autoriteta, poput učitelja, kao i institucionalne strukture koje promiču povezanost u zajednici). Prema Garmezyju, otpornost je povezana s omjerom rizičnih i zaštitnih čimbenika u korist zaštitnih, te je prepoznat značaj ekoloških čimbenika u otpornosti, odnosno, utjecaj okoline na adaptivne ishode (Shean, 2015).

b) Michael Rutter – Otok Wight

Michael Rutter britanski je dječji psihijatar čije je istraživanje otpornosti započelo proučavanjem djece koja su odrastala u nepriviligiranim dijelovima Londona. Od 1964. godine proveo je niz epidemioloških istraživanja akademskih, psihijatrijskih i tjelesnih poremećaja kod djece (Garmezy, 1991). Identificirao je više rizičnih čimbenika (npr. bračni sukobi, nizak socioekonomski status, psihijatrijska bolest roditelja). Otkrio je kako s brojem rizičnih čimbenika, raste vjerojatnost razvoja psihijatrijskog poremećaja, za razliku od postojanja samo jednog rizičnog čimbenika, čime se utvrdila povezanost kumulativnog rizika s lošijim ishodima kod djece pod rizikom (Shean, 2015). Rutter (2006) definira otpornost kao interaktivni koncept koji se bavi kombinacijom rizika i relativno pozitivnog psihološkog ishoda unatoč riziku. Otpornost nije povezana s individualnim osobinama ili superiornošću pojedinca, već predstavlja proces prilagodbe pomoću dostupnih resursa. Individualne razlike u otpornosti mogu biti uzrokovane i genetskim čimbenicima, koji neku djecu čine više ili manje osjetljivom na promjene (Shean, 2015).

c) Emily Werner – Kuai longitudinalno istraživanje

Emily Werner američka je razvojna psihologinja koja je 1955. započela izuzetno vrijedno i značajno Kuai longitudinalno istraživanje, u kojem je praćena kohorta 698 djece, rođenih 1955. godine na Havajskom otoku Kauai, od rođenja do srednje životne dobi, s naglaskom na istraživanje utjecaja različitih rizičnih i zaštitnih čimbenika na razvoj. Razvoj je procjenjivan u 1., 2., 10., 18., 34. i 40. godini života, sukladno različitim razvojnim fazama. Utvrđeno je više rizičnih čimbenika kojima su djeca bila izložena – siromaštvo, perinatalne komplikacije, obiteljska nesloga i sukobi, rastava, psihopatologija roditelja te niži stupanj obrazovanja.

Utvrđeno je da s prisutnošću četiriju ili više rizičnih čimbenika, 2/3 djece razvija određene smetnje (teškoće u učenju, smetnje ponašanja, emocionalne probleme), no s druge strane, 1/3 djece, unatoč kumulativnim rizicima, nije razvila nikakve teškoće tijekom djetinjstva i adolescencije, te je odrasla u psihosocijalno dobro prilagođene, kompetentne i uspješne ljude. Ispitana je razlika između djece koja su razvila teškoće i onih koji su se pozitivno prilagodili te su potvrđene tri skupine zaštitnih čimbenika – vezani uz pojedinca, obitelj i zajednicu. Značajno je otkriće da u odrasloj dobi (s 32 i 40 godina), većina djece koja je imala teškoće u ranijim fazama odrastanja i mlađoj dobi, postiže oporavak i pozitivnu prilagodbu, osobito kod žena. Taj fenomen može se objasniti iskustvom *životnih prekretnica*, nakon kojih su nastale trajne pozitivne promjene u životnom tijeku. Radi se o otvaranje novih životnih prilika, poput nastavka obrazovanja, polaska u vojsku, stabilnog braka, religioznosti, oporavka od ozbiljne bolesti ili nesreće, te u nešto manjoj mjeri, psihoterapije, za što se pokazalo da može dovesti do dugotrajne pozitivne promjene. Takve prilike omogućuju stjecanje i poboljšanje socijalnih vještina i profesionalnih kompetencija, donose ekonomsku stabilnost i životnu strukturiranost, osjećaj uključenosti u zajednicu, kao i izvor emocionalne podrške (Werner, 2005).

4.2.1. Četiri vala istraživanja otpornosti

Razvoj istraživanja otpornosti tekao je u nekoliko faza, koje se prepoznaju u literaturi (O'Dougherty Wright, Masten i Narayan, 2013; Richardson, 2002) – od određivanja zaštitnih čimbenika, proučavanja procesa i mehanizama otpornosti, do razvoja intervencija za razvijanje i pospješivanje otpornosti te analiziranje procesa otpornosti na različitim razinama funkcioniranja.

Prvi val istraživanja

Prvi val istraživanja bio je deskriptivan, s ciljem definiranja i operacionaliziranja otpornosti. Vodeća pitanja odnosila su se na to što je otpornost, kako se može mjeriti i koji su ključni čimbenici. Glavni doprinos prvog vala je postavljanje čvrstih teorijskih temelja, s dobro opisanom otpornošću i temeljenim konceptima, što je bila osnova za daljnja istraživanja (O'Dougherty Wright i sur., 2013). Karakteristika prvog vala bila je i usmjerenost na pojedinca i individualnu otpornost. Djeca koja su pokazala dobro funkcioniranje usprkos različitim rizicima, okarakterizirana su kao „neranjiva“ i „nepropusna“ za stres, što se pripisalo njihovoj unutrašnjoj snazi i „čeličnom“ karakteru (Anthony, 1974, prema O'Dougherty Wright i sur., 2013). Otpornost je konceptualizirana kao skup osobina, unutrašnjih i vanjskih karakteristika,

koje pomažu u nošenju s teškoćama i oporavku. Daljnjim istraživanjima i novim spoznajama, uvidjelo se kako izraz „neranjivost“ nije prikladan te je zamijenjen dinamičnijim izrazima, poput otpornosti na stres, što je bilo prikladnije promjenljivoj prirodi otpornosti.

Drugi val istraživanja

U drugom valu istraživanja, cilj je bio otkriti kako otpornost djeluje, koji su procesi i mehanizmi u njezinoj podlozi te način djelovanja zaštitnih čimbenika. Naglasak je na dinamičnosti, otpornost se prepoznaje kao proces koji nastaje u transakcijskom odnosu pojedinca i okoline, te kroz stalnu interakciju pojedinca s brojnim sustavima. Otpornost nije samo skup određenih osobina ili urođena sposobnost, već dinamičan proces koji se može poučiti i naučiti, koristeći dostupne resurse za suočavanje i oporavak od teškoća (Grafton, Gillespie i Henderson., 2010).

Treći val istraživanja

U trećem valu, istraživači su se usmjerili na razvoj intervencija, temeljenih na rezultatima istraživanja, pomoću kojih se može razviti otpornost, što predstavlja i priliku za provjeru teorija otpornosti. Naglasak je na razvoju preventivnih programa, koji promiču otpornost i pozitivan razvoj, a uporište imaju u znanstvenim otkrićima iz prvih dviju faza istraživanja. Istraživači su usredotočeni na bolje razumijevanje medijacijskih i moderacijskih procesa koji mogu objasniti povezanost nepovoljnih okolnosti i razvojne kompetencije, kao posrednika koji vodi krajnjem cilju, a to je razvoj psiholoških intervencija za promicanje otpornosti i pozitivnog razvoja (O'Dougherty Wright i sur., 2013).

Četvrti val istraživanja

U posljednjem valu istraživanja, koji se trenutačno odvija, integriraju se nove spoznaje iz genetike i neuroznanosti, s naglaskom na višerazinsku interakciju genetskih čimbenika s iskustvom, pojedinaca s okolinom, uz višedisciplinarni pristup, s ciljem razumijevanja otpornosti na neurobiološkoj razini. Dominantne teme su genetske razlike u čimbenicima otpornosti, različita osjetljivost na traumatsko iskustvo, kao i osjetljivost na pozitivnu intervenciju (koncept osjetljivosti na kontekst ili različite podložnosti), te otpornost na razini društvenih zajednica. Takav pristup omogućen je i zbog napretka tehnologije te dostupnih metoda istraživanja (Masten i Obradović, 2008).

Budućnost istraživanja otpornosti, unatoč teorijskim prijedorima, ostaje perspektivna, budući da se koncept široko koristi i prepoznaje u nizu različitih sustava i disciplina, a čini se potrebniji nego ikad, osobito u kontekstu brojnih nepovoljnih okolnosti kojima je čovječanstvo u cjelini izloženo. Iz perspektive psihološke otpornosti, postoji potreba za daljnjim povezivanjem različitih okvira, od kulturoloških do bioloških, kao i jačanje otpornosti različitih povezanih i isprepletenih sustava (osim individualne, promicati otpornost na razini obitelji i zajednice).

4.3. Mjerenje otpornosti

Kako postoje različite definicije i poimanja otpornosti, tako se nalaze i različiti pristupi u njezinom mjerenju. Ne postoji tzv. „zlatni standard“ ili jedinstvena i općeprihvaćena mjera otpornosti, što se očituje u upitnoj kvaliteti i dosljednosti podataka koji se dobivaju u istraživanjima. Prevalencija otpornosti, primjerice, varira od 25% do 84% u usporedivim skupinama, čak i kad je mjerena istim instrumentom, što otežava mogućnost usporedbe različitih istraživanja te dovodi u pitanje valjanost mjerenog konstrukta, odnosno, postavlja se pitanje što se zapravo mjeri u istraživanjima (Vanderbilt-Adriance i Shaw, 2008, prema Windle, Bennett i Noyes, 2011). Različite mjere otpornosti zasnovane su na različitim teorijskim postavkama, a odabir mjere vođen je područjem istraživanja te ciljnom populacijom. Otpornost se najčešće procjenjuje ljestvicama samoprocjene ili tzv. surogat mjerama ishoda (Chmitorz, Kunzler, Helmreich, Tüscher i Kalisch, 2018). Radi se o mjerama ishoda koje mogu biti zamjena i alternativa ishodima koji su specifično vezani uz određenu intervenciju, a sami nisu direktno obuhvaćeni intervencijom. U kontekstu otpornosti, može se raditi o povezanim konstruktima iz područja psihičkog zdravlja, poput dobrobiti, kvalitete života ili psihološke uznemirenosti. Kako ne postoji jasna preferencija određenih mjernih instrumenata nad drugima, izbor je najčešće arbitaran, no i upitne primjerenosti. Preporuka je da odabir odgovarajuće mjere bude vođen ponajprije svrhom istraživanja i kontekstom, pa su u istraživanjima i trijaži prikladne psihometrijske mjere otpornosti, dok je u procjeni potreba, svrsishodnije procijeniti psihopatologiju sa širim rasponom zaštitnih čimbenika i resursa, što obično nije obuhvaćeno mjernim instrumentima (Graber i sur., 2015). Mjerenje otpornosti je važno u kliničkoj psihologiji te u terapijske svrhe jer pomaže rasvijetliti koji čimbenici su važni za postizanje i održavanje psihičkog zdravlja kod različitih pacijenata (Shastri, 2013). Pouzdanost i valjanost psihometrijskih instrumenata za mjerenje otpornosti također predstavlja neophodan uvjet za evaluaciju intervencija i politika za promicanje otpornosti (Windle i sur., 2011).

Osobito je vrijedan rad Windle i suradnika (2011) s pregledom ljestvica za mjerenje otpornosti te analizom 15 mjernih instrumenata otpornosti, namijenjenih dječjoj i odrasloj populaciji. Najbolje metrijske karakteristike pokazuju sljedeće ljestvice: Connor-Davidson ljestvica otpornosti (CD-RISC), Ljestvica otpornosti za odrasle (RSA) i Kratka ljestvica otpornosti (BRS) koje su namijenjene odrasloj populaciji. Cjelovit prikaz svih instrumenata izvan je fokusa ovog rada te je dostupan u radu Windle i suradnika (2011), dok će tri ljestvice s najboljim karakteristikama biti detaljnije opisane u nastavku.

- a) **Connor-Davidson ljestvica otpornosti** (engl. *Connor-Davidson Resilience Scale*, CD-RISC; Connor i Davidson, 2003). Radi se o ljestvici samoprocjene, koja je namijenjena starijim adolescentima te odraslim osobama, a razvijena u SAD-u na odrasloj populaciji. Sadrži 25 čestica, a sastoji se od pet faktora: 1. osobna kompetencija, 2. osnažujući utjecaji stresnih događaja i tolerancija neugodnih emocija, 3. pozitivno prihvaćanje promjena i sigurne veze, 4. kontrola, 5. duhovni utjecaji. Služi kao mjera stupnja otpornosti, prediktor ishoda psihoterapije ili psihofarmakološkog tretmana, prediktor savladavanja stresa i razvijanja otpornosti. Prevedena je na više jezika i ispitivana na različitim populacijama. Utvrđeno je da ima dobre psihometrijske karakteristike i da može razlikovati pojedince s višim i nižim razinama otpornosti. Postoje još dvije, kraće verzije: CD-RISC-10 (10 čestica) i CD-RISC-2 (dvije čestice za svrhe kliničke procjene; može biti korisna za pronalaženje pacijenata rizičnih za razvoj neuropsihijatrijskih bolesti).
- b) **Ljestvica otpornosti za odrasle** (engl. *The Resilience Scale for Adults*, RSA; Friborg, Hjermadal, Rosenvinge i Marinussen, 2003, prema Shastri, 2013). Radi se o ljestvici samoprocjene, razvijena je na odrasloj populaciji u Norveškoj te je usmjerena na intrapersonalne i interpersonalne zaštitne čimbenike. Sastoji se od 37 čestica. Autori definiraju otpornost kao zaštitne čimbenike, procese i mehanizme koji pridonose dobrim ishodima, unatoč doticaju sa stresorima koji nose značajan rizik za razvoj psihopatologije. Originalno je utvrđeno šest podljestvica: 1. osobna snaga, 2. percepcija budućnosti (kasnije uklonjeno), 3. socijalna kompetencija, 4. obiteljska kohezija, 5. socijalni resursi te 6. strukturirani stil. Pokazuje dobre metrijske karakteristike te je validirana u više europskih zemalja. Može se koristiti u kliničkoj i zdravstvenoj psihologiji kao mjera procjene zaštitnih čimbenika važnih u prevenciji slabije prilagodbe i psiholoških poremećaja (Windle i sur., 2011).

- c) **Kratka ljestvica otpornosti** (engl. *The Brief Resilience Scale*, BRS, Smith, Dalen, Wiggins, Tooley i Christopher, 2008, prema Windle i sur., 2011). Radi se o ljestvici samoprocjene koja se sastoji od 6 čestica. Razvijena je na odrasloj populaciji u SAD-u, a mjeri sposobnost individualnog oporavka i savladavanja stresa. Pokazala se kao pouzdana mjera otpornosti, osobito u situacijama suočavanja sa zdravstvenim stresorima.

Iako su navedena tri instrumenta pokazala najbolje metrijske karakteristike, njihova kvaliteta i dalje je samo umjerena (Windle i sur., 2011). Zanimljivo je primjetiti kako Connor-Davidson ljestvica konceptualizira otpornost kao osobinu ličnosti, Ljestvica otpornosti za odrasle kao proces, a Kratka ljestvica otpornosti kao ishod. Općenito, većina postojećih ljestvica otpornosti usmjerena je na mjerenje otpornosti kao: a) stabilne osobine ličnosti, b) dostupne čimbenike otpornosti (poput socijalne podrške, samoefikasnosti) ili c) održano ili oporavljeno psihičko zdravlje, unatoč značajnim teškoćama (Chmitorz i sur., 2018). Southwick, Pietrzak i White (2011) ističu kako se instrumenti mogu koristiti u različite svrhe, osobito u svrhu praćenja i evaluacije intervencija za promicanje otpornosti, kao mjera ishoda ili procjena čimbenika otpornosti koji štite od traumatskog stresa i razvoja psihopatologije.

Istraživanje i proces validacije mjernih instrumenata, kao i različitih pristupa mjerenju, u početnoj je fazi, s potrebom daljnje validacije instrumenata u populaciji koja je izložena stresnim ili traumatskim događajima u svrhu predviđanja individualnih odgovora na intervenciju. U konačnici, potrebno je oprezno pristupiti mjerenju otpornosti. Kako se radi o složenom i dinamičnom konstrukt, oslanjanje isključivo na psihometrijske mjere otpornosti nije dostatno. Jednokratna procjena otpornosti u određenoj vremenskoj točki ne odražava nužno točnu sliku otpornosti, osobito ako prethodno nisu dobro određeni čimbenici rizika i zaštite na subjektivnoj i objektivnoj razini.

4.4. Otpornost, psihičko zdravlje i psihička bolest

Otpornost je prepoznata kao jedan od temelja u očuvanju psihičkog zdravlja zbog čega zaslužuje važno mjesto u kliničkoj psihologiji i psihijatriji, kako u razumijevanju nastanka psihopatoloških smetnji, tako i u njihovom liječenju. Nalaze se značajne razlike u prognozi psihičkih bolesti te životnoj prilagodbi kod osoba sa sličnom dijagnozom, rizičnim i zaštitnim čimbenicima, što se može bolje razumjeti kroz višedimenzionalni proces otpornosti (Mizuno i sur., 2016). Osnježivanje čimbenika otpornosti može postati sastavni dio liječenja i unaprijediti postojeće tretmanske modele, što je osobito važno u pristupu osobama s ozbiljnim i kroničnim psihijatrijskim smetnjama koji imaju nezadovoljavajući terapijski odgovor na uobičajene načine liječenja. Istraživanja na području psihičkog zdravlja dugo su bila usmjerena na rizik za razvoj psihičkih bolesti, no kako je rastao korpus znanja o čimbenicima ranjivosti, povećao se interes za čimbenike koji promiču zdravo funkcioniranje, kapacitet oporavka i otpornost (Rutten, 2013).

U suvremenom pristupu psihičkim bolestima također se prati promjena svjetonazora, s razvojem tzv. pozitivne psihijatrije i pozitivne kliničke psihologije, prema kojima su pozitivni i funkcionalni aspekti pojedinca jednako relevantni kao i negativni, osobito u procesu oporavka i poboljšanju kvalitete života. Relativno nedavno, kako se i promijenio koncept oporavka, o čemu će kasnije biti više govora, pojavilo se zanimanje za promicanje otpornosti kod osoba s ozbiljnim i kroničnim psihičkim bolestima. Otpornost je uključena u psihopatološke procese, kao medijator u stresnom odgovoru; visoke razine otpornosti imaju zaštitnu funkciju, dok niže povećavaju ranjivost za razvoj psihopatologije u reakciji na stresne ili traumatske događaje (Shrivastava, 2016). Prema stres-dijateza modelu psihopatologije, pojava ili povrat bolesti rezultat su interakcije bioloških i okolinskih stresnih utjecaja, dok čimbenici zaštite i otpornosti smanjuju negativne utjecaje (Meyer i Meuser, 2011). Pritom, treba imati na umu kako je odnos otpornosti i psihičkog zdravlja složen te otpornost automatski ne podrazumijeva dobro psihičko zdravlje ili superiorno funkcioniranje, već funkcioniranje koje je relativno bolje od očekivanog u određenim okolnostima (Rutter, 2012).

Pokazalo se kako je razina otpornosti niža kod pojedinaca sa psihijatrijskim smetnjama, npr. pacijenti s anksioznim poremećajem imaju nižu razinu otpornosti u odnosu na opću populaciju (Connor i Davidson, 2003). U istraživanju Von Soest, Mossige, Stefansen i Hjemdal (2010) utvrđena je povezanost više razine otpornosti s nižom razinom anksioznosti, depresije, stresa i opsesivno-kompulzivnih simptoma kod starijih adolescenata. Otpornost je snažno povezana s psihičkim zdravljem i kod tjelesnih oboljenja, što upućuje na potrebu pružanja veće

psihosocijalne potpore pojedincima kod kojih je utvrđena niža razina otpornosti (Färber i Rosendahl, 2018). Prepoznata je zaštitna uloga otpornosti u razvoju depresije (Southwick, 2012) te drugih afektivnih poremećaja koji su povezani sa stresom (Southwick, Vythilingam i Charney, 2005) i posttraumatskim stresnim poremećajem (Horn i Feder, 2018; Wrenn, Wingo, Moore, Pelletier i Gutman, 2011; Yehuda, 2004), što ukazuje na obećavajući potencijal primjene spoznaja u prevenciji i liječenju psihičkih smetnji.

Također, otpornost pronalazi svoje mjesto i kod ozbiljnih psihičkih bolesti, u što ulaze dijagnoze shizofrenog spektra, shizoafektivni poremećaj, teži oblici bipolarnog afektivnog i depresivnog poremećaja. Istraživanje Bozikas i suradnika (2016) pokazalo je kako pojedinci s novodijagnostiranim poremećajem iz shizofrenog spektra imaju nižu razinu otpornosti u odnosu na zdravu populaciju. Kod oboljelih s višom razinom otpornosti, nalazi se manji broj i slabiji intenzitet pozitivnih i općih psihopatoloških simptoma, niža razina depresije i beznađa, što je osobito značajno kod procjene rizika za samoubojstvo u toj populaciji. Sukladno tome, niža razina otpornosti nalazi se kod pojedinaca s visokim rizikom za razvoj psihoze, dok je viša razina otpornosti kod visokorizičnih pojedinaca povezana s manje negativnih simptoma, depresije i anksioznosti, pozitivnijim shemama o sebi i drugima te nižom razinom stresa (Marulanda i Addington, 2016). Visokorizični pojedinci koji su na kraju razvili psihozu imaju značajno nižu otpornost u usporedbi s onima koji nisu (Kim, Song, Park, Lee, E.H. i Lee, M., 2013). U zanimljivom nastavku istraživanja Torgalsbøena (2012) praćeni su pojedinci kojima je dijagnosticirana shizofrenija te koji su postigli stanje remisije. Njihovo funkcioniranje, razina oporavka i otpornosti bili su procijenjeni 15 godina nakon dijagnoze te se pokazalo da je viša razina otpornosti povezana s boljim psihosocijalnim funkcioniranjem te većom vjerojatnošću oporavka od bolesti, pa čak i potpunim oporavkom bez farmakološke terapije. U istraživanju Palmer, Martin, Depp, Glorioso i Jeste (2014) pokazalo se kako shizofreni pacijenti s većom razinom otpornosti i optimizma, imaju veću razinu sreće.

Iz tih nalaza je vidljiva povezanost otpornosti s razvojem psihopatologije, no i kod već razvijenih psihijatrijskih poremećaja, s težinom kliničke slike, pozitivnim emocionalnim stanjem te većom vjerojatnošću oporavka. Značaj otpornosti pokazan je i kod bipolarnog afektivnog poremećaja, gdje su različiti aspekti otpornosti značajno povezani s dobrim psihičkim funkcioniranjem i oporavkom (Echezarraga, Calvete, González-Pinto i Las Hayas, 2018). Također, niža otpornost povezana je s višom razinom impulzivnosti te brojem depresivnih epizoda, odnosno, otpornost može biti i prediktor ponovne pojave depresivne

epizode (Choi, Cha, Jang, Park i Kim, 2015). Otpornost se pokazala važnom i kod članova obitelji osoba s ozbiljnom psihičkom bolešću (Zauszniewski, Bekhet i Suresky, 2015).

Karakteristike povezane s otpornošću, poput prihvaćanja, mentalne čvrstoće, nade, vještine, samoeфикаsnosti, osjećaja koherentnosti i snalažljivosti, pomažu u nošenju sa stresom koji često prati skrb za oboljelog, zbog čega autori preporučaju da se otpornost osnažuje i kod članova obitelji, osobito onih u skrbničkoj ulozi, što će imati pozitivan utjecaj na cijelu obitelj i oboljelu osobu. Sličan trend utvrđuje se i kod obitelji čiji član ima demenciju (Deist i Greeff, 2014) i autizam (Bekhet, Johnson i Zauszniewski, 2012; Greeff i Van der Walt, 2010), što nas upućuje na važnost otpornosti u obiteljskim sustavima te u kontekstu uloge skrbnika.

U kontekstu ozbiljne psihičke bolesti, samo iskustvo bolesti i dijagnoza predstavljaju značajnu teškoću i rizik. Otpornost je potrebna u nošenju sa simptomima, popratnim pojavama lijekova, kao i značajnim te često sveprožimajućim gubicima na planu zdravlja i dobrobiti (Perlman, Patterson i Moxham, 2017). Život s psihičkom bolešću često donosi mnogo izazova i prepreka. Oboljeli su nerijetko marginalizirana i stigmatizirana skupina društva, s negativnim posljedicama na planu tjelesnog, psihosocijalnog i radnog funkcioniranja, što potom stvara štetne učinke u drugim važnim životnim područjima te rezultira značajnom socijalnom i ekonomskom deprivacijom. Problem predstavlja internalizirana stigma, odnosno, samostigmatizacija, koja negativno utječe na kvalitetu života, samopoimanje te tijek bolesti s nepovoljnom prognozom (Boyd, Adler, Otilingam i Peters, 2014, prema Perlman i sur., 2017). Otpornost je negativno povezana sa samostigmatizacijom, te pozitivno povezana s otpornošću prema stigmati, zbog čega Hofer, Post, Pardeller, Frajo-Apor i Hoertnagl (2019) zaključuju kako je pospješeno otpornosti djelotvorno u smanjenju samostigmatizacije te povezanih problema. Perlman i suradnici (2017) konstatiraju kako je otpornost, uz socijalnu povezanost i podršku, ključna u procesu oporavka, učinkovitijem suočavanju sa stresom te smanjenju ranjivosti za razvoj ili povrat simptoma. U tom kontekstu, svakako je znakovita poruka Masten (2001) kako je važno napustiti shvaćanje otpornosti kao urođene sposobnosti te prepoznati potencijal za njen razvoj i pospješeno, što se čini osobito važnim upravo kod ranjivih i visokorizičnih pojedinaca, odnosno, tamo gdje je najviše potrebna.

Pai i Vella (2018) skreću pažnju na moguće probleme u korištenju koncepta otpornosti u kontekstu psihičkih bolesti. Naime, psihičko zdravlje ili odsutnost psihopatologije nakon značajne teškoće često su korištene varijable ishoda i pokazatelji otpornosti, što nije primjereno kod već postojećih psihičkih bolesti, budući da isključuje mogućnost otpornosti. Vrijedi spomenuti zanimljivo gledište Angeler, Allen i Persson (2018) koji u kontekstu psihičkih

bolesti prikladnom smatraju konceptualizaciju otpornosti iz područja ekologije, kao ponovne organizacije sustava na drukčiji način, umjesto povratka u prvobitno stanje nakon značajnog stresa. Kod kroničnih psihičkih smetnji, kad potpuni medicinski oporavak nije moguć ili izgledan, potrebno je promijeniti očekivanja i kriterije otpornosti, sukladno toj populaciji. Glavna poruka jest da postoji prostor za poboljšanje otpornosti kod svakoga, no kod pojedinaca s psihičkim bolestima taj proces nije lagan ni spontan, niti ga je dovoljno naučiti iz psihoedukacijskih materijala ili metoda samopomoći, zbog čega Newman (2005) preporuča da ga se integrira u uobičajen protokol liječenja te primijeni s drugim intervencijama usmjerenim oporavku.

4.4.1. Oporavak i otpornost

U posljednjih nekoliko desetljeća, došlo je do značajnih promjena u dugoročnim prognozama kroničnih i ozbiljnih psihičkih bolesti, poput shizofrenije. Ranije je takva dijagnoza sa sobom donosila krajnje pesimističnu perspektivu, obično lišenu bilo kakve nade u oporavak i mogućnost vođenja svrshishodnog života. S druge strane, istraživanja su pokazala kako od 40 do 70% oboljelih postiže djelomičnu ili potpunu remisiju simptoma, što ukazuje da je oporavak moguć i kod ozbiljnih psihičkih bolesti (Meyer i Mueser, 2011). U suvremenoj psihijatriji došlo je do jačanja glasova samih korisnika, odnosno, oboljelih, te se javlja svojevrsni *pokret oporavka*, kojim se prepoznaje potencijal i sposobnost ljudi s psihičkim bolestima da adekvatno funkcioniraju i sudjeluju u društvenim procesima (Davidson, 2016). Odnos s pacijentom u procesu liječenja mijenja se iz paternalističkog u suradnički, potiče se aktivna uloga i autonomija pacijenta, s redefinicijom toga što znači oporavak. Možemo razlikovati dvije vrste oporavka – *simptomatski/medicinski*, koji se odnosi na psihopatološke simptome, te *osobni/subjektivni* oporavak, koji se odnosi na subjektivno stanje dobrobiti (Bozikas i Parlapani, 2016). Potpuni izostanak psihopatoloških simptoma nije jedino mjerilo oporavka, niti nužno ostvariv cilj, no ljudi, bez obzira na bolest ili rezidualne simptome, mogu imati nadu prema budućnosti, osjećaj samoefikasnosti, stjecati nove vještine, samostalno donositi životne odluke te aktivno sudjelovati u vlastitom liječenju, pri čemu njihov identitet nije prožet bolešću. Nova konceptualizacija oporavka usmjerena je na razvoj smisla i svrhovitosti življenja, s mnogo većim naglaskom na osobnom značenju koji pojedinac pridaje oporavku. Osim subjektivnog iskustva, važni su i objektivni parametri koji se odnose na funkcioniranje u važnim životnim područjima, poput samostalnog života, obrazovnih dostignuća, primjerenih interpersonalnih odnosa, zaposlenja, hobija i slobodnih aktivnosti,

uključenosti u zajednicu, a što sve čini funkcionalni oporavak. Meyer i Mueser (2011) povezuju koncepte oporavka i otpornosti, pri čemu otpornost shvaćaju kao podupiratelja procesa oporavka te sponu između vještina i osobnih kvaliteta pojedinca te ciljeva i planova za budućnost.

Naposljetku, možemo zaključiti da se područje otpornosti može i treba integrirati s postojećim tretmanskim i preventivnim strategijama. Višedimenzionalnost otpornosti omogućuje osnaživanje pojedinca kroz više razina – individualnu, obiteljsku i širu socijalnu, stoga se važno usmjeriti na čimbenike otpornosti koji su dostupni promjeni te koji mogu biti pokretač i poticajna sila procesa oporavka. Zadaća je kliničara koji radi s oboljelom osobom, da pomogne rasvijetliti relevantne čimbenike otpornosti te poduči kako i kada koristiti pojedine zaštitne čimbenike i mehanizme, što može smanjiti rizik od ponovne pojave bolesti, ozbiljnost kliničke slike ili poboljšati brzinu i vjerojatnost oporavka. U nastavku ćemo se baviti upravo različitim intervencijama koje su razvijene za promicanje otpornosti te mogućnostima njihove implementacije u liječenje osoba s psihičkim bolestima.

. 4.5. Promicanje otpornosti

Razumijevanje i dobro definiranje otpornosti važno je za razvoj intervencija kojima se otpornost može izgraditi i pospješiti. Poznavanje čimbenika koji ljudima pomažu da se othrvaju različitim životnim teškoćama, prirodno navodi na ideju o mogućnosti prevencije razvoja različitih psihijatrijskih poremećaja ili bržeg oporavka. U trećem valu istraživanja otpornosti, fokus je bio upravo na razvoju i implementaciji različitih intervencija ili treninga za promicanje otpornosti (O'Dougherty Wright i sur., 2013). Promjena paradigme na području psihičkog zdravlja prema snagama pojedinca, umjesto teškoćama i psihopatologiji, očituje se i na porastu broja istraživanja koja se bave osobnim snagama, resursima i kapacitetima oporavka, kao i na razvoju intervencija s ciljem osnaživanja i promicanja otpornosti (Bonanno, Romero i Klein, 2015). Može se zaključiti da je ta promjena prijeko potrebna i dobrodošla. Naime, unatoč značajnom napretku u razumijevanju patofiziologije različitih poremećaja, epidemiološka istraživanja ukazuju na visoku prevalenciju psihijatrijskih poremećaja. Snijders, Pries, Sgammeglia, Youssef i de Nijs (2018) izvješćuju da su anksiozni i depresivni poremećaji među najučestalijim psihijatrijskim dijagnozama u Europi, što je trend koji se prati i u drugim zemljama svijeta. Podjednako je zabrinjavajuća visoka stopa ponovne pojave poremećaja te slabiji dugoročni učinci dostupnih tretmana, s negativnim posljedicama na više razina: značajan

ekonomski teret za društvo, smanjenje ljudskog potencijala, snižena kvaliteta života i dobrobit pojedinca, obitelji i zajednice. Kalisch i suradnici (2017) razlog za visoku prevalenciju psihijatrijskih poremećaja ne pripisuju eventualnom porastu broju rizičnih i stresnih čimbenika, niti većoj spremnosti traženja pomoći ili učinkovitijem dijagnosticiranju, već nedostatnoj kvaliteti postojećih tretmana i ozbiljnom manjku preventivnih aktivnosti. Veći dio resursa, ekonomskih i ljudskih, ulaže se u liječenje često već uznapredovalih i težih oblika poremećaja, sa slabijom prognozom, stoga se kao svrsishodno rješenje nameće ulaganje većih napora prema prevenciji nastanka poremećaja te promicanju otpornosti što je ranije moguće tijekom razvoja. Važnost prevencije prepoznata je u drugim granama medicine, pa se tako mnogo govori i radi na prevenciji, primjerice, kardiovaskularnih bolesti, umjesto da se ozbiljno liječenje započinje tek nakon srčanog infarkta. Čak i kod genetske predispozicije za razvoj psihičke bolesti, kao i stresnih događaja koji će potaknuti razvoj ili pogoršanje simptoma, moguće je spriječiti, ublažiti ili promijeniti tijek bolesti, prema pozitivnim i funkcionalnim životnim ishodima. Za razvoj otpornosti značajnija je uloga zaštitnih čimbenika od rizičnih što otvara mogućnost za trening otpornosti - svatko se može naučiti kako koristiti zaštitne čimbenike u svoju korist. Zaštitni čimbenici mogu se osnažiti kod ljudi s rizikom od razvoja psihičke bolesti ili kod oboljelih, što se dugoročno može se uobličiti u veće i sveobuhvatne intervencije na području psihičkog zdravlja, koje bi zahvatile visokorizične i ranjive skupine (Stainton, 2018). Luthar i Cicchetti (2000b) naglašavaju da otpornost može biti ključna u vođenju socijalnih politika usmjerenim visokorizičnim i ranjivim skupinama te njihovoj dobrobiti, a može biti i komplementarna tradicionalnim pristupima liječenju koji su usmjereni na patologiju i teškoće.

4.5.1. Intervencije za promicanje otpornosti

Intervencije usmjerene promociji otpornosti imaju cilj potaknuti procese otpornosti te adaptivne ishode. Mogu biti usmjerene na individualnu i socijalnu razinu, odnosno, na pojedinca, obitelj, organizaciju ili zajednicu, a mogu istodobno obuhvatiti više razina – primjerice, intervencije namijenjene djeci često uključuju roditelje, obitelj ili školu (Southwick i sur., 2011). Sukladno različitostima u definiranju i operacionalizaciji otpornosti, nalaze se i značajne razlike u programima i intervencijama za promicanje otpornosti, njihovim teorijskim pretpostavkama i glavnim pojmovima. Ne postoji značajan stupanj slaganja o tome što zapravo predstavlja trening otpornosti kao ni koje su temeljne sastavnice učinkovitog programa za promicanje otpornosti (Leppin, Gionfriddo, Sood, Montori i Erwin, 2014, prema Helmreich,

Chmitorz, König, Binder i Wessa, 2017). Sve u svemu, otpornost je postala atraktivna riječ na području stručne, no i popularne literature o psihičkom zdravlju, a razvoj intervencija vrlo je propulzivno područje, no opterećeno manjkom rigorozne znanstvene provjere. Većina programa izvodi se neposrednim i izravnim kontaktom, no može se raditi o *online* intervencijama ili višemodalnim oblicima treninga koji kombiniraju različite metodologije izvođenja (uživo, telefonski, *online*). Tretman može biti u grupnom ili individualnom formatu. Učestalo korištene metode uključuju raspravu, igranje uloga, praktične vježbe i domaće zadaće, s psihoeducacijom koja je isprepletena u cjelokupni tijek tretmana, a mogu biti usmjerene smanjenju rizika, jačanju resursa, razvoju vještina, podržavanju različitih kulturuloških, religijskih i spiritualnih rituala, promicanju različitih organizacija koje se bave razvojem kompetencija (npr. škole, policija, vatrogasci, organizacije za odgovor na katastrofe, vojska), smanjenju izloženosti traumatskim ili stresnim događajima, pružanju brzih intervencija i tretmana temeljenih na dokazima (Southwick i sur., 2011).

Chmitorz i suradnici (2018) razlikuju programe s obzirom na vremensku točku provedbe u odnosu na izloženost stresoru:

1. Intervencije prije izloženosti stresoru - u pripremi na skorašnji, akutni i često ozbiljni stresor, kako bi se spriječio razvoj psihopatologije (npr. kod vojnog osoblja prije određenih akcija), nazivaju se i pripremnim intervencijama.
2. Intervencije tijekom trajanja stresora – intervencija koja se izvodi dok stresor još uvijek traje, što je često kod kronične izloženosti stresu, npr. u radnim organizacijama.
3. Intervencije nakon što je stresor završio – intervencije nakon ozbiljnog, akutnog i nepredvidljivog stresora ili traumatskog događaja, poput prirodne katastrofe.

Kako bi intervencija bila učinkovita, neophodno je dobro poznavanje rizičnih i zaštitnih čimbenika, te snaga koje su poželjne za pojednca na osobnoj, obiteljskoj ili široj društvenoj razini (Graber i sur., 2015). Preporuča se usmjeriti na zaštitne mehanizme koji su značajni i relevantni, te koji mogu stvoriti pozitivan kaskadni učinak u životu pojedinca. Razvijeno je nekoliko programa i treninga otpornosti, s mogućom primjenom u kliničkom i nekliničkom kontekstu, koji su različitog formata, trajanja i postavki, no Southwick i suradnici (2011) ističu kako je manji broj podvrgnut sustavnim i rigoroznim znanstvenim evaluacijama, pa ne postoje snažni empirijski dokazi koji bi podržavali specifične metode. Ipak, u nedavnoj meta-analizi Joyce, Shand, Tighe, Laurent i Bryant (2018) pokazano je da intervencije koje su zasnovane na

kombinaciji kognitivno-bihevioralne terapije i usredotočene svjesnosti (engl. *mindfulness*) imaju pozitivan utjecaj na otpornost pojedinca.

Luthar i suradnici (2000b) daju opće smjernice u planiranju i razvoju intervencija unutar paradigme otpornosti:

1. Intervencije moraju biti zasnovane na jasnoj teorijskoj podlozi.
2. Intervencije se trebaju zasnivati na istraživanjima za ciljnu skupinu te empirijskim dokazima.
3. Ciljevi intervencija nisu usmjereni samo na smanjenje negativnih ishoda i loše prilagodbe, već na promociju pozitivne prilagodbe i kompetencija.
4. Intervencije su usmjerene na smanjenje negativnih utjecaja i čimbenika ranjivosti, kao i na korištenje specifičnih resursa i promotivnih čimbenika kod ciljne skupine.
5. Intervencije trebaju biti razvojno prikladne.
6. Intervencije trebaju biti usmjerene na značajne procese ranjivosti i zaštite, u višedimenzionalnoj perspektivi (pojedinaac, obitelj i zajednica).
7. Ciljevi i specifične strategije intervencija trebaju biti kontekstualno relevantni i značajni za ciljnu skupinu, što se može postići kroz suradnju s lokalnom zajednicom ili podkulturom.
8. Intervencije se trebaju usmjeriti na pružanje usluga koje mogu postati samoodržive i koje se mogu lako uklopiti u lokalnu zajednicu.
9. Podaci iz intervencijskih skupina trebaju biti uspoređivani s prikladnim usporedivim skupinama.
10. Potrebno je pažljivo i sustavno dokumentirati i procjenjivati kritične dijelove intervencije, specifične postupke te očekivane dobiti ili moguće probleme u provedbi programa.

Intervencije se mogu temeljiti na različitim psihoterapijskim postupcima: kognitivno-bihevioralnom terapijom, terapijom prihvaćanjem i posvećenošću, usredotočenom svjesnošću, terapijom pažnjom i interpretacijom, samosuosjećanjem, rješavanjem problema, *cijepljenjem* od stresa, kao i kombinacijom različitih psihoterapijskih tehnika. Helmreich i suradnici (2017) opisuju više psihoterapijskih pristupa te njihovo uklapanje u okvir otpornosti. Iz **kognitivno-**

bihevioralne perspektive, psihopatološke smetnje nastaju iz međudjelovanja disfunkcionalnih misli, ponašanja i emocija, u odgovoru na stresne događaje ili teškoće (Beck, 2011, prema Helmreich i sur., 2017). Postavke KBT-a slažu se s teorijom stresa i otpornosti budući da naglašavaju važnost kognitivne i subjektivne procjene stresora, koja određuje reakciju i prilagodbu na stresni događaj. Korištene tehnike, poput promjene nefunkcionalnih vjerovanja te učenja vještina rješavanja problema i suočavanja, mogu biti djelotvorne u promicanju čimbenika otpornosti, poput kognitivne fleksibilnosti i aktivnog suočavanja. U ovom kontekstu možemo spomenuti i **kognitivno-bihevioralnu terapiju zasnovanu na snagama** (engl. *Strengths-Based cognitive-behavioural therapy*), koja je osmišljena u četiri koraka, a ima kao cilj izgraditi i ojačati osobnu otpornost te pozitivne kvalitete (Padesky i Mooney, 2012).

Terapija cijepljenja od stresa (engl. *Stress Inoculation Training*) podvrsta je kognitivno-bihevioralne terapije, koja se temelji na pretpostavci da izlaganje blažim razinama stresa može djelovati pozitivno i ojačati strategije suočavanja sa stresom, te promicati čimbenike otpornosti poput samoefikasnosti i samopouzdanja (Meichenbaum, 2007, prema Helmreich i sur., 2017).

Terapija prihvaćanjem i posvećenošću (engl. *Acceptance and commitment therapy*) psihopatologiju konceptualizira kao posljedicu psihološke nefleksibilnosti (nemogućnosti osobe da ustraje ili mijenja ponašanje sukladno dugoročnim vrijednostima), što postaje važno u kontekstu životnih teškoća (Hayes, Follette i Linehan, 2004, prema Helmreich i sur., 2017). Vještine prihvaćanja, meditacije usredotočene svjesnosti i posvećenosti promjeni ponašanja, dovode do pospješivanja čimbenika otpornosti, poput osjećaja svrhovitosti, veće fleksibilnosti, što rezultira uspješnijom prilagodbom na stresne okolnosti.

Terapija usredotočene svjesnosti; terapija pažnjom i interpretacijom (engl. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*) zasnivaju se na vještini prihvaćanja sadašnjeg trenutka bez prosuđivanja, što doprinosi učinkovitijoj prilagodbi na stres, većoj osjetljivosti za pozitivne aspekte života, optimizmu, ugodnim emocijama te kognitivnoj fleksibilnosti u prihvaćanju neugodnih situacija i emocija (Stahl, 2010; Sood, 2010, prema Helmreich i sur., 2017).

Vještina rješavanja problema (engl. *Problem-Solving Therapy*) pospješuje pozitivnu usmjerenost na problem i planiranje mogućih rješenja, što olakšava psihološku prilagodbu na stres te povećava aktivno suočavanje kao čimbenik otpornosti (Nezu, A.M., Nezu, C.M., D'Zurilla, 2013, prema Helmreich i sur., 2017).

Southwick i suradnici (2011) donose pregled intervencija koje su općenito namijenjene promicanju otpornosti, pri čemu ih dijele u dvije glavne kategorije: 1. intervencije koje su

namijenjene pospješenu otpornosti (trening mentalne čvrstoće, trening cijepjenja od stresa i psihoedukacijski trening) i 2. intervencije namijenjene pospješenu konstrukata povezanih s otpornošću (socijalna podrška, trening naučenog optimizma i terapija dobrobiti).

Trening mentalne čvrstoće (engl. *Hardiness training*)

Mentalna ili psihološka čvrstoća (engl. *hardiness*) koncept je koji se sastoji od tri komponente: kontrole, posvećenosti i izazova (Kobasa, 1982, prema Southwick i sur., 2011). Odnosi se na skup osobina ličnosti, koji je povezan s dobrim zdravljem i optimalnim djelovanjem u uvjetima visokog stresa. Khoshaba i Maddi (2001, prema Southwick i sur., 2011) razvili su trening za pospješene čvrstoće pomoću uvježbavanja vještina suočavanja sa stresom, rješavanja problema, izgradnje socijalne podrške te ojačavanja stavova povezanih s kontrolom, posvećenošću i izazovom. Pozitivni učinci treninga pokazani su u odrasloj populaciji u profesionalnim organizacijama te studentima (Maddi i Khoshaba, 2005, prema Southwick i sur., 2011).

Trening cijepjenja od stresa

Trening su osmislili Meichenbaum i Jaremko (1985, prema Southwick i sur., 2011), prvotno kao tretman depresije te traumatskog stresa. Odvija se u tri faze, u trajanju od 8 do 22 tjedna susreta: 1. *konceptualna i edukacijska*, kroz učenje, samomotrenje i normalizaciju simptoma stresa ili traume, kao i utvrđivanje otpornosti i snaga, 2. *uvježbavanje* vještina suočavanja, vježbanje relaksacije, rješavanja problema, kognitivne restrukturacije te 3. *korištenje* vještina, kroz igranje uloga, modeliranje te postepenim izlaganjem u mašti i uživo stresnim situacijama. Trening se pokazao učinkovitim u smanjenju posttraumatskih i depresivnih smetnji kod žrtava seksualnih napada (Foa i sur., 1991, 1999, prema Southwick i sur., 2011).

Psihoedukacijski trening otpornosti (engl. *Psychoeducational resilience enhancement training*)

Psihoedukacijski pristup, kojeg su razvili Steinhardt i Dolbier za studentsku populaciju (2008, prema Southwick i sur., 2011), ima za cilj pospješiti otpornost na stres te smanjiti psihološke i psihosomatske simptome, kao i nefunkcionalne načine suočavanja, podučavanjem učinkovitih strategija suočavanja te poticanjem zaštitnih čimbenika, poput ugodnih emocija i samopoštovanja. Sadržaj psihoedukacije jest sljedeći: pretvorba stresa u otpornost, preuzimanje

odgovornosti, usmjeravanje na osnažujuće interpretacije i stvaranje smislenih interpersonalnih veza i odnosa. Pozitivan utjecaj treninga vidljiv je na povećanju osobne otpornosti, nižoj razini psiholoških simptoma, te pozitivnim promjenama u vještinama suočavanja i samopoštovanja (Steinhardt i Dolbier, 2008, prema Southwick i sur. 2011).

Intervencije socijalne podrške (engl. *Social support interventions*)

Veći stupanj percipirane socijalne podrške ima zaštitni učinak te smanjuje vjerojatnost razvoja psihopatologije nakon traumatskih i stresnih događaja. Intervencije s ciljem povećanja socijalne podrške povezane su s poboljšanim tjelesnim i psihičkim zdravljem, te ojačavaju čimbenike otpornosti poput suočavanja i samoeфикаsnosti. U preglednom istraživanju Hogan, Linden i Najarian (2002, prema Southwick i sur., 2011), pronađena je povezanost intervencija poboljšanja socijalne podrške sa smanjenjem psihološke uznemirenosti, depresije i zlorabe psihoaktivnih tvari.

Naučeni optimizam (engl. *Learned optimism*)

Program naučenog optimizma zasniva se na poticanju optimističnog mišljenja (Seligman, 1991, prema Southwick i sur., 2011). Traje 12 tjedana, a temelji se na kognitivno-bihevioralnom modelu. Podučavaju se vještine prepoznavanja povezanosti između neke teškoće, vjerovanja te posljedica u svakodnevnom životu. Program se pokazao učinkovitim u smanjenju anksiozno-depresivnih simptoma, kao i nekim blažim tjelesnim smetnjama (Seligman i sur., 1999, prema Southwick i sur., 2011).

Terapija dobrobiti (engl. *Wellbeing therapy*)

Terapija dobrobiti (Ryff, 1989, prema Southwick, 2011) kratkotrajna je, strukturirana i direktivna psihoterapijska intervencija, koja je usmjerena na problem. Koristi se za pospješenje dobrobiti, pozitivnih ishoda i otpornosti, po čemu se razlikuje od klasičnog kognitivno-bihevioralnog modela, koji je usmjeren na smanjenje simptoma. Zasniva se na višedimenzionalnom modelu dobrobiti kojeg čini šest dimenzija: autonomija, osobni rast, osjećaj kontrole u okolini, svrha u životu, pozitivni odnosi i samoprihvatanje. Podučava se kako povećati kontrolu nad okolinom, prepoznati i pozitivno vrednovati vlastiti napredak, usmjeriti se na svrhu i smisao života, postavljati životne ciljeve, razviti asertivnost, prepoznati

nerealistično visoke standarde te izgraditi pozitivniji stav prema sebi, poticati bliske i povjerljive socijalne odnose.

U sljedećem poglavlju, fokus će biti na strategijama otpornosti koje se specifično mogu prilagoditi i uklopiti u kontekst ozbiljnih psihičkih bolesti.

4.5.2. Intervencije kod osoba s psihičkim bolestima

Meyer i Mueser (2011) razlikuju tri pristupa u jačanju otpornosti kod osoba s psihičkim bolestima, koja mogu biti usmjerena na upravljanje stresom, smanjenje teškoća te nove strategije za jačanje otpornosti. Preporučaju da se intervencije otpornosti integriraju s postojećim tretmanima, s ciljem poboljšanja prognoze bolesti i životnih ishoda.

a) Strategije usmjerene stresu

Strategije koje pomažu umanjiti razinu stresa korisne su budući da mogu spriječiti ponovnu pojavu ili pogoršanje bolesti, uslijed negativnih životnih okolnosti i stresnih okidača.

Suočavanje predstavlja važan dio otpornosti, a uspješno suočavanje sa stresorima može se smatrati sastavnim dijelom otpornog ishoda (Tuasie i Dyer, 2004, prema Meyer i Mueser, 2011). Učinkovito suočavanje zaštitni čimbenik je koji moderira negativan utjecaj stresa, a može se primijeniti prije nego što simptomi postanu jače izraženi ili onesposobljujući. Korištenje učinkovitih strategija suočavanja može poboljšati otpornost na različite stresne čimbenike, kao i za nošenje sa simptomima same bolesti.

Rješavanje problema predstavlja drugu važnu vještinu koja pomaže umanjiti utjecaj stresa te potaknuti razvoj otpornosti (Falloon, Barbieri, Boggian i Lamonaca, 2007, prema Meyer i Mueser, 2011). Postepeno učenje koraka rješavanja problema, od određivanja problema do generiranja mogućih rješenja, pruža priliku za doživljaj uspjeha i kompetencije, što vodi do većeg samopouzdanja, samoefikasnosti, neovisnosti te lakšeg nošenja sa simptomima bolesti i negativnim učincima koji imaju na funkcioniranje. Tehnika rješavanja problema može se primijeniti i kod postavljanja ciljeva liječenja te nošenja s različitim preprekama na putu prema oporavku.

Socijalna podrška važan je čimbenik koji pospješuje otpornost te doprinosi smanjenju interpersonalnog stresa i povećanju socijalne uključenosti. Čest prateći simptom kod ozbiljnih

psihičkih bolesti je upravo manjak socijalnih vještina, što se pokazalo snažno povezano s lošijim tijekom bolesti, dok je socijalna kompetencija povezana s većim zadovoljstvom životom (Salokangas, Honkonen, Stengard i Koivisto, 2006, prema Meyer i Mueser, 2011). Bolje socijalne vještine i stabilni interpersonalni odnosi potiču izgradnju sustava socijalne podrške, što je prepoznato kao vrlo značajan zaštitni čimbenik (Neenan, 2009, prema Meyer i Mueser, 2011). Trening socijalnih vještina uključuje podučavanje komunikacijskih vještina i asertivnosti, što povećava suradljivost u liječenju, samoeфикаsnost te socijalno funkcioniranje.

b) Strategije otpornosti usmjerene teškoćama

Druga grupa intervencija usmjerena je na smanjenje teškoća ili deficita koji su učestalo povezani s ozbiljnim psihičkim bolestima.

Strategije usmjerene povećanju **samopoštovanja** pomažu u suočavanju s teškoćama i poticanju osjećaja kompetencije, što smanjuje vjerojatnost ponovne pojave bolesti. Ljudi s ozbiljnim psihičkim bolestima često su marginalizirana i stigmatizirana skupina, imaju niži stupanj kontrole nad svojim životom, što dovodi do osjećaja beznada, bezvrijednosti i niskog samopoštovanja (Meyer i Mueser, 2011).

Ispunjujući interesi ili hobiji mogu biti izvor socijalne podrške, dobrobiti, smisla i svrhe u životu, što su sve čimbenici povezani s otpornošću. Hobiji i rekreacijske aktivnosti predstavljaju i način odvratanja pozornosti od bolesti i teškoća, izvor užitka i ugodnih emocija te pružaju priliku za postizanje ekspertnosti u nekom području, što pozitivno utječe na motivaciju (Neenan, 2009, prema Meyer i Mueser, 2011). Kroz svrshishodne životne aktivnosti otkrivaju se nove ili stare sposobnosti, snage i osobni resursi, što može pomoći u postavljanju i postizanju ciljeva oporavka.

Postavljanje ciljeva važna je vještina kod promicanja otpornosti, jer ciljevi predstavljaju životne smjernice, daju strukturu i svrhu u svakodnevnom životu, te mogu biti dobar poligon za razvoj samopoštovanja i samopouzdanja, potičući socijalnu povezanost. Ciljevi u liječenju trebaju biti osobno značajni za pojedinca, čime postaju ključnom vodikom u rehabilitaciji i oporavku (Mueser, Corrigan i Hilton, 2002, prema Meyer i Mueser, 2011).

c) Nove strategije i intervencije

Treća vrsta intervencija za izgradnju otpornosti odnosi se na strategije koje su rijetko korištene s osobama s ozbiljnim psihičkim bolestima, no imaju potencijal za primjenu i obogaćivanje uobičajenih načina liječenja. Zajedničko tim strategijama je usmjeravanje na ugodne emocije i dobrobit, umjesto na smetnje ili suočavanje s neugodnim emocijama ili stresom. Ugodne emocije, nada i optimizam, imaju zaštitni učinak od depresije te su povezane s boljim životnim ishodima, psihičkim i tjelesnim zdravljem, pa i dužim životnim vijekom. Primjerice, uključivanje u ugodne aktivnosti predstavlja uobičajen postupak u tretmanu depresije, što potvrđuje važnu ulogu ugodnih emocija u procesu oporavka, s trajnim blagotvornim djelovanjem (Davidson, 2003, prema Meyer i Mueser, 2011).

Uživanje (engl. *Savoring*) se odnosi na umijeće uživanja u pozitivnim iskustvima, mislima i ponašanjima, a može se odnositi na iskustva iz prošlosti, sadašnjosti i budućnosti. Tehnika je povezana s nižim razinama depresije i stresa te višom razinom dobrobiti i pozitivnog samopoimanja (Bryant i Veroff, 2007, prema Meyer i Mueser, 2011). Specifične tehnike uključuju dijeljenje dobrih vijesti s drugima, prisjećanje sretnih trenutaka u životu, uživanje u svakodnevnim iskustvima. Tome bliska je i već spomenuta **meditacija usredotočene svjesnosti**, čiji učinici su povezani s boljom regulacijom raspoloženja i smanjenjem negativnog utjecaja stresa (Brown i Ryan, 2003, prema Meyer i Mueser, 2011). Neugodno raspoloženje je učestala prateća simptomatologija psihičkih bolesti; primjerice, negativni simptomi shizofrenije, poput anhedonije, povezani su s teškoćama u anticipaciji i prisjećanju ugodnih događaja, zbog čega bi tehnike poput uživanja i usmjerene svjesnosti mogle biti prikladan način za izgradnju ugodnih emocija i pozitivnih iskustava.

Zahvalnost (engl. *Gratitude*) predstavlja tehniku osvješćivanja osjećaja zahvalnosti za stvari koje su pojedincu osobno važne i vrijedne, što se pokazalo učinkovitim u smanjenju neugodnih emocija, razvoju socijalnih odnosa i vještina suočavanja (McCullough, Kilpatrick, Emmons i Larson, 2001, prema Meyer i Mueser, 2011). Zahvalnost može biti tehnika koja doprinosi dobrobiti osoba s psihičkim bolestima, osobito kada postoji komorbiditet depresije (Häfner, Maurer i Trendler, 2005, prema Meyer i Mueser, 2011).

Dobra djela i pomaganje drugima predstavlja tehniku koja je povezana s ugodnim emocijama i većom socijalnom povezanošću. Osobe s ozbiljnim psihičkim bolestima često imaju ovisnu, pasivniju ili obespravljenu ulogu u brojnim životnim područjima, što dovodi do manjka osjećaja kontrole nad životom i samoeфикасноšću. Stvaranje i korištenje prilika za

pomaganjem drugima potiče osjećaj zajedništva, suradnje, kompetencije, samopouzdanja, kontrole i optimizma (Lyubomirsky, King i Diener, 2005, prema Meyer i Mueser, 2011).

Humor je strategija suočavanja koje je povezana s brojnim dobrobitima; pomaže u nošenju sa stresom, podupire socijalnu povezanost te ima pozitivan utjecaj na psihološku prilagodbu u stresnim okolnostima (Kuiper i McHale, 2009). Korištenje humora daje mogućnost sagledavanja situacije iz druge perspektive, doživljavanje ugodnih emocija, lakše izlaženje na kraj sa stresnim situacijama, što pomaže u procesu oporavka i jačanju otpornosti (Davidson, Shahaar, Lawless, Sells i Tondora, 2006, prema Meyer i Mueser, 2011).

Iako je u fokusu ovog rada individualna otpornost, pa se prikazane intervencije razmatraju na individualnoj razini, važno je ostati svjestan važnog utjecaja okoline i čimbenika izvan pojedinca na otpornost, zbog čega se djelotvorna intervencija treba planirati na razini pojedinca, no uključujući obitelj, zajednicu i društveni kontekst, budući da su promjene na tim razinama potrebne kako bi podržale pozitivnu promjenu u pojedincu. Shean (2015) zbog toga preporuča da i kod intervencija usmjerenim pojedincu pažnja obraća na višestruke sustave koji su s njim u interakciji, kako bi intervencija bila djelotvornija.

Rutter (2006) sumira šest ključnih mehanizama promocije otpornosti: 1. smanjenje utjecaja teškoće na pojedinca, 2. smanjenje negativnih lančanih reakcija, 3. povećanje pozitivnih lančanih reakcija, 4. otvaranje dobrih životnih prilika, 5. otvorenost iskustvima koja neutraliziraju rizične čimbenike i 6. promoviranje pozitivne kognitivne prorade negativnih iskustava, koje je usmjereno na pozitivne aspekte situacije te primjere uspješnog suočavanja. U kliničkom kontekstu, Rutter (2012) također naglašava važnost zaštitnog djelovanja kontrolirane izloženosti različitim izazovima i stresorima. Uspješno suočavanje sa stresorima predstavlja sastavni i uglavnom pozitivni dio razvoja, zbog čega u planiranju i provedbi programa smatra važnim korisnicima dodijeliti aktivnu ulogu, poticati autonomiju te priliku učenja iz pogrešaka. Također, naglašava i potrebu zauzimanja cjeloživotne orijentacije u planiranju intervencija, ne samo u mlađoj dobi i djetinjstvu, već i kasnije u životu. Prirodno su tijekom života mogući razni događaji i iskustva koji označavaju prekretnice, kojima se životni put okreće u pozitivnom smjeru, pa tako za pozitivnu promjenu nikada nije kasno. Rutter (2012) ističe i moguću vrijednost „peer“ stručnjaka, koji su zapravo laici, no stručnjaci po iskustvu, te su uspješno premostili određenu teškoću ili psihosocijalne teškoće (npr. ovisnost, probleme sa zakonom) i uspjeli promijeniti svoj život na bolje. *Peer* stručnjaci mogu biti uključeni kao integralni dio intervencije, u ulozi svojevrtnih mentora koji dijele svoje iskustvo s drugima u sličnim okolnostima, čime potpomažu njihov put oporavka, no osnažuju i svoj razvoj.

Okvir otpornosti može unaprijediti početni dio tretmana i praksu kliničke procjene. Procjena bi, uz standardnu dijagnostiku, trebala uključiti procjenu karakteristika pojedinca, njegovog obiteljskog i socijalnog konteksta, budući da su to čimbenici koji mogu voditi planiranje tretmana (Rutter, 2012). Rutter (2013) ističe i važnost kognitivnih varijabli, poput vjerovanja, atribucija, samorefleksije i planiranja, koje utječu na način nošenja s teškoćama te mogu doprinijeti pozitivnim načinima suočavanja, što bi svakako trebalo zahvatiti u procjeni i kasnijem tretmanu. Kod pacijenata je osobito važno njegovati osjećaj da mogu promijeniti svoju situaciju i poticati preuzimanje inicijative, suprotno od medicinskog pristupa koji je paternalistički i pretpostavlja pasivnu ulogu pacijenta, s većom ovisnošću u odnosu s terapeutom.

Naposljetku, možemo zaključiti da postoji niz različitih intervencija i strategija, kojima se nastoji povećati otpornost pojedinca, obitelji, zajednice ili organizacije, od kojih su neke usmjerene na prevenciju, a neke na smanjenje negativnih psiholoških reakcija, a postoje pokazatelji njihove djelotvornosti u različitim ciljnim populacijama. Dobar dio intervencija zasniva se na kognitivnom-bihevioralnom modelu i psihoedukaciji, no s ključnom nadogradnjom pristupa i promjenom orijentacije prema snagama, kvalitetama i resursima koji pomažu u prilagodbi i adaptivnom funkcioniranju. Čak i u kontekstu ozbiljnih i kroničnih psihičkih bolesti, postoji mogućnost napretka i oporavka, te potreba za jačanjem otpornosti samih pacijenata, njihovih obitelji te okoline. U liječenju i dijagnostici potrebno je sagledati osobu holistički, a ne samo simptome. Kao što govori poznata izreka, koja odražava humanistički pristup u medicini – liječi se osoba koja ima bolest, a ne bolest. Naravno, temeljno pitanje u terapiji i dijagnostici jest određivanje teškoća, odnosno, *što je problem i kako riješiti problem*, no okvir otpornosti usredotočuje se i na ono što *funkcionira* i što pojedinac radi dobro, bez obzira na psihopatologiju, jer to može predstavljati temelj osobnog oporavka i može se integrirati u standardnu praksu rada s osobama s psihijatrijskim teškoćama. Otpornost se može jačati kombinacijom različitih dostupnih i prikladnih tehnika, npr. podučavanjem kako se nositi sa simptomima i uspješno se snalaziti s brojnim dnevne izazove, radom na nefunkcionalnim kognicijama i vjerovanjima te poimanju sebe odvojeno od bolesti, kako bi se smanjila samostigmatizacija, postavljanje životnih ciljeva i ciljeva liječenja osobnih relevantnih pojedinca, poticati interpersonalnu podršku i pozitivna životna iskustva i aktivnosti. O snaživanje otpornosti doprinosi boljoj funkcionalnosti i kvaliteti života osoba s psihičkim bolestima.

5. RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Otpornost je pojava koja je intuitivno razumljiva većini ljudi, budući da se odnosi na dobru prilagodbu unatoč stresnim okolnostima i životnim teškoćama, što je dio ljudskog iskustva od najranijih dana. Danas se otpornost prepoznaje u brojnim živim i neživim sustavima te, osim u psihologiji, izučava u brojnim drugim znanstvenim i tehničkim disciplinama, od ekologije do informacijskih znanosti, a bila je čak nazvana „pokretačkom silom koja kontrolira svemir“ (Richardson, 2002). Istraživanja psihološke otpornosti, koja datiraju od sredine prošlog stoljeća, donijela su mnoštvo spoznaja, kao i brojna pitanja o prirodi otpornosti i njenim odrednicama. Iako nema općeprihvaćene i sveobuhvatne definicije, radi se o valjanom konstrukt, koji nije jednoznačan te se može ispoljiti na različite načine, što je i utjecalo na značajnu heterogenost u konceptualizaciji i operacionalizaciji otpornosti. Ipak, postoji usuglašenost autora o temeljnim postavkama te je prepoznato kako se radi o složenom i višedimenzionalnom fenomenu, koji je određen međudjelovanjem različitih čimbenika u dinamici prostora, konteksta i vremena. Jedno je sigurno – otpornost je nešto što je *dobro imati*, budući da pomaže u postizanju dobrih životnih ishoda, usprkos teškoćama, nevoljama ili traumatskim iskustvima, s kojima se ljudi neminovno susreću tijekom svog života. Štoviše, utvrđeno je kako se otpornost ne razvija samo *unatoč* ili *usprks*, nego i *upravo zbog* životnih teškoća, čineći tako iskustvo koje može djelovati kao cijepljenje od budućeg stresa. Kao što nam može dočarati citat Alberta Camusa, „*Usred zime, pronašao sam u sebi nepobjedivo ljeto*“, koji se često citira u kontekstu otpornosti, u negativnim okolnostima ili situacijama ekstremnog stresa, ljudi mogu u sebi pobuditi i razviti snage, kompetencije i resurse, koje prije nisu osviješćivali niti koristili (Amering i Schmolke, 2009). Međutim, otpornost nije statična ni urođena karakteristika pojedinca koja će ga trajno štiti od svih nedaća, već se radi o razvojnog i cjeloživotnog procesu zaštitnih i rizičnih međudjelovanja na individualnoj, obiteljskoj i društvenoj razini, s dinamikom koja se proteže od molekularne do kulturološke razine. Čimbenici i karakteristike pojedinca, obitelji i zajednice, zajednički uklopljeni u širi sociokulturološki kontekst, utječu na razinu otpornosti koja se mijenja ovisno o životnim okolnostima, umjesto da je trajna i nepromjenjiva. Upravo ta dinamična kvaliteta otpornosti ukazuje na moguću vrijednost u promicanju otpornosti na stres, osobito kod pojedinaca koji imaju povišen rizik za razvoj psihičkih smetnji. Tradicionalno su se istraživanja otpornosti usmjeravala na dječji razvoj, budući da su i potekla iz područja razvojne psihopatologije, no danas je prepoznata važnost cjeloživotnog pristupa, što svakako i potkrepljuju nalazi kako starenjem dolazi do povećanja otpornosti, što se može objasniti modelima otpornosti poput cijepljenjem protiv stresa, usvajanjem djelotvornijih načina suočavanja te reguliranja

neugodnih emocija, kao i transformativnim životnim iskustvima i rekretricama, koje se često događaju spontano i prirodno. Terapijske intervencije namijenjene pospješenu otpornosti osobito su značajne u ranom djetinjstvu, budući da što se ranije u razvoju primijenjuju, veća je vjerojatnost razvoja otpornosti, što je povezano s većom neuroplastičnošću mozga, no Southwick i Charney (2005) ističu da je moguće ponoviti taj proces i kasnije tijekom života.

Psihološka otpornost srodna je i s brojnim drugim psihološkim konstruktima poput mentalne čvrstoće, suočavanja, samoeфикаsnosti, optimizma, emocionalne inteligencije ili ego-otpornosti, no važno je zapamtiti temeljnu karakteristiku otpornosti kao složenog procesa, koji obuhvaća različite kombinacije čimbenika rizika i zaštite, uključujući unutrašnje resurse i osobine ličnosti, kao i vanjske resurse ili socijalni kapital. Otpornost se dobro uklapa i u područje pozitivne psihologije, s kojom ima mnoge sličnosti, iako postoje i značajne razlike (Luthar, Lyman i Crossman, 2014). Istraživanja otpornosti usmjerena su na pojedince pod rizikom i s dokazom neke prethodne životne teškoće, što nije nužno slučaj kod pozitivne psihologije koja je također zainteresirana za pozitivne ishode i aspekte ljudskog funkcioniranja, no bez obzira na izloženost riziku. Također, u istraživanju otpornosti veći naglasak je na razvojnoj perspektivi, s temeljnom pretpostavkom da uobičajen razvoj može poboljšati razumijevanje atipičnih procesa, jednako kao što razumijevanje atipičnih procesa doprinosi razumijevanju normativnog razvoja. Istraživanja otpornosti ne odnose se samo na pozitivne aspekte razvoja i ugodne emocije, već i na odsutnost psihopatologije, negativna životna iskustva i neugodne emocije, što mobilizira kapacitete suočavanja i proces otpornosti. Može se zaključiti kako otpornost nije redundantan pojam, već se njenizna snaga očituje u istodobnoj jedinstvenosti i povezanosti s drugim konstruktima, kao i dodavanjem nove dimenzije u već uvriježeno područje istraživanja zaštite i rizika.

Otpornost se prometnula i na području psihičkog zdravlja, koje označava pozitivno stanje psihološke dobrobiti koje ne podrazumijeva samo odsutnost bolesti, jednako kao što odsustvo psihičkih smetnji ne podrazumijeva postojanje psihičkog zdravlja. Otpornost zauzima jednu od vodećih uloga u oporavku od ozbiljnih psihičkih bolesti, što prati zamah u razvoju i evaluaciji različitih intervencijskih postupaka za pospješenu otpornosti, koji se mogu primijeniti u radu s visokorizičnim skupinama, kao i osobama s iskustvom ozbiljnih psihičkih bolesti, koje su često kroničnog tijeka te bi uz sebe vezale negativne konotacije te vrlo pesimističnu perspektivu. Kako bi se pozitivno psihološko stanje održalo ili postiglo jednom kad je narušeno, otpornost je potrebna kao nužan preduvjet, osobito u rizičnim okolnostima. Možemo zaključiti kako najveća „upotrebná“ vrijednost otpornosti leži u mogućnosti promicanja psihičkog zdravlja,

sprečavanju razvoja psihičkih smetnji ili ublažavanju njihovog utjecaja na funkcioniranje te dobrobit u budućnosti. Masten (2019), primjerice, preporuča razvoj strategija koje bi bile usmjerene na prevenciju negativnog utjecaja stresnih i traumatskih događaja, smanjenje psihološke uznemirnosti, cijepljenje od stresa pomoću kontroliranih izlaganja, poboljšanje resursa, a s ciljem stvaranja pozitivnih kaskadnih učinaka kroz različite razine sustava i generacija, te u cjeloživotnoj perspektivi - od sprečavanja majčinskog perinatalnog stresa do poboljšanja socijalnog funkcioniranja u starijoj životnoj dobi. Razmatrajući budućnost razvoja područja otpornosti, ističe se potreba za povezivanjem otpornosti kroz više razina, od pojedinca do socijalnog konteksta, pri čemu je važno „razmišljati na veliko“, te istraživati mogućnosti djelovanja u zajednici s ciljem razvoja zaštitnih i promotivnih čimbenika za izgradnju otpornosti, kao važnog javnozdravstvenog cilja. Napredak u razumijevanju neurobiološke podloge otpornosti, što predstavlja najnoviji i sadašnji val istraživanja, otvara novi put za pospješene otpornosti kombinacijom farmakoloških i psihosocijalnih intervencija.

Bitna završna poruka jest kako bi u svakodnevnom kliničkom radu s osobama oboljelim od ozbiljnih psihičkih bolesti, jedan od ciljeva trebao biti razvoj otpornosti, što može pospješiti djelovanje uobičajenog tretmana te vjerojatnost oporavka. Smanjenje ili uklanjanje simptoma neosporno predstavlja jedan od prioriteta, no samo po sebi nije dovoljno, osobito u postizanju subjektivnog i funkcionalnog oporavka te psihičkog zdravlja. Važno se usmjeriti na pospješene zaštitnih čimbenika, jačati samopoštovanje, samoeфикаsnost, poticati ugodna emocionalna iskustva, mijenjati disfunkcionalna vjerovanja, podučavati načine suočavanja sa stresom i rješavanja problema, podsjećajući osobu na ono što je ranije pomagalo u savladavanju kriza i izazova. Neizostavna je i vrijednost uspostave dobrog terapijskog odnosa, u kojem se njeguje aktivna uloga i postavljanje osobno značajnih ciljeva oporavka, što će potaknuti veću autonomiju nad ostalim područjima života te poboljšati prognozu i tijek bolesti. Konačno, očekuje se pozitivan utjecaj na kvalitetu života i dobrobit pojedinca, njegove obitelji, no i šire zajednice te društva u cjelini, vraćajući ljudski potencijal i funkcionalnost te smanjujući zdravstveno, ekonomsko i društveno opterećenje.

6. LITERATURA

- Amering, M., Schmolke, M. (2009). *Recovery in Mental Health: Reshaping scientific and clinical responsibilities*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Angeler, D. G., Allen, C. R., Persson, M. L. (2018). Resilience concepts in psychiatry demonstrated with bipolar disorder. *International Journal of Bipolar Disorders*, 6 (1), 2-8.
- Beck, J.S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy. Basics and Beyond. Second Edition*. New York: The Guilford Press.
- Bekhet, A. K., Johnson, N. L., Zauszniewski, J. A. (2012). Resilience in family members of persons with autism spectrum disorder: A review of the literature. *Issues in mental health nursing*, 33 (10), 650-656.
- Bonanno, G. A., Romero S. A., Klein, S. I. (2015). The Temporal Elements of Psychological Resilience: An Integrative Framework for the Study of Individuals, Families, and Communities, *Psychological Inquiry*, 26 (2), 139-169.
- Boyd, J.E., Adler, E.P., Otilingam, P.G., Peters, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: a multinational review. *Comprehensive psychiatry*, 55 (1), 221-31.
- Bozikas, V., Parlapani, E. (2016). Resilience in patients with psychotic disorder. *Psychiatriki*, 27 (1), 12-16.
- Bozikas, V.P., Parlapani, E., Holeva, V., Skemperi, E., Bargiota, S.I., Kirila, D., Rera, E., Garyfallos, G. (2016). Resilience in Patients With Recent Diagnosis of a Schizophrenia Spectrum Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204 (8), 578-584
- Brown, K. W., Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822 –848.
- Bryant, F. B., Verof, J. (2007). *Savoring: A new model of positive experience*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Chmitorz, A., Kunzler, A., Helmreich, I., Tüscher, O., Kalisch, R., Kubiak, T., Wessa, M., Lieb, K. (2018). Intervention studies to foster resilience – A systematic review and proposal for a resilience framework in future intervention studies. *Clinical Psychology Review*, 59, 78-100.
- Choi, J. W., Cha, B., Jang, J., Park, C. S., Kim, B. J., Lee, C. S., Lee, S. J. (2015). Resilience and impulsivity in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 170, 172-177.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T. (2003). Development of a New Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18 (2), 76-82.
- Davidson, L. (2016). The Recovery Movement: Implications For Mental Health Care And Enabling People To Participate Fully In Life. *Health Affair*, 35 (6), 1091-1097.
- Davidson, L., Shahar , G., Lawless , M. S., Sells , D., Tondora, J. (2006). Play, pleasure, and other positive life events: “Non-specific” factors in recovery from mental illness? *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 69, 151 –163.
- Davidson, L. (2003). *Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia* . New York, New York University Press .

- Davydov, D., Stewart, R., Ritchie, K., Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical psychology review*, 30 (5), 479-95.
- Deist, M., Greeff, A.P. (2015) Resilience in Families Caring for a Family Member Diagnosed with Dementia. *Educational Gerontology*, 41 (2), 93-105.
- Echezarraga, A., Calvete, E., González-Pinto, A. M., Las Hayas, C. (2018). Resilience dimensions and mental health outcomes in bipolar disorder in a follow-up study. *Stress and Health*, 34 (1), 115-126.
- Falloon, I. R. H., Barbieri, L., Boggian, I., Lamonaca, D. (2007). Problem solving training for schizophrenia: Rationale and review. *Journal of Mental Health*, 16, 553 –568.
- Färber, F., Rosendahl, J. (2018). The association between resilience and mental health in the somatically ill - A systematic review and meta-analysis. *Deutsches Ärzteblatt International*. 115 (38), 621-627.
- Fergus, S., Zimmerman, M.A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26 (1), 399-419.
- Fleming, J., Ledogar, R. (2008). Resilience, an Evolving Concept: A Review of Literature Relevant to Aboriginal Research, *Pimatisiwin*. 6 (2), 7-23.
- Fletcher, D., Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 18 (1), 12-23.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J., Martinussen, M. (2003). A New rating scale for adult resilience: what are the Central protective Resources behind healthy adjustment?. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12, 65-76.
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and Vulnerability to Adverse Developmental Outcomes Associated With Poverty. *American Behavioral Scientist*, 34 (4), 416–430.
- Gillespie, B.M., Chaboyer, W., Wallis, M., Grimbeek, P. (2007). Resilience in the operating room: developing and testing of a resilience model. *Journal of Advanced Nursing*. 59 (4), 427-438.
- Graber, R., Pichon, F., Carabine, E. (2015). Psychological resilience: state of knowledge and future research agendas. www.odi.org
- Grafton, E., Gillespie, B., Henderson, S. (2010). Resilience: The Power Within. *Oncology nursing forum*, 37 (6), 698-705.
- Greeff, A. P., Van der Walt, K. J. (2010). Resilience in families with an autistic child. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 45 (3), 347-355.
- Gooding, P., Hurst, A., Johnson, J., Tarrrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *International journal of geriatric psychiatry*. 27 (3), 262-270.
- Gunderson, L. H., Allen, C. R., Holling, C. S. (2010). *Foundations of ecological resilience*. Washington, Island Press.
- Hanewald, R. (2011). Reviewing the Literature on "At-Risk" and Resilient Children and Young People. *Australian Journal of Teacher Education*, 36 (2), 16-29.

- Happer, K., Brown, E.J., Sharma-Patel, K. (2017). Children's resilience and trauma-specific cognitive behavioral therapy: Comparing resilience as an outcome, a trait, and a process. *Child abuse & neglect*, 73, 30-41.
- Hayes, S.C., Follette, V.M., Linehan, M.M. (2004) *Mindfulness and Acceptance. Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*. New York: The Guilford Press
- Häfner, H., Maurer, K., Trendler, G. (2005). Schizophrenia and depression: Challenging the paradigm of two separate diseases – A controlled study of schizophrenia, depression and healthy controls. *Schizophrenia Research*, 77, 11 –24.
- Helmreich, I., Chmitorz, A., König, J., Binder, H., Wessa, M., Lieb, K., Kunzler, A. (2017). Psychological interventions for resilience enhancement in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2017 (2).
- Hofer, A., Post, F., Pardeller, S., Frajo-Apor, B., Hoertnagl, C.M., Kemmler, G., Fleischhacker, W.W. (2019). Self-stigma versus stigma resistance in schizophrenia: Associations with resilience, premorbid adjustment, and clinical symptoms. *Psychiatry Research*, 271, 396-401.
- Hogan, B. E., Linden, W., Najarian, B. (2002). Social support interventions: Do they work? *Clinical Psychological Reviews*, 22, 383 –442.
- Horn, S. R., Feder, A. (2018). Understanding resilience and preventing and treating PTSD. *Harvard review of psychiatry*, 26 (3), 158-174.
- Joyce, S., Shand, F., Tighe, J., Laurent, S.J., Bryant, R.A., Harvey, S.B. (2018). Road to resilience: a systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. *BMJ Open.*, 8 (6), e017858
- Kalisch, R., Baker, D., Basten, U., Boks, M., Bonanno, G., Brummelman, Chmitorz, A., Fernandez, G.S.E., Fiebach, C.J., Galatzer-Levy, I.R., Geuze, E., Groppa, S., Helmreich, I., Hendler, T., Hermans, E.J., Jovanovic, T., Kubiak, T., Lieb, K., Lutz, B., Müller, M.B., Murray, R.J., Nievergelt, C.M., Reif, A., Roelofs, K., Rutten, B.P.F., Sander, D., Schick, A., Tüscher, O., Diest, I., Harmelen, A.L., Veer, I.M., Vermetten, E., Vinkers, C.H., Wager, T.D., Walter, H., Wessa, M., Wibrals, M., Kleim, B. (2017). The resilience framework as a strategy to combat stress-related disorders. *Nature Human Behaviour*. 1 (11), 784-790.
- Kaplan, H.B. (1999). Toward an understanding of resilience: A critical review of definitions and models. U: M. D. Glantz, M.D., Johnson, J.L., (Ur.), *Longitudinal research in the social and behavioral sciences. Resilience and development: Positive life adaptations*, 17-83. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Kim, K.R., Song, Y.Y., Park, J.Y., Lee, E.H., Lee, M., Lee, S.Y., Kang J.I., Lee, E., Yoo, S.W., An, S.K., Kwon, J.S. (2013). The relationship between psychosocial functioning and resilience and negative symptoms in individuals at ultra-high risk for psychosis. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 47 (8), 762-771.
- Kirmayer, L.J., Sehdev, M., Whitley, R., Dandeneau, S.F., Isaac, C. (2009). Community Resilience: Models, Metaphors and Measures. *Journal of Aboriginal Health*, 5 (1), 62-117.
- Khoshaba, D. M., Maddi, S. R. (2001). *HardiTraining*. Newport Beach: Hardiness Institute.

- Kuiper, N. A., McHale, N. (2009). Humor styles as mediators between self-evaluative standards and psychological well-being. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 143, 359–376.
- Leppin, A., Gionfriddo, M., Sood, A., Montori, V., Erwin, P., Zeballos-Palacios, C., Bora, P., Dulohery, M., Brito, J., Boehmer, K., Tilburt, J. (2014). The efficacy of resilience training programs: A systematic review protocol. *Systematic reviews*, 3, 20.
- Lepore, S. J., Revenson, T. A. (2006). Resilience and posttraumatic growth: Recovery, resistance, and reconfiguration. U: Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G. (Ur.), *Handbook of posttraumatic growth, research and practice* (24-46). Mahwah, Routledge.
- Lopez, S. J., Prosser, E. C., Edwards, L. M., Magyar-Moe, J. L., Neufeld, J. E., Rasmussen, H. N. (2002). Putting positive psychology in a multicultural context. U: C. R. Snyder, S. J. Lopez (Ur.), *Handbook of positive psychology* (700-714). New York: Oxford University Press.
- Luthar, S. S., Lyman, E. L., Crossman, E. J. (2014). Resilience and positive psychology. U: Lewis, M., Rudolph, K. D. (Ur.), *Handbook of developmental psychopathology* (125-140), Boston, Springer
- Luthar, S. S., Zelazo, L. B. (2003). Research on resilience: An integrative review. U: Luthar, S.S. (Ur.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (510-549), New York, Cambridge University Press.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D., Becker, B. (2000a). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71 (3), 543-562.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D. (2000b). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Developmental Psychopathology*, 12 (4), 857–885.
- Lyubomirsky, S., King, L., Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803–855.
- MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K., Wicker, E. (2016). The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing*. 37 (4), 266-272.
- Maddi, S. R., Khoshaba, D. M. (2005). *Resilience at work*. New York: Amacom.
- Mancini, A.D., Bonanno, G.A. (2006). Resilience in the face of potential trauma: clinical practices and illustrations. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (8), 971-85.
- Marulanda, S., Addington, J. (2016). Resilience in individuals at clinical high risk for psychosis. *Early intervention in psychiatry*, 10 (3), 212-219.
- Masten, A.S. (2019). Resilience from a developmental systems perspective. *World Psychiatry*, 18 (1), 101-102.
- Masten, A.S. (2018). Resilience theory and research on children and families: Past, present, and promise. *Journal of Family Theory & Review*, 10 (1), 12-31.
- Masten, A.S. (2014). Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Development*, 85 (1), 6-20
- Masten, A. S., Cicchetti, D. (2010). Developmental cascades. *Development and Psychopathology*, 22 (3), 491-495.

- Masten, A. S., Wright, M. O. (2010). Resilience over the Lifespan: Developmental Perspectives on Resistance, Recovery, and Transformation. U: Reich, J.W., Zautra, A.J., Hall, J.S. (Ur.), *Handbook of Adult Resilience* (213-237), New York: The Guilford Press.
- Masten, A.S., Cutuli, J., Herbers, J., Reed, M. (2009). Resilience in Development. U: Lopez, S.J., Snyder, C.R. (Ur.), *Oxford handbook of positive psychology* (117-131), New York: Oxford University Press.
- Masten, A. S., Obradović, J. (2008). Disaster preparation and recovery: lessons from research on resilience in human development. *Ecology and Society*, 13 (1), 9.
- Masten, A.S., Powell, J. (2003). A Resilience Framework for Research, Policy, and Practice. U: Luthar, S. S. (Ur.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (1-25). New York, Cambridge University Press.
- Masten, A. S., Reed, M. J. (2002). Resilience in Development. U: Snyder, C.R., Lopez, S.J. (Ur.), *Handbook of Positive Psychology* (117-131). New York: Oxford University Press.
- Masten, A.S. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *The American Psychologist*, 56 (3), 227-238
- McCullough, M. E., Kilpatrick, S. D., Emmons, R. A., Larson, D. B. (2001). Is gratitude a moral affect? *Psychological Bulletin*, 127, 249 –266.
- Meichenbaum, D. (2007). Stress inoculation training: A preventative and treatment approach. U: Lehrer, P.M., Woolfolk, R.L., Sime, W.E. (Ur.), *Principles and practice of stress management* (497-516). New York: The Guilford Press.
- Meyer, P. S., Mueser, K. T. (2011). Resiliency in individuals with serious mental illness. U: Southwick, S.M. (Ur.), *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan* (276-288), Cambridge, Cambridge University Press.
- Mizuno, Y., Wartelsteiner, F., Frajo-Apor, B. (2016). Resilience research in schizophrenia: a review of recent developments. *Current Opinion in Psychiatry*, 29 (3), 218-223.
- Mueser, K. T., Corrigan, P. W., Hilton, D. (2002). Illness management and recovery for severe mental illness: A review of the research. *Psychiatric Services*, 53, 1272 –1284.
- Neenan, M. (2009). *Developing resilience: A cognitive-behavioural approach*. New York: Routledge/Taylor & Francis
- Newman, R. (2005). APA's Resilience Initiative. *Professional Psychology: Research and Practice*. 36 (3), 227-229.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., D' Zurilla, T.J. (2013). *Problem-Solving Therapy. A Treatment Manual*. New York: Springer Publishing Company.
- Ong, A. D., Bergeman, C. S. and Boker, S. M. (2009). Resilience Comes of Age: Defining Features in Later Adulthood. *Journal of Personality*, 77 (6), 1777-1804.
- Padesky, C. A., Mooney, K. A. (2012). Strengths based cognitive-behavioural therapy: A four step model to build resilience. *Clinical psychology & psychotherapy*, 19 (4), 283-290.
- Pai, N., Vella, S.L. (2018). Can one spring back from psychosis? The role of resilience in serious mental illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 52 (11), 1093-1094.

- Palmer, B., Martin, A., Depp, C., Glorioso, D., Jeste, D. (2014). Wellness within illness: Happiness in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 159 (1), 151-156.
- Pan, J.Y., Chan, C. (2007). Resilience: A new research area in positive psychology. *Psychologia*, 50 (3), 164-176.
- Perlman, D, Patterson, C, Moxham, P.L. (2017). Understanding the influence of resilience for people with a lived experience of mental illness: A self determination theory perspective. *Journal of Community Psychology*, 45 (4), 1026– 1032.
- Prince-Embury, S., Saklofske, D. H. (2013). *Resilience in children, adolescents, and adults: Translating research into practice*. New York, Springer.
- Ramirez, E. M. (2007). Resilience: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 42 (2), 73-82.
- Richardson, G. (2002). The Metatheory of Resilience and Resiliency. *Journal of clinical psychology*, 58 (3), 307-321.
- Rutten, B., Hammels, C., Geschwind, N., Menne-Lothmann, C., Pishva, E., Schruers, K., Van den Hove, D., Kenis, G., Van Os, J., Wichers, M. (2013). Resilience in mental health: Linking psychological and neurobiological perspectives. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 128 (1), 3-20.
- Rutter, M. (2013). Annual research review: Resilience - clinical implications. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54 (4), 474-487.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a Dynamics Concept. *Development and Psychopathology*, 24 (2), 335-344.
- Rutter, M. (2006). Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12.
- Rutter, M. (1999). Resilience Concepts and Findings: Implications for Family Therapy. *Journal of Family Therapy*, 2, 119-144.
- Salokangas, R. K. R., Honkonen, T., Stengard, E., Koivisto, A. M. (2006). Subjective life satisfaction and living situations of persons in Finland with long-term schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57 , 373 –381.
- Schoon, I. (2006). *Risk and resilience: Adaptations to changing times*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Seery, M.D., Holman, E.A., Silver, R.C. (2010). Whatever does not kill us: Cumulative lifetime adversity, vulnerability, and resilience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99 (6), 1025-1041.
- Shastri, P.C. (2013). Resilience: Building Immunity in Psychiatry. *Indian Journal of Psychiatry*, 55 (3), 224-234.
- Shean, M. (2015). Current theories relating to resilience and young people: a literature review. *Victorian health promotion foundation*, Melbourne
- Shrivastava, A., Avinash, D. (2016). Resilience: A psychobiological construct for psychiatric disorders. *Indian Journal of Psychiatry*. 58 (1), 38-43.

- Smith, B., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the Ability to Bounce Back. *International journal of behavioral medicine*, 15, 194-200.
- Snijders, C., Pries, L. K., Sgammeglia, N., Youssef, N. A., de Nijs, L., Guloksuz, S., Rutten, B. P. (2018). Resilience against traumatic stress: current developments and future directions. *Frontiers in psychiatry*, 9, 676.
- Sood, A. (2010). *Train Your Brain, Engage Your Heart, Transform Your Life - A Two Step Program to Enhance Attention; Decrease Stress; Cultivate Peace, Joy and Resilience; and Practice Presence with Love. A course in Attention & Interpretation Therapy (AIT)*. Rochester: Morning Dew Publications.
- Southwick, S.M., Sippel, L., Krystal, J., Charney, D.S., Mayes, L., Pietrzak, R. (2016). Why are some individuals more resilient than others: the role of social support. *World Psychiatry*, 15 (1), 77-79.
- Southwick, S.M., Bonanno, G.A., Masten, A.S., Panter-Brick, C., Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives, *European Journal of Psychotraumatology*, 5 (1), 14
- Southwick, S.M., Charney, D.S. (2012). The science of resilience: implications for the prevention and treatment of depression. *Science*, 338 (6103), 79-82.
- Southwick, S.M., Pietrzak, R.H., White, G. (2011). Interventions to enhance resilience and resilience-related constructs in adults. U: Southwick, S.M. (Ur.), *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan* (276-288),. Cambridge, Cambridge University Press.
- Southwick, S. M., Vythilingam, M., Charney, D. S. (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1 (1), 255-291.
- Stahl B, Goldstein E. (2010). *A Mindfulness-Based Stress Reduction Workbook*. Oakland (CA): New Harbinger Publications.
- Stainton, A., Chisholm, K., Kaiser, N., Rosen, M., Upthegrove, R., Ruhrmann, S., Wood, S.J. (2019). Resilience as a multimodal dynamic process. *Early Intervention in Psychiatry*, 13 (4), 725-732.
- Steinhardt, M., Dolbier, C. (2008). Evaluation of a Resilience Intervention to Enhance Coping Strategies and Protective Factors and Decrease Symptomatology. *Journal of American college health*, 56, 445-53.
- Torgalsbøen, A.K.. (2012). Sustaining Full Recovery in Schizophrenia after 15 Years: Does Resilience Matter?. *Clinical schizophrenia & related psychoses*. 5 (4), 193-200.
- Truffino, J.C. (2010). Resilience: An approach to the concept. *Revista de psiquiatria y salud mental*. 3 (4), 145-51.
- Tusaie, K., Dyer, J. (2004). Resilience: a historical review of the construct. *Holistic Nursing Practice*, 18, 3 –10.
- Ungar, M. (2018). Systemic resilience: principles and processes for a science of change in contexts of adversity. *Ecology and Society*, 23 (4), 34.

- Ungar, M. (2011). The Social Ecology of Resilience: Addressing Contextual and Cultural Ambiguity of a Nascent Construct. *The American journal of orthopsychiatry*, 81 (1), 1-17.
- Vaillant, G. E. (2002). *Aging well: surprising guideposts to a happier life from the landmark Harvard study of adult development*. Boston: Little, Brown.
- Vanderbilt-Adriance, E., Shaw, D. (2008). Protective Factors and the Development of Resilience in the Context of Neighborhood Disadvantage. *Journal of abnormal child psychology*, 36, 887-901.
- Von Soest, T., Mossige, S., Stefansen, K., Hjemdal, O. (2010). A validation study of the Resilience Scale for Adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 215- 225.
- Werner, E. E. (2005). What Can We Learn about Resilience from Large-Scale Longitudinal Studies?. U: Goldstein, S., Brooks, R.B. (Ur.), *Handbook of resilience in children* (91-105). New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Windle, G., Bennett, K. M., Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and quality of life outcomes*, 9 (1), 8.
- Windle, G. (2011). What Is Resilience? A Review and Concept Analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21, 152-169.
- Wrenn, G. L., Wingo, A. P., Moore, R., Pelletier, T., Gutman, A. R., Bradley, B., Ressler, K. J. (2011). The effect of resilience on posttraumatic stress disorder in trauma-exposed inner-city primary care patients. *Journal of the National Medical Association*, 103 (7), 560-566.
- Wright, M.O., Masten, A.S., Narayan, A.J. (2013). Resilience Processes in Development: Four Waves of Research on Positive Adaptation in the Context of Adversity, U: Goldstein, S., Brooks, R.B. (Ur.), *Handbook of resilience in children* (15-37). New York, Springer.
- Yates, T. M., Egeland, B., Sroufe, L. A. (2003). Rethinking resilience: A developmental process perspective. U: Luthar, S.S. (Ur.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (243-266). New York, NY: Cambridge University Press.
- Yehuda, R. (2004). Risk and resilience in posttraumatic stress disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 65 (1), 29-36
- Zauszniewski, J. A., Bekhet, A. K., Suresky, M. J. (2015). Indicators of resilience in family members of adults with serious mental illness. *Psychiatric Clinics*, 38 (1), 131-146.
- Zolkoski, S.M., Bullock, L.M. (2012). Resilience in children and youth: A review. *Children and Youth Services Review*, 34 (12), 2295-2303.

7. PRILOG

Tablica 2

Definicije temeljnih pojmova u otpornosti s primjerima (O'Dougherty Wright, Masten i Narayan, 2013).

Termin	Definicija	Primjer
Životna teškoća	Smetnje u funkciji ili održivosti sistema ili iskustva koja ugrožavaju prilagodbu ili razvoj	Siromaštvo, beskućništvo, zlostavljanje djeteta, politički konflikt, prirodne katastrofe
Otpornost	Pozitivna prilagodba u kontekstu rizika i teškoća; kapacitet dinamičnog sustava da nadvlada i oporavi se od smetnji	Dijete izloženo obiteljskom nasilju pokazuje dobru prilagodbu, uspjeh u školi, socijalnu kompetenciju
Rizik	Povišena vjerojatnost za nepoželjan ishod	Vjerojatnost za razvoj shizofrenije je veća u grupi ljudi čiji biološki roditelji imaju shizofreniju
Rizični čimbenik	Mjerljiva karakteristika u grupi pojedinaca ili njihovoj situaciji koja predviđa negativan ishod prema specifičnom kriteriju ishoda	Prijevremeno rođenje djeteta, razvod roditelja, psihička bolest roditelja, zlostavljanje djeteta
Kumulativni rizik	Povećan rizik zbog: a) prisutnosti višestrukih čimbenika rizika; b) višestruke pojave istog čimbenika rizika; ili c) akumuliranja utjecaja tekućih nepovoljnih okolnosti	Djeca u obitelji beskućnika često imaju više čimbenika rizika za razvojne probleme uključujući samohranog roditelja koji nije završio srednju školu, lošu zdravstvenu zaštitu, neadekvatna prehranu, loše školovanje te izloženost mnogim negativnim događajima poput obiteljskog nasilja ili nasilja u zajednici
Ranjivost	Individualna (ili sistemska) osjetljivost za nepoželjne ishode, čimbenik dijateze u dijateza-stres modelu psihopatologije	Anksiozna djeca doživljavaju školske tranzicije mnogo stresnijim; ugrožen imunološki sistem povećava podložnost organizma za infektivne bolesti
Proksimalni rizik	Rizični čimbenik doživljen izravno od djeteta/pojedinca	Svjedočenje nasilju, povezanost s delinkventnim vršnjacima
Distalni rizik	Rizik koji izvire iz šireg ekološkog konteksta, no posredovan je proksimalnim procesima	Visoka stopa kriminala u zajednici, recesija, slaba dostupnost zdravstvenih usluga
Kompenzacijski ili promotivni čimbenici, osobne kvalitete i resursi	Mjerljiva karakteristika u grupi pojedinaca ili njihovim situacijama koji predviđa pozitivan ili poželjan ishod	Kognitivne vještine, kompetentno roditeljstvo, višu socijalnu klasu

Zaštitni čimbenik	Prediktor boljih ishoda, naročito u situacijama rizika ili nepovoljnih okolnosti	Neonatalna intenzivna njega, zdravstveno osiguranje, zračni jastuk u automobilu
Kumulativna zaštita	Višestruki zaštitni čimbenici u životu pojedinca	Dijete iz siromašnog susjedstva koje ima pažljive roditelje, siguran dom, podržavajuću rodbinu ili učitelja, veze sa prosocijalnim vršnjacima ili organizacijama u zajednici

ŽIVOTOPIS

Tihana Kosi rođena je 1983. godine u Koprivnici, gdje je završila srednješkolno obrazovanje. Psihologiju je diplomirala 2009. godine na Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, s temom „Utjecaj verbalizacije na prepoznavanje u percepciji lica: efekt verbalnog zasjenjivanja“ pod mentorstvom prof. dr.sc. Predraga Zarevskog. Od rujna 2009. zaposlena je u Općoj bolnici „Dr. Tomislav Bardek“ u Koprivnici, kao psiholog na Odjelu za psihijatriju, gdje stječe iskustvo u psihodijagnostičkom i tretmanskom radu u području kliničke i zdravstvene psihologije, te je aktivna u promicanju psihičkog zdravlja u zajednici kroz javna predavanja. Od 2010. godine je uključena u edukaciju kognitivno-biheviornalne terapije, trenutno na supervizijskom stupnju. Članica je Hrvatske psihološke komore i Udruženja za biheviornalno-kognitivne terapije (HUBIKOT).