

Filozofski fakultet u Sarajevu

**SOCIJALNA PODRŠKA
I REZILIJENCIJA
KOD DJECE I ADOLESCENATA**

SIBELA ZVIZDIĆ

Sarajevo, 2015.

Sibela Zvizdić
SOCIJALNA PODRŠKA I REZILIJENCIJA KOD DJECE I ADOLESCENATA

Urednik:
Dr. Salih Fočo

Recenzenti:
Dr. Renko Đapić
Dr. Ismet Dizdarević
Dr. Indira Fako

Izdanje:
Prvo

Izdavač:
Filozofski fakultet u Sarajevu

Sarajevo, 2015.

Elektronsko izdanje

CIP - Katalogizacija u publikaciji
Nacionalna i univerzitetska biblioteka
Bosne i Hercegovine, Sarajevo
159.922.7/.8:364.622](497.6)
ZVIZDIĆ, Sibela

Socijalna podrška i rezilijencija kod djece i
adolescenata [Elektronski izvor] / Sibela Zvizdić.
- Sarajevo : Filozofski fakultet, 2015. - 1
elektronski optički disk (CD-ROM) : tekst, slike ;
12 cm

Način dostupa (URL):

<http://www.ff-eizdavastvo.ba/Knjige.aspx>. - Nasl.
s naslovnog ekrana.

ISBN 978-9958-625-54-1

COBISS.BH-ID 22181126

Sažetak

U okviru knjige „*Socijalna podrška i rezilijencija kod djece i adolescenata*“ autorica obrazlaže i razjašnjava rezilijenciju i njenu prirodu detaljno se osvrnuvši na porijeklo i razvoj koncepta rezilijencije, najpoznatije definicije, teorijske modele, istraživanja rezilijencije te mjerne instrumente za ispitivanje rezilijencije. Također, značajan dio knjige obuhvata objašnjenje koncepta socijalne podrške, istraživanja o efektima socijalne podrške na tjelesno i mentalno zdravlje ljudi te prilagodbu djece i adolescenata. Na kraju knjige autorica obrazlaže značaj pojedinih izvora socijalne podrške (obiteljska podrška; vršnjaci, nastavnici i škola kao izvor podrške te podrška zajednice) za rezilijenciju djece i adolescenata.

Značaj ove knjige leži u njenoj primjeni kako u oblasti *mentalno-zdravstvenog rada* zbog ukazivanja na moguća polja proširivanja i unapređivanja preventivne djelatnosti tako i u oblasti *školske psihologije* i *psihologije obrazovanja* posebno zbog mogućeg obogaćivanja i razvoja psihološke prakse u školama u smislu usmjeravanja energije na one zaštitne faktore (npr. percipirane socijalne podrške) koji svojim djelovanjem doprinose rastu, održavanju i poboljšanju rezilijencije u doba djetinjstva i adolescencije.

Predgovor

Rezilijencija predstavlja termin koji je još uvijek nedovoljno jasan i čak mnogima čudan iako se sve više upotrebljava u svakodnevnom govoru i u različitim strukama. Preuzet je iz tehničkih znanosti i uveden u psihologiju. Dakle, iako je termin *rezilijencija* vrlo brzo stekao veliku popularnost i praktično ušao u svakodnevnu upotrebu, ipak se čini da je neophodno detaljnije ga razjasniti osobito profesionalcima u oblasti psiholoških i pedagoških struka.

U ovoj knjizi pokušala sam osvijetliti njegovu prirodu, sadržaj i važnost u psihologiji, posebno njegovo mjesto u školskoj psihologiji i oblasti mentalnozdravstvenog rada. Vlastita istraživanja i rad u ovim domenima uvjerali su me u važnost razumijevanja prirode i sadržaja ovoga pojma posebno za one koji rade u školama ili pak osmišljavaju preventivne programe za unapređivanje mentalnog zdravlja djece i adolescenata, njihovih roditelja i nastavnika. Naime, osnovno pitanje je da li pažnju trebamo usmjeriti isključivo na neuspjehe, poteškoće i poremećaje u doba djetinjstva i adolescencije te nuditi intervencije koje su bazirane na modelu deficita ili bi se trebali usmjeriti ka razumijevanju i istraživanju zaštitnih faktora kao prediktora boljih ishoda, posebice u situacijama rizika ili nepovoljnih okolnosti, te na temelju empirijskih rezultata kreirati kvalitetne preventivne programe za djecu i mlade. Mišljenja sam da je neophodno fokusirati se na snage, pozitivne kapacitete i podržavajuće resurse koji postoje kako u svakom pojedincu tako i u njegovom/njenom okruženju, te razvijati i poticati rezilijenciju kod djece i adolescenata nudeći im prilike za ispunjen i sretan život.

Zahvalnost, prije svega, dugujem prof. dr. Renku Đapiću i prof. dr. Ismetu Dizdareviću na podršci i korisnim savjetima. Posebno se zahvaljujem prof. dr. Renku Đapiću na komentarima i sugestijama, koji su mi bili od neprocjenjive vrijednosti tokom pisanja knjige. Iskreno hvala doc. dr. Indiri Fako na odvojenom vremenu i nesebičnoj podršci. Zahvalnost dugujem prijateljima koji su me bodrili da istrajem.

Knjigu želim posvetiti mojim dragim roditeljima, posebno voljenoj majci Meli...

Sadržaj

1. Uvod.....	6
2. Rezilijencija i njena priroda	8
2.1. Porijeklo koncepta rezilijencije	8
2.2. Najpoznatije definicije rezilijencije	10
2.3. Razvoj koncepta rezilijencije	13
2.4. Rezilijencija: osobina ličnosti, proces ili ishod?	22
2.5. Rezilijencija se mijenja kroz vrijeme i okolnosti	27
3. Teorijski modeli rezilijencije	29
3.1. Modeli rezilijencija u odnosu na stres	29
3.2. Modeli zaštitnih faktora	32
3.3. Model unapređivanja zdravlja	33
4. Istraživanja rezilijencije	34
4.1. Korijeni interesovanja za istraživanja rezilijencije	34
4.2. Razvoj istraživanja rezilijencije	37
4.3. Istraživanja rezilijencije u oblasti <i>mentalnog zdravlja</i>	37
4.4. Istraživanja rezilijencije u oblasti <i>razvojne psihopatologije</i>	38
4.3. Istraživanja rezilijencije u oblasti <i>školske psihologije i psihologije obrazovanja</i>	39
4.4. Četiri vala istraživanja pozitivne prilagodbe u nepovoljnim okolnostima	41
4.5. Osvrt na vrste istraživanja rezilijencije	42
5. Mjerni instrumenti za ispitivanje rezilijencije	49
5.1. Mjerni instrumenti za djecu i adolescente	49
5.2. Mjerni instrumenti za starije adolescente i odrasle osobe	54
5.3. Mjerni instrumenti za ispitivanje obiteljskog funkcioniranja	55
6. Socijalna podrška	57
6.1. Koncept socijalne podrške	57
6.2. Aspekti socijalne podrške	58
6.3. Izvori socijalne podrške	60
6.4. Tipovi socijalne podrške	64
6.5. Faktori koji određuju primanje i pružanje socijalne podrške	65
7. Istraživanja socijalne podrške	68
7.1. Znanstvene discipline u okviru kojih se izučava socijalna podrška	68
7.2. Istraživanja efekata socijalne podrške na tjelesno i mentalno zdravlje	69
7.3. Efekti socijalne podrške na prilagodbu djece i adolescenata	70

8. Značaj pojedinih izvora socijalne podrške za rezilijenciju djece i adolescenata	72
8.1. Obiteljska podrška	72
8.2. Podrška od strane vršnjaka	74
8.3. Škola i nastavnici kao izvor podrške	75
8.4. Podrška zajednice	78
Literatura.....	80
Internet izdanja	96
Biografija.....	97

1. Uvod

Dosadašnja istraživanja su uglavnom bila fokusirana na ispitivanje i bolje razumijevanje faktora rizika i rizičnih procesa koji doprinose manifestacijama psiholoških problema i poteškoća kod djece i adolescenata. Takva istraživanja ne samo da nisu uspjela obezbijediti značajne informacije o tome šta da se radi u okviru intervencija, već su obično vodila ka identifikaciji, etiketiranju i stigmatizaciji djece i adolescenata, njihovih obitelji te čitavih zajednica (Benard, 1999). Posmatranje djece i njihovih obitelji kroz leću deficita na neki način otežava prepoznavanje njihovih kapaciteta, snaga i individualnosti odnosno preokupiranost rizikom teži da „*homogenizira i karikira one koji su slabiji*.“ (Jessor, 1993; prema Benard, 1999, str. 270). Budući da je pristup teoretičara i istraživača, koji pokazuju samo tendenciju da ispituju probleme i faktore rizika zapostavljajući pri tome istraživanje pozitivnih utjecaja, karakteristika i ishoda, poprilično nerealističan i nekompletan (Glantz i Sloboda, 1999), u redovima znanstvenika pojavio se otpor prema *pristupu usmjerenom samo na deficite*. Fokus razmatranja se počeo pomjerati od brige za individualni deficit i patologiju ka ispitivanju snaga pojedinaca i kompletnih zajednica.

Najnoviji pristupi u prevenciji i unapređenju mentalnog zdravlja te školskoj psihologiji evidentni su u istraživanjima rezilijencije i to kroz obraćanje pažnje na zaštitne faktore i biopsihosocijalne procese koji doprinose „zdravoj“ prilagodbi djece i adolescenata u susretu s mnogim nepovoljnim životnim okolnostima. Pozitivni ishodi zanimaju znanstvenike koji pokušavaju razumjeti sposobnosti djece da prevaziđu nepovoljne okolnosti ostajući psihološki uravnotežena. Naime, iznenađujuće je kako veliki broj djece, uprkos stresogenim i nepovoljnim uvjetima života, sazrijevaju u normalne i uspješne odrasle osobe. Tako autorica Werner (2000a) navodi da su mnoga preživjela djeca iz II svjetskog rata, posebno iz Evrope, doživjela ne samo jedan stresogeni životni događaj već kombinacije *traume* (ugroženost vlastitog života ili života bliskih osoba), *gubitka* (smrt članova obitelji i/ili prijatelja, gubitak doma) i *deprivacije* (hrane, vode, doma). Ipak, u njihovim životima su postojali zaštitni faktori koji su ih osposobili da prežive i izdrže. Upravo jedan od zaštitnih vanjskih faktora jeste socijalna podrška.

Većina dosadašnjih istraživanja pokazala su značaj socijalne podrške nakon traume (npr. tokom ratnih zbivanja), tako da je socijalna podrška prepoznata kao mogući medijator psihološke uznemirenosti ljudi te kao *prediktor* pozitivnih psiholoških ishoda među onima koji su preživjeli traumatska iskustva (Elklit i Pedersen, 2001). Pored toga što je poznato da socijalna podrška može modificirati utjecaj stresora, utvrđeno je i da percipirana socijalna podrška predstavlja prediktor za

efikasno suočavanje, prilagodljivost na ishode te za psihološko i tjelesno zdravlje ljudi (Blazer, 1982; Hobfoll, Nadler i Leibermann, 1986; Sandler i Barrera, 1984; Wethington i Kessler, 1986; prema Stroebe i Stroebe, 1996).

Prije nego što se općenito usmjerimo na opisivanje teorijskih modela, istraživanja rezilijencije te mjernih instrumenata za ispitivanje rezilijencije, najprije ćemo se osvrnuti na razumijevanje njene prirode i samoga koncepta rezilijencije. Ujedno, u tekstu će se, pored detaljnog razmatranja aspekata, izvora i tipova socijalne podrške, pokušati dati i pregled važnijih istraživanja efekata socijalne podrške. Osvrnut ćemo se i na značaj pojedinih izvora socijalne podrške (obitelj, škola, nastavnici i zajednica) za rezilijenciju djece i adolescenata.

2. Rezilijencija i njena priroda

Mnogi istraživači se slažu da je rezilijencija veoma kompleksan fenomen (Ferguson i Lynskey, 1996; Luthar, 1991; Rutter, 1993; Smith i Prior, 1995; Spaccarelli i Kim, 1995; prema Rahman, 1999), koji se mijenja kroz vrijeme i okolnosti te koji se ne može smatrati jednodimenzionalnim konstruktom. Budući da je veoma česta pojava različite operacionalizacije i upotrebe koncepta rezilijencije, na narednim stranicama slijedi pokušaj teorijske operacionalizacije i razumijevanja prirode rezilijencije.

2.1. Porijeklo koncepta rezilijencije

Rezilijencija je kao termin korištena u ekologiji, razvojnoj psihologiji i psihijatriji. U pokušajima razjašnjavanja nepoznatih i kompleksnih procesa, bihevioralna znanost, posebno psihologija, ima dugu tradiciju posuđivanja koncepta iz fizike i inženjerstva.

U znanosti o materijalima rezilijencija se odnosi na sposobnost materijala da se vrati u originalnu formu nakon što je isti bio savijen ili pritisnut. Ovaj pogled iz fizike ima svoju paralelu u *istočnoj filozofiji*, gdje je prirodni simbol rezilijencije *bambus* – biljka koju je moguće saviti do tla, ali koja će se, neoštećena, opet vratiti u njen stari položaj i biti čvrsta, esencijalno nepromijenjena (Kirmayer, Sehdev, Whitley, Dandeneau i Isaac, 2009). U *ekologiji*, rezilijencija se odnosi na kapacitet ekosistema da se oporavi od okolinskih stresora kao što su požar, suša, klimatske promjene ili zagađenost (Holling, 1973; Odum i Barrett, 2005; prema Kirmayer, Sehdev, Whitley, Dandeneau i Isaac, 2009). U okviru ekološkog pogleda na rezilijenciju naglašena je sposobnost prirodnih sistema da reagiraju na stresor ili izazov putem samokorigirajućih procesa koji će obnoviti prijašnje uzorke i populacije biljaka i životinja. Zapravo, ekološki oporavak često ne uključuje vraćanje na potpuno isto, dakle staro stanje, već znači novu konfiguraciju u kojoj su tipovi biljaka i životinja te njihov relativan broj promijenjeni kako bi se prilagodili novom okruženju. Autori Kirmayer i suradnici (2009) smatraju da rezilijencija u ekologiji uključuje transformaciju tako što sistem reagira na izazov, ali ne na način da jednostavno obnovi svoju uobičajenu formu, već reagira sa promjenama koje bolje odgovaraju novim okolinskim ograničenjima.

Tarter i Vanyukov (1999) navode da termin „*rezilijencija*“ svoje najpreciznije značenje ima u *znanostima o materijalima i civilnom inženjerstvu* u okviru kojih predstavlja osobinu čije karakteristike podrazumijevaju brzinu i količinu oporavka koji slijedi uklanjanje poznatog stresora.

Koristeći American Heritage Dictionary iz 1978. godine, Tarter i Vanyukov (1999, str. 86) navode uobičajenu i prihvaćenu definiciju rezilijencije koja predstavlja „*osobinu materijala koja mu omogućava da ponovo zauzme svoj originalni oblik ili poziciju poslije savijanja, istezanja ili sabijanja (kompresije)*“. Prema Random House Dictionary (1968, str. 1123; prema Rak i Patterson, 1996, str. 369) rezilijencija je „*snaga ili sposobnost vraćanja na originalnu formu ili poziciju nakon savijanja, sabijanja ili istezanja*“.

Ukoliko se ovako shvaćen termin odnosi na ljude onda on predstavlja „*sposobnost oporavljanja od bolesti, depresivnosti, nepravilnosti i sl.*“. Međutim, korištenje termina „*rezilijencija*“ u bihevioralnoj znanosti, sa svim karakteristikama koje taj termin sadrži u okviru fizike i inženjerstva, ne samo da je neopravdano, već i suvišno. Naime, Tarter i Vanyukov (1999) smatraju suviše pojednostavljenim stanovište prema kojem su ljudi i neživi materijali komparabilni, a korištenje analogije između njih kao modela za razumijevanje i objašnjavanje rezilijencije kod ljudi smatraju potpuno pogrešnim. Zbog toga ovi autori navode slijedeće:

1) rezilijencija je obim do kojeg se materijal vraća u normalno stanje nakon uklanjanja stresora. U istraživanjima u kojima se koristio termin rezilijencija, taj proces podrazumijeva *dobar ishod uprkos prisustvu stresora*. Dakle, evidentno je da je termin neprikladno primjenjivan, posebno ako „*dobar ishod uprkos prisustvu stresora*“ poredimo sa njegovim originalnim značenjem iz fizike i inženjerske tehnologije;

2) iskustvo stresa ne samo da determinira kvalitetu budućeg odgovora na isti stresor, već i djeluje na buduće okolinske selekcije, što je posebno karakteristično za ljude koji, za razliku od neživih objekata, nisu samo pasivni primaoci stimulusa tj. stresora iz okoline;

3) analogija između ljudi i neživih materijala je neodrživa budući da su poznate odrednice rezilijencije za nežive objekte, dok kod ljudi „*sastojci*“ rezilijencije još uvijek nisu poznati;

4) prediktivna validnost konstrukata poput izdržljivosti (žilavost), kompetencije i ego-rezilijencije, koji su korišteni da se objasne individualne razlike u odgovorima na efekte stresora, ostaje nedokazana. Za razliku od neživih materijala, faktori koji determiniraju varijacije u prilagodbi djeteta tokom ili nakon djelovanja stresora nisu poznati budući da isti stresor, kroz interakciju s drugim faktorima, može povećati ili umanjiti devijaciju u ponašanju.

U *psihologiji* rezilijencija je generalno definirana kao sposobnost pojedinca da prevaziđe stres i nesreću. Psiholozi koji se bave psihologijom ličnosti rezilijenciju su obično proučavali kao individualnu osobinu ili karakteristiku, dok su razvojni psiholozi usvojili više interaktivan pogled budući da su rezilijenciju posmatrali u interakciji djece s njihovim roditeljima/starateljima ili vršnjacima. U zadnjih desetak godina fokus znanstvenika se pomijera sa pojedina na razmatranje značaja socijalne i kulturalne dimenzije rezilijencije.

2.2. Najpoznatije definicije rezilijencije

Gordon i Song (1994) sugerišu da definiranje rezilijencije može biti veoma teško budući da rezilijencija možda i nije jedinstven konstrukt već kompleks povezanih procesa koje treba identificirati i ispitivati kao diskretne konstrukte. Naime, iako rezilijencija ima optimističnu konotaciju, veoma je značajno izbjegavati razmišljanje o njoj kao o jednom jedinstvenom odgovoru na životne probleme (Rutter, 1993).

U psihološkoj literaturi nalazimo da je termin rezilijencija, od strane istraživača, veoma često korišten kako bi se opisale tri različite vrste fenomena (Masten, Best i Garnezy, 1991):

- 1) Pozitivan ishod uprkos rizičnom statusu tj. tome što postoji rizik za negativne ili slabe ishode;
- 2) Kontinuirani pozitivni status i funkcioniranje uprkos nepovoljnim okolnostima odnosno SUOČAVANJE ili ODRŽANO KOMPETENTNO FUNKCIONIRANJE u prisustvu hroničnih ili velikih akutnih životnih stresora (npr. razvod i sl.). Rezilijencija u nepovoljnim situacijama podrazumijeva efikasno suočavanje što uključuje napore za obnavljanjem ili održavanjem internalne ili eksternalne ravnoteže pod značajnom prijetnjom i to putem sredstava ljudskih aktivnosti poput misli i akcija;
- 3) Oporavak nakon traume tj. štetnih i/ili oštećujućih iskustava i utjecaja. Ovaj treći koncept rezilijencije definiran je kao *«uspješna adaptacija uprkos nevoljama»*.

Na temelju navedenog, čini se da se rezilijencija za A. Masten i njene suradnike odnosi na to „*kako je efikasnost u okruženju postignuta, održana ili oporavljena uprkos nesreći*“ (Masten, 1994; prema Kaplan, 1999, str. 19-20).

Garnezy (1991; prema Kumpfer, 1999, str. 210) je rezilijenciju definirao kao „*kapacitet za oporavak i održavanje adaptivnog ponašanja koje može slijediti nakon početnog povlačenja ili nesposobnosti povezanih sa nastankom stresogenog događaja.*“.

Alvord i Grados (2005; prema Zolkoski i Bullock, 2012) smatraju da brojne definicije rezilijencije zahtijevaju uvjete identificiranog rizika ili izazova praćenih pozitivnim ishodom. Također, iz literature saznajemo da je esencijalni zahtjev za rezilijenciju postojanje faktora rizika i zaštitnih faktora koji pomažu u reduciranju negativnih ishoda ili pak podstiču promociju pozitivnih ishoda (Fergus i Zimmerman, 2005; prema Zolkoski i Bullock, 2012). Teorija rezilijencije je fokusirana na snage, a ne na deficite te je fokus na razumijevanju zdravog razvoja i dobrih ishoda uprkos izloženosti rizicima (Masten, 2001; prema Zolkoski i Bullock, 2012). Lee, Kwong, Cheung, Ungar i Cheung (2010; prema Hanewald, 2011) smatraju da je rezilijencija ishod koji predstavlja pozitivan razvoj u životima ljudi, pokrivajući sve domene tj. i emocionalne i socijalne i fizičke i materijalne domene.

Najčešća definicija rezilijencije u literaturi je *pozitivna prilagodba u kontekstu značajnih nevolja*. Situacije rezilijencije su okarakterizirane kao "uspješan ishod", a ne negativne posljedice koje bi se inače očekivale (Rutter, 2007; prema Kirmayer, Sehdev, Whitley, Dandeneau i Isaac, 2009), a to podrazumijeva *izloženost prijetnji ili nesreći te ostvarenje pozitivne prilagodbe uprkos značajnim izazovima na razvojnem putu* (Luthar, Cicchetti i Becker, 2000; prema Kirmayer, Sehdev, Whitley, Dandeneau i Isaac, 2009). Ovdje "*prilagodba*" ukazuje na neke kombinacije suočavanja i rasta ili transformacije uprkos hroničnom riziku, stresu, traumi ili katastrofi.

Agai i Wilson (2005) smatraju da je rezilijencija zdrav oporavak od ekstremnog stresa i traume.

Nadalje, rezilijencija se može shvatiti i kao jedan produkt ublažavajućih procesa koji ne eliminiraju rizik i stres već koji pojedincu omogućavaju da se efikasno nosi s njim (Rutter, 1987; prema Werner, 2000b). Također, Rutter (1990; Biscoe, 1999; prema Kaplan, 1999) je rezilijenciju definirao kao pozitivni pol sveprisutnog fenomena koji demonstrira individualne razlike u odgovorima ljudi na stres i nesreće, dok je negativni pol radije definirao terminom nerezilijencije nego vulnerabilnosti. Dakle, fenomen zadržavanja adaptivnog funkcioniranja uprkos ozbiljnim opasnim rizicima nazvan je rezilijencijom (Rutter, 1990), odnosno rezilijencija predstavlja *„zaštitne faktore koji modificiraju, poboljšavaju ili mijenjaju odgovor pojedinca na opasnosti iz okruženja koje pojedinca predisponiraju za maladaptivan ishod.“* (Rutter, 1987, str. 316; prema Fletcher i Sarkar, 2013).

Bottrell (2009; prema Hanewald, 2011) smatra da sposobnost osobe da se uspješno nosi sa razvojnim zadacima uprkos nepovoljnim okolnostima također ukazuje na rezilijenciju. Zapravo, rezilijenciju čine *„lični kvaliteti koji omogućavaju pojedincu da napreduje u susretu s nevoljom“* (Connor i Davidson, 2003, str. 76; prema Fletcher i Sarkar, 2013).

Jedan od najboljih pokušaja definiranja rezilijencije jeste Gordonova (1995) definicija prema kojoj je rezilijencija sposobnost za napredovanje, sazrijevanje i povećanje kompetentnosti u susretu s nepovoljnim okolnostima, u koje su uključene kako biološke abnormalnosti tako i razne prepreke iz okruženja koje mogu biti ozbiljne i nefrekventne ili pak hronične i konzistentne.

Posezanjem za svim svojim resursima (biološkim, psihološkim te resursima iz okruženja) osoba može napredovati, sazrijevati i povećati vlastitu kompetentnost.

Howard i Johnson (2000; prema Kapikiran, 2012) navode da je rezilijencija proces uspješne prilagodbe na teške ili prijeteće situacije tj. rezilijencija je „*dinamičan proces koji obuhvaća pozitivnu prilagodbu unutar konteksta značajne nevolje.*“ (Luthar i sar., 2000, str. 543; prema Fletcher i Sarkar, 2013)

U kontekstu izlaganja značajnim nevoljama, rezilijencija je ujedno i kapacitet pojedinca za *navigaciju* putovanja do psiholoških, socijalnih, kulturalnih i fizičkih resursa koji održavaju njegovo blagostanje i psihološku dobrobit te kapacitet da se, individualno i kolektivno, *pregovara* kako bi navedeni resursi bili obezbijedeni i doživljeni na kulturalno smislene načine (Ungar, 2008, prema Ungar i Liebenberg, 2011). Shvaćena na ovaj način rezilijencija je kvaliteta kako pojedinca tako i njegovog okruženja koja potencira pozitivan razvoj.

Zapravo, rezilijencija predstavlja „*kapacitet pojedinaca da se uspješno suočavaju sa značajnom promjenom, nevoljom ili rizikom*“ (Lee i Cranford, 2008, str. 213; prema Fletcher i Sarkar, 2013) odnosno „*stabilnost pojedinca ili brzi oporavak (ili čak rast) pod značajno nepovoljnim uvjetima*“ (Leipold i Greve, 2009, str. 41; prema Fletcher i Sarkar, 2013).

Masten (2011; prema O'Dougherty Wright, Masten, Narayan, 2013, str. 16) smatra da je rezilijencija „*kapacitet dinamičnog sistema da se suprostavi ili oporavi od značajnih izazova koji ugrožavaju njegovu stabilnost, sposobnost za život ili razvoj.*”

Na koncu, Zolkoski i Bullock (2012) navode da se prema mišljenju mnogih teoretičara i znanstvenika rezilijencija odnosi na *postizanje pozitivnih ishoda uprkos izazovnim ili zastrašujućim okolnostima* (Brooks, 2006; Masten, 2001; Masten i sur., 1991), na *uspješno suočavanje sa traumatskim iskustvima te izbjegavanje negativnih razvojnih putanja povezanih s rizicima* (Garmezy, Masten i Tellegen, 1984; Luthar, Cicchetti i Becker, 2000; Werner, 1992).

Navedene definicije predstavljaju najistaknutije pokušaje definiranja rezilijencije. Ipak, Cicchetti i Garmezy (1993) smatraju da se veoma različiti zaključci mogu izvesti u ovisnosti od umjerenosti i širine definicije. Naime, različite operacionalne definicije rezilijencije rezultirale su u disparatnim rezultatima. Upravo zbog toga mnogi teoretičari i istraživači iz ovoga područja smatraju da će dodatno teorijsko pročišćavanje unaprijediti preciznost definiranja i istraživanja rezilijencije te na taj način poboljšati neophodnu komunikaciju između stručnjaka. U tom smislu prvi koraci bi trebali biti usmjereni na sami razvoj koncepta rezilijencije tj. na razumijevanje razloga njegovog pojavljivanja i prihvatanja od strane znanstvenika i teoretičara. O tome ćemo saznati nešto više u narednom poglavlju.

2.3. Razvoj koncepta rezilijencije

Ovo poglavlje o razvoju koncepta rezilijencije sasvim je opravdano početi razmatranjem mitova za koje se smatra da otežavaju i/ili sprečavaju razvoj ovoga koncepta. Naime, sama svjesnost o prisutnosti ovih mitova stručnjacima može pomoći u razumijevanju značaja rezilijencije.

Mitovi koji ometaju razvoj koncepta rezilijencije

Osnova pojma rezilijencije je pojam plasticiteta prema kojem je bazična psihološka promjena moguća uz promjenu okruženja. Da bi se prihvatio ovaj koncept plasticiteta potrebno je napuštanje mitova za koje Rockwell (1998) opravdano smatra da sprečavaju razvoj rezilijencije. Postoje četiri takva mita:

1) Mit o predodređenju prema kojem djeca „neće biti sposobna da izbjegnu krug nasilja, siromaštva ili neuspjeha, koji je bio karakterističan i za njihove roditelje, članove obitelji ili članove zajednice“ (str. 16).

2) Mit o nepopravljivoj šteti prema kojem, i pored toga što se može primijetiti da određena djeca pod rizikom izrastaju u zdrave i uspješne odrasle osobe, mnogi ljudi su ipak skloni neopravdanim i preuranjenim zaključcima da će se ta djeca kad tad „vratiti na staro“. Prema ovom mitu loš početak jednu osobu nužno čini lošom. Dobar primjer za ovakav mit je mišljenje mnogih na osnovu kojeg zlostavljana djeca nužno postaju zlostavljači. Međutim, upravo su novije studije jasno pokazale da, kada je riječ o zlostavljanoj djeci, jedna trećina takve djece postaju roditelji i/ili odrasle osobe koje nikada nisu ni na koji način ugrozili psihički i fizički integritet svoje ili tuđe djece. Stoga, Rockwell (1998) smatra da „*potencijal za samouspravljanje mladih nije statičan fenomen... Puno štete možemo nanijeti sebi samima i mladim ljudima ukoliko prerano određujemo parametre njihovih života*“ (str. 16).

3) Mit o identitetu forsira konstantno traganje „*za talentima, definiranje identiteta mladih u terminima njihovih snaga*“ (str. 17). Međutim, daleko je produktivnije sve poteškoće, koje su ljudi uspjeli prevazići, posmatrati i tretirati kao dokaze njihove snage, istrajnosti, inteligencije, kreativnosti i sposobnosti uvida. Ovakvo stanovište „*ne samo da stručnjacima iz prakse pomaže da budu empatičniji i efikasniji, već i mladima pomaže da sebe dožive kao heroje u njihovim vlastitim borbama za samouspravljanje*“ (str. 17). Ovo odgovara onome što je jedna preživjela

žrtva zlostavljanja konstatirala: „Zlostavljanje je nešto što mi se dogodilo, a ne ono što sam ja“ (Rubin, 1996, str. 228).

4) Mit „nije važno“, koji minimizira bolno iskustvo, odbacuju upravo oni ljudi koji su imali uspjeha u radu sa osobama koje pate zbog boli. Naime, zahvaljujući adekvatnom podržavajućem okruženju, mnogi ljudi su tokom života otkrili da posjeduju kapacitet za pozitivne promjene te za razvoj barem nekih karakteristika rezilijencije.

Ovakve mitove još uvijek možemo uočiti kod mnogih profesionalaca iz oblasti mentalnog zdravlja i šire.

Za razumijevanje razvoja koncepta rezilijencije i njene prirode značajno je razmotriti razloge zbog kojih je u znanstvenoj zajednici došlo do promjene fokusa od *invulnerabilnosti* ka rezilijenciji kao jednom novom konceptu, koji je prema navodima Ruttera (1987; prema Windle, 1999) izveden na bazi interakcije između *faktora rizika* i *zaštitnih faktora*, s tim da su zaštitni faktori povezani sa zdravom adaptacijom. Nužno je, pored razumijevanja značenja i prirode faktora rizika, vulnerabilnosti i zaštitnih faktora te upoređivanja pomenutih konstrukata s rezilijencijom, osvrnuti se i na razmatranje razloga zbog kojih je raniji termin „invulnerabilnost“ zamijenjen terminom „rezilijencija“.

Faktori rizika, vulnerabilnost, zaštitni faktori i rezilijencija

Rizik, vulnerabilnost i zaštitni faktori predstavljaju sastavni dio razvojnih putanja svakog pojedinca. Rizični faktori su definirani od strane Garmezy i Masten (1986, str. 509; prema Pierorazio, 2009) na sljedeći način: „*Rizični faktori upućuju na to da postoje operativni elementi u ljudima ili okruženju, koji rezultiraju povećanom vjerovatnošću za kasniji razvoj bolesti ili poremećaja.*“. Kasnije, Masten i Coatsworth (1998) navode da *faktori rizika*, koji se još mogu nazvati mehanizmima rizika, obično predstavljaju ili *visoko rizični status* ili *izloženost ozbiljnim nepovoljnim okolnostima* ili *traumi*.

Autorice O'Dougherty Wright, Masten i Narayan (2013) su ponudile veoma jasne definicije sljedećih pojmova: nepovoljne okolnosti, rizik, faktori rizika, kumulativni rizik, vulnerabilnost, zaštitni faktori, kumulativna zaštita i kompenzatorski ili promotivni faktori. Naime, *nepovoljne životne okolnosti/nesreće* predstavljaju smetnje u funkciji ili održivosti sistema ili pak iskustva koja ugrožavaju prilagodbu ili razvoj. Primjeri nepovoljnih okolnosti su siromaštvo, beskućništvo, zlostavljanje djeteta, politički konflikt, prirodna nepogoda i dr.

Rizik je definiran kao povišena vjerovatnost za nepoželjan ishod (npr. izgledi za razvoj shizofrenije su veći u grupama ljudi za čije je biološke roditelje karakterističan ovaj poremećaj), dok *faktor rizika* predstavlja mjerljivu karakteristiku u grupi pojedinaca ili njihovoj situaciji koji predviđa negativan ishod prema specifičnom kriteriju ishoda (npr. prijevremeno rođenje djeteta,

razvod roditelja, mentalna bolest roditelja, zlostavljanje djeteta). **Kumulativni rizik** je povećan rizik zbog: a) prisutnosti višestrukih (multiplih) faktora rizika; b) višestruke pojave istog faktora rizika; ili c) akumuliranja efekata tekućih nepovoljnih okolnosti. Na primjer, djeca u obitelji beskućnika često imaju više faktora rizika za razvojne probleme uključujući samohranog roditelja koji nije završio srednju školu, historiju loše zdravstvene zaštite, neadekvatna ishrana, loše školovanje te izloženost mnogim negativnim događajima poput obiteljskog nasilja ili nasilja u zajednici. **Vulnerabilnost** je definirana kao individualna (ili sistemska) osjetljivost za nepoželjne ishode (npr. za anksioznu djecu su školske tranzicije veoma stresogene; ugrožen imunološki sistem povećava prijemčivost/osjetljivost organizma za infektivne bolesti).

Zaštitni faktor je, kako navode autorice O'Dougherty Wright, Masten i Narayan (2013), prediktor boljih ishoda, posebno u situacijama rizika ili nepovoljnih okolnosti (npr. zračni jastuk u autu, neonatalna intenzivna njega, životno osiguranje, itd.), a **kumulativna zaštita** je prisustvo višestrukih zaštitnih faktora u životu pojedinca (npr. dijete iz siromašnog susjedstva koje ima pažljive roditelje, siguran dom, podržavajuću rodbinu ili asistenta/instruktora u školi, veze sa prosocijalnim vršnjacima ili organizacijama u zajednici). **Kompenzatorski** ili **promotivni faktor** predstavlja mjerljivu karakteristiku u grupi pojedinaca ili njihovim situacijama koji predviđa pozitivan ili poželjan ishod (primjeri uključuju kognitivne vještine, kompetentno roditeljstvo, višu socijalnu klasu).

Dakle, *nepovoljne okolnosti* predstavljaju iskustva koja imaju potencijal da produciraju nepoželjne ishode narušavajući normalno funkcioniranje osobe (Riley i Masten, 2005; prema Noltemeyer i Bush, 2013). *Rizik* obuhvaća niz potencijalnih varijabli koje su povezane s lošim ishodima što uključuje i pojedinačne i okolinske utjecaje (Compas i sur., 1995; prema Pierorazio, 2009). Naime, u mnogim istraživanjima rezilijencije utvrđeno je da su *faktori rizika* povezani sa slabim ili negativnim ishodima. Povezanost između negativnih životnih događaja i maladaptacije je veoma dobro dokumentirana. Na primjer, na temelju razmatranja 26 studija o životnim stresorima u doba adolescencije i djetinjstva (Compas, 1987; prema Pierorazio, 2009) utvrđeno je da postoji konzistentna povezanost između negativnih životnih stresora i bihevioralnih, emocionalnih i fizičkih poteškoća.

Iako nepovoljne okolnosti mogu biti akutne ili hronične ipak je izloženost *multiplim rizicima* najvjerojatnije štetnija od jednog traumatskog iskustva. Istraživanjima je potvrđeno da jedan faktor rizika nije tako prediktivan za negativni ishod kao što su to multipli faktori, pa tako Sameroff, Seifer i Bartko (1997; prema Pierorazio, 2009) navode rezultate iz Ročesterove longitudinalne studije prema kojima identifikacija jednog faktora rizika ne ugrožava kompetenciju, dok su multipli faktori rizika povezani s negativnim ishodom. Naime, često se dešava da su djeca "pod visokim rizikom" bila izložena višestrukim nepovoljnim okolnostima tokom dužeg vremenskog perioda života (Dong i sur., 2004; Finkelhol, Ormrod, Turner i Holt, 2009; Masten i Wright, 1998; Obradović i sur., 2012; prema O'Dougherty Wright, Masten, Narayan, 2013). Razvod, na primjer, je faktor rizika koji je veoma često istraživan te je utvrđena heterogenost u

ishodima za djecu čiji su roditelji razvedeni. Koncept kumulativnog rizika pomaže u raščišćavanju ovih raznolikosti u ishodu pošto razvod nije usamljen, vremenski ograničen faktor rizika ili stresor. Naime, razvod braka predstavlja često dugotrajan proces višestrukih stresora i životnih promjena. Zbog svega navedenog mnogi autori smatraju da je postalo neophodno razmatrati kumulativne faktore rizika kako bi se mnogo preciznije predvidjeli i razumjeli razvojni ishodi.

Za pojedine istraživače *rizik* i *vulnerabilnost* su konceptualno isti. Za mnoge druge autore *rizik* je korišten za ukazivanje na utjecaje iz okruženja, dok je *vulnerabilnost* korištena da se opišu karakteristike djece (Kaplan, 1999). Rizik može direktno odrediti poremećaj, a *vulnerabilnost* je termin koji je korišten za faktore koji intenziviraju odgovor na rizik (Wenar, 1994). Iz navedenog je sasvim jasno da utjecaj varijable rizika ovisi o drugoj varijabli-*moderatoru*, koja može pojačati ili reducirati utjecaj rizika. Dakle, faktori rizika nisu identični faktorima vulnerabilnosti. Masten i suradnici (1988; prema Masten, 1999) smatraju da se varijable koje pojačavaju opći rizik ili pak efekte samo jednog faktora rizika mogu nazvati *faktori vulnerabilnosti*, a one varijable koje reduciraju rizik nazvane su *zaštitni faktori*. S tim u vezi Garmezy i Masten navode da je *vulnerabilnost osjetljivost i sklonost pojedinca negativnim ishodima* te da naizmjenično faktori vulnerabilnosti povećavaju utjecaj rizika, a faktori zaštite reduciraju njihov utjecaj (Masten, 1994; prema Pierorazio, 2009).

Vulnerabilnost i rezilijencija su često tretirani kao suprotni polovi na jednom *kontinuumu*, koji reflektiraju prijemčivost na nepovoljne ili benigne posljedice usljed izloženosti visoko rizičnim okolnostima (Anthony, 1987). Međutim, prisjetimo se Rutterove definicije (1990; prema Biscoe, 1999; Kaplan, 1999) prema kojoj je rezilijencija pozitivni pol fenomena koji demonstrira individualne razlike u odgovorima ljudi na stres i nesreće, dok isti autor negativni pol radije naziva nerezilijencijom, a ne vulnerabilnošću. Također, Rutter (1990; prema Rutter, 1995) navodi da *vulnerabilnost* predstavlja dugoročne biosocijalne procese predisponirane za različite odgovore na okolnosti koje predstavljaju izazov za prilagodbu, a pojava neuspjeha u raspoznavanju i nošenju s ovim izazovom sadrži povećan rizik za lični distres. Nadalje, *vulnerabilnost* reflektira neuspjeh *rezilijencije* povećavajući vjerovatnoću psihološkog distresa (Rutter, 1995).

Baš kao što je vulnerabilnost relativna, oviseći o kompleksnoj interakciji između konstitucionalnih faktora i životnih okolnosti, i rezilijencija je vođena sličnom dinamičnom interakcijom između zaštitnih faktora unutar pojedinca, njegovog okruženja i većeg socijalnog konteksta u kojem taj pojedinac živi. Dakle, rezilijencija i vulnerabilnost mogu biti shvaćeni samo kao relativni, a ne apsolutni procesi (Bettelheim, 1943/1986, 1960; prema Rutter, 1995).

Kada su u pitanju *zaštitni faktori* Rutter (1995, str. 756) potvrđuje da oni „*moderiraju efekte individualne vulnerabilnosti ili okolinskih rizika (opasnosti) tako da je adaptacijska putanja pozitivnija nego u slučaju da zaštitni faktori ne operiraju...*“. Ipak, *zaštitni faktori* ne proizvode nužno rezilijenciju, ali mogu štititi pojedinca od lošeg ishoda ili mogu ublažavati poteškoće koje faktori rizika predstavljaju. *Zaštitni faktori* su obično klasificirani u dvije grupe (Biscoe, 1999;

Gore i Eckenrode, 1996; Werner, 2000b) koje predstavljaju: 1) interni resursi (npr. lične karakteristike djeteta); 2) eksterni resursi (npr. izvori podrške u obitelji i izvan nje).

Zanimljivo je razmatranje Beauvaisa i Oettinga (1999) koji smatraju da *zaštitni faktori* nisu isto što i rezilijencija. Naime, *zaštitni faktori* čuvaju od nesreća, a njihovo djelovanje je konstantno i konzistentno. *Rezilijencija* omogućava rehabilitaciju i značajna je samo u kontekstu poteškoća i kriza koji se javljaju tokom života.

Luthar (2003) smatra da je neophodno razlikovati dva tipa procesa koji vode ka rezilijenciji prilikom izloženosti specifičnom faktoru rizika ili skupu faktora rizika: 1) *zaštitni procesi* u kojima je izloženost faktoru rezilijencije od koristi za one pojedince koji su izloženi faktoru rizik, ali nisu od koristi (ili su manje korisni) za one koji nisu izloženi faktoru rizika; 2) *kompensatorni procesi* u kojima faktor rezilijencije ima podjednaku korist tj. efekat benefita i za one pojedince koji su izloženi, ali i za one koji nisu izloženi nepovoljnim okolnostima. Luthar (2003) smatra da se zapravo može govoriti o *faktorima rezilijencije* koji mogu služiti ili kao zaštitni ili kao kompenzatorski faktori. Na temelju istraživačke literature iz ove oblasti, Luthar (2003) navodi da postoje mnogi faktori (individualni, obiteljski i vršnjački faktori) koji, kod djece koja su odgojena u visokorizičnim sredinama, mogu razvijati rezilijenciju.

Mnogi znanstvenici vjeruju da se rezilijencija pojavljuje unutar interaktivnog modela gdje je odnos između faktora rizika i ishoda oslabljen prisustvom jednog ili više zaštitnih faktora (Fraser, Kirby i Smokowski, 2004; prema Noltemeyer i Bush, 2013). Ovaj efekat se može pojaviti zato što zaštitni faktor: a) ili ublažava faktor rizika; b) ili prekida lanac rizika kroz koji faktori rizika vrše njihove efekte; c) ili općenito prevenira pojavu faktora rizika (Fraser i sur., 2004; prema Noltemeyer i Bush, 2013).

Od esencijalne važnosti je razumjeti koji faktori iz okruženja stavljaju djecu i mlade pod rizik baš kao i razumjeti koji zaštitni faktori mogu biti njegovani kako bi unaprijedili i podržali rezilijenciju u djece.

Od koncepta „invulnerabilnosti“ do koncepta „rezilijencije“

Mnogi autori (Mednick i Schulsinger, 1968; Rutter 1982; Rutter i Quinton, 1984; prema Luthar i Zigler, 1991) smatraju da je jedno vrijeme odsustvo maladaptivnog ponašanja i psihopatologije kod osoba, koje su bile izložene visoko rizičnim uvjetima, tretiran jedinim pokazateljem njihove rezilijencije. Naime, već duži niz godina istraživači su uglavnom bili usmjereni na ispitivanje koncepta invulnerabilnosti, pa je u ranijim istraživanjima konstrukt „*rezilijencija*“ imao različita značenja tako da su za ljude, koji su uspjeli uprkos nepovoljnim okolnostima, korišteni termini „*invulnerabilan*“ (eng. „*invulnerable*“) i „*nepobjediv*“ (eng. „*invincible*“). Kada su u pitanju djeca za koju se vjerovalo da nastavljaju svoj pozitivan razvoj

uprkos izloženosti mnogim faktorima rizika, utjecajni autori su također počeli koristiti termine „*invulnerabilna djeca*“ (Anthony i Koupernik, 1978; prema Rutter, 1993) ili „*super djeca*“ (Kauffman i sur., 1979; prema Rutter, 1995).

Ovi ekstremni termini koji upućuju na postojanje tzv. neranjivih osoba vrlo brzo su u okviru znanstvenih krugova ocijenjeni neprimjerenim te su stoga zamijenjeni s daleko prihvatljivijim terminom koji je nazvan „rezilijencija“. Dakle, raniji koncept „invulnerabilnosti“ zamijenjen je konceptom „rezilijencije“.

Zašto termin „invulnerabilnost“ nije bio prihvatljiv?

Da bi se što bolje razumjela priroda koncepta rezilijencije korisno je razmotriti zašto termin *invulnerabilnost* (neranjivost) nije bio koristan niti prihvatljiv. Postoje četiri osnovna razloga (Rutter, 1993):

- 1) Dokazano je da termin „*invulnerabilan*“ nije u potpunosti tačan zato što, kako kaže dr. Michael Rutter, podrazumijeva jednu „*apsolutnu otpornost prema oštećenju*“. Autor tvrdi da ne postoji osoba za koju je karakteristična tzv. *apsolutna otpornost* te da je mnogo prihvatljivije razmotriti prijemčljivost na stres kao jedan profiliran i graduiran fenomen. Neki pojedinci su više otporni nego drugi, s tim što ipak svako ima svoje limite. Dvije godine kasnije, u jednom od svojih članaka, Rutter navodi da iako su on i Anthony (1985; 1987; prema Rutter, 1995) favorizirali koncept kontinuumu *vulnerabilnost-invulnerabilnost*, problem se pojavio u pokušaju razumijevanja onoga što je Anthony podrazumijevala pod „*invulnerabilnošću*“ (Garmezy, 1974; Garmezy i Nuechterlein, 1972; prema Rutter, 1995). Zaista je bilo nevjerovatno i za pretpostaviti da je neko tako „imun“ na nesreće te da je u potpunosti zaštićen od svih poteškoća. U skladu s opservacijom Murphy-ja i Moriarty-ja (1976; prema Rutter, 1995) te formulacijom Zubinova i Springova (1977; prema Rutter, 1995) može se konstatirati da su za sve ljude karakteristične i snage i slabosti koje, u određenim situacijama, dovode do relativne rezilijencije.
- 2) Termin „*invulnerabilan*“ sugerira da se karakteristike odnose na sve rizične okolnosti, što je svakako jedna biološki nevjerovatna sugestija. Zapravo, postoje mehanizmi putem kojih faktori rizika operiraju te se mora anticipirati da će karakteristike, koje čine rezilijenciju, varirati ovisno o tim mehanizmima.
- 3) Koncept izgleda da podrazumijeva da je ta „*karakteristika zapravo jedna intrinzična karakteristika pojedinca*“ (Rutter, 1993; str. 626), što je pogrešno budući da rezultati istraživanja ukazuju na to da rezilijencija može obitavati u socijalnom kontekstu onoliko koliko i unutar samoga pojedinca.

- 4) Termin „*invulnerabilan*“ sugerira da se radi o potpuno nepromjenljivoj karakteristici, što je opet pogrešno. Naime, postoje razlozi za pretpostavku da će razvojne promjene, koje djeluju na bilo koju karakteristiku, također djelovati i na rezilijenciju te u njoj izazvati određene promjene (Rutter, 1991).

Pored termina „*invulnerabilnosti*“, čija je primjena potpuno neprihvatljiva, u literaturi se pojavljuje još jedan termin, koji je nazvan *kompetentnost*, a koji se neopravdano izjednačava s rezilijencijom. Naime, bez obzira na način na koji je rezilijencija shvaćena, Luthar i Cushing (1999) naglašavaju da se u svakoj njenoj definiciji, pored konstrukta *rizika* ili *nesreće*, može zapaziti još jedan centralni konstrukt nazvan *pozitivna prilagodba* ili *kompetentnost*. Također, u pokušajima ispravljanja tradicionalnog zanemarivanja ispitivanja uspješne adaptacije u nepovoljnim uvjetima, znanstvenici su u okviru svojih istraživanja sve češće kao mjere ishoda koristili aspekte kompetentnosti i zdravlja (Garmezy i Tellegen, 1984; prema Luthar i Zigler, 1991). Zbog toga je nužno razumjeti značenje kompetentnosti i uporediti je s konstruktom rezilijencije te na taj način izbjeći zabunu oko korištenja pomenutih termina.

Kompetentnost vs. rezilijencija

Iako se termini *kompetencija* i *rezilijencija* općenito odnose na kapacitet za ili manifestacije povoljne adaptacije, ipak ova dva termina imaju različita značenja u psihološkoj praksi te se stoga ne mogu sinonimno koristiti. Zbog toga je nužno razumijevanje razlika između ova dva konstrukta.

Tek sa pojavom razvojne psihopatologije i naglašavanja značaja praćenja i ispitivanja pozitivne prilagodbe tokom razvoja, fokus je proširen na kompetenciju koja postaje zanimljivo područje znanstvenih ispitivanja. Različite teorijske tradicije u psihologiji su doprinijele definiranju kompetencije u skladu sa pozitivnom prilagodbom uključujući ego psihologiju (Freud, A., 1936; Hartmann, 1939; Hendrick, 1942), teorije inteligencije i procjene (Binet i Simon, 1905/1916; Sternberg, 1985; Weschler, 1958), teorije samoefikasnosti i motivacije (Bandura, 1997; White, 1959) te modeli dobno istaknutih razvojnih zadataka (Erikson, 1968; 1968; Havighurst, 1972).

Iako **kompetencija** ima više značenja u psihologiji, uglavnom se odnosi na obrazac efikasne prilagodbe u okruženju tj. na različita adaptivna ponašanja. Masten i Coatsworth (1994; prema Masten i Coatsworth, 1998) smatraju da kompetencija, shvaćena u jednom širem smislu, predstavlja razuman uspjeh u velikim razvojnim zadacima koji su očekujući za pojedinca

određenog spola i starosti u kontekstu njegove/njene kulture, društva i vremena. Psihološka kompetencija je učinkovitost ili sposobnost prilagodljivog korištenja osobnih i kontekstualnih resursa kako bi se ostvarili razvojni zadaci prikladni uzrastu (O'Dougherty Wright, Masten i Narayan, 2013). Na primjer, aktivni angažman intelektualne sposobnosti i pozitivnih odnosa sa nastavnicima rezultira u školskom uspjehu djece. Masten i Coatsworth (1998; prema Pierorazio, 2009) su identificirali tri oblasti kompetencija adolescenata: socijalna kompetentnost sa vršnjacima, ponašanje i akademsko funkcioniranje.

Šire definicije kompetentnosti podrazumijevaju ili integrirano funkcioniranje ili uspjehe u multiplim domenima. U užem smislu, pod kompetencijom se podrazumijevaju specifična područja uspjeha poput akademskog uspjeha, prihvatanja od vršnjaka i npr. sportista (Masten i Coatsworth, 1994; prema Masten i Coatsworth, 1998). Čak i uske procjene o kompetentnosti obuhvataju koordinirano funkcioniranje mnogih procesa za postizanje i izvršavanje kompetentnog ponašanja kao što su na primjer, procesi uključeni u čitanje, spelovanje ili rješavanje matematičkih problema. Dakle, u definiranju kompetencije iz razvojne perspektive jedna od ključnih tema je bilo odlučivanje da li da se kompetencija definira usko (kao specifična sposobnost ili vještina) ili mnogo šire (kao obrazac efikasnog funkcioniranja) (Masten i Coatsworth, 1995; Masten, Burt i Coatsworth, 2006; Waters i Sroufe, 1983). Odlučeno je da se kompetencija može definirati i vrlo široko ili pak usko (kompetentno dijete vs. dijete koje je kompetentan matematičar).

Općenito, *kompetencija* je definirana u terminima društvenih zahtjeva i potreba u svakoj fazi života, a njeno značenje varira kroz životni vijek (Masten i Powell, 2003; prema Kirmayer, Sehdev, Whitley, Dandeneau i Isaac, 2009). Ona je inherentno multidimenzionalna, kontekstualna i razvojno dinamična.

I pored različitih značenja u psihologiji, **rezilijencija** nije isto što i kompetencija, već predstavlja «*manifestiranu kompetentnost u kontekstu značajnih izazova za adaptaciju ili razvoj*» (Masten i Coatsworth, 1998, str. 206). Rolf (1999) potvrđuje navedeno ističući da je rezilijencija manifestirana kompetencija uprkos izloženosti značajnim stresorima, s tim da se o rezilijenciji u ovom kontekstu ne može govoriti u odsutnosti stresora. Stoga, rezilijentna odrasla osoba je neko ko živi uspješan život definiran faktorima kao što su stalni radni odnos, stabilni brak i sveukupno blagostanje uprkos izloženosti visokim razinama emocionalne, mentalne i/ili fizičke patnje i stresa (Lafrance, Bodor i Bastien, 2008; prema Kirmayer, Sehdev, Whitley, Dandeneau i Isaac, 2009). Za mnoge osobe, koje su suočene s nevoljama, mogu biti karakteristični negativni ishodi, s tim da bi upravo tada rezilijencija tih osoba značila biti „*kompetentan*“ ili imati normalne sposobnosti uprkos izloženosti ozbiljnim ili perzistentnim nepovoljnim okolnostima.

Rezilijencija se odnosi na (Kirmayer, Sehdev, Whitley, Dandeneau i Isaac, 2009):

a) vrstu snage, otpora ili tzv. neranjivosti koja štiti pojedinca od obolijevanja; b) sposobnost liječenja, oporavka te brzog i punog povratka na prijašnju razinu funkcioniranja; c) sposobnost za adaptaciju, promjenu smjera i pronalazak novog načina života uz kapacitet da se nastavi dalje uprkos mnogim deficitima.

U pogledu razvojnih puteva rezilijencija može uključivati (Luther, 2006; Masten, 2007; prema Kirmayer i sur., 2009): a) održavanje postojeće razvojne putanje; b) povratak na izvornu putanju nakon privremenog odstupanja od iste; c) prebacivanje na potpuno novu putanju, koja također predstavlja zdrav životni put. Obični izazovi su centralni za razvojni proces i mogu potaknuti pojedinca ka boljem zdravlju, snazi i uvidu. Rezilijencija se izgrađuje, ne putem izbjegavanja stresora i stresa, već suočavanjem sa stresom u vrijeme i na način koji omogućava povećanje samopouzdanja i socijalne kompetencije kroz osjećaj nadmoćnosti i odgovarajuće odgovornosti (Rutter, 1985; prema Kirmayer, Sehdev, Whitley, Dandeneau i Isaac, 2009).

Rezilijenciju je moguće posmatrati i kao kapacitet za obnavljanje povjerenja, nade i optimizma nakon izazovnih iskustava, što implicira da je rezilijencija antecedent za ostale pozitivne ishode te zbog toga mnogi autori smatraju da optimizam i nada nisu isto što i rezilijencija (Luthans, Vogelgesang i Lester, 2006).

Nada i optimizam vs. rezilijencija

Optimizam, baš kao i nada, ne zahtijevaju prisustvo nevolje kao „okidača“ kao što je to karakteristično za rezilijenciju. Fleksibilnost je zajednička karakteristika i nade i rezilijencije, s tim da je ključna razlika u tome da kod nade čak ni snaga ljudske volje ne obuhvaća nužno reakciju na nepovoljan događaj, koja je opet okidač za rezilijentni proces (Bonanno, 2004; prema Luthans, Vogelgesang i Lester, 2006). Nadalje, rezilijentni pojedinci su bolje pripremljeni da prevaziđu nepovoljne okolnosti od optimista, jer se optimisti sa pozitivnim atribucijskim stilom, ne mogu potpuno unijeti u pravo značenje nevolje te se iste jednostavno mogu otarasiti. Nadalje, rezilijentni pojedinci imaju pragmatičniji, više strateški pristup nošenju sa stresom od optimista te su bolje opremljeni za prilagodbu i nadvladavanje nevolja. Utvrđeno je da rezilijencija omogućava ljudima da se nastave truditi, da obnove samoeфикаsnost čak i kada je ista bila pred izazovima te kada je predviđeno da će doći do pada efikasnosti (Luthans i sur., u štampi; Youssef i Luthans, 2005; prema Luthans, Vogelgesang i Lester, 2006).

2.4. Rezilijencija: osobina ličnosti, proces ili ishod?

Ako se vratimo na najpoznatije definicije rezilijencije bit će nam jasno da one variraju ovisno o odgovorima na pitanja koja se odnose na dileme da li rezilijencija predstavlja proces, osobinu ličnosti ili pak ishod uspješne adaptacije pojedinca uprkos izloženosti stresorima.

Naime, već duži niz godina traje vrlo živa debata oko pitanja da li je rezilijencija stanje ili osobina, da li je uspješno suočavanje u susretu s nesrećom te po koju su psihičku „cijenu“ djeca pod rizikom uspjela odrasti u kompetentne, povjerljive i brižne odrasle ljude (Klohn, 1996; Luthar i Cushing, 1999; Luthar i Zigler, 1991; Masten, Best i Garmezy, 1990; Rutter, 1994; Zimmerman i Arunkumar, 1995; prema Werner, 2000b). Još uvijek se razmatra da li rezilijencija predstavlja kvalitet pojedinca koji mu uprkos nepovoljnim uvjetima omogućava dobre ishode ili pak rezilijencija predstavlja fenomen koji moderira utjecaj faktora rizika na više ili manje benigne ishode? Također, pojedini autori smatraju da rezilijencija treba biti definirana u terminima prirode ishoda.

Dakle, postoji velika različitost u upotrebi koncepta rezilijencije kao kvaliteta, osobine, procesa ili kao ishoda o čemu svjedoče autori Glantz i Sloboda (1999) u članku „Analiza i rekonceptualizacija rezilijencije“.

Rezilijencija kao osobina ličnosti

Razmatranje rezilijencije kao osobine sugerira da rezilijencija predstavlja konstelaciju osobnih karakteristika koje omogućavaju pojedincima da se prilagode različitim okolnostima s kojima se susreću (Connor i Davidson, 2003; prema Fletcher i Sarkar, 2013). Autori Block i Block (1980; prema Fletcher i Sarkar, 2013) su prvi aludirali na rezilijenciju kao osobinu ličnosti. Oni su koristili termin „*ego rezilijencija*“ kako bi opisali skup osobina koje odražavaju opću snalažljivost, snagu karaktera i fleksibilnost u radu u odgovoru pojedinca na različite zahtjeve iz okruženja te su istakli da su za pojedince s visokom razinom ego rezilijencije bile karakteristične visoke razine energije, optimizam, radoznalost i sposobnost da se odvoje od problema. Rutter (1985) je ove karakteristike nazivao zaštitnim faktorima. Fletcher i Sarkar (2013) navode da je u literaturi o rezilijenciji identificirano mnogo zaštitnih faktora uključujući i smjelost ili srčanost (Bonanno, 2004), pozitivne emocije (Tugade i Fredrickson, 2004), ekstraverziju (Campbell-Sills, Cohan i Stein, 2006), samoefikasnost (Gu i Day, 2007), spiritualnost (Bogar i Hulse-Killacky, 2006) i samopoštovanje (Kidd i Davis, 2005). Osobine poput samosavlađivanja, zatim pozitivan pogled na

svijet te smisao za humor značajno doprinose rezilijenciji u općoj populaciji (Richardson, 2002; prema Kirmayer, Sehdev, Whitley, Dandeneau i Isaac, 2009).

Budući da je rezilijencija vrlo često definirana kao jedna lična karakteristika, ne bi trebalo zaboraviti rani rad iz 70-tih godina prošloga stoljeća (Garmezy 1971; prema Dalton, Elias i Wandersman, 2001) koji se odnosio na „neranjivu djecu“ („*invulnerabilnu*“) poput one za koju se činilo da su prošla kroz najteže okolnosti – ratove, poplave, ozbiljnu onesposobljenost roditelja – ali su ipak ostala psihički i fizički zdrava tj. „*netaknuta*“ tim iskustvima. Tada se činilo da su takva traumatska iskustva osnaživala ove rezilijentne pojedince. Dosta godina kasnije Garmezy i njegovi suradnici (Garmezy, 1993; Masten, Best i Garmezy, 1990; prema Glantz i Sloboda, 1999) rezilijenciju opisuju kao „*kapacitet*“ za uspješnu adaptaciju u susretu s teškim uvjetima. Lifton (1994) također smatra da se rezilijencija može definirati kao kapacitet svih pojedinaca da se transformišu i mijenjaju, bez obzira koji su faktori rizika u pitanju.

Općenito, rezilijentnost se može shvatiti kao osobina odnosno atribut pojedinca koji ga čini manje podložnim na negativne efekte stresa.

Rezilijencija kao zaštitni proces ili općenito kao proces

Werner i Smith (1992; prema Dalton, Elias i Wandersman, 2001) smatraju da ne treba apriori sumnjati u postojanje rezilijentnih pojedinaca, ali da generalno nije korisno razmišljati o rezilijenciji samo kao o osobini. Naime, uvjerenje o postojanju „*neranjivih*“ ljudi čini se ekstremno nevjerovatnim, jer se rezilijencija ne može smatrati urođenom karakteristikom koja putem magije prevenira negativno djelovanje okoline na dijete (Beauvais i Oetting, 1999). Činjenica je da kapacitet za rezilijenciju može imati i genetske korijene, ali i korijene iz okruženja čiji je utjecaj stalan (Masten i O'Connor, 1989) te upravo zbog toga Dalton, Elias i Wandersman (2001) navode da je o rezilijenciji korisnije razmišljati kao o kombinaciji djelovanja kako faktora iz okruženja tako i faktora unutar pojedinca. Prema mišljenju ovih autora *rezilijencija se može shvatiti kao specijalna vrsta zaštitnih procesa i to onih koji osobi omogućavaju da se prilagodi na nepovoljne, izazovne ili ugrožavajuće kontekste*. Čini se da se u većini slučajeva može utvrditi djelovanje zaštitnih procesa iz okruženja poput primjerice značajnih drugih osoba, koje su pokazale brigu i pomoć te postojanje društvenih resursa u vidu opipljive, instrumentalne podrške. Tako Burack i suradnici (2007; prema Kirmayer, Sehdev, Whitley, Dandeneau i Isaac, 2009) rezilijenciju posmatraju kao proces koji uključuje interaktivne zaštitne i kompenzatorske faktore u pojedinčevom životu te navode da, na primjer, podržavajući roditelji, njihova zaposlenost i obrazovanje mogu povećati razinu zaštite pojedinca, dok odsutnost ovih faktora mogu doprinijeti riziku.

Nadalje, Waller (2001; prema Kirmayer i sur., 2009) smatra da rezilijencija nije statična, jer niko nije (ne)rezilijentan cijelo vrijeme te je mnogo uputnije rezilijenciju opisati kao proces koji se dešava kroz vrijeme, uz konstantne interakcije sa nevoljama i promjenama životnih okolnosti. Naime, mnogo je bolje pretpostaviti da rezilijencija varira tako da je nekad više intra-osobna, a nekad više okolinska, ali i da najčešće predstavlja interakciju oba pomenuta faktora (Glantz i Sloboda, 1999). S tim se slažu Tarter i Vanyukov (1999) koji naglašavaju da su ishodi determinirani interakcijom osoba-okolina koja pojedincu omogućava prilagodbu, što potvrđuje i Rolf (1999, str. 14) kada kaže da je rezilijencija *«funkcija interakcije multiplih, kompleksnih faktora»*.

Rezilijencija se dakle može razmatrati i kao proces koji se mijenja tokom vremena. Efekti zaštitnih i promotivnih faktora varirat će ovisno o vremenu (tokom životnog vijeka pojedinca) i kontekstu (od situacije do situacije). Dakle, iako pojedinac može reagirati pozitivno na nevolju u jednom trenutku svoga života to ipak ne znači da će osoba na isti način reagirati na stresore u drugim momentima svoga života (Davydov i sur., 2010; Rutter, 2006; Vanderbilt-Adriance i Shaw, 2008; prema Fletcher i Sarkar, 2013).

Rezilijencija je zapravo *dinamičan proces* koji varira od jednog socijalnog konteksta do drugog, od jednog vrijednosnog sistema ili pogleda na svijet do drugog. Općenito, rezilijencija odražava procese koji iz multiplih izvora crpe snagu i resurse koji omogućavaju ljudima da se nose sa životnim izazovima, da žive sa, da upravljaju i prevladavaju te izazove. Zato Luthar i sur. (2000, str. 543; prema Fletcher i Sarkar, 2013) ističu da je rezilijencija *„dinamičan proces koji obuhvaća pozitivnu prilagodbu u kontekstu značajne nevolje.“*

Rezilijencija kao ishod u kontekstu određenih poteškoća

Rutter (1990; prema Glantz i Sloboda, 1999) naglašava da se koncept *rezilijencije*, koji je korišten na različite načine, može odnositi na *pozitivan ishod*. Zapravo, čini se da je dio esencijalnog karaktera psihološke rezilijencije upravo *neočekivani pozitivan ishod*. Termin *«rezilijencija»* se ne može odnositi samo na opis pozitivnog statusa ili ishoda, jer ako je očekivano da će osoba prevazići značajan problem onda se pozitivni ishod ne može atribuirati tj. pripisati rezilijenciji već manjoj ozbiljnosti stresora ili nekom pozitivnom kvalitetu i/ili okolnostima. Tako i Rutter (1990; prema Glantz i Sloboda, 1999) smatra da pojedinci koji nisu doživjeli neke ozbiljnije probleme ili pak razvojne smetnje te pojedinci koji su imali podršku i mogućnosti za razvoj obično se ne mogu smatrati rezilijentnim bez obzira koliko njihov status bio pozitivan. Oni pojedinci koji ostvaruju određena očekivanja u uvjetima kada bi bilo razumljivo da ta očekivanja ne budu ostvarena mogu biti evaluirani u terminima rezilijencije tj. smatra se da su rezilijentni ili na bilo

koji drugi način posebni. Dakle, rezilijencija je koncept koji ima smisla samo u kontekstu određenih problema i stresora, posebice u kontekstu kumulativnih stresora (Rolf, 1999). U skladu s tim, Rutter (1979; prema Rak i Patterson, 1996) je u svom istraživanju djece iz Londona, koja su doživjela neslaganje roditelja, nizak ekonomski status, mnogobrojnu/prenatranu obitelj, kriminalitet roditelja, psihijatrijski poremećaj majke te smještanje u domove, utvrdio da jedan stresor nije imao značajan utjecaj, ali kombinacija dva ili više stresora smanjivala je vjerovatnoću pozitivnih ishoda, dok su dodatni stresori povećali utjecaj ostalih postojećih stresora. Dakle, rezilijencija se može konceptualizirati kao pozitivan ishod uprkos višestrukim doživljenim nevoljama (Luthar i Cushing, 1999; prema Pierorazio, 2009).

Iako se ishod može posmatrati kao dihotoman u smislu da za osobu može biti karakterističan ili negativan ili pozitivan ishod, u realnosti je ipak nešto drugačije. Značajno je razmotriti činjenicu da mnogi utjecaji i ishodi nisu potpuno ni pozitivni niti potpuno negativni te da razumijevanje njihovog neapsolutističkog karaktera može pomoći u razumijevanju posljedičnih ishoda (Glantz i Sloboda, 1999). Vjerovatnije je da su ishodi stvar stupnja budući da pojedinac može demonstrirati rezilijenciju u jednom domenu tj. u terminima jednog tipa ishoda, ali ne i u terminima drugog tipa ishoda. Stoga Luthar i Cushing (1999) zaključuju da rezilijencija nije jednodimenzionalan konstrukt te da visoko rizični pojedinci mogu ekstremno dobro funkcionirati u domeni ponašanja, ali da ipak mogu pokazivati i značajne poteškoće u drugim područjima prilagodbe, primjerice u području emocionalne prilagodbe. Zbog toga je veoma značajno ispitati koja je „cijena“ za djecu pod rizikom, koja su pored svega uspjela odrasti u kompetentne, povjerljive i brižne odrasle osobe. To je moguće samo ukoliko se rezilijencija ne konstruira i ne mjeri samo jednim tipom ponašanja ili ishoda, već multiaspektnim pristupom. Na temelju navedenog jasno je da se rezilijencija ne može smatrati jednodimenzionalnim konstruktom niti dihotomnim atributom koji pojedinci posjeduju ili ne posjeduju, već je neophodno da su za rezilijentne pojedince karakteristični pozitivni ishodi kroz multiple aspekte tokom života.

Ishodi koji definiraju rezilijenciju variraju s obzirom na *razvojnu fazu u kojoj se pojedinac nalazi* te s obzirom na *sociokulturalni milje* (Masten, 1994; prema Kaplan, 1999). Anthony (1974; prema Glantz i Sloboda, 1999) je opservirala da pojedinci koji su se činili „neranjivim“ u ranim fazama njihovog života tokom kasnijih faza mogu razviti negativne ishode, posebice tokom perioda povećanog stresa. Dijete dakle, može biti rezilijentno u jednoj fazi razvoja, a u drugoj ne. Interesantno je da djeca, koja djeluju rezilijentno u jednoj vremenskoj fazi, ne moraju ostati psihološki rezilijentna duži vremenski period. Njihov tzv. „rezilijentni“ status, baš kao i zaštitni faktori te faktori rizika, koji pojačavaju ili reduciraju rezilijenciju, vremenom se mijenjaju kako dijete prelazi iz jedne razvojne faze u drugu (Kinard, 1998; Rahman, 1999), zatim kako se mijenjaju uvjeti djetetovog okruženja te kako se ono suočava s novim stresorima. Nadalje, Vaillant-ova istraživanja (Felsman i Vaillant, 1987; prema Glantz i Sloboda, 1999), kao i istraživanja drugih autora, sugeriraju da se manifestiranje rezilijencije može javiti u bilo kojoj tački pojedinčevog života. Primjerice, osoba koja u svojoj 20-toj godini manifestira negativne

ishode te se zato može smatrati „nerezilijentnom“, ipak sasvim dobro može funkcionirati u 50-toj godini života. Zbog toga se preporučuje ispitivanje rezilijencije kroz dugoročne longitudinalne opservacije i mjerenja.

Također, zanimljivo je razumijevanje rezilijencije sa *subjektivnog stanovišta* vs. *socijalnom stanovištu*. Posmatrano iz ugla subjektivnog stanovišta, pojedinac može manifestirati rezilijenciju, dok posmatrano iz ugla socijalnog stanovišta taj isti pojedinac može manifestirati vulnerabilnost. Primjerice, utvrđeno je da ljudi iz latinoameričke zajednice vrlo rano napuštaju školu kako bi našli posao i obezbijedili si budućnost. Sa socijalnog stanovišta, to napuštanje škole bi se moglo okarakterisati kao nerezilijentno ponašanje. Međutim, ako ovaj slučaj posmatramo sa subjektivnog stanovišta onda nam se napuštanje škole može činiti kao dokaz rezilijentnosti pojedinaca iz latinoameričke zajednice. Na osnovu ovoga primjera sasvim je logično zapitati se kako se uopće može razlikovati rezilijencija definirana na temelju subjektivnog vs. socijalnom stanovištu?

Ne bi trebalo zanemariti ni činjenicu da varijable ishoda mogu biti tretirane i kao prethodnici drugih varijabli-ishoda koje su u različitim modelima predstavljene kao faktori rizika ili kao zaštitni faktori. To znači da priroda rezilijencije može biti determinirana samo u kontekstu posebnih kauzalnih modela.

Nadalje, rezilijentni ishod ne ovisi o statičnom odnosu između zaštite i faktora rizika i vulnerabilnosti, već umjesto toga predstavlja dinamično uzajamno dejstvo multiplih utjecaja uključujući i individualne i okolinske faktore.

I na kraju, čini se da sintezu dilema oko pitanja da li rezilijencija predstavlja osobinu, proces ili ishod ipak najbolje daju Masten, Best i Garmezy (1990; prema Rutter, 1995, str. 756) koji rezilijenciju definiraju kao: „*proces, kapacitet za ili ishod uspješne adaptacije uprkos izazovima ili prijetećim, zastrašujućim okolnostima. Psihološka rezilijencija se tiče prilagodbe ponašanja obično definirane u terminima internih stanja dobrobiti ili efikasnog funkcioniranja u okruženju ili oboje.*“.

2.5. Rezilijencija se mijenja kroz vrijeme i okolnosti

Kao što je već navedeno u prethodnom tekstu, većina istraživača je utvrdila da se rezilijencija mijenja kroz vrijeme i okolnosti. Tako Egeland, Carlson i Sroufe (1993; prema Kumpfer, 1999, str. 184) smatraju da je «...*kapacitet za rezilijenciju viđen kao nešto što se razvija tokom vremena kroz integraciju konstitucionalnih i iskustvenih faktora u kontekstu suportivnog okruženja.*». U jednom od svojih članaka Rutter (1987, str. 317) insistira na tome da se rezilijencija ne bi smjela posmatrati kao jedan «*fiksni atribut pojedinca*», pri čemu ističe da promjene u okolnostima vode do promjena u rezilijenciji. Dakle, Rutter naglašava dinamički kvalitet rezilijencije ukazujući na međudjelovanje socijalnih i intrapsihičkih procesa, koji ljudima omogućavaju prevazilaženje nesreća te usmjeravanje vlastitih životnih putanja u pozitivnim pravcima. Također, Cicchetti i Garnezy (1993; prema Glantz i Sloboda, 1999) smatraju da rezilijencija nije statična te da se vjerovatno razvija i mijenja tokom vremena. S jednim stresorom ili problemom osoba se može uspješno suočiti putem široke lepeze različitih načina, stilova i sredstava što može biti različito efikasno za različite ljude u različitim situacijama (Glantz i Sloboda, 1999). Ujedno, Rutter (1981; prema Fletcher i Sarkar, 2013) navodi da se rezilijencija pojedinca mijenja u skladu s promjenama okolnosti u kojima pojedinac živi, što samo znači da rezilijencija nije statična već da predstavlja kapacitet koji se razvija kroz vrijeme u kontekstu interakcija pojedinac-okruženje (Egeland, Carlson i Sroufe, 1993; prema Fletcher i Sarkar, 2013). Za istraživanje i za teoriju rezilijencije važno je prepoznati multiplicitet pozitivnih utjecaja i načina na koje se ljudi prilagođavaju na probleme.

Iz istraživanja rezilijencije poznat je značaj konteksta u zaštitnim procesima tako da se može tvrditi da je rezilijencija, baš kao i prilagodba, uvijek *kontekstualna* (Masten, Best i Garnezy, 1991). Individualna ponašanja (npr. strategije suočavanja), koja su zaštitna u nekim okruženjima, mogu biti potpuno nefunkcionalna u nekim drugim kontekstima. Tako primjerice, varijabilnosti u temperamentu i talentima mogu zaštititi adaptabilnost vrsta. Ista dispozicija kod pojedinca može biti pozitivna karakteristika u jednoj kulturi i/ili situaciji, ali i prepreka u drugoj kulturi i/ili kontekstu (Rutter, 1989; prema Masten, Best i Garnezy, 1991). Dobar primjer za to je *stidljivost* djevojke, koja može djelovati kao faktor rizika, kao zaštitni faktor ili pak može poslužiti kao generalizirani konstrukt „rezilijencije“ što opet ovisi o kontekstu u kojem se stidljivost pojavljuje. Npr. s jedne strane, djevojka koja živi u kvartu gdje se prodaje droga, zbog svoje stidljivosti, neće imati hrabrosti upuštati se u interakcije sa vršnjacima-ovisnicima ili dilerima. Na taj način, njena stidljivost djeluje kao zaštitni faktor. S druge strane, stidljiva djevojka koja studira u privatnoj školi, dakle u pozitivnijem kontekstu za razliku od prethodnog, može izbjegavati prosocijalne aktivnosti te interakcije sa vršnjacima, koje mogu biti korisne za nju. Stidljivost na taj način djeluje kao faktor rizika za osamljivanje djevojke te njeno otuđivanje. Dakle, evidentno je da

pojedine varijable ne djeluju izolirano na šta nas podsjećaju Emery i Forehand (1994; prema Glantz i Sloboda, 1999).

Iako Beauvais i Oetting (1999) smatraju da visoka razina kulturalne identifikacije može biti rezilijentni faktor, ipak Cottrell (1976) i Rutter (1995) ističu da postoji vrlo malo razumijevanja načina na koje kultura i kontekst doprinose rezilijenciji.

Na temelju svega navedenog čini se sasvim prihvatljivim razmatranje autora Johnsona (1999) koji navodi da rezilijencija nije samo konstrukt već da postaje i kompleks konstrukata koji se mijenjaju kroz vrijeme. Stoga nije ni čudno što ga je tako teško razumjeti i mjeriti. Također, razmišljati o rezilijenciji u didaktičkim terminima, primjerice, neko jeste ili nije rezilijentan, zaista može biti suviše pojednostavljeno. Zbog toga se nameće ideja da je psihološku rezilijenciju najbolje posmatrati kao jednu ličnu transakciju i pojavu, budući da svako od nas nije vođen samo onim s čim je rođen, već i onim što smo stekli tokom života te kako razmišljamo o životnim pojavama. Ovisno od toga ko smo, gdje živimo, kakve su nam intrinzične ili ekstrinzične strukture i mogućnosti dostupne, rezilijencija postaje predmet stalnih promjena kroz interakcije tokom života.

3. Teorijski modeli rezilijencije

Eksploracijom raspoložive stručne literature o rezilijenciji mogu se utvrditi određeni teorijski modeli koji će, zbog svoje relevantnosti, biti posebno razmotreni u okviru ovoga poglavlja.

3.1. Modeli rezilijencije u odnosu na stres

Modeli rezilijencije su razvijani da bi se objasnilo kako pojedinac i faktori iz okruženja funkcioniraju s ciljem reduciranja ili neutraliziranja štetnih efekata faktora rizika (Fergus i Zimmerman, 2005; Garmezy i sur., 1984; Rutter, 1985; Zimmerman i Arunkumar, 1994; prema Zolkoski i Bullock, 2012).

Budući da su Garmezy, Masten i Tellegen (1984; prema Werner, 2000b) pretpostavljali da zaštitni faktori operiraju kroz tri različita mehanizma: kompenzaciju, izazov i imunizaciju, Garmezy i njegovi suradnici (1984; prema Rak i Patterson, 1996) predložili su tri modela za evaluaciju odnosa između faktora rizika i rezilijencije:

- 1) *kompenzacijski model;*
- 2) *model izazova;*
- 3) *model imunizacije ili model zaštitnih faktora.*

Putem ova tri modela vulnerabilnosti i rezilijencije autori su opisali djelovanje ličnih atributa i stresa na kvalitetu pojedinčeve prilagodbe.

Kompenzacijski model

Prema ovom modelu, stresogeni faktori (faktori rizika) i zaštitni faktori se međusobno kombinuju i kompenziraju u predikciji ishoda tako da ozbiljni stres može djelovati sasvim suprotno posredstvom ličnih kvaliteta ili izvora podrške (Werner, 2000).

Garmezy i suradnici (1984; prema Zolkoski i Bullock, 2012) smatraju da kompenzacijski faktor neutralizira izloženost riziku i isključuje interakciju s faktorom rizika te na taj način kompenzacijski faktor ima direktan i neovisan utjecaj na ishod (Fergus i Zimmerman, 2005; Zimmerman i Arunkumar, 1994; prema Zolkoski i Bullock, 2012). Primjerice, vjerovatnije je da

će mladi koji žive u siromaštvu pokazivati nasilno ponašanje u odnosu na mlade koji ne žive u siromaštvu. Ipak, odrasli koji prate ponašanje mladih mogu im pomoći da izbalansiraju negativne efekte siromaštva (Fergus i Zimmerman, 2005; prema Zolkoski i Bullock, 2012). Naime, utvrđeno je da će direktan efekat kompenzirajuće varijable biti odgovoran za postojanje manje stope delinkvencije, psihopatologije ili zloupotrebe droga kod mladih ljudi (Zimmerman i Arunkumar, 1994; prema Zolkoski i Bullock, 2012). Dakle, za kompenzirajući faktor, koji još nazivaju i faktorom rezilijencije, smatra se da potpuno neutralizira faktor rizika (npr. apstinencija od alkohola neutralizira rizik od alkoholizma) (Kirmayer, Sehdev, Whitley, Dandeneau i Isaac, 2009).

Model izazova

U modelu izazova, stresor tj. rizik je tretiran kao mogući pojačivač kompetencije, uz uvjet da količina stresa nije ekstremna (Garmezy i sur., 1984 prema Zolkoski i Bullock, 2012). Naime, model izazova se bazira na pretpostavci da iskustvo s umjerenim količinama stresa može služiti za povećanje kompetencija. Prema Zimmerman-u i Arunkumar-u (1994; prema Zolkoski i Bullock, 2012) premalo stresa nije dovoljno izazovno, dok s druge strane visoke razine stresa ostavljaju pojedinca bespomoćnim što rezultira potencijalnim maladaptivnim ponašanjem. Međutim, umjerene razine stresa stavljaju pojedinca pred izazove koji, nakon što ih prevaziđu, jačaju pojedinčeve kompetencije.

Yates, Egeland i Sroufe (2003; prema Zolkoski i Bullock, 2012) su opisali ovaj model kao tekuće razvojne procese pri čemu djeca, koja su izložena nepovoljnim uvjetima, uče da mobiliziraju resurse, a Fergus i Zimmerman (2005; prema Zolkoski i Bullock, 2012) smatraju da mladi ljudi bivaju pripremljeni na suočavanje sa povećanim rizikom ukoliko su imali priliku da uspješno prevaziđu niske razine rizika. Naime, uz kontinuiranu izloženost nevoljama mladi ljudi sazrijevaju te se povećavaju njihovi kapaciteti da se uspješno nose s nepovoljnim okolnostima uprkos povećavanju rizika. Dakle, umjerene razine angažmana rizika osiguravaju iskustveni kontekst za učenje o učincima ponašanja koji opet potiču razvijanje budućih strategija suočavanja kod djece i adolescenata.

Jasno je da prema ovom modelu stresori mogu potencijalno pojačati kompetentnost osobe tako da odnos između stresa i kompetencije može biti krivolinijski, ali samo pod uvjetom da razina stresa nije ekscesivna (Werner, 2000). Model izazova, koji sugerira da faktori stresa prije dovode do benignih ishoda nego do nepovoljnih ishoda, je specijalna vrsta modela u kojem moderirajuće varijable imaju specijalnu ulogu (Kaplan, 1999).

Općenito, na temelju modela izazova pretpostavlja se da rezilijencija proizilazi iz umjerene izloženosti riziku te da ta ista rezilijencija ne proizilazi iz ekstremne tj. iznimno visoke ili niske

izloženosti istom riziku (Walsh, 2006; prema Kirmayer, Sehdev, Whitley, Dandeneau i Isaac, 2009). To zapravo znači da su umjereno rizične situacije u većini slučajeva korisne za razvijanje rezilijencije. Naravno, ovaj tip modela zahtijeva provjeravanja kroz longitudinalne studije, jer bi samo rezultati iz longitudinalnih istraživanja mogli potvrditi mnoga teorijska razmatranja.

Model imunizacije

Drugi naziv za ovaj model je *model kondicioniranja* budući da prema njemu postoji kondicionalna (uvjetujuća) veza između stresora i zaštitnih faktora, koji moderiraju utjecaj stresora (faktora rizika) na kvalitetu dječije prilagodbe, s tim što mogu imati nezapažen efekt u odsustvu stresora (Werner, 2000b). Budući da ovaj model podrazumijeva interaktivni odnos između stresa i ličnih atributa u predikciji prilagodbe u sadašnjoj literaturi mogu se pronaći još dva naziva ovoga modela – *zaštitni vs. vulnerabilni model* ili *imunizacijski vs. vulnerabilni model*. Iz navedenog jasno je da ovaj model uzima u obzir i osobne snage i slabosti pojedinca u odnosu sa stresom, što znači da se utjecaj stresa čini snažnijim ili slabijim u ovisnosti o ličnim atributima (zaštitni faktori ili faktori vulnerabilnosti). Drugačije rečeno, lični atributi ili karakteristike mogu umanjiti ili pojačati utjecaj stresora kao varijable. Specifično, zaštitni faktori mogu biti u interakciji sa faktorima rizika u reduciranju vjerovatnoće za negativan ishod. Na temelju rezultata istraživanja utvrđeno je da je za mlade ljude, za koje je karakteristična visoka razina socijalne podrške od roditelja, odnos između siromaštva i nasilnog ponašanja reduciran (Fergus i Zimmerman, 2005; prema Zolkoski i Bullock, 2012). Autori Kirmayer, Sehdev, Whitley, Dandeneau i Isaac (2009) zaključuju da u *zaštitnom* modelu tj. modelu imunizacije zapravo faktori rezilijencije reduciraju ili amortiziraju efekte rizika.

Kompenzacijski model, model izazova i imunizacije/zaštite, koji predstavljaju modele rezilijencije na stres, međusobno se ne isključuju. Werner (2000) naglašava da u adaptivnom repertoaru rezilijentnog pojedinca ovi modeli mogu operirati simultano ili sukcesivno ovisno od njegove/njene faze razvoja.

3.2. Modeli zaštitnih faktora

Istraživači su identificirali i tri modela zaštitnih faktora te im dali nazive (Zolkoski i Bullock, 2012): a) zaštitni-stabilizirajući model; b) zaštitni-reaktivni model (Luthar i sur., 2000); c) zaštitni-zaštitni model (Brook, Whiteman, Gordon i Cohen, 1986; 1989).

Zaštitni-stabilizirajući model

Ovaj model se odnosi na zbivanja u kojim zaštitni faktor pomaže u neutralizaciji efekata rizika (Luthar, Cicchetti i Becker, 2000) tj. kada je odsutan zaštitni faktor onda su više razine rizika povezane s višim razinama negativnih ishoda. Međutim, kada je prisutan zaštitni faktor onda nema odnosa između rizika i ishoda. Na primjer, adolescenti koji nemaju adekvatnu roditeljsku podršku (faktor rizika) te koji nemaju odraslog podržavajućeg mentora (zaštitni faktor) mogu pokazivati delinkventno ponašanje (ishod), dok s druge strane adolescenti koji imaju podržavajućeg mentora neće pokazivati delinkventno ponašanje (Fergus i Zimmerman, 2005; prema Zolkoski i Bullock, 2012).

Zaštitni-reaktivni model

Luthar i suradnici (2000; prema Zolkoski i Bullock, 2012) smatraju da iako zaštitni faktor u potpunosti ne uklanja odnos između rizika i ishoda, ipak taj odnos može biti oslabljen. U ovom modelu, povezanost između faktora rizika i ishoda je snažnija ukoliko zaštitni faktor nije prisutan. Npr. Fergus i Zimmerman (2005; prema Zolkoski i Bullock, 2012) su naveli da će adolescenti, koji zloupotrebljavaju sredstva ovisnosti, biti više uključeni u seksualno rizična ponašanja. Međutim, taj odnos između rizika i ishoda može biti smanjen kod ovih adolescenata ako su izloženi sveobuhvatnom seksualnom obrazovanju u njihovim školama za razliku od onih koji nemaju priliku da dobiju ovakvu vrstu obrazovanja.

Zaštitni-zaštitni model

Brook, Whiteman, Gordon i Cohen (1986; 1989; prema Zolkoski i Bullock, 2012) su predložili da zaštitni faktor može povećati efekte drugog zaštitnog faktora u kreiranju ishoda. Npr. podrška od strane roditelja može pojačati pozitivan efekat školskog znanja u generiranju pozitivnijih školskih rezultata nego bilo koji drugi usamljeni faktor (Fergus i Zimmerman, 2005; prema Zolkoski i Bullock, 2012). Budući da rezilijencija zahtijeva prisustvo rizika, ovaj model se u principu ne može smatrati modelom koji se odnosi na rezilijenciju.

3.3. Model unapređivanja zdravlja

Zanimljiv je i *model unapređivanja zdravlja* (eng. «*Health Realization Model*») koji demonstrira dinamičan odnos između okolinskih zaštitnih faktora i individualne rezilijencije, čija je priroda poznata kao relativna i situacijska (Gordon i Song, 1994; prema Benard, 1999). Ovaj model naglašava brigu i njegujuće okruženje kao neophodne elemente za postizanje uvida u urođenu rezilijenciju i mentalno zdravlje. Zapravo, zastupnici promocije modela zdravlja često su tragali za identificiranjem zaštitnih faktora koji smanjuju vjerovatnoću nepoželjnih ponašanja (npr. agresivnosti, rane upotrebe droga, visoko rizičnog seksualnog ponašanja i sl.) *neovisno* od pojavljivanja socijalnih nezgoda ili nepovoljnih okolnosti (Windle, 1999). Ovakva orijentacija pretpostavlja da su svi pojedinci na istom nivou rizika za nepoželjne ishode te da fokus prevencije treba biti na određenim odnosima ili vještinama (poput primjerice, pozitivnih odnosa roditelj-dijete ili vještina odbijanja vršnjaka koji su pod rizikom), a čime bi se reducirala ili eliminirala ekspresija problematičnih ponašanja.

Masten (1999) ističe da nedostatak preciznijeg definiranja modela rezilijencije značajno otežava adekvatno testiranje tj. verificiranje tih modela. U skladu s tim, Johnson (1999) navodi da bi se istraživački modeli rezilijencije trebali zasnivati na znanstvenim teorijama koje se mogu testirati te koje sadrže liste prediktorskih i kriterijskih varijabli čitljivih za postojeće statističke programe.

Teorija i modeli rezilijencije nude istraživačima i stručnjacima iz prakse konceptualni okvir za razumijevanje kako djeca i mladi prevazilaze nevolje te kako se te spoznaje mogu koristiti za poboljšanje snaga i izgradnju pozitivnih karakteristika njihovih života.

3. Istraživanja rezilijencije

Znanstvena istraživanja rezilijencije pojavila su se oko 70-tih godina prošloga stoljeća kada je grupa pionira istraživača počela primjećivati fenomen pozitivne adaptacije među djecom koja su smatrana „*pod rizikom*“ za razvoj kasnije psihopatologije (Masten, 2001, 2012; prema O'Dougherty Wright, Masten, Narayan, 2013). Primarni fokus ranijih kliničkih istraživanja o djeci pod visokim rizikom za nastanak psihopatologije bilo je opserviranje posljedica nepovoljnih okolnosti ili odvijanje procesa rizika u etiologiji poremećaja. Napori u okviru istraživanja bili su usmjereni na razumijevanje patologije i deficita, više nego na to kako su problemi spriječeni, riješeni ili prevaziđeni (O'Dougherty Wright, Masten, Narayan, 2013).

U to vrijeme, psihoanalitička teorija i medicinski model orijentiran na bolest, koji je izvor bolesti locirao u samom pojedincu, dominirali su područjem mentalnog zdravlja. Međutim, prvi istraživači rezilijencije su vrlo brzo shvatili da su modeli, primarno bazirani na predviđanju psihopatologije, bili limitirani u svom djelokrugu i upotrebljivosti (korisnosti) obezbjeđujući vrlo malo razumijevanja o tome kako su djeca, koja su identificirana da su „*pod rizikom*“, uspjela ostvariti dobre ishode. Ovakve informacije su bile vitalne za ciljeve intervencija usmjerenih za poboljšanjem izgleda za dobre razvojne ishode kod djece pod rizikom (O'Dougherty Wright, Masten, Narayan, 2013). Jedan od većih doprinosa ranih istraživača bilo je prepoznavanje i isticanje ideje da je razumijevanje pozitivnih razvojnih puteva u kontekstu nepovoljnih okolnosti bilo od fundamentalnog značaja za prevenciju i tretman problema, posebice kod djece koja su pod rizikom za nastanak psihopatoloških pojava.

3.1. Korijeni interesovanja za istraživanje rezilijencije

Iako je teško identificirati korijene interesovanja za rezilijenciju, Rutter (1990) smatra da postoje tri polja istraživanja odgovornih za to:

- 1) Kvantitativna istraživanja s visoko rizičnim populacijama, kao što su djeca s mentalno bolesnim roditeljima, rezultirala su konzistentnim rezultatima u vezi s ishodima, što je zainteresiralo mnoge istraživače tako da su se počeli zanimati za djecu pod rizikom za koju se činilo da su uspjela „*pobjeći relativno neoštećena*“ postojećim životnim neprilikama.
- 2) Pionirska istraživanja o temperamentu od strane Thomasa, Bircha, Chessa, Hertziga i Korna (1963) obezbijedila su empirijske dokaze da su dječiji kvaliteti zaista utjecali na

njihove odgovore na različite stresne situacije.

- 3) Adolf Meyer (1957) je, na temelju svog dugogodišnjeg psihobiološkog pristupa, ukazivao na razvojnu važnost načina na koje se ljudi susreću s ključnim životnim promjenama i tranzicijama, naglašavajući pri tome značaj interakcije osoba-okruženje u tim ključnim tačkama ljudskih života. Murphy-jeva istraživanja o suočavanju i savladavanju izazova (Murphy, 1962; Murphy i Moriarty, 1976) privukla su pažnju na značaj varijacija u načinima na koje se ljudi nose s opasnostima i izazovima, što je veoma značajno zbog naglašavanja aktivne uloge pojedinca. Naime, poznato je da rezilijencija nije samo pitanje konstitucionalnih snaga ili slabosti, već je također refleksija onoga što je pojedinac poduzeo vezano za osobnu nepriliku. Budući da je utvrđeno da na individualne odgovore djeluju obiteljske interakcije (Hinde i McGinnis, 1977; Hinde i Spencer-Booth, 1970), Rutter (1990) smatra da se unutar konteksta interakcije osoba-okruženje trebaju razmotriti kako faktori izvan pojedinca tako i oni koji obitavaju unutar pojedinca. Primijećeno je da je ovaj treći aspekt istraživanja rezilijencije prisutan unutar opće koncepcije suočavanja sa stresom.

Tokom ranih 70-tih godina prošloga stoljeća (Garmezy, 1971; Garmezy i Neuchterlien, 1972; Anthony, 1974; Pines, 1975, Rutter 1979; prema Hanewald, 2011) istraživana je tzv. *invulnerabilnost*, koja je označena kao imunitet na štetne utjecaje. Tako Hanewald (2011) navodi da je E. J. Anthony (1974) uveo pojam „*neranjive djece*“ koji se odnosi na grupu djece rođene od strane roditelja kojima je dijagnosticirana shizofrenija, Garmezy (1974 prema Hanewald, 2011) je utvrdio da ta djeca pokazuju zdrave prilagodljive obrasce, a zajedno s Rutter-om (1979; prema Hanewald, 2011) je identificirao specifične osobine tzv. *invulnerabilne djece*.

Pioniri znanstvenici, koji su kroz vlastita istraživanja i radove prepoznali značaj razvojnih putanja okarakteriziranih iznenađujuće pozitivnom prilagodbom ili oporavkom nakon tegoba u životima ljudi koje su ispitali su: Manfred Bleuler, Lois Murphy, Irving Gottesman, Michael Rutter, Norman Garmezy i Emmy Werner (prema Zolkoski i Bullock, 2012).

Manfred Bleuler – je poznat po svojim longitudinalnim istraživanjima osoba oboljelih od shizofrenije i njihovih obitelji, koja je počeo mnogo prije drugih istraživačkih programa rizika. Naime, Bleuler (1972; 1978; prema Zolkoski i Bullock, 2012) je kroz svoje kliničke opservacije utvrdio ne samo očekujuće rezultate već i značajne dokaze o hrabrosti, snazi i zdravlju ljudi uprkos nepovoljnim okolnostima kojima su bili izloženi. Bleuler (1984) je opisao paradoksalnu studiju slučaja o 14-godišnjoj djevojčici Vreni, koja je odgojila svoje četvoro braće i sestara te koja je brinula o svom neodgovornom, mentalno i fizički bolesnom ocu alkoholičaru. Praktično je morala biti odgovorna za obitelj budući da je njena majka bila hospitalizirana zbog mentalne bolesti. Kasnije, Bleuler je utvrdio da je Vreni imala sretan brak, dvoje zdrave djece i zadovoljan te ispunjen život.

Lois Murphy – od samog početka, rano razmišljanje o rezilijenciji, riziku i vulnerabilnosti inkorporirao je u neurobiološka razmatranja (Masten, 2007; prema Zolkoski i Bullock, 2012). Lois Murphy je proveo longitudinalnu studiju sa 32 djece s ciljem ispitivanja razvoja djece (Murphy, 1962; Murphy i Moriarty, 1976; prema Zolkoski i Bullock, 2012). Autor i njegovi suradnici također su ispitivali obrasce suočavanja sa internalnim stresom koji proizilazi iz osjetljivosti, izazova u vegetativnom funkcioniranju te drugih slabosti.

Irving Gottesman – je podržavao razvojni pogled na mentalne bolesti. Koristeći studije o blizancima, biološke obitelji i obitelji usvojitelja osoba oboljelih od shizofrenije, Gottesman je želio determinirati etiologiju shizofrenije (Gottesman, 1974; Gottesman i Shields, 1972; prema Zolkoski i Bullock, 2012). Sugerirao je genetske i psihosocijalne razine vulnerabilnosti, rizika i zaštite te mnoge druge ideje koje su, na žalost, bile mnogo ispred postojećih tehnologija dostupnih u to vrijeme (tehnologije za testiranje specifičnih hipoteza na neurobiološkoj razini, razini gena te razini procesa funkcioniranja mozga).

Michael Rutter – počevši od 1964. godine Michael Rutter je realizirao serije epidemioloških studija obrazovnih, psihijatrijskih i fizičkih poremećaja kod djece (Rutter, 1976; 1979; prema Zolkoski i Bullock, 2012) koja su doživjela bračne konflikte roditelja, nizak socioekonomski status, obitelji s velikim brojem članova, roditeljsku delinkvenciju, psihijatrijske poremećaje majki ili smještaj pod starateljstvo države. Rutter je utvrdio da jedan usamljen stresor nije imao značajan utjecaj na djecu, s tim da je kombinacija dva ili više stresora značajno oslabila vjerovatnoću pozitivnih ishoda te su dodatni stresori samo povećali utjecaj svih drugih postojećih stresora. Na temelju rezultata istraživanja Rutter je zaključio da limitiranje ili eliminiranje stresora značajno povećava vjerovatnoću pozitivnih ishoda za djecu.

Norman Garmezy – Garmezy i suradnici (1984; prema Zolkoski i Bullock, 2012) su istraživali oko 200 djece iz urbanih dijelova SAD-a. Uzorak su činila djeca s kongenitalnim srčanim manama ili drugim fizičkim onesposobljenjima. Istraživači su primarno koristili socijalnu kompetenciju kao kriterijsku varijablu uključujući i školski uspjeh, ponašanje u razredu i interpersonalnu kompetentnost. Na temelju rezultata istraživanja autori su predstavili tri modela rezilijencije na stres: kompenzatorski model, model izazova te model zaštitnih faktora.

Emmy Werner – je autorica izuzetno vrijednog longitudinalnog istraživanja o rezilijenciji koje je počelo s ciljem ispitivanja ishoda djelovanja faktora rizika tokom godina. Werner (1971; prema Zolkoski i Bullock, 2012) je pratila učesnike istraživanja od rođenja do 32 godine starosti. Proučavala je oko 700 djece sa Kauai Havaii počevši s njihovim rođenjem tj. od 1955. godine. Na temelju rezultata istraživanja, utvrđeno je da je više od 200 učesnika doživjelo mnogobrojne rizike vezano za perinatalne probleme, socioekonomski status, nestabilnost obitelji, minimalnu obrazovnu stimulaciju i nisku emocionalnu podršku unutar obitelji. Kompetenciju u odrasloj dobi ispitivala je kada su učesnici istraživanja napunili 32 godine starosti. Budući da je istraživanje Emmy Werner trajalo četiri decenije jasno je da predstavlja izuzetnu osnovu za ono što mi poznajemo kao rezilijenciju.

4.2. Razvoj istraživanja rezilijencije

U dosadašnjim istraživanjima prilagodbe ljudi na životne krize istraživači su izjednačavali dobar ishod s odsustvom fizičkih simptoma i psihopatologije tako da obično nisu razmatrali mogućnost jednog novog i boljeg nivoa prilagodbe koji bi više ukazivao na osobni rast pojedinaca. Evidentno je da su znanstvenici, koji su dugo ispitivali psihopatologiju, zanemarivali značajan izvor informacija tako što nisu uspijevali ispitivati rezilijentnu djecu (Garmezy, 1971, 1974, 1985; Masten, 1989; Rutter, 1979; prema Masten, 1999). Luthar i Zigler (1991) navode da su tek u posljednje dvije dekade 20. stoljeća mnogi znanstvenici i praktičari, posebno razvojni psihopatolozi, svoju pažnju usmjerili na istraživanja koncepta «*invulnerabilnosti*» i faktora rizika više nego što su se fokusirali na vulnerabilnost i maladaptaciju.

Nakon napuštanja koncepta »*invulnerabilnosti*«, o čemu je već detaljno pisano u prvom poglavlju ovoga rada, novija istraživanja rizika i vulnerabilnosti sve su češće kao mjere ishoda koristila aspekte zdravlja i kompetentnosti tako da je interes za istraživanjem rezilijencije u posljednje vrijeme posebno naglašen u okviru *prevencije u oblasti mentalnog zdravlja, razvojne psihopatologije* (Cowen, Wyman, Work i Parker, 1990) te *školske psihologije i psihologije obrazovanja*.

4.3. Istraživanja rezilijencije u oblasti *mentalnog zdravlja*

Interes za proučavanjem rezilijencije potiče iz oblasti mentalnog zdravlja, koji je posebno porastao skorašnjim razvojem psihologije u zajednici i prevencije (Cowen i Work, 1988; prema Cowen, Wyman, Work i Parker, 1990). Postavlja se pitanje kako je uopće došlo do porasta interesa za ovom vrstom istraživanja? S ciljem odgovaranja na postavljeno pitanje najprije ćemo se osvrnuti na poznatu činjenicu da su znanstvenici i stručnjaci iz oblasti mentalnog zdravlja bili primarno fokusirani na razumijevanje i reduciranje postojećih psiholoških deficita. Međutim, Cowen i Masterpasqua (1990; 1989; prema Cowen, Wyman, Work i Parker, 1990) smatraju da je isključivi fokus na postojeće deficite, koji se može okarakterisati uskim i restriktivnim, zamagljivao mogućnosti ostvarivanja progresivnijeg ideala psihološkog blagostanja putem proaktivnih, postepenih preventivnih koraka. Upravo zbog toga tj. neefikasnosti postojećeg poretka u oblasti mentalnog zdravlja u redovima stručnjaka dolazi do porasta nezadovoljstva te formiranja tri državne komisije (Joint Commission on Mental Health and Illness, 1961; Joint Commission on the Mental Health of Children; 1969; President's Commission on Mental Health,

1978) čiji se rad sastojao u ispitivanju trenutnog stanja na terenu, identificiranju postojećih problema i poteškoća te davanju prijedloga za budućnost razvoja mentalnog zdravlja.

Cowen, Wyman, Work i Parker (1990) navode ključne probleme koji su identificirani od strane pomenutih komisija:

a) mentalno-zdravstveni izvori namijenjeni „popravljanju“ stanja bili su nedovoljni da zadovolje zahtjeve za pomoć;

b) limitirani mentalno-zdravstveni resursi bili su dostupni samo onima kojima je pomoć bila najpotrebnija;

c) pokazalo se da su najekstenzivnije razvijene strategije „popravljanja“ stanja, u koje je najviše investirano, bile limitirane u svom djelovanju;

d) načini na koje su mentalno-zdravstveni servisi tradicionalno uređeni te ponuđeni ljudima bili su toliko štetni za glavne segmente populacije tako da su ocijenjeni irelevantnim;

e) ozbiljni problemi pod nazivom „ozbiljni mentalni poremećaji“ nikada nisu riješeni.

Zbog ovih i mnogih drugih problema i poteškoća, kasniji pokret mentalnog zdravlja u zajednici bio je usmjeren na razvijanje efikasnijih načina rada fokusiranih na ispitivanje osnovnih mentalnozdravstvenih pretpostavki, na naglašavanje utjecaja determinati poput interakcije između osobe i okoline te na razvijanje programa usmjerenih na sprečavanje maladaptacije i unapređivanje psihološkog zdravlja. S vremenom, ovi efikasniji načini djelovanja u okviru mentalnog zdravlja polagano su doveli do napuštanja dominantnog stanovišta iz prošlosti usmjerenog na *ispitivanje načina na koje se najbolje može ukloniti devijantno psihološko funkcioniranje* ka jednom novom, potencijalno plodnijem pristupu fokusiranom na *utvrđivanje aspekata zdravlja te ispitivanje načina njegovog unapređivanja*. Danas je prisutna snažna potreba za identificiranjem snaga koje uvjetuju zdrave ishode, a rezilijencija upravo predstavlja jednu snagu koja ima najveći značaj.

4.4. Istraživanja rezilijencije u oblasti razvojne psihopatologije

Cicchetti (1989b; prema Cowen, Wyman, Work i Parker, 1990) smatra da se u oblasti razvojne psihopatologije u istraživanjima populacija pod rizikom te devijantnih populacija nastoje otkriti mogućnosti primjene razvojnih principa. Jedan od glavnih ciljeva razvojnih psihopatologa je rasvjetljavanje kompleksnih puteva između riziko faktora i razvojnih ishoda, a ne samo jednostavno identificiranje faktora rizika.

Stručnjaci iz područja razvojne psihopatologije zainteresirani su za sve forme adaptacije-očekivane i neočekivane, a budući da povećana rezilijencija u susretu s ozbiljnim životnim stresorima predstavlja izvrstan primjer neočekivane forme prilagodbe otuda i interes razvojnih psihopatologa za istraživanje ovog kompleksnog fenomena. Tako Cicchetti (1989b; prema Cowen,

Wyman, Work i Parker, 1990) naglašava potrebu za identificiranjem internalnih ili eksternalnih faktora koji promoviraju ili inhibiraju rezilijenciju, a autorica Masten (1989; prema Cowen, Wyman, Work i Parker, 1990, str. 2) smatra da ćemo „*razumijevanjem i preveniranjem maladaptacije postići dobro razumijevanje rezilijencije u razvoju...*“.

4.5. Istraživanja rezilijencije u oblasti školske psihologije i psihologije obrazovanja

Koncept rezilijencije te istraživanja rezilijencije imaju značajne implikacije za školsku psihologiju i psihologiju obrazovanja. Naime, psiholozi iz oblasti obrazovanja vrlo rano su pomakli svoj fokus sa ispitivanja deficita, rizika i poteškoća kod djece i adolescenata na istraživanje faktora iz školskog konteksta koji doprinose pozitivnom rastu, razvoju i uspješnoj prilagodbi učenika. Psiholozi u Škotskoj su u svojoj praksi napustili medicinski model prema kojem je percipirani problem u samom djetetu što zahtijeva procjenu, dijagnozu i tretman te su usvojili interaktivni model prema kojem se poteškoće rađaju iz interakcije djece sa njihovim okruženjem, nastavnim programom, nastavnicima i vršnjacima (Scottish Executive, 2002; prema Toland i Carrigan, 2011). U skladu s interaktivnim modelom, na koji je značajno djelovala ekološka teorija (Bronfenbrenner, 1979, 1989; prema Toland i Carrigan, 2011), psiholozi počinju raditi na tri razine (razini djeteta i njegove obitelji; na razini čitave škole; na razini zajednice tj. lokalnih autoriteta) te na svakoj razini obavljaju pet osnovnih funkcija koje se odnose na procjenu, intervencije, konsultacije, istraživanja i edukacije.

Nadalje, psiholozi u Engleskoj su također usvojili interaktivni model sa pet razina funkcioniranja te je ocijenjeno da je fundamentalni cilj psihologa zapravo promoviranje dječijeg razvoja i učenja putem primjene psihologije u individualnom radu sa pojedincima i/ili radu s grupom djece, nastavnicima i drugim odraslim osobama u školama, sa obiteljima, zdravstvenim i socijalnim servisima te drugim agencijama (DfEE, 2000; prema Toland i Carrigan, 2011). Farrell i suradnici (2006; prema Toland i Carrigan, 2011) su usvojili ovaj model postavljajući psihologe kao dio tima koji su radili sa djecom, njihovim obiteljima te su također obezbjeđivali ključne psihološke usluge poput individualne procjene, konsultacija, intervencija, edukacija i svakako istraživanja.

. U posljednje vrijeme povećava se broj istraživanja usmjerenih na ispitivanje školske rezilijencije i svih faktora koji doprinose razvijanju iste. Školska rezilijencija predstavlja visoku razinu motivacije za postignućem uprkos postojanju stresogenih događaja i okolnosti koje učenika stavljaju pod rizik da slabo prolazi u školi i u konačnici da prekine tj. napusti školovanje (Alva, 1991; prema Gizir i Gul, 2009). Naime, školska rezilijencija predstavlja sposobnost djeteta da bude uspješno u školi uprkos faktorima rizika koji mu otežavaju uspjeh (Benard, 1991; Wang,

Haertel i Walberg, 1997, 1998; prema Bryan, 2005) tj. predstavlja sposobnost učenika da se uspješno nosi sa smetnjama, zastojećima, stresom i pritiscima školovanja (Martin, 2002) te da bude uporan, pozitivan i prilagodljiv (Perrone, Sedlacek i Alexander, 2001; prema Kapikiran, 2012).

U SAD-u školski psiholozi su postali svjesni vrijednosti rezilijencije u okviru mentalnozdravstvenih preventivnih programima. Zbog toga je Nacionalno društvo školskih psihologa (eng. *National Association of School Psychologists-NASP*) u SAD-u registriralo rezilijenciju kao jednu od vještina koje svaki psiholog treba imati i razvijati u budućnosti (Weiss, 2008). Školski psiholozi trebaju biti spremni da pomognu u stvaranju i implementaciji preventivskih i intervencijskih programa s ciljem razvijanja rezilijencije kod učenika (Weiss, 2008), a što zapravo predstavlja jednu od osam fundamentalnih kompetencija školskih psihologa predloženih od strane NASP-a (2006; prema Weiss, 2008). Budući da su škole mjesta u kojima djeca provode mnogo vremena tj. oko osam sati dnevno, jasno je da škole predstavljaju idealne lokacije za implementaciju programa koji bi trebali biti kreirani s ciljem podržavanja djece i adolescenata, pružanja prilika za razvijanje njihovih kompetencija (školskih, socijalnih i dr.) te uspješnog prevazilaženja stresora iz okruženja.

Partnerstva između škole, obitelji i zajednice uspostavljaju podržavajuće odnose između partnera te uključuju obitelji, školu i članove zajednice u implementaciju programa koji prvenstveno trebaju razvijati rezilijenciju kod djece i adolescenata. U okviru tih programa školski psiholozi imaju značajnu ulogu u razvijanju rezilijencije kod djece i adolescenata prvenstveno putem edukacija roditelja i nastavnika (Weiss, 2008). Benard (1991, 1995; prema Bryan, 2005) navodi da škole, obitelji i zajednice, putem razvijanja zaštitnih faktora, potiču mehanizme reduciranja rizika te posredno djeluju na rizik i to na četiri načina: 1) na djecu manje djeluju rizici s kojima su u direktnom kontaktu; 2) opasnost od izloženosti riziku je reducirana ili je sam rizik modificiran; 3) dječija samoefikasnost i samopoštovanje su povećani; 4) djeci su omogućene prilike za smislenu uključenost u vlastito okruženje. Na temelju istraživanja (Epstein, 1995; Henderson i Mapp, 2002; prema Bryan, 2005) utvrđeno je da partnerstvo između škole, obitelji i zajednice poboljšava školske programe, školsku klimu i vještine roditeljstva, povezuje obitelji s drugima u školi i zajednici te samim tim poboljšava dječije šanse za uspjehe u školi i općenito u životu.

Školski i obrazovni psiholozi imaju zadatak u 21 stoljeću da jačaju veze između obitelji i škole te da istražuju i prepoznaju ulogu koju roditelji, nastavnici i drugi članovi iz zajednice imaju u obrazovnim ishodima njihove djece i adolescenata.

4.6. Četiri vala istraživanja pozitivne prilagodbe u nepovoljnim okolnostima

Autorice O'Dougherty Wright, Masten i Narayan (2013) navode da je proučavanje rezilijencije napredovalo kroz četiri glavna vala istraživanja pozitivne prilagodbe u kontekstu nepovoljnih okolnosti:

Prvi val istraživanja ponudio je dobre opise fenomena rezilijencije, objasnio osnovne pojmove i metodologije te je bio fokusiran na pojedinca (Hanewald, 2011; O'Dougherty Wright, Masten, Narayan, 2013). Dakle, došlo je do identificiranja individualne rezilijencije i faktora koji doprinose rezilijenciji. Ranije, istraživači i novinari su djecu, koja su dobro funkcionirala uprkos lošim izgledima, proglasili „neranjivom“, smatrali ih „nepropusnom“ za stres zbog njihove unutarnje snage i čeličnog karaktera (Anthony, 1974; Pines, 1975; prema O'Dougherty Wright, Masten, Narayan, 2013) te su nastojali da se fokusiraju na njihove karakteristike i osobine ličnosti. S povećanjem broja istraživanja termin „neranjivost“ zamijenjen je sa mnogo dinamičnijim terminima poput otpornosti na stres i rezilijencije. Ovi pojmovi su se mnogo lakše inkorporirali u međugru rizičnih i zaštitnih procesa koji su se dešavali tokom vremena i uključivali individualne, obiteljske i šire sociokulturalne utjecaje (Masten, Best i Garmezy, 1990; Rutter, 1987; Werner i Smith, 1982, 1992; prema O'Dougherty Wright, Masten, Narayan, 2013).

Drugi val istraživanja podrazumijevao je ugradnju rezilijencije u razvojne i ekološke sisteme s naglaskom na procese (O'Dougherty Wright, Masten, Narayan, 2013). Dakle, drugi val je, prema riječima autorice Hanewald (2011), bio obilježen dinamičnijim opisom rezilijencije, usvajajući razvojni sistemski pristup teoriji i istraživanju pozitivne prilagodbe u kontekstu nepovoljnih okolnosti ili rizika te fokusirajući se na transakcije između pojedinaca i mnogih sistema u kojima je ugrađen njihov život. U okviru ovoga talasa ispitivana je interakcija pojedinca s drugim sistemima te njegovi načini manevarisanja u sredinama "pod rizikom".

Treći val istraživanja bio je usmjeren na preventivne intervencije tj. na njegovanje i razvijanje rezilijencije putem intervencija usmjerenih na mijenjanje razvojnih puteva. Masten i Obradović (2006; prema Hanewald, 2011) vjeruju da je ovaj val proizašao iz brige za dobrobit djece koja odrastaju u nepovoljnim uvjetima i namjere da se direktno mijenjaju dječiji razvojni putevi ka pozitivnijim ishodima. O'Dougherty Wright, Masten i Narayan (2013) navode da su istraživači fokusirani na bolje razumijevanje medijacijskih i moderacijskih procesa koji su mogli objasniti veze između nepovoljnih okolnosti i razvojne kompetencije kao posrednika prema krajnjem cilju koji podrazumijeva psihološke intervencije kako bi se promovirala rezilijencija i pozitivan razvoj.

Četvrti i najnoviji val istraživanja je moguć kroz razvoj tehnologije (npr. atomska i fiziološka oslikavanje mozga) i razvoje u znanosti (neuroznanosti, molekularne genetike) koji povećavaju razumijevanje neurobioloških razvojnih procesa kod ljudi (Cichetti i Toth, 2009; prema Hanewald, 2011). Ovaj val upravo sada raste i usmjeren je na razumijevanje i integriranje

rezilijencije kroz multiple razine analiza, uz sve veću pažnju na epigenetske i neurobiološke procese, razvoj mozga i načine na koji su ti sistemi u interakciji s ciljem oblikovanja razvoja (O'Dougherty Wright, Masten, Narayan, 2013).

4.7. Osvrt na vrste istraživanja rezilijencije

Kumpfer (1999) navodi da su korišteni različiti istraživački dizajni za ispitivanje rezilijencije poput primjerice transferzalnih, retrospektivnih istraživanja s jednim uzorkom, longitudinalnih prospektivnih razvojnih istraživanja bez kontrolne grupe, prospektivnih istraživanja s multiplim uzorcima i sl. Ipak, većina istraživanja iz ove oblasti bila je fokusirana na kratkoročne studije u srednjem djetinjstvu i adolescenciji, a objavljeni rezultati su uglavnom potekli iz retrospektivnih studija ili su pak utemeljeni na kliničkim uzorcima (Higgins, 1994; Rubin, 1996; prema Werner, 2000a). Kada su u pitanju retrospektivna istraživanja primjećuje se i povećan interes za životne historije odraslih ljudi koji su uspjeli uspješno prevazići okrutnu prošlost.

Werner (2000a) daje sažet osvrt na tri tipa studija u okviru kojih je istraživani fenomen rezilijencije:

- **Prvi tip studija** fokusiran je na dobre razvojne ishode kod djece visoko-rizičnog porijekla i okruženja, koja su često bila izložena multiplim rizicima, ali koja su ipak uspjela prevazići velike nesreće i nevolje. Faktori rizika čiji se utjecaj na dječiji razvoj ispitivao uključivali su (Werner, 2000a):
 - ekonomske nevolje (Egeland, Carison i Sroufe, 1993; Elder, Caspi i Van Nguyen, 1985; Werner i Smith, 1989, 1992);
 - mentalne bolesti roditelja (Anthony, 1987; Musick, Stott, Spencer, Goldman i Cogler, 1987; Radke-Yarrow i Brown, 1993; Seifer, Sameroff, Baldwin i Baldwin, 1992);
 - zloupotrebu sredstava ovisnosti (Johnson, Glassman, Fisk i Rosen, 1990; Werner, 1991; Werner i Johnson, u štampi);
 - zlostavljanje i zanemarivanje djece (Farber i Egeland, 1987; Herrenkohl, Herrenkohl i Egolf, 1994);
 - tinejdžersko materinstvo (Furstenberg, Brooks-Gunn i Morgan, 1987; Werner i Smith, 1992);
 - perinatalne komplikacije (Werner i Smith, 1989, 1992).

- **Drugi tip studija** usmjeren je na ispitivanje održavajuće kompetentnosti pod stresnim okolnostima. Werner (2000a) navodi:
 - U određenom broju studija fokus je bio na razvodu kao uobičajenom stresoru u životu djece iz SAD-a (Emery i Forehand, 1994);
 - Dva longitudinalna istraživanja su se bavila ispitivanjem dugoročnih efekata razvoda brakova na malu djecu (Hetherington, Stanley-Hagan i Anderson, 1989; Wallerstein i Kelley, 1980; Wallerstein i Blakeslee, 1989);
 - Boyce i njegovi suradnici su ispitivali psihobiološke faktore koji su moderirali prilagodbu djece predškolskog uzrasta te posebno djece iz vrtića na stresore koji su vezani za brigu oko djece (Barr, Boyce i Zeltzer, 1994).
- **Treći tip studija** fokusiran je na ispitivanje pojedinaca koji su se uspješno oporavili od ozbiljnih trauma iz djetinjstva poput rata ili političkog nasilja (Burnette, 1996; Richman, 1993). Vrijedne spomena su dvije studije (Werner, 2000a):
 - Longitudinalna studija odraslih koji su kao djeca preživjeli koncentracione kampove u II svjetskom ratu (Moskovitz, 1983);
 - Longitudinalna studija male djece čije su majke bile političke zatvorenice tokom Grčkog civilnog rata (eng. *Greek Civil War*) (Dalianis, 1994).

Na temelju navedenog evidentno je da postoje međunarodna transferzalna i longitudinalna istraživanja koja obezbjeđuju empirijske dokaze da se mnoga djeca i mladi – pa čak i oni koji su pod multiplim i ozbiljnim rizikom u njihovim životima – mogu razviti u «*povjerljive, kompetentne i brižne odrasle*» (Werner i Smith, 1992; prema Benard, 1995). Ono što je iznenađujuće je da uprkos trenutnoj popularnosti koncepta rezilijencije ipak postoji relativno mali broj longitudinalnih studija koje su ispitivale ovaj fenomen u ranom djetinjstvu i predškolskom uzrastu. Ne treba naglašavati koliko su korisne longitudinalne studije procesa rezilijencije, pozitivne prilagodbe pojedinaca nasuprot negativnoj prilagodbi, istraživanja njihovog suočavanja te operiranja varijabli ličnosti u različitim situacijskim kontekstima.

Najpoznatije longitudinalne studije o rezilijenciji

Na temelju raspoložive literature iz ove oblasti utvrđeno je postojanje dvaju najvećih, veoma značajnih longitudinalnih istraživačkih programa rezilijencije, koja su uključila indikatore kompetentnosti u svojim evaluacijama faktora rizika i zaštitnih faktora:

Longitudinalna Kauai studija

Ova studija predstavlja klasično istraživanje rizika i rezilijencije vođeno od strane autorica Emmy Werner i Ruth Smith na ostrvu Kauai koje je dio lanca havajskih ostrva (Werner, Bierman i French, 1971; Werner i Smith, 1977, 1982, 1992; prema Masten i Coatsworth, 1995). Radi se o jednoj od najranijih, najdužih i najpoznatijih longitudinalnih studija o faktorima rizika, koja je uključila psihologe, pedijatre, socijalne radnike i druge stručnjake iz oblasti mentalnog zdravlja.

Istraživanje je počelo 1955. godine kada su istraživači posjetili ostrvo Kauai, koje je tada još uvijek bilo sastavni dio SAD-a, kako bi od svake trudnice zatražili pristanak za učešće u longitudinalnoj studiji čiji je početni cilj bio ispitivanje kako događaji tokom trudnoće te različiti uvjeti odgajanja djece djeluju na kasniji život te djeteta. Oko 2000 djece je bilo uključeno u inicijalni uzorak. Članovi većine obitelji, koje su u to vrijeme živjele na Kauai ostrvu, bili su polukvalificirani ili nekvalificirani radnici. Zbog osipanja uzorka tokom vremena, u okviru ove studije više od 30 godina praćen je multietnički uzorak od oko 698 djece koja su rođena na Havajima (Werner, 1995). Dakle, praćena su djeca od njihovog prenatalnog perioda, njihov individualni razvoj i prilagodba na život sve do njihove 35 godine starosti (tačke mjerenja izražene u godinama starosti učesnika istraživanja: 1, 2, 10, 18 i 32) (Werner i Smith, 1977; prema Hanewald, 2011).

Inicijalno, autorice su bile zainteresirane za razumijevanje patologije i deficita iz mentalnozdravstvene perspektive, pokušavajući utvrditi izvor bolesti kod svakog pojedinog djeteta (Hanewald, 2011). Istraživači su bili fokusirani na faktore koji su djecu činili vulnerabilnom. Ono što je utvrđeno je da je većina ove djece odgojena u okolnostima siromaštva i drugih nepovoljnih prilika. Budući da je ispitivan utjecaj raznih bioloških i psihosocijalnih faktora rizika, stresogenih životnih događaja i zaštitnih faktora na razvoj djece, ova studija je značajno doprinijela razumijevanju rezilijencije djece koja žive u stresogenim životnim okolnostima.

Rochester longitudinalna studija

Studija je bila usmjerena na ispitivanje rezilijencije gradske djece koja su doživjela visoke razine stresogenih životnih događaja (Cowen, Wyman, Work i Parker, 1990; Wyman, Cowen, Work i Parker, 1991; Wyman i sur., 1992; prema Masten i Coatsworth, 1995). U okviru ovoga istraživanja, koje još nosi naziv Rochester projekt rezilijentne djece, uspoređivane su dvije grupe djece od IV do VI razreda osnovne škole i to: 1) grupa djece „rezilijentne na stres“ (eng. „*stress-resilient*“); 2) grupa „djece na koju stres djeluje“ (eng. „*stress-affected*“). Istraživači su bili posebno zainteresirani za utvrđivanje uzroka rezilijentnih ishoda kod djece pod stresom s ciljem unapređivanja preventivskih intervencija.

Pored pomenuta dva istraživanja značajne su još dvije longitudinalne studije. Prva nosi naziv **Projekt kompetencije** (Garmezy i Devine, 1985; Garmezy, Masten i Tellegen, 1984; Garmezy i Tellegen, 1984; Masten, 1989; prema Cowen, Wyman, Work i Parker, 1990) koja predstavlja izuzetnu studiju gradske djece od III do VI razreda osnovne škole, čiji je cilj bio identificiranje faktora koji najbolje predviđaju kompetentne ishode kod djece. Druga je **longitudinalna studija O'Grady-ja i Metza** (O'Grady, 1983; O'Grady i Metz, 1987; prema Cowen, Wyman, Work i Parker, 1990) koja je izrasla iz Kaiserove razvojne dječije studije (IDS) te koja je značajno doprinijela razumijevanju rezilijentnosti kod djece.

Općenito, većina longitudinalnih studija rezultirale su konzistentnim rezultatima koji dokazuju da između 1/2 i 2/3 djece, koja odrastaju u obiteljima sa roditeljima alkoholičarima, mentalno oboljelim roditeljima, sa nasilnim ili roditeljima kriminalcima ili pak djeca koja žive u siromaštvu ili ratom obuhvaćenom području, mogu prevazići poteškoće i nepovoljne prilike te životni rizik pretvoriti u rezilijenciju. Također, rezultati mnogih studija sa djecom i adolescentima upućuju na postojanje određenog profila tj. zajedničkih karakteristika rezilijentne djece.

Zajedničke karakteristike rezilijentne djece i adolescenata

*„Rezilijentno dijete radi dobro, igra se dobro, voli dobro
i očekuje dobro uprkos životnim nevoljama“*

(Bernard, 1993; Werner i Smith, 1982; prema Cowen, Wyman, Work i Parker, 1990; str 194)

Do sada je mnogo toga rečeno i napisano o rezilijentnoj djeci, ali pitanje je ko su zapravo ona? Kako izgledaju tj. da li znamo da je neko dijete rezilijentno kada ga tek upoznamo? Kako se ona ponašaju te šta od njih možemo očekivati? Ovo su kompleksna pitanja budući da ne postoji neki određeni profil rezilijentne ličnosti odnosno djeteta. Tako Masten i Coatsworth (1998) navode

da rezilijentna djeca ne posjeduju neke misteriozne ili jedinstvene kvalitete. Ipak, činjenica je da postoje pojedine zajedničke karakteristike rezilijentne djece, koje se pojavljuju još u ranom djetinjstvu. Također, određene karakteristike rezilijencije se, kao što je već navedeno, mogu manifestirati u jednoj fazi razvoja, ali ne i u drugoj, dok je za druge karakteristična stabilnost kroz sve faze razvoja (npr. socijabilnost). Ono što je pak zajedničko svim rezilijentnim osobama je činjenica da su uspješno prevazišle ekstremne i/ili hronične stresore.

Mnogi stručnjaci se slažu da se rezilijencija manifestira kroz:

Socijalnu kompetentnost koja uključuje kvalitete kao što su: a) odgovornost; b) sposobnost privlačenja pažnje, podrške i naklonosti od strane odraslih i vršnjaka; c) fleksibilnost, savitljivost i mogućnost adaptiranja na različite situacije; d) vještine komuniciranja (npr. asertivnost); e) empatiju; f) smisao za humor; g) brižnost. Djeca koja posjeduju socijalnu kompetentnost uspostavljaju pozitivne odnose sa odraslima i vršnjacima koji im pomažu da se vežu sa njihovim obiteljima, školom i zajednicom.

Autonomiju koja podrazumijeva: a) snažan osjećaj identiteta koji dijete ne gubi čak ni prilikom ismijavanja ili zanemarivanja; b) sposobnost za neovisno djelovanje uključujući i osjećaj uspješnog nošenja sa zadacima; c) internalni lokus kontrole; d) samoeфикаsnost; e) samopoštovanje. Autonomija je sposobnost i želja za ostvarivanjem osobnih zadataka. Mnogi autori se slažu da autonomni odrasli i djeca razmišljaju svojom glavom i sami donose svoje odluke. Odbijaju prihvatiti negativne poruke o sebi te se distanciraju od disfunkcionalnosti.

Razvijenije opće intelektualne sposobnosti što podrazumijeva intelektualnu kompetentnost i obično visok IQ.

Vještine rješavanja problema koje uključuju: a) sposobnost planiranja; b) snalažljivost u traženju pomoći od drugih; c) kritičko, kreativno i reflektivno razmišljanje što podrazumijeva aktivno rješavanje problema. Vještine rješavanja problema inkorporiraju sposobnost apstraktnog razmišljanja što djetetu daje sposobnost da generira naizmjenične (rezervne) solucije za kognitivne i socijalne probleme.

Kritičku svijest – razvoj kritičke svjesnosti kod rezilijentne djece omogućava im da budu svjesni problema u njihovoj obitelji ili društvu te da znaju da nisu uzrok tih nevolja. Također, postojanje kritičke svijesti omogućava im kreiranje ili generiranje strategija za prevazilaženje postojećih problema i poteškoća.

Smisao svrhe i vjere u bolju budućnost – rezilijencija se manifestira kao osjećaj svrhe te vjerovanje u bolju budućnost uključujući orijentiranost ka ciljevima, obrazovne aspiracije, motivaciju za postignućem, upornost, nadu, optimizam i spiritualnu vezanost.

Mnoga istraživanja obezbijedila su podatke o razvojnim ličnim faktorima koji razlikuju rezilijentnu djecu od one koja su preplavljena faktorima rizika. U okviru narednog teksta osvrnut ćemo se na nalaze određenih autora koji idu u prilog pojedinim navedenim karakteristikama rezilijentne djece.

Na temelju literature identificirane su karakteristike djece i mladih za koje je karakteristična rezilijencija i to: socijalna kompetencija, vještine rješavanja problema, osjećaj nadmoćnosti, autonomija i osjećaj svrhe i budućnosti (Waters i Sroufe, 1983; Garmezy, 1985; Rutter, 1980, 1984, 1985; Werner i Smith 1988; Masten, Best i Garmezy, 1990; Gore i Eckenrode 1994; Consortium on the School-Based Promotion of Social Competence, 1994; prema Hanewald, 2011). Rezilijentna djeca su pronicljiva, duhovita, kreativna, posjeduju specijalna znanja, neovisna su i sposobna za formiranje dobrih odnosa (Henderson i Milstein 2003; prema Kapikiran, 2012).

Rezilijentna djeca su verbalno fluentna, imaju osjećaj kompetentnosti te dobre vještine rješavanja problema. Za njih su karakteristične visoke razine samopoštovanja i samokotrole te osjećaj kompetentnosti. Temperamentna su i otvorena za nova iskustva. Imaju sposobnosti i adaptivne karakteristike koje im omogućavaju da poboljšaju vlastito zdravlje, socijalne i obrazovne ishode (Wasonga, Christman i Kilmer, 2003).

Rezilijentna djeca preuzimaju odgovornost za vlastite odluke te bez poteškoća angažiraju druge osobe kada im je socijalna podrška neophodna. Pojedinci koji su rezilijentni razumiju i prihvataju svoje sposobnosti i ograničenja te imaju povjerenja u svoju sposobnost prevazilaženja postojećih prepreka. Werner i Smith (2001; prema Zolkoski i Bullock, 2012) su utvrdile da rezilijentni pojedinci znaju iskoristiti prilike i resurse iz okruženja te da su sposobni da poduzmu pozitivne akcije u svojim životima (uspijevaju pronaći dobre mentore, slijede obrazovne prilike, učestvuju u različitim vannastavnim aktivnostima). Orijentirani su na ciljeve, realni su u vezi postavljenih ciljeva te mogu ocijeniti kada trebaju ustrajati, a kada je poželjno da odustanu od svojih ciljeva. Rezilijentna djeca znaju postaviti ciljeve u životu, zadržavaju pozitivna očekivanja i imaju jasan osjećaj svrhe (Benard, 1996; Wang i sur., 1994; WestEd, 2000; prema Wasonga, Christman i Kilmer, 2003). Tegobe i poteškoće doživljavaju kao izazove i iskustva za učenje.

Za rezilijentnu djecu karakteristične su i vještine u biranju i identificiranju modela i izvora podrške, efikasnije vještine rješavanja socijalnih problema, pozitivnije strategije suočavanja (Forehand, McCombs i Brody, 1987; Parker i sur., 1990; Luthar, Doernberger i Zigler, 1993; prema Živčić-Bećirević, 1995) te razvijenije strategije redukcije stresa. Pored toga što imaju razvijene komunikacijske vještine (Wolin, 1991; prema Kumpfer, 1999), što su aktivna u odnosima sa drugima te što obično izazivaju pozitivne reakcije kod drugih ljudi (Demos, 1989; Werner i Smith, 1982; prema Kumpfer, 1999), rezilijentna djeca posjeduju vjeru da će njihove vlastite akcije doprinijeti pozitivnim promjenama u njihovim životima (Werner, 2000a).

Murphy i Moriarty (1976; prema Zolkoski i Bullock, 2012) zabilježili su da su rezilijentna predškolska djeca imala izraženu autonomiju i snažnu socijalnu orijentaciju, a Emmy Werner (1989; prema Werner, 1990; Zvizdić, 2003) navodi da rezilijentna djeca općenito demonstriraju povećanu socijalabilnost i autonomiju.

Zolkoski i Bullock (2012) navode da su istraživači utvrdili da dječija inteligencija, odnosi sa drugima, privrženost (Alvord i Grados, 2005), vještine suočavanja, temperament, zdravlje (Benzies i Myshasiuk, 2009), dobra samoregulacija emocija (Alvord i Grados, 2005; Benzies i

Myshasiuk, 2009; Buckner, Mezzacappa i Beardslee, 2003; Eisenberg i sur., 2003; Masten i Coatsworth, 1998; Werner, 1993) i intrinzična motivacija (Masten, 2001) doprinose rezilijenciji. Rezilijentna djeca imaju karakteristike temperamenta koje provociraju pozitivne odgovore od članova obitelji i drugih osoba (Werner, 1984; prema Zolkoski i Bullock, 2012).

Mnogi rezultati iz različitih studija ukazuju na to da je za rezilijentne mlade ljude karakterističnija viša inteligencija i sposobnost rješavanja problema nego za njihove nerezilijentne vršnjake (Fergusson i Lynskey, 1996; Herrenkohl i sur., 1994; Kandel i sur., 1988; Masten i sur., 1988; Seifer, Sameroff, Baldwin i Baldwin, 1992; prema Luthar, 2003). Iznadprosječna inteligencija doprinosi rezilijenciji djeteta tako što omogućava djeci da razumiju šta im se događa, da razlikuju između onoga što se može kontrolirati i onoga što nije pod našom kontrolom, da odaberu efikasne načine suočavanja i izvrše selekciju te modificiraju suportivnija okruženja (Block i Kremen, 1996; Cederblad i sur., 1995; Sameroff i sur., 1987; Scarr i McCartney, 1983; prema Condly, 2006).

Asertivnost je, kako smatra Blonna (1996), razumijevanje osobnih potreba i želja te njihovo ostvarivanje bez štete po druge ljude. Upravo je asertivno ponašanje primijećeno kod rezilijentne djece i adolescenata. Tako Radke-Yarrow i Brown (1993; prema Werner, 2000) na temelju rezultata svoga istraživanja tvrde da su djeca s najkonzistentnijim obrascem rezilijencije bila asertivna i visoko orijentirana na postignuće.

Pored asertivnosti, empatija predstavlja najosnovniju socijalnu vještinu koja određuje razumijevanje tuđih emocija (Goleman, 1995; prema Dalton, Elias i Wandersman, 2001), a empatični ljudi ne samo da suosjećaju s osjećanjima i potrebama drugih ljudi već se također i trude da odgovore na ova osjećanja i potrebe (Blonna, 1996). Rezultati mnogih istraživanja upućuju na postojanje povezanosti između empatije i rezilijencije. Hoyt-Meyets i suradnici (1995; prema Dalton, Elias i Wandersman, 2001) na temelju rezultata iz studije američke gradske djece pod visokim stresom i iz obitelji s niskim primanjima, navode kako je empatija bila povezana s njihovom rezilijencijom i prilagodbom, a autorica Werner (2000) ističe kako djeca, koja su preživjela horore II svjetskog rata, nisu izgubila senzitivnost za patnje drugih ljudi. Također, autorica Werner (1985; 1986; prema Kumpfer, 1999) navodi da je za rezilijentnu djecu pored empatije prema potrebama drugih ljudi, karakterističan i osjećaj odgovornosti te dobrovoljne brige za druge. Dakle, rezilijentna djeca manifestiraju prosocijalno ponašanje i senzitivna su na emocije drugih ljudi.

Albert Bandura (Masten i Coatsworth, 1995) smatra da samoeфикаsnost obezbjeđuje mehanizam za rezilijenciju te da su ljudi s pozitivnim i čvrstim osjećajem osobne ефикаsnosti vjerovatnije istrajniji u susretu s neuspjehom, odbijanjem i izazovima. Pojačana rezilijencija povezana je s pozitivnim samopoštovanjem (Parker i sur., 1990; Rutter, 1995). Također, Anthony (1987; prema Werner, 2000) je zabilježio prisustvo samopoštovanja kod rezilijentne djece.

5. Mjerni instrumenti za ispitivanje rezilijencije

Postoji više psiholoških mjernih instrumenata za ispitivanje rezilijencije kod djece predškolskog i školskog uzrasta, adolescenata i odraslih te instrumenti za ispitivanje obiteljskog funkcioniranja.

5.1. Mjerni instrumenti za djecu i adolescente

1. Devereux procjena u ranom djetinjstvu (eng. *Devereux Early Childhood Assessment*, DECA; LeBuffe i Naglieri, 1998; prema Kordich Hall, 2010; Naglieri, LeBuffe i Ross, 2013; Zolkoski i Bullock, 2012) je standardizirana skala u SAD-u kao dio jednog intervencijskog programa (Devereux Early Childhood Initiative) za djecu 2-5 godina. Postoji verzija za roditelje, nastavnike, odgajatelje.. Koristi se za identifikaciju faktora rezilijencije i zaštitnih faktora. DECA sadrži 37 čestica i četiri subskale: Inicijativa (kapacitet djeteta da neovisno koristi misli i akcije kako bi zadovoljilo svoje potrebe), Samokontrola (sposobnost djeteta da doživi širok raspon osjećanja te da ta osjećanja izrazi putem socijalno prihvatljivih riječi i akcija), Privrženost (ispituje dosljedne odnose između djeteta i značajne odrasle osobe) i Problemi u ponašanju. Jedan od osnovnih ciljeva procjene je pomoć u određivanju da li su djeca razvila prihvatljive vještine u tri područja (inicijativa, samokontrola i privrženost), a koje su povezane sa rezilijencijom. Dijete može biti pod rizikom ako je ostvarilo niske skorove na tri dimenzije bazirane na snagama.

Rana identifikacija djece pod rizikom omogućava da se na vrijeme primijene strategije u školi i obitelji kako bi se razvili navedeni zaštitni faktori (inicijativa, samokontrola i privrženost) i dr.) koji mogu povećati izgleda da će dijete biti sposobno uspješno se prilagoditi na rizik i nevolje u budućnosti. DECA je razvijen da se koristi u primarno-preventivnim programima, dakle sa zdravom populacijom. Instrumentom je moguće identificirati i djecu koja možda razvijaju probleme u ponašanju.

Klinička forma Devereux procjene u ranom djetinjstvu (DECA-C) koja sadrži 62 čestice kojima se ispituju faktori koji su povezani s rezilijencijom te prirodom i ozbiljnošću ponašanja predškolaca, njihovih emocionalnih i bihevioralnih problema. Sadrži iste čestice bazirane na snagama uz dodatnih 25 čestica kojima se mjere bihevioralni problemi poput agresivnosti, problemi sa pažnjom, problemi s emocionalnom kontrolom, povučenošć/depresija, itd. Klinička forma DECA-C je razvijena s ciljem procjene dječijeg emocionalnog/bihevioralnog

zdravlja. Postojala je namjera da se koristi za razvijanje intervencijskih planova s ciljem zadovoljavanja dječijih individualnih potreba.

Postoji i **Devereux procjena u ranom djetinjstvu za dojenčad i malu djecu** (eng. *Devereux Early Childhood Assessment for Infants and Toddlers*, DECA-I/T; Mackrain, LeBuffe i Powell, 2007; prema Naglieri, LeBuffe i Ross, 2013) koja se koristi za ispitivanje socio-emocionalnih vještina kod dojenčadi i male djece te za identificiranje djece koja su pod rizikom. Može se koristiti u istraživanjima i kao mjera ishoda u programima za malu djecu.

2. Devereux procjena učeničkih snaga (eng. *Devereux Student Strengths Assessment*, DESSA i DESSA-mini; LeBuffe, Shapiro i Naglieri, 2009; prema Kordich Hall, 2010; Naglieri, LeBuffe i Ross, 2013) sadrži 72 čestice i koristi se za ispitivanje socio-emocionalnih kompetencija koje služe kao zaštitni faktori za djecu od vrtića do osmih razreda (uzrast 5-14). Ovaj instrument je namijenjen roditeljima/starateljima, nastavnicima ili osoblju iz vrtića i škola. Česticama se ispituju pozitivna ponašanja (npr. slaganje s drugima). Ista forma se koristi i za roditelje i za nastavnike. DESSA je skala koja pruža informacije o osam ključnih socio-emocionalnih kompetencija te sadrži osam subskala: Samosvjesnost (7 čestica), Socijalna svjesnost (9 čestica), Samoupravljanje (11 čestica), Ciljno usmjereno ponašanje (10 čestica), Socijalne vještine (10 čestica), Osobna odgovornost (10 čestica), Donošenje odluka (8 čestica) i Optimistično razmišljanje (7 čestica). DESSA zadovoljava standarde visoko kvalitetnog i dobro razvijenog instrumenta procjene.

Razvijena je i **DESSA-mini** verzija koja sadrži osam čestica za univerzalnu upotrebu s ciljem determiniranja potrebe za socijalno-emocionalnim intervencijama. Namijenjena je nastavnicima ili osoblju iz vrtića i škole. Ima sve karakteristike duže verzije DESSA instrumenta.

3. Skala za bihevioralnu i emocionalnu procjenu (eng. *Behavioral and Emotional Rating Scale*, BERS-2; Epstein, 2004; prema Naglieri, LeBuffe i Ross, 2013) namijenjena je za ispitivanje bihevioralnih i emocionalnih snaga djece 5-19 godina (skalu mogu ispuniti roditelji, nastavnici i adolescenti). Sadrži 52-57 čestica (što ovisi o formi procjene) i pet subskala: Interpersonalna snaga, Uključenost obitelji, Intrapersonalna snaga, Školsko funkcioniranje i Afektivna snaga. BERS-2 se koristi da bi se identificirali zaštitni faktori vezani za dijete i njegovu obitelj.

4. Skala za bihevioralnu i emocionalnu procjenu za predškolski uzrast (eng. *Preschool Behavioral and Emotional Rating Scale*, PreBERS; Epstein i Synhorst, 2009; prema Naglieri, LeBuffe i Ross, 2013) koristi se za ispitivanje emocionalnih i bihevioralnih snaga kod djece 3-5 godina.

5. Skala rezilijencije za djecu i adolescente (*Resiliency Scales for Children and Adolescents*, RSCA; Prince-Embury, 2005, 2006; prema Nelson, 2008; Weiss, 2008). Ovaj instrument namijenjen je djeci i mladima od 9 do 18 godina i mjeri lične attribute vezane za rezilijenciju. Nelson (2008) navodi da RSCA identificira i mjeri osobne snage i vulnerabilnosti koje su kritične za prilagodbu i opstanak djece i adolescenata. Skala je fokusirana na snage, ali i simptome i vulnerabilnosti. Sadrži 64 čestice, tri skale i 10 subskala: Skala osjećaja nadmoći (optimizam, samoeфикаsnost, prilagodljivost -20 čestica), Skala osjećaja povezanosti (povjerenje, percipirana socijalna podrška, socijalna udobnost i tolerancija-24 čestice), Skala emocionalne reaktivnosti (senzitivnost/osjetljivost, oporavak i pogoršanje-20 čestica). Prince-Embury je dva faktora smatrala zaštitnim faktorima: *osjećaj nadmoći* i *osjećaj povezanosti*. Treći faktor (*emocionalna reaktivnost*) smatrala je faktorom rizika. Teorijska struktura RSCA je kroz istraživanja empirijski potvrđena. RSCA se može koristiti za praćenje stanja u obrazovnom okruženju kod učenika koji možda trenutno doživljavaju kliničke simptome, a koji ranije nisu bili indentificirani (Weiss, 2008).

6. Profil samopercepcije za djecu (eng. *SelfPerception Profile for Children*; Harter, 1985; prema Tedeschi i Kilmer, 2005) mjeri percepciju kompetentnosti najmlađih kroz multiple domene: Školska kompetentnost, Socijalna prihvaćenost, Globalna samovrijednost, Bihevioralno vladanje, Atletska kompetentnost i Fizički izgled. Ove subskale snažno razlikuju djecu koja demonstriraju rezilijentnost u uvjetima stresa od djece s neprilagođenim ishodima (Hoyt-Meyers i sur., 1995; prema Tedeschi i Kilmer, 2005) te može rasvijetliti domene nadležnosti na temelju kojih se mogu kreirati intervencijski programi.

7. Mjera rezilijencije kod djece i adolescenata (eng. *Child and Youth Resilience Measure*, CYRM; Ungar i Leibenberg, 2009; prema Kordich Hall, 2010). CYRM je dizajnirana kao screening alat za istraživanje resursa na individualnoj razini, razini odnosa/relacija te razini zajednice i kulture. Namijenjena je adolescentima od 12 do 23 godine. Sadrži 58 čestica, ima prihvatljive psihometrijske karakteristike i predstavlja jedini instrument za ispitivanje rezilijencije kroz različite kulture. Pogodna je za screening i grupne usporedbe.

8. Upitnik za procjenu razvojnih snaga (eng. *Assessing Developmental Strengths Questionnaires*, ADS; Donnon i Hammond, 2007; prema Kordich Hall, 2010). Razvijena su tri instrumenta za samoprocjenu razvojnih snaga: CR:ADS (za djecu od 9 do 12/13 godina), YR:ADS (za mlade od 13 do 24 godine) i AR:ADS (za odrasle, od 18 godina i starije). Postoji i APC/Y:ADS verzija (62 čestice) za značajne odrasle osobe, a koja je namijenjena za procjenu njihove percepcije o djeci ili mladima. Svi navedeni instrumenti fokusirani su na 31 područje razvojnih snaga koje pokrivaju 12 internalnih i 19 externalnih snaga kroz 10 faktora (individualno, obiteljsko i socijalna podrška) te sadrži demografske čestice i čestice o riziku. Instrument je veoma

fleksibilan, pa se može prilagoditi evaluacijskim potrebama programa ili zajednice (Kordich Hall, 2010). Dobiveni rezultati primjenom ovoga instrumenta mogu se koristiti kao baza za ranu identifikaciju te razvoj kratkoročnih i dugoročnih strateških planova za akcije specijalno namijenjene mladima, odraslima i njihovim obiteljima, baš kao i za evaluaciju efikasnosti intervencija u zajednici ili terapijskom centru.

9. Rezilijencija i modul razvoja mladih (eng. *Resilience and Youth Development Module, RYDM of the California Healthy Kids Survey*; Constantine i Benard, 2001; Constantine, Benard i Diaz, 1999; prema Kordich Hall, 2010). HKS (eng. *The Healthy Kids Survey*) je sveobuhvatan alat samoprocjene učenika za praćenje zdravstvenih rizika kod učenika i njihovog školskog okruženja. RYDM predstavlja samo jedan instrument iz HKS-a, kojim se ispituju domene okruženja (značajne i prosocijalne veze sa zajednicom, školom, obitelji i vršnjacima) i internalne domene (lične rezilijentne osobine poput samoeфикаsnosti i vještina rješavanja problema) povezane s pozitivnim razvojem mladih i njihovim školskim uspjehom.

10. Upitnik adolescentske rezilijencije (eng. *The Adolescent Resilience Questionnaire, ARQ*-revidirani; Gartland i sur., 2006; prema Kordich Hall, 2010). Revidirani upitnik sadrži 74 čestice i 13 subskala koje se odnose na pet domena kojim se ispituju resursi dostupni adolescentu: Self (negativne kognicije, povjerenje u sebe i budućnost, introspekcija, empatija/tolerancija i socijalne vještine), Obitelj (povezanost i dostupnost), Vršnjaci (povezanost i dostupnost), Škola (angažiranost, podržavajuće okruženje) i Zajednica (povezanost). Veći dio upitnika odnosi se na individualnu domenu tj. lične karakteristike važne za rezilijentne ishode. Također, putem ovog upitnika se ispituje adolescentova povezanost sa drugima i socijalna podrška od obitelji, vršnjaka, škole i zajednice. Uz nove provjere psihometrijskih karakteristika upitnika očekuje se da će istraživači i kliničari putem ovoga sveobuhvatnog i razvojno prikladnog instrumenta moći ispitivati lične kapacitete mladih da postignu pozitivne ishode uprkos nepovoljnim okolnostima.

11. Kratka ček-lista rezilijencije (eng. *Brief Resiliency Checklist, BRC*; Vance i Sanchez; prema Kordich Hall, 2010). BRC predstavlja instrument za procjenu koji je konstruiran za utvrđivanje svih faktora rizika i zaštitnih faktora kod djeteta ili obitelji.

12. Skala rezilijencije za adolescente (eng. *Resilience Scale for Adolescents, READ*; Hjemdal i sur., 2006; prema Kordich Hall, 2010). Razvijanje READ-a za adolescente počelo je 2004. godine i predstavlja direktan derivat skale rezilijencije za odrasle (RSA). Sadrži pet faktora: Osobna kompetentnost, Socijalna kompetentnost, Stil strukturiranja, Obiteljska kohezija i Socijalni resursi. Dostupna je i verzija za roditelje i značajne odrasle osobe (READ-P).

13. Skala rezilijencije (eng. *Resiliency Scale*, RS; Jew, Green i Kroger, 1999; prema Kordich Hall, 2010). Skala rezilijencije za djecu i adolescente namijenjena je ispitivanju 12 esencijalnih vještina koje su važne za adekvatno suočavanje sa životnim stresorima. Sadrži 35 čestica i tri faktora: Orijehtacija na budućnost, Sticanje aktivnih vještina, Neovisnost/preuzimanje rizika. Ova skala ima dobre psihometrijske kvalitete. Utvrđeno je da RS skala efikasno razlikuje institucionalizirane od neinstitucionaliziranih adolescenata baš kao što dobro razlikuje učenike „pod rizikom“ od onih koji nisu „pod rizikom“.

14. Skala rezilijencije za adolescente (eng. *Adolescent Resilience Scale*, ARS; Oshio, Kaneko, Nagamine i Nakaya, 2003; prema Kordich Hall, 2010). Skala je razvijena u Japanu te sadrži 21 česticu i tri faktora: Traganje za novinama, Emocionalna regulacija i Pozitivna orijentacija u budućnosti. Namijenjena je za starije adolescente.

15. Rezilijentni stavovi i profil vještina (eng. *The Resiliency Attitudes and Skills Profile*, RASP; Hurtes i Allen, 2001; prema Kordich Hall, 2010). Skala sadrži 34 čestice i konstruirana je da mjeri rezilijentne stavove u sedam dimenzija (Uvid, Neovisnost, Kreativnost, Humor, Inicijativa, Odnosi sa drugima i Vrijednosna orijentacija) kod mladih od 12 do 19 godina. Rezultati su korisni za rekreacijske i druge servise koji obezbjeđuju intervencije za mlade.

16. Modul procjene rezilijencije (eng. *Resilience Assessment Module*; WestEd, 2000; prema Wasonga, Christman i Kilmer, 2003). Ovaj upitnik za samoprocjenu sadrži 56 čestica putem kojih se mjeri učenikova percepcija zaštitnih faktora (u domu, školi, vršnjačkoj grupi i zajednici) i aspekata rezilijencije (kooperacija i komunikacija, samoeфикаsnost, empatija, samosvjesnost, rješavanje problema, ciljevi i aspiracije).

17. Skala školske rezilijencije (engl. *Academic Resilience Scale*, ARS; Martin i Marsh, 2006; prema Kapikiran, 2012). Ova skala je bazirana na pozitivnom kapacitetu učenika da se efikasno suočavaju sa stresom, pritiskom i poteškoćama sa kojima se susreću u školskim situacijama. Skala sadrži šest čestica. Školska rezilijencija se odnosi na učeničke sposobnosti za efikasno nošenje sa preprekama, izazovima, nepovoljnim okolnostima i pritiskom u školskom okruženju.

5.2. Mjerni instrumenti za starije adolescente i odrasle osobe

1. Skala rezilijencije (eng. *Resilience Scale*, RS; Wagnild i Young, 1993; prema Kordich Hall, 2010; Wagnild, 2009; Zolkoski i Bullock, 2012). RS skala je najprikladnija skala za ispitivanje ličnih atributa povezanih s rezilijencijom kod adolescenata (Ahern, Kiehl, Sole i Byers, 2006; prema Zokoski i Bullock, 2012). Sadrži 25 čestica i dva faktora: a) osobna kompetentnost; b) prihvatanje sebe i života (Wagnild i Young, 1993). RS skala mjeri stupanj individualne rezilijencije kroz pet komponenata: Staloženost (uravnotežena perspektiva pojedinčevog života i iskustava), Ustrajnost, Samopouzdanje, Smislenost života, Egzistencijalna samoća (odnosi se na osjećaj slobode i posebnosti kod osobe). Dostupna je kraća verzija s 14 čestica (RS-14). RS je validirana u mnogim studijama i ima adekvatne psihometrijske karakteristike. Uspješno je korištena na različitim uzorcima sa oba spola, sa različitim uzrasnim i etničkim grupama (Ahern i sur., 2006; Luthans, Avolio, Avey i Norman, 2007; Neill i Dias, 2001; Wagnild, 2009; prema Zolkoski i Bullock, 2012).

2. Connor-Davidson skala rezilijencije (eng. *Connor-Davidson Resilience Scale*, CD-RISC; Connor i Davidson, 2003; prema Hartley, 2012; Kordich Hall, 2010). CD-RISC je skala samoprocjene namijenjena starijim adolescentima i odraslim osobama. Sadrži 25 čestica i služi kao mjera stupnja rezilijencije, kao prediktor ishoda psihoterapije ili tretmana s medikamentima, prediktor savladavanja stresa i kao prediktor razvijanja rezilijencije. Također je razvijena i ispitivana kao marker bioloških tj. fizičkih promjena u mozgu. Skala je validirana na kliničkoj i općoj populaciji (Gucciardi, Jackson, Coulter i Mallett, 2011; Jung i sur., 2012), na uzorku adolescenata (Jorgensen i Seedat, 2008), univerzitetskih studenata (Campbell-Sills i sur., 2006), starijim ženama (Lamond i sur., 2008) i neplodnim ženama (Sexton, Byrd i von Kluge, 2010). Dodatno, validacijske studije skale su rađene u državama Azije (Baek, Lee, Joo, Lee i Choi, 2010; Khoshouei, 2009; Singh i Yu, 2010; Yu i Zhang, 2007), baš kao i u zapadnim državama (Connor i Davidson, 2003; Gucciardi i sur., 2011). Prevedena je na više jezika i ispitivana na različitim populacijama (veliki uzorci iz zajednice, preživjeli nakon trauma, adolescenti, stariji ljudi, pripadnici različitih etničkih grupa i kultura, profesionalne ili atletske grupe, univerzitetski studenti, medicinske sestre, liječnici, vojno-medicinsko osoblje, misionari, itd.). Originalno, ova skala je ispitivana na odraslim ispitanicima, s tim da postoje mnoge studije djece i adolescenata od 10 do 18 godina te nekoliko studija sa starijim ljudima preko 65 godina starosti u kojima je korištena ova skala. Utvrđeno je da CD-RISC ima adekvatne psihometrijske karakteristike.

Postoje još dvije, kraće verzije **CD-RISC-10** (10 čestica) i **CD-RISC-2** (dvije čestice za svrhe kliničke procjene; može biti korisna za identificiranje pacijenata koji mogu biti vulnerabilni za razvoj neuropsihijatrijskih oboljenja).

3. Skala ego-rezilijencije 89 (eng. *The Ego Resilience 89 Scale*, ER 89; Block i Kremen, 1996; prema Kordich Hall, 2010). Jednostavna jednodimenzionalna skala samoprocjene, koja sadrži 14 čestica, konstruirana je za mjerenje ego-rezilijencije (stabilne karakteristike ličnosti) kod osoba od 18 do 23 godine.

4. Ego-rezilijencija (eng. *Ego Resiliency*; Bromley, Johnson i Cohen, 2006; prema Kordich Hall, 2010). Ova skala samoprocjene sadrži 102 čestice i konstruirana je da mjeri ego-rezilijenciju kod osoba od 18 do 23 godine.

5. Baruth inventar protektivnih faktora (eng. *Baruth Protective Factors Inventory*, BPFi; Baruth i Carroll, 2002). Sadrži 16 čestica i razvijen je za identificiranje rezilijencije kod odraslih pojedinaca. Sadrži subskale za ispitivanje četiri zaštitna faktora koji doprinose postojanju rezilijencije kod pojedinca: Adaptabilna ličnost, Suportivno okruženje, Manji broj stresora i Kompenzirajuća iskustva. Faktori nisu sveobuhvatni i iscrpni te su potrebna dodatna istraživanja kako bi se otkrilo koji se od faktora BPFi adekvatno odnosi na rezilijenciju (Baruth i Carroll, 2002). Može koristiti edukatorima i profesionalcima iz oblasti mentalnog zdravlja. Ovaj inventar je limitiran uzrastom i rasnom generalizacijom.

6. Skala rezilijencije za odrasle (eng. *The Resilience Scale for Adults*, RSA; Friborg, Hjemdal, Rosenvinge i Martinussen, 2003, prema Shastri, 2013) se može koristiti kao validan i pouzdan mjerni instrument za ispitivanje rezilijencije na bol i stres. Koristan je u zdravstvenoj i kliničkoj psihologiji za ispitivanje prisustva zaštitnih faktora značajnih za ponovno sticanje i održavanje mentalnog zdravlja.

5.3. Mjerni instrumenti za ispitivanje obiteljskog funkcioniranja

1. Skala obiteljskog okruženja (eng. *The Family Environment Scale-FES*; Moos i Moos, 1994; prema Tedeschi i Kilmer, 2005; Zolkoski i Bullock, 2012). Skala ispituje interpersonalne odnose i globalno socijalno okruženje u obitelji. Putem FES-a je moguće ispitati jednog člana obitelji tj. njegovu/njenu percepciju obiteljskog funkcioniranja. Uz pomoć ove skale moguće je mjeriti tri dimenzije obiteljskog okruženja: Odnosi, Osobni rast i Održavanje obiteljskog sistema.

2. Upitnik za procjenu obitelji (eng. *The Family Assessment Device*; Epstein, Baldwin i Bishop, 1983; prema Tedeschi i Kilmer, 2005; Zolkoski i Bullock, 2012). predstavlja upitnik dizajniran za ispitivanje obiteljskog funkcioniranja kroz sedam subskala: Rješavanje problema, Komunikacija, Uloge, Afektivno reagiranje, Afektivno uključivanje, Kontrola ponašanja i Generalno funkcioniranje. Ova skala nudi globalnu procjenu obiteljskog funkcioniranja.

Tedeschi i Kilmer (2005) smatraju da se mnogi drugi mjerni instrumenti mogu koristiti za ispitivanje specifičnijih komponenti obiteljskog funkcioniranja ili roditeljstva poput **Odnosa roditelj-dijete** (Wyman i sur., 1999) ili **Adaptivnih pristupa disciplini** (Slater i Power, 1987). Tedeschi i Kilmer (2005) još navode skale za ispitivanje individualnih korelata rezilijentnog funkcioniranja koje se mogu koristiti kao mjerni instrumenti za samoprocjenu: samoeфикаsnosti (Cowen i sur., 1991), percipirane kompetentnosti (Harter, 1985), realne kontrolne atribucija (Wannon, 1990), stilova suočavanja (Carver, Scheier i Weintraub, 1989), očekivanja vezanih za budućnost (Wyman, Cowen, Work i Kerley, 1993) i optimizma (Scheier, Carver i Bridges, 1994).

Mnogi istraživači su rezilijenciju definirali kao razvojni proces (Luthar i sur., 2000; Yates, Egeland i Sroufe, 2003; prema Lee, Nam, Kim, Kim, Lee i Lee, 2013) te je nekoliko mjernih instrumenata (koji su prethodno već navedeni i detaljno obrazloženi) konstruirano upravo s ciljem ispitivanja rezilijencije kao procesa (Baruth inventar protektivnih faktora-BPFI; Skala rezilijencije za odrasle-RSA; Skala rezilijencije-RS; Wagnild i Young, 1993; Connor-Davidson Skala rezilijencije-CD-RISC).

Evidentno je da je u zadnjih nekoliko godina razvijeno mnogo psiholoških mjernih instrumenata te intervjuja za ispitivanje rezilijencije, rizika i zaštitnih faktora. Naime, neophodno je ispitivati rezilijenciju, jer pored identificiranja faktora rizika za djecu i adolescente, u obitelji, školi i vršnjačkim grupama, također je važno identificirati i zaštitne faktore. Naime, poznato je da se zaštitni faktori mogu iskoristiti za jačanje postojećih sposobnosti, za ohrabivanje putanja zdrave prilagodbe i njegovanje rezilijentne adaptacije djece, adolescenata i odraslih koji se suočavaju s nepovoljnim životnim okolnostima. Fokus istraživača bi trebao biti na *rastu*, a ne na deficitima i poremećajima.

I na samom kraju ovoga poglavlja potrebno je istaći da su u okviru mnogih studija rezilijencije korištene različite metodologije tako da su istraživanja rezilijencije provedena na grupama ispitanika koji se razlikuju s obzirom na uzrast, sociodemografski status te prirodu doživljenih faktora rizika. Međutim, uprkos ovoj raznolikosti rezultati istraživanja su doveli do jednog generalnog zaključka prema kojem su adaptivni, rezilijentni ishodi povezani sa zaštitnim faktorima među koje svakako spadaju *topli i sigurni obiteljski odnosi te raspoloživost identifikacijskih modela i izvora podrške izvan obitelji* (Garmezy, 1983; Werner, 1989b; Werner i Smith, 1982; prema Cowen, Wyman, Work i Parker, 1990). O socijalnoj podršci, kao jednom od najznačajnijih zaštitnih faktora, bit će pisano na narednim stranicama.

6. Socijalna podrška

Da bismo u potpunosti razumjeli socijalnu podršku te njene pozitivne i korisne efekte na tjelesno i mentalno zdravlje odraslih osoba i djece najprije je potrebno konceptualizirati podršku tj. definirati je. Također, neophodno je razmotriti funkcionalni i strukturalni aspekt socijalne podrške, njene izvore i tipove te faktore koji određuju dobivanje socijalne podrške.

6.1. Koncept socijalne podrške

U Webster's New Collegiate Dictionary (Lin, 1986; prema Lin, Dean i Ensel, 1986; Zvizdić, 2000) socijalna podrška je definirana kao akt ili proces koji obezbjeđuje pomoć i podršku. Na osnovu ove definicije socijalna podrška se može definirati kao faktori ili snage u socijalnom okruženju koji olakšavaju opstanak ljudi. Ipak, definicije socijalne podrške bi trebale specificirati one aspekte socijalnih odnosa i interakcija, koji su relevantni za fizičko i mentalno zdravlje pojedinca. Zapravo, prihvatljive definicije trebaju upućivati na *značaj snažnih međuljudskih odnosa za mentalno-zdravstveni proces* (Lin, 1986; prema Lin, Dean i Ensel, 1986).

Općenito, socijalna podrška bi se mogla definirati kao „*raspoloživa pomoć bliskih osoba ili institucija u slučaju potrebe*” (Lacković-Grgin, 2000, str. 52). Prema Cobbovoj formulaciji (1976; prema Lin, 1986; Taylor i Aspinwall, 1996) socijalna podrška sadrži brigu i ljubav, poštovanje, pripadnost mreži komunikacija te zajedničke obaveze. Također, Kalin (1979a; 1979b; prema Zvizdić, 2000) socijalnu podršku vidi kao interpersonalne transakcije koje uključuju samo jedan ili više faktora: osjećanje, afirmaciju i pomoć.

Autori Lin, Simeone, Ensel i Kuo (1979; prema Elklit i Pedersen, 2001, str. 1292) socijalnu podršku definiraju kao „*podršku dostupnu pojedincu kroz individualne veze sa drugim pojedincima, grupama i većom zajednicom*”, dok Barath (1998) navodi da podrška predstavlja svaku vrstu uzajamne pomoći koju članovi jedne primarne grupe (obitelji, krugovi bliskih prijatelja i sl.) dijele među sobom. Barath (1998) ide korak dalje ističući da jedna prosocijalna akcija treba zadovoljiti četiri kriterija da bi se mogla smatrati socijalnom podrškom: 1) načelo recipročnosti u bliskim međuljudskim odnosima; 2) načelo pristupačnosti prema kojem socijalna podrška treba biti dostupna svim članovima zajednice ili grupe; 3) načelo uzajamnog povjerenja;

4) načelo zajedničke sudbine. Weiss (1974; prema Gottlieb, 1996) još smatra da suportivni odnosi osiguravaju privrženost, osjećaj pouzdanog savezništva i socijalne integracije.

6.2. Aspekti socijalne podrške

Cohen i Wills (1985; prema Davison i Neale, 1999) razlikuju dva aspekta socijalne podrške – strukturalni i funkcionalni.

Strukturalna socijalna podrška

Ovaj aspekt socijalne podrške odnosi se na broj i vrstu osoba koje pružaju podršku tj. na mrežu socijalnih odnosa jedne osobe (npr. bračno stanje, broj prijatelja, kolega i sl.). Strukturalni vid podrške obično je definiran kao realno postojanje ljudi na koje se pojedinac može osloniti tj. ljudi koji ga vrednuju, brinu se o njemu i vole ga (Sarason, Levine, Basham i Sarason, 1983; prema Stroebe i Stroebe, 1987; Zvizdić, 2000). Navedeno potvrđuje Orford (1992) koji navodi da je ovaj aspekt podrške fokusiran na određene aspekte strukture mreže odnosa.

Postoje dva tipa mjera za ispitivanje strukturalnog aspekta podrške:

- 1) **Mjere strukture socijalne mreže** koje se odnose na njene slijedeće karakteristike: a) *gustinu* (stupanj do kojeg su članovi mreže interno povezani); b) *trajnost/izdržljivost* (trajanje odnosa sa članovima mreže tj. kontinuitet, pouzdanost i odanost); c) *simetriju suportivnih interakcija* ili *reciprocitet* (uzajamnost tj. stupanj do kojeg su resursi davani i primani); d) *homogenost* (stupanj do kojeg članovi mreže imaju slične osobne attribute); e) *disperziju/raspršavanje* (geografska udaljenost između članova mreže); f) *sadržaj* (jednostavnost vs. multiplicitet ili stupanj do kojeg mreža uključuje više od jednog tipa sadržaja ili transakcija); g) *intenzitet podrške ili emocionalna bliskost* (Hall i Wellman, 1985; Israel, 1987; prema Stroebe i Stroebe, 1996; Gottlieb, 1996).
- 2) **Mjere socijalne integracije** koje se odnose na *veličinu* i *strukturu* interpersonalne mreže pojedinca i koje predstavljaju indirektno mjere socijalne podrške. Ipak, postojanje socijalnih odnosa ne znači da su oni suportivni, što je u skladu s rezultatima studija u okviru kojih je utvrđena umjerena povezanost između mjera socijalne integriranosti i izvještaja o aktualnom primanju socijalne podrške (Barrera, 1981; Cutrona, 1986a; Sandler i Barrera, 1984; Schaefer, Coyne i Lazarus, 1981; prema Stroebe i Stroebe, 1996). Dakle, postojanje socijalnih odnosa je

neophodno, ali ne i dovoljno za aktualno primanje socijalne podrške ili za percepciju raspoložive socijalne podrške.

Lacković-Grgin (2000) smatra da je strukturalna socijalna podrška pretpostavka za sami proces podrške tj. za funkcionalnu socijalnu podršku.

Funkcionalna socijalna podrška

Funkcionalna socijalna podrška odnosi se na kvalitetu relacija pojedinca sa socijalnom mrežom, primjerice, vjeruje li dotična osoba da ima prijatelje na koje se može osloniti u nevolji? Ovaj tip podrške uključuje percipiranu socijalnu podršku, koja predstavlja uvjerenje pojedinca da ima na raspolaganju zajedničku mrežu značajnih i zainteresiranih suportivnih drugih. S tim u skladu je i tvrdnja Orforda (1992) koji smatra da je ovaj pristup podršci fokusiran na aspekte kvaliteta odnosa osobe ili pak na sposobnosti tih odnosa da služe određene značajne funkcije podrške.

Budući da su istraživači utvrdili da je percipirana raspoloživost socijalne podrške više povezana sa zdravljem nego primljena socijalna podrška (Schwarzcr i Lepin, 1992; prema Stroebe i Stroebe, 1996), sasvim je jasno da unutar funkcionalnog aspekta podrške treba razlikovati percipiranu raspoloživost podrške od aktualnog primanja podrške (Zvizdić, 2000). Zbog toga i postoje dva tipa mjera za ispitivanje funkcionalnog aspekta podrške:

- 1) **Mjere percipirane raspoloživosti socijalne podrške** koje ukazuju na to da pojedinci vjeruju da im je podrška na raspolaganju ukoliko im je ista potrebna (Cramer, Hendersen i Scott, 1997; Elklit i Pedersen, 2001; Kaniasty i Norris, 1995).
- 2) **Mjere primljene socijalne podrške** pri čemu se primljena socijalna podrška odnosi na podršku primljenu od strane neke osobe (Cramer, Henderson i Scott, 1997; Elklit i Pedersen, 2001). Ove mjere predstavljaju koncepciju socijalne podrške kao jedne interpersonalne transakcije u kojoj razmijenjeni resursi obezbjeđuju emocionalnu, potvrđujuću, informacijsku i instrumentalnu podršku (Brownell i Shumaker, 1984; Dunkel-Schetter i Benett, 1990; Kahn i Antonucci, 1980; prema Stroebe i Stroebe, 1996).

Wethington i Kessler (1986; prema Lacković-Grgin, 2000) navode da su mnogi istraživači utvrdili prediktivnu vrijednost percipirane, a ne primljene socijalne podrške za suočavanje sa stresom tj. za stresne ishode.

6.3. Izvori socijalne podrške

Društvena ili socijalna mreža može se definirati kao «*skup ljudi iz nečijeg društvenog svijeta*» (Belle, 1989b, str. 1; prema Vasta, Haith i Miller, 1997). Mnogi teoretičari su do sada navodili razne izvore socijalne podrške koja je generalno podijeljena na podršku unutar obitelji i van nje. Autorica Brooks (1996; prema Zvizdić, 1999; 2000) smatra da se može govoriti o: 1) suportivnim *osobama* (rođaci, prijatelji, susjedi); 2) *aktivnostima* (hobiji, rekreacije); 3) *organizacijama* (škole, vjerske institucije, vlada); 4) *okolini* (kombinacija prethodne tri kategorije).

Dječije lične mreže sačinjavaju ljudi s kojima je dijete u regularnom kontaktu te ljudi o kojima dijete brine (Cochran i Riley, 1988; Feiring i Lewis, 1989; prema Cochran i Davila, 1992). Ove mreže se sastoje od djece (npr. braće i sestara, vršnjaka, starije i mlađe djece, prisnih prijatelja, omiljenih i neomiljenih poznanika i dr.), ali i odraslih osoba (npr. roditelja, djedova, baka, ostalih rođaka, nastavnika, susjeda i dr.). Interesantno je da Vasta, Haith i Miller (1997) spominju i kućne ljubimce kao veoma značajnu kategoriju u okviru dječije socijalne mreže.

Vlasta Vizek-Vidović (1994; prema D. Ajduković, 1995) smatra da socijalna okolina za djecu uključuje *obitelj, školu i vršnjake*. Disfunkcija unutar jedne od ovih kategorija može interferirati s razvojem djeteta. Međutim, poznato je i da jedan izvor socijalne podrške može utjecati na drugi, primjerice u vidu ublažavanja problema koje dijete ima s nekim drugim izvorom socijalne podrške. Tako Masten, Best i Garnezy (1991) navode da socijalne interakcije djece unutar škole i šire zajednice, a koje su neovisne o odnosima sa starateljima, mogu kompenzirati obiteljsku neadekvatnost, a Vasta, Haith i Miller (1997) naglašavaju da prisani prijatelj može biti jako važan za dijete u periodima kada obiteljski odnosi ne funkcioniraju na najbolji način. Međutim, prilikom razmatranja *obitelji, vršnjaka i nastavnika* kao izvora socijalne podrške uvijek treba poći od činjenice da se dječija socijalna mreža mijenja s djetetovim uzrastom. Mreže starije djece te njihovi izvori podrške obično su širi i različitiji od mreža mlađe djece (Vasta, Haith i Miller, 1997).

Obitelj kao izvor socijalne podrške

Mnogi teoretičari i istraživači naglašavaju značaj obiteljske podrške za normalan rast i razvoj djece (Garnezy; 1991; prema Nettles i Pleck; Luthar i Zigler, 1991; Werner i Johnson, 1999). Tako je Rutter (1979; prema Masten, Garnezy, Tellegen, Pellegrini, Larkin i Larsen, 1988)

istakao da su dobri odnosi sa barem jednim roditeljem identificirani kao protektivni faktor, dok je Sandler (1980; prema Dubow i Ullman, 1989) utvrdio da prisustvo oba roditelja i starijeg brata ili sestre moderira efekte stresa na prilagodbu djece.

Obiteljsko okruženje predstavlja najneposredniji izvor podrške i za djecu i za roditelje. Sama po sebi obitelj predstavlja jedan dimački sistem, koji se razvija tokom vremena i u kojem svaki član djeluje na druge članove (Garbarino i Abramowitz, 1992; prema Vasta, Haith i Miller, 1998). Brooks (1996; prema Zvizdić, 2000) smatra da obiteljska podrška dolazi od njenih *članova*, ali i od *obiteljskih rituala* koji se dijele na: obiteljske tradicije (npr. odmori, rođendanska slavlja), proslave (npr. vjerski praznici) i uobičajene interakcije unutar obitelji (npr. zajednički ručak, vrijeme pred spavanje). Za ove rituale poznato je da obezbjeđuju stabilnost tako što osiguravaju predvidljivost obiteljskog života, ohrabruju komunikaciju među njenim članovima, povezuju članove obitelji s prošlošću i budućnošću te služe kao protektivni pozitivni faktori u teškim vremenima pošto djetetu pružaju dodatni osjećaj sigurnosti i bliskosti s drugima (Zvizdić, 2000).

Nadalje, Dubow, Tisak, Causey, Hryshko i Reid (1991) smatraju da rano modeliranje suportivnih ponašanja od strane članova obitelji također djeci može obezbijediti osjećaj sigurnosti te normalan razvoj samopouzdanja i uspješnih strategija za formiranje budućih odnosa. Tako Wills i Cleary (1996) navode da bliski odnos roditelj-dijete može osposobiti pojedinca da u period adolescencije uđe spremniji tj. s boljim vještinama samoreguliranja i boljim sposobnostima uspostavljanja suportivnih odnosa sa drugim osobama izvan obitelji. Također, suportivne komunikacije između članova obitelji značajne su i za usvajanje vještina slušanja drugih ljudi, suosjećanja sa drugima te kooperativnih načina rješavanja i savladavanja problema.

Općenito, odnosi privrženosti koji se razvijaju između roditelja i djece fundamentalni su za ljudsku adaptaciju i razvoj. Na temelju rezultata istraživanja utvrđeno je da je blizina staratelja jedan od najmoćnijih prediktora dječijih odgovora na izloženost *ratnoj* traumi ili traumi uzrokovanoj prirodnim katastrofama (Garmezy i Masten, 1994; Wright, Masten, Northwood i Hubbard, u štampi; prema Masten i Coatsworth, 1998). Naime, poznato je da težina koju djeca pridaju traumatskim događajima ovisi o reakcijama roditelja i značajnih drugih (Gordon i Wraith, 1993), tako da je opseg i stupanj krize dobrim dijelom određen roditeljskim stilom, njihovim povjerenjem, raspoloživošću i razumijevanjem djece. Obiteljski odnosi osiguravaju trenutnu psihološku sredinu potrebnu za procesiranje većine iskustava budući da njihova odgovornost i senzitivnost za neočekivane potrebe djece te njihova spremnost da im pomognu u razumijevanju traumatskih i/ili kriznih događaja, period oporavka njihove djece čine sigurnijim bez obzira na stupanj traume. S jedne strane, emocionalna bliskost, komunikacija, pozitivna prijašnja iskustva obitelji, zatim kapacitet za radost, obostranu podršku i rješavanje problema omogućavaju prorađivanje traume u obiteljskoj zajednici, dok s druge strane, obitelji sa rigidnim očekivanjima, siromašnom komunikacijom i prijašnjim konfliktima otežavaju djetetu suočavanje s ozbiljnošću traume (Zvizdić, 1999). U periodima neadekvatnog funkcioniranja obitelji poznato je da vršnjaci mogu imati značajnu ulogu.

Vršnjaci kao izvor socijalne podrške

Povećana neovisnost od roditelja te smanjenje interakcije s njima su značajne karakteristike rane adolescencije koje uveliko rezultiraju širenjem dječijih socijalnih kontakata izvan obitelji. Berndt (1982; prema Cochran i Davila, 1992; Zvizdić, 2000) smatra da s početkom adolescencije vršnjaci postaju veoma značajan izvor kako podrške tako i stresa. Pri tome treba imati na umu da dječiji odnosi sa vršnjacima, pored prijatelja, uključuju poznanike, drugove iz razreda te djecu iz sportskih timova ili nekih drugih grupa.

Posljednjih godina teoretičari smatraju da bi vršnjaci mogli imati *zaštitnu* ulogu (Collins i Laursen; u štampi; Hartup, 1996; prema Masten i Coatsworth, 1998), dok Cochran i Davila (1992) ističu da odnosi sa vršnjacima doprinose razvoju djece i adolescenata tako što: 1) obezbjeđuju prilike za učenje i prakticiranje socijalnih vještina (komunikacijske vještine, rezoluciju konflikta, empatičnost i sl.); **2) nude prilike za drugarstvo** te na taj način reduciraju socijalnu izolaciju; **3) tokom razvoja obezbjeđuju zadovoljenje potrebe za intimnošću**. U skladu s tim Berndt (1982; prema Zvizdić, 2003) navodi da kod mlađih adolescenata podrška od strane vršnjaka doprinosi osjećaju sigurnosti tako što reducira anksioznost povezanu s razvojnim promjenama.

Tokom rane adolescencije, prijatelji-vršnjaci mogu pružiti kognitivno bogata objašnjenja socijalnih i fizičkih problema (Nelson i Aboud, 1985; prema Cooper i Cooper, 1992) što potvrđuju Gordon i Wraith (1993; prema Zvizdić, 1999) koji tvrde da djeca, kroz odnose sa vršnjacima, evaluiraju i shvaćaju kritične aspekte njihovih iskustava. Nadalje, poznato je da prijatelji, pored roditelja, mogu obezbijediti emocionalnu podršku i sigurnost posebice u vrijeme stresa kod kuće ili u školi (Vasta, Haith i Miller, 1998; prema Zvizdić, 1999), pomoći u prilagodbi djeteta na školu te potkrijepiti školski uspjeh (Masten i Coatsworth, 1998). Na temelju rezultata istraživanja pojedinih autora utvrđeno je da su popularnost i prihvatanje od strane vršnjaka bile povezane s boljim školskim uspjehom, visokim IQ te mnogim drugim pozitivnim karakteristikama (Hartup, 1983; Masten, Morison i Pellegrini, 1985; Newcomb, Bukowski i Pattee, 1993; prema Masten i Coatsworth, 1998). S druge strane, loši odnosi sa vršnjacima predstavljaju faktor rizika za pojavu psihopatologije i maladaptacije u kasnijim razvojnim fazama (Parker i Asher; 1987; Parker i sur., 1995; prema Masten i Coatsworth, 1998).

Općenito, značaj vršnjaka kao izvora podrške je neosporan budući da harmonični odnosi sa vršnjacima osiguravaju podršku i razumijevanje, posebice u susretu s obiteljskim i školskim stresorima. Takvi odnosi sa vršnjacima nude sigurno okruženje za istraživanje identiteta i učenje alternativnih načina za ekspresiju emocija te su upravo zbog toga povezani s mentalnim zdravljem djece i adolescenata (Zvizdić, 2003; Zvizdić i Đapić, 2015).

Nastavnici kao izvor podrške

Škola predstavlja jedan od važnijih socijalnih konteksta za djecu budući da je poznato da školsko okruženje može služiti kao značajan izvor podrške poput primjerice njegovanja i/ili obezbjeđivanja pozitivnih modela za identifikaciju. Najčešći pozitivni modeli u školi su upravo nastavnici pošto su sastavni dio svakodnevnice i sigurnosti koja proizilazi iz stalnih odnosa i obaveza djetetove svakodnevnice (Zvizdić, 1999). A budući da je poznato da se izvori podrške (obitelj, škola, okolina) mogu grupirati u tri veće kategorije protektivnih faktora poput *brižnih i suportivnih odnosa, pozitivnih i visokih očekivanja te prilike za participacijom i doprinosom*, autorica Benard (1991) tvrdi da je u mnogim istraživanjima utvrđeno da upravo nastavnici mogu obezbijediti i modelirati sva tri pomenuta protektivna faktora koji ublažavaju rizik i omogućavaju pozitivni razvoj djece i adolescenata pošto zadovoljavaju njihove osnovne potrebe za sigurnošću, ljubavlju, pripadanjem, poštovanjem, učenjem, efikasnošću i postignućem. Kada su u pitanju brižni i suportivni odnosi, Werner i Smith (1989; prema Benard, 1995) su na temelju rezultata longitudinalnog istraživanja utvrdili da nastavnik pored svoje obrazovne uloge predstavlja jedan povjerljiv i pozitivan model za osobnu identifikaciju. Također, nastavnici koji imaju pozitivna i visoka očekivanja svoje učenike uče da vjeruju u sebe i svoju budućnost razvijajući pri tome kod njih osnovne rezilijentne osobine poput autonomije, samopouzdanja, samopoštovanja i optimizma. Obezbeđivanjem prilika za participaciju učenici dobijaju odgovorne uloge u školi te postaju aktivni sudionici u radu (Zvizdić, 2003).

Nadalje, Michael Rutter (1979; prema Brooks, 1996; Zvizdić, 2000) navodi da školska organizacija i atmosfera mogu imati pozitivan utjecaj na djecu. Naime, u okviru svoga istraživanja u Londonu Rutter i suradnici (1979; prema Werner, 1994) su utvrdili da pozitivna iskustva u učionici mogu ublažiti ili olakšati efekte stresa kod kuće. Na temelju rezultata mnogih studija (Freedman, 1993; Radke-Yarrow i Brown, 1993; Wallerstein i Blakeslee, 1989; Werner, 1991; Werner i Smith, 1992; prema Werner, 2000) u kojima je ispitivana uloga nastavnika kao protektivnog faktora tzv. ublaživača u životima djece koja su odrastala u obiteljima suočenim sa siromaštvom, alkoholizmom i mentalnim bolestima roditelja, utvrđeno je da nastavnici ili mentori mogu imati značajan pozitivan utjecaj na djecu pod rizikom.

Općenito, nastavnici pružaju korisne informacije, neophodnu instrumentalnu podršku, podstiču djetetov razvoj te vode brigu o djeci. Oni su svojevrsni pomagači pošto svojom dobrom voljom, suosjećanjem i strpljenjem mogu biti značajan izvor podrške kako za roditelje tako i za djecu te mogu ukloniti ili ublažiti faktore najvećeg rizika i tako omogućiti zdravu prilagodbu djeteta.

6.4. Tipovi socijalne podrške

Pored izvora socijalne podrške istraživači su na temelju svojih studija utvrdili i postojanje različitih *tipova podrške* koji su povezani s različitim dimenzijama prilagodbe ljudi (Revenson i sur., 1991; Thompson i sur., 1993; prema Unger, Jacobs i Cannon, 1996). Naime, da bi odgovorili na pitanje koje se odnosi na to šta socijalna podrška specifično obezbjeđuje za osobu, istraživači su pokušali klasificirati različite tipove podrške (Armstrong, Birnie-Lefcovitch i Ungar, 2005; Cohen i McKay, 1984; Cutrona i Russell, 1990; House, 1984; Schaefer, Coyne i Lazarus, 1981; Wills, 1984; prema Sarafino, 1998; Reis, 1984; prema Manstead i Hewstone, 1995). Te klasifikacije ukazuju na postojanje pet kvalitativno različitih tipova socijalne podrške: *emocionalna*, *instrumentalna* i *informacijska* podrška te *podrška usmjerena na poštovanje* i *podrška druženjem* (Zvizdić, 2003). Iako djeca i odrasli imaju različite uloge i aktivnosti u životu, ovih pet tipova socijalne podrške imaju korisne efekte za obje grupe.

- ❑ **Emocionalna ili afektivna podrška** nastaje iz bliskih odnosa (Barath, 1998) te uključuje ekspresiju brige, empatije, poštovanja i povjerenja prema osobi. Ovaj tip podrške podrazumijeva intimnost, privrženost i izražavanje solidarnosti u stresnim situacijama, što pojedincu pruža osjećaj ugone i utjehe, pripadnosti te osjećaja da je voljen ili zbrinut u vrijeme stresa. Emocionalna podrška je često bezuvjetna te predstavlja najintimniju i najintenzivniju formu podrške koja može biti prisutna u snažnom braku, obiteljskim odnosima ili bliskim prijateljstvima (Dalton, Elias i Wandersman, 2001).
- ❑ **Instrumentalna podrška**, koja se još naziva *opipljivom/vidljivom* podrškom, uključuje direktnu materijalnu pomoć kao što je primjerice posuđivanje ili davanje novca osobi ili pak usluge poput pomoći u kućnim poslovima za vrijeme stresa, posuđivanje kućnih alata, pomoć na poslu, briga o djeci, razni servisi i sl.
- ❑ **Informacijska podrška** uključuje davanje savjeta, uputa, sugestija ili povratne informacije o napredovanju osobe. S ciljem rješavanja aktualnih problema ovaj tip podrške podrazumijeva vođenje (Orford, 1992), pružanje savjeta relevantnih za datu situaciju (Helgeson, 1993) te specifičnih informacija o stresogenom događaju i resursima za suočavanje s istim (Taylor i Aspinwall, 1996). Primarno je kognitivna i obično je krojena prema specifičnoj situaciji.
- ❑ **Potvrđujuća/validacijska podrška ili podrška poštovanjem** javlja se kroz ekspresiju pozitivnog odnosa prema osobi, ohrabrenja ili slaganja sa pojedinčevim idejama ili osjećanjima te pozitivnog socijalnog uspoređivanja osobe sa drugima (Zvizdić, 2000). Gottlieb (1996) ovaj tip suporta naziva još i *podrška usmjerena na poštovanje*. Ova vrsta podrške odnosi se na ohrabrivanje osobe i ojačavanje njenog osjećaja kompetentnosti za nošenje sa specifičnim izazovom (Dalton, Elias i Wandersman, 2001) što znači da pojedincu služi za

izgrađivanje osjećanja osobne vrijednosti i kompetentnosti te je posebno korisna tokom faze procjene stresa (Sarafino, 1998; Stroebe i Stroebe, 1996).

- ❑ **Podrška druženjem ili podrška mreže**, koja je još nazvana i *pozitivna socijalna interakcija*, obezbjeđuje osjećaj pripadnosti jednoj grupi ljudi koji dijele interese, socijalne aktivnosti i doživljaje. Za Cobba (Barath, 1998) ovaj tip podrške podrazumijeva pružanje smisla i usmjerenja pojedincu u društvu kojem pripada.

Taylor i Aspinwall (1996) smatraju da ovi tipovi podrške mogu djelovati tako što će minimizirati ili reducirati snagu i utjecaj postojećih stresogenih događaja prije nego isti postanu veliki stresori te tako što će operirati kao ublaživači visokih razina stresa kod ljudi i djece. Pri tome treba imati na umu da različiti stresogeni događaji kreiraju različite potrebe ljudi tako da tip socijalne podrške, koji će osoba trebati i primiti, najviše ovisi o stresogenim okolnostima. Primjerice, istraživanja su pokazala da članovi obitelji mogu pogoršati stresnu situaciju i povećati stres kod pojedinca ukoliko mu umjesto utjehe isključivo pružaju savjete (Benson, Gross, Messer, Kellum i Passmore, 1991; Brownell i Dooley, 1981; Cohen i McKay, 1983; Dakof i Taylor, 1990; Schaefer i sur., 1981; prema Taylor, 1995). Za ljude koji su ozbiljno bolesni emocionalna i informacijska podrška mogu biti posebno značajne (Wortman i Dunkel-Schetter, 1987; prema Sarafino, 1998) za razliku od instrumentalne podrške. Kada su djeca u pitanju, emocionalna podrška predstavlja veoma značajan tip socijalne podrške (Vasta, Haith i Miller, 1997; Werner, 1999, 2000b).

6.5. Faktori koji određuju primanje i pružanje socijalne podrške

Tokom svog života ljudi se često nalaze u situacijama kada su im potrebni različiti izvori podrške te sposobnost pružanja i primanja socijalne podrške. Međutim, da li će jedna osoba dobiti podršku ovisi od kompozicije i strukture njene socijalne mreže tj. odnosa sa članovima obitelji i drugim ljudima iz zajednice (Mitchell, 1969; Schaefer, Coyne i Lazarus, 1981; prema Sarafino, 1998; Zvizdić, 2000). Zapravo, danas je poznat veći broj faktora koji određuju dobijanje socijalne podrške od kojih se samo neki odnose na potencijalne *primaocne podrške*, dok se drugi faktori odnose na potencijalne *davaocne podrške*.

Sami **primaoci podrške**, u ovisnosti od vlastite motivacije, vještina traženja podrške te oblika ponašanja, koji su često utemeljeni na specifičnim kulturalnim uvjerenjima i stavovima prema traženju i prihvatanju pomoći, vrlo često onemogućavaju dobijanje neophodne socijalne

podrške. Tako Sarafino (1998; prema Zvizdić, 2000, str. 30) navodi „nekoliko različitih faktora koji onemogućavaju prijem socijalne podrške“:

- a) pojedini ljudi nisu dovoljno asertivni da traže pomoć;
- b) osjećaju da bi trebali biti neovisni;
- c) ne žele opterećivati druge;
- d) ne osjećaju se ugodno povjeravajući se drugima;
- e) jednostavno ne znaju kome da se obrate.“

Također, ukoliko je pojedinac nesocijabilan, ako ne pomaže drugima te ukoliko drugim ljudima ne daje do znanja da mu je pomoć potrebna onda je malo vjerovatno da će dobiti željenu podršku (Zvizdić, 2003).

Dobro je poznato i da određeni stresogeni događaji, poput primjerice teških oboljenja, mogu interferirati sa sposobnošću efikasnog korištenja socijalne podrške (Johnson, 1991; Wortman, Dunkel-Schetter, 1979; prema Taylor i Aspinwall, 1996), dok psihološke reakcije ljudi na stresogene događaje također mogu proizvesti isti efekt. Tako mnogi autori (Bolger, Foster, Vinokur i Ng., u štampi; Matt i Dean, 1993, McLeod, Kessler i Landis, 1992; prema Taylor i Aspinwall, 1996) smatraju da pojedini ljudi koji su pod stresom mogu kontinuirano izražavati psihološku uznemirenost prema drugim ljudima, što posebno vrijedi za osobe koje na stresogene događaje reagiraju depresivnošću, te na taj način mogu odbiti i one pojedince koji bi im mogli obezbijediti socijalnu podršku.

Slično, Cramer, Henderson i Scott (1997) smatraju da psihološka uznemirenost može generirati nezadovoljavajuću socijalnu podršku, jer može djelovati na pojedinačevu percepciju raspoložive socijalne podrške. Ponekad može izgledati da primaoci podrške ne cijene dovoljno napore ljudi koji im obezbjeđuju podršku. Taylor (1995) to objašnjava tako što navodi da ljudi s teškim oboljenjima (npr. Alzheimerova bolest) jednostavno zbog samoga oboljenja nisu svjesni napora davaoca podrške. Smith i Wallston (1992; prema Taylor i Aspinwall, 1996) još dodaju da pasivno reagiranje na stresore također može uskratiti socijalnu podršku.

Ljudi koji imaju poteškoća u socijalnim odnosima, ljudi za koje je karakterističan hroničan stid ili oni koji anticipiraju odbijanje od strane drugih osoba su pod rizikom da se socijalno izoliraju. Usamljenost i socijalna izolacija sobom nose rizike za fizičko, kognitivno i mentalno funkcioniranje (Shankar, Hamer, McMunn i Steptoe, 2013).

Pored razmatranih faktora koji se odnose na primaoca socijalne podrške, a od kojih ovisi prijem iste, postoje faktori koji se odnose na potencijalne *davaoce* tj. osobe od kojih se u datim situacijama očekuje da obezbijede neophodnu podršku. Do danas je u okviru mnogih studija utvrđeno postojanje nekoliko faktora koji potencijalnim davaocima otežavaju pružanje socijalne podrške. Naime, poznato je da različiti stresogeni događaji mogu preopteretiti resurse potencijalnih davaoca podrške zbog čega izostaje njihova pomoć i podrška. Dakle, moguće je da oni jednostavno ne raspolazu potrebnim resursima za pružanje socijalne podrške.

Slično navedenom, Wethington, McLeod i Kessler (1987) smatraju da potreba za obezbjeđivanjem socijalne podrške može izazvati psihološku uznemirenost kod davaoca samo kada je pretrpan s mnogim drugim zahtjevima koje njegovi/njeni kapaciteti ne mogu podnijeti. To može rezultirati slomom kod osobe od koje se očekuje podrška. Dakle, moguće je da su i sami davaoci *pod stresom* tako da je i njima potrebna pomoć i podrška, koja zauzvrat može poboljšati njihovo fiziološko i psihološko funkcioniranje. Zapravo, hronični stres može djelovati i na potencijalne primaoce i na davaoce podrške te limitirati njihova ponašanja tj. traženje/prihvatanje i pružanje podrške.

Također, davaoci podrške mogu nepovoljno reagirati i na određene stresore koje bliske osobe doživljavaju. Izvrstan primjer za to su pojedini stresori poput raka ili AIDS-a (Dunkel-Schetter, 1979; Zich i Temoshok, 1987; prema Taylor, 1995) koji mogu potpuno onesposobiti pojedince koji pružaju podršku za oboljele budući kod njih averziju i strah. Zbog toga Melamed i Brenner (1990; prema Taylor, 1995) zaključuju da stupanj do kojeg su članovi obitelji i prijatelji izloženi stresorima određuje njihovu sposobnost obezbjeđivanja socijalne podrške osobi kojoj je ista najviše potrebna.

Moguće je i da su potencijalni davaoci jednostavno *neosjetljivi na potrebe* drugih ljudi te zbog toga izostaje njihova pomoć i podrška.

Općenito, socijalna podrška se ne može smatrati statičnim vlasništvom samo jedne osobe ili određenog okruženja, tako da njen kvantitet, kvalitet i njene funkcije ovise kako od samih pojedinaca tako i od zahtjeva stresora s kojima se oni suočavaju.

7. Istraživanja socijalne podrške

7.1. Znanstvene discipline u okviru kojih se izučava socijalna podrška

Socijalna podrška je bila predmet interesovanja neobično velikog broja znanstvenih disciplina (Boyce, Kay i Uitti, 1988; prema Orford, 1992). Najprije se počela proučavati u području medicine i sociologije. Medicinski radnici, interesirali su se za ulogu socijalne podrške u oporavku od teških bolesti ili operacija, dok su sociolozi ispitivali socijalnu mrežu odnosno strukturu socijalne podrške (Lackovic-Grgin, 2000) te socijalnu integraciju unutar zajednica (Turner, 1981; prema Orford, 1992). Pored sociologa i medicinara, socijalna podrška je intenzivno ispitivana i od strane antropologa, socijalnih radnika i profesionalaca iz oblasti javnog zdravstva.

U psihologiji interes za socijalnu podršku je relativno nov. Ona se uglavnom istraživala u okviru psihologije u zajednici, zdravstvene, kliničke, socijalne i razvojne psihologije (Dalton, Elias i Wandersman, 2001). Psiholozi su uglavnom bili više zainteresirani za ispitivanje funkcionalnog aspekta socijalne podrške tako da su upravo oni najviše doprinijeli razvoju metodologije njenog istraživanja (Lacković-Grgin, 2000).

Socijalna podrška u psihologiji u zajednici zauzima atraktivno mjesto budući da može pomoći u razumijevanju veza između pojedinaca i njihovih zajednica. Tako Leavy (1983, prema Orford, 1992, str. 81) smatra da je „...*socijalna podrška tema u srcu komunalne psihologije... ona je faktor okruženja koji je u interakciji sa pojedincem kako bi obezbijedila snagu, povjerenje i osjećaj pripadnosti.*“.

Budući da savremena zdravstvena psihologija veći naglasak stavlja na pojam pozitivnog zdravlja te na pitanja kako se ono stvara i unapređuje putem neposrednih međuljudskih komunikacija (Barath, 1998), Gottlieb i Pilisuk (1983; 1982; prema Taylor, 1995) navode da zdravstveni psiholozi socijalnu podršku trebaju posmatrati kao značajan resurs za primarnu prevenciju. Naime, psiholozi angažirani u području prevencije u okviru mentalnog zdravlja moraju više uraditi kako bi ljudima pomogli da efikasnije iskoriste ovaj značajan resurs. Izolirani pojedinci trebaju postati visoki prioritet za prevenciju što se dobrim dijelom može učiniti razvijanjem adekvatnih socijalno-suportivnih sistema.

Budući da se socijalna podrška odnosi i na koncept *personalnog identiteta*, Hirsch (1981; prema Orford, 1992) smatra da je ona sfera interesovanja individualne psihologije.

7.2. Istraživanja efekata socijalne podrške na tjelesno i mentalno zdravlje

Zdravstvene implikacije pozitivnih socijalnih interakcija posebno su značajne tokom perioda stresa, životnih tranzicija i kriza. U psihološkoj literaturi sve je više i više empirijskih dokaza koji demonstriraju da socijalna podrška može ublažiti stres i imati pozitivan efekt na tjelesno i mentalno zdravlje ljudi (Hartsough i Myers, 1995). Naime, danas postoji veliki broj empirijskih studija na temelju kojih je dokazano da socijalna podrška **smanjuje vjerovatnoću od obolijevanja** ljudi (Taylor i Aspinwall, 1996), **omogućava bolju prilagodbu na određene bolesti** (Dunkel-Schetter, 1984; Mumford, Schlesinger i Glass, 1982; Trelawny-Ross i Russell, 1987; Wortman, 1984; prema Helgeson, 1993), **ubrzava oporavak** (Kulik i Mahler, 1989; prema Taylor i Aspinwall, 1996; Helgeson, 1993) ili pak **povećava izgled za oporavak ljudi** koji su već bolesni (Wallston i sur., 1983; prema Taylor, 1995). Slično, Suls (1982; prema Lazarus i Folkman, 1984) razlikuje pozitivne i negativne efekte socijalne podrške u **prevenciji, suočavanju i oporavku od bolesti**. Općenito, utvrđeno je da je socijalna podrška povezana s nižom kardiovaskularnom reaktivnošću, nižom stopom miokardialnog infarkta, s manjom učestalošću ateroskleroze, boljom prilagodbom na hronični reumatidni artritis i manju prijemljivost za napade herpesa. Socijalna podrška može pojačati funkcioniranje imunološkog sistema i reducirati rizik od mortaliteta vezanog za ozbiljne bolesti (Zvizdić, 2003)..

Također, poznato je da socijalna podrška, kao jedan od okolinskih resursa, značajno djeluje na *proces stresa*. Mnogi istraživači su utvrdili da su osobe sa socijalnom podrškom *manje vulnerabilne na stresore* od osoba koje su bez podrške (Mirowsky i Ross, 1989; Pearlin i McCall, 1990; prema Burke, 1996). Zbog toga je za pojedince s visokim razinama socijalne podrške, a koji su izloženi djelovanju visoko-stresogenih događaja, manje vjerovatno da će patiti od psiholoških i/ili fizičkih nepovoljnih zdravstvenih posljedica. U skladu s tim, Gatchel, Baum i Krantz (1989) navode da su korisni efekti socijalne podrške utvrđeni u okviru studija u kojima je ispitivano djelovanje podrške na stresore poput trudnoće i rođenja djeteta, gubitka posla, hospitalizacije te prijetnje smrću ili povređivanjem.

Ljudi sa iskustvom socijalne podrške doživljavaju manje stresa u susretu sa stresogenim događajem, efikasnije se suočavaju sa istim (Taylor, 2011) te čak pozitivan životni događaj doživljavaju pozitivnijim (Gable, Gosnell, Maisel i Strachman, 2012).

Kada su u pitanju *oboljenja* kao biološki stresori, Chen i Cobb (1960; prema Gatchel, Baum i Krantz, 1989) su na temelju rezultata istraživanja socijalne podrške i oporavka od bolesti utvrdili da podrška reducira stupanj do kojeg stres može dovesti do bolesti. Dobar primjer za to su studije o pacijentima s AIDS-om i kompleksom (ARC) vezanim za AIDS putem kojih je dokazano da je razina depresivnosti i bespomoćnosti, koje ovi pacijenti doživljavaju, niža što je podrška percipirana kao dostupnija (Zich i Temoshok, 1987; prema Taylor, 1995). Također, putem mnogih

drugih istraživanja utvrđeno je da je terapijski učinak veći kod pacijenata koji primaju socijalnu podršku za razliku od pacijenata bez podrške (Strupp i Hadley; 1979; Vachon i sur., 1980; prema Cramer, Henderson i Scott, 1997). Ovi nalazi sugeriraju da socijalna podrška može *reducirati psihološku uznemirenost ljudi*.

Nadalje, *žrtve iznenadnih, ozbiljnih i nekontrolabilnih događaja* također izvještavaju o korisnim efektima socijalne podrške. Elklit i Pedersen (2001) navode da ispitivanja osoba koje su doživjele ratna traumatska iskustva (Keane, Scott, Chavoya, Lamparski i Fairbank, 1985), nesreće (Bartone, Ursano, Wright i Ingraham, 1989), silovanje (Burgess i Holmstrom, 1974), povrede mozga (Perry, Difede, Musngi, Frances i Jacobsberg, 1992) i HIV (Pakenham, Dadds i Terry, 1994) ukazuju na značaj socijalne podrške nakon traume. Rezultati istraživanja u okviru kojih je ispitivana uloga socijalne podrške među žrtvama prirodnih katastrofa pokazuju da su neadekvatne razine socijalne podrške povezane s većom razinom psihološke uznemirenosti i stresa (Drabek i Key, 1986; Cook i Bickman, 1990; Solomon, Bravo, Rubio-Stipec i Canino, 1993; prema Kaniasty i Norris, 1995).

Budući da Umberson (1987; prema Taylor i Aspinwall, 1996) ističe da socijalna podrška ima i direktan efekt na *zdravstvene navike* ljudi, jasno je da na taj način socijalna podrška ljudima omogućava uspješnije suočavanje sa stresogenim događajima te da može djelovati na njihova ponašanja vezana za stres. Taylor i Aspinwall (1996) navode da su ta ponašanja usmjerena na eliminiranje stresogenih događaja i prije nego što se isti pojave ili pak mogu prevenirati da stresogeni događaj ometa druge aspekte života.

Općenito, socijalna podrška ima značajnu ulogu za pojedince koji se oporavljaju od različitih tjelesnih oboljenja i psihosocijalnih stresora.

Za ljude, koji pružaju instrumentalnu podršku prijateljima, rođacima i susjedima ili obezbjeđuju emocionalnu podršku njihovim supružnicima, manje je vjerovatno da će umrijeti u narednih pet godina. Naime, interesantno je i da pružanje podrške, pored primanja, može unaprijediti zdravlje ljudi.

7.3. Efekti socijalne podrške na prilagodbu djece i adolescenata

Pored istraživanja efekata koje socijalna podrška može imati za odrasle ljude, mnogi istraživači su utvrdili korisne efekte socijalne podrške na prilagodbu djece, što potvrđuju Magni, Silvestro, Tamiello, Zanesco i Carl (1988; prema Taylor, 1995) koji su, na temelju svoga istraživanja djece-pacijenata oboljelih od *leukemije*, utvrdili da je socijalna podrška bila povezana s njihovom *boljom prilagodbom i/ili bržim oporavkom od bolesti*. Nadalje, Jessner, Blom i Waldfogel (1952; prema Gatchel, Baum i Krantz, 1989) navode da je suportivno ponašanje

roditelja i medicinskog osoblja bilo povezano s *boljom prilagodbom djece na hospitalizaciju*, a Hamburg (1991; prema Taylor, 1995) je čak utvrdio da erozija tj. osipanje obiteljske podrške i socijalne podrške iz mreže predstavljaju značajne faktore koji su doprinosili *nasilju* kod adolescenata, posebice onih koji su odrastali u siromašnom okruženju.

Također, utvrđeno je da djeca s jakim sistemom socijalne podrške postižu bolje rezultate na mjerama društvene prilagodbe od djece koja dobivaju manje socijalne podrške (Dubow i sur., 1991; Ladd, 1994; Levitt, Guacci-Franco i Levitt, 1993; prema Vasta, Haith i Miller, 1997). Naravno, treba voditi računa da uzročno-posljedične veze koje se nalaze u podlozi tog odnosa mogu biti obostrane. Iz tog razloga Berndt (1989b; prema Vasta, Haith i Miller, 1997) ističe da podrška može doprinositi djetetovoj socijalnoj prilagodbi, ali je isto tako moguće i da dobro prilagođena djeca uspješnije traže podršku.

Na temelju rezultata istraživanja provedenog na uzorku od ukupno 816 mlađih adolescenata iz četrnaest osnovnih škola Kantona Sarajevo (Zvizdić i Butollo, 1998; prema Zvizdić, 1999), koji su tokom rata doživjeli pogibiju/nestanak oca ili separaciju od oca, utvrđeno je da ispitanici koji su percipirali manju socijalnu podršku od prijatelja-vršnjaka imaju značajno *veću razinu posttraumatskih stresnih reakcija* od ispitanika koji su percipirali veću socijalnu podršku od prijatelja (Zvizdić, 2000; Zvizdić i Butollo, 2002). Rezultati istraživanja ukazuju da je ispitanikova percepcija manje socijalne podrške od prijatelja, nastavnika i obitelji značajno povezana s *povećanom razinom depresivnih reakcija* (Zvizdić, 1999, 2000).

Nadalje, pokazalo se da mlađi adolescenti, koji su doživjeli smrt oca ili separaciju od oca, a koji su percipirali veću socijalnu podršku od nastavnika, imaju značajno *nižu razinu depresivnih reakcija* od mlađih adolescenata iz kontrolne grupe s percipiranom manjom socijalnom podrškom od nastavnika (Zvizdić, 2000; Zvizdić i Butollo, 2002). Dakle, podrška od nastavnika nakon traumatske separacije ili pogibije oca značajno je povezana s razinom depresivnih reakcija u mlađih adolescenata.

8. Značaj pojedinih izvora socijalne podrške za rezilijenciju djece i adolescenata

U okviru pojedinih istraživanja utvrđeno je da izvori podrške kao zaštitni faktori doprinose razvoju rezilijencije budući da imaju veći utjecaj na životni pravac pojedinaca koji odrastaju u nepovoljnim uvjetima nego što to imaju specifični faktori rizika ili stresogeni životni događaji (Werner, 1995). Zapravo, bez obzira na rizične uvjete, studije o rezilijenciji konzistentno naglašavaju značaj suportivne brige u protektivnim procesima (Brown, Haris i Bifulco, 1986; Egeland i Sroufe, 1981; Masten i sur., 1990; prema Egeland, Carlson i Sroufe, 1993).

Na temelju rezultata svoga istraživanja, Egeland i Kreutzer (1991; prema Egeland, Carlson i Sroufe, 1993) naglašavaju da se kapacitet za rezilijenciju razvija tokom vremena uz interakciju konstitutivnih i iskustvenih faktora u kontekstu podrške iz okruženja. Farber i Egeland (1987; prema Egeland, Carlson i Sroufe, 1993) su utvrdili značaj suportivnog okruženja za uspješnu prilagodbu djece. Naime, za pojedinu djecu koja su bila pod rizikom za razvojne probleme vezane za nepovoljne uvjete života te za djecu koja su napredovala u smislu uspješnije adaptacije uprkos početnim poteškoćama, vrlo često je utvrđeno postojanje suportivnog okruženja ili je pak pronađeno da se prije djetetovog oporavka nepovoljno okruženje promijenilo u pozitivnom smislu. S jedne strane, za grupe djece koje su još nazivane „rezilijentnim“ grupama, a za koje je bio karakterističan određeni stupanj oporavka u odnosu na raniju maladaptaciju, utvrđeno je da su doživjela poboljšanje brige i/ili povećanje podrške, dok se s druge strane, za djecu koja su lošije funkcionirala tokom vremena pokazalo da su doživjela značajno smanjenje podrške u svom okruženju.

8.1. Obiteljska podrška

Budući da mnoga istraživanja rezilijencije naglašavaju značaj konteksta u zaštitnim procesima evidentno je da okruženje značajno doprinosi fenomenu rezilijencije. Upravo se *obiteljsko okruženje* smatra jednim aspektom cjelokupnog okruženja koje doprinosi rezilijenciji djece, što potvrđuju Egeland, Carlson i Sroufe (1993) koji, kada su u pitanju zaštitni faktori tj. izvori socijalne podrške, posebno naglašavaju značaj roditelja ili staratelja koji emocionalno reaguju na svoju djecu.

Kada je u pitanju uloga obiteljske podrške, autorica Werner (1989) navodi da je kvalitetno i podržavajuće obiteljsko okruženje značajno povezano s kompetencijom i rezilijencijom djece, dok Michael Rutter (1995) smatra da pored školskog okruženja, suportivan dom također razvija djetetovu rezilijenciju.

Clark (1999), Fine i Schwebel (1991) smatraju da je netaknuta obitelj značajan zaštitni proces u životima djece, dok mnogi autori (Brennan, 1993; Resnick, Harris i Blum, 1993; Wyman, Cowen, Work i Parker, 1991; prema Rolf i Johnson, 1999; Beauvais i Oetting, 1999) naglašavaju da harmonični odnosi unutar obitelji igraju krucijalnu ulogu u razvoju rezilijencije kod djece i adolescenata. Garmezy (1985; prema Luthar i Zigler, 1991) je identificirao kohezivnost i toplotu kao značajne obiteljske faktore koji štite od stresa, a Block (1971; prema Luthar i Zigler, 1991) navodi da rezilijentna djeca obično imaju brižne, strpljive, kompetentne i kompatibilne roditelje koji dijele zajedničke vrijednosti. Oni su svjesni potreba, interesovanja i ciljeva svoje djece. U skladu s navedenim Winfield (1994; prema Brackenreed, 2010) smatra da djeca, za koju je karakteristična rezilijencija, imaju roditelje koji ih na adekvatan način vode i pružaju im podršku na dnevnoj osnovi, koji su svjesni njihovih interesovanja i aspiracija te koji također vode računa o njihovom obrazovanju.

Veći broj istraživanja dječije rezilijencije demonstrirala su značajan odnos između kvalitete staranja o djetetu/roditeljstva i djetetove sposobnosti da se prilagodi na nepovoljne okolnosti (Masten, Morison, Pellegrini i Tellegen, 1990; Werner, 1993; Werner i Smith, 1992; prema Armstrong, Birnie-Lefcovitch i Ungar, 2005). Wyman, Sandler, Wolchik i Nelson (2000; prema Armstrong i sur., 2005) navode nekoliko ključnih roditeljskih kvaliteta koji su izdvojeni kao bitni u mnogim istraživanjima, a to su: supervizija djeteta, konzistentna struktura i disciplina, pozitivni roditeljski stavovi, njihova aktivna uključenost te jasni obiteljski komunikacijski obrasci.

Utvrđeno je da roditeljski stil i kvaliteta roditeljstva (Baldwin, Baldwin i Cole, 1990; Masten i sur., 1999; prema Pierorazio, 2009) pozitivno djeluju na ishode kod djece. Naime, rezultati longitudinalne studije ukazuju da je autoritativni roditeljski stil povezan s optimalnom kompetentnošću djece i adolescenata (Baumrind, 1989; prema Zolkoski i Bullock, 2012). Prema Baumrind (1991; prema Zolkoski i Bullock, 2012) autoritativni roditelji su bili identificirani kao osjetljivi i zahtjevni. Osjetljivi roditelji su podržavajući, topli i puni ljubavi dok ujedno obezbjeđuju kognitivno stimulirajuće okruženje. Zahtjevni su u smilu da su čvrsti, racionalni i dosljedni, ali ne i oholi ili kontrolirajući nad svojom djecom. Ostali obiteljski zaštitni faktori rezilijencije su: a) obiteljska struktura; b) intimni partnerski odnosi; c) obiteljska kohezija; d) podržavajuće interakcije roditelj-dijete; e) stimulirajuće okruženje; f) socijalna podrška; g) stabilan i adekvatan dohodak (Benzies i Mychasiuk, 2009; prema Zolkoski i Bullock, 2012).

Nadalje, Eisenberg i suradnici (2003; prema Zolkoski i Bullock, 2012) su utvrdili da su dječija socijalna kompetencija i prilagodba povezani s majčinskom ekspresijom pozitivnih emocija. Neighbors i suradnici (1993; prema Pierorazio, 2009) su utvrdili da rezilijentni adolescenti imaju bolje odnose sa njihovim majkama, a Grizenko i Pawliuk (1994; prema

Pierorazio, 2009) smatraju da su pozitivni odnosi s bakom ili djedom služili kao zaštitini faktor. Prema rezultatima Kauai studije (Werner i Smith, 1982, 1992; prema Pierorazio, 2009) rezilijentna mala djeca bila su blisko povezana sa starateljima, koji nisu nužno bili roditelji već djedovi i bake. Naime, Rak i Patterson (1996) smatraju da postojanje rođaka iz socijalne mreže, s kojima djeca i adolescenti pod rizikom dijele slične vrijednosti i uvjerenja te kojima se mogu obratiti za savjet i podršku, predstavlja još jedan od obiteljskih faktora koji unapređuje njihovu rezilijenciju.

Putem istraživanja rezilijencije utvrđeno je da su ljudi, koji se dobro suočavaju s nevoljama, a pri tome nemaju snažan obiteljski suportivni sistem, sposobni da traže pomoć sa strane ili da regrutuju druge ljude da im pomognu. Kada su u pitanju djeca, neke longitudinalne studije sugeriraju da rezilijentna djeca dobijaju veliki dio emocionalne podrške i izvan njihove obitelji te da se oslanjaju na prijatelje, nastavnike i susjede tražeći utjehu ili savjet u kriznim situacijama ili vremenima tranzicije (Werner, 2000). Dakle, evidentno je da postoje eksternalni suportivni sistemi u zajednici koji također potkrepljuju i nagrađuju kompetentnost djece te im obezbjeđuju pozitivne modele. Među njima posebno mjesto zauzimaju vršnjaci-prijatelji te brižni nastavnici.

8.2. Podrška od strane vršnjaka

Odnosi sa vršnjacima su veoma značajni te mogu djelovati na rezilijenciju djece i adolescenata. Pored svoje sposobnosti pronalaženja odraslih osoba koje im mogu pružiti neophodnu pomoć, rezilijentna djeca su se pokazala veoma vještom u stvaranju i održavanju kvalitetnih prijateljstava. Navedeno potvrđuje autorica Werner (1996) koja je utvrdila da su rezilijentna djeca iz njenog uzorka bila veoma uspješna u biranju nekoliko prijatelja s kojima su njegovala trajna prijateljstva. Rezilijentni dječaci i djevojčice su obično tražili i pronalazili emocionalnu podršku izvan obitelji težeći da imaju barem jednog dobrog prijatelja što je bilo posebno karakteristično za djevojčice (Werner, 1993).

Tokom 2002. godine u okviru istraživanja na uzorku mlađih adolescenata tj. 422 učenika VII i VIII razreda iz nekoliko osnovnih škola Kantona Sarajevo (Zvizdić, 2003) ispitan je doprinos izvora percipirane socijalne podrške (podrška od obitelji, nastavnika i vršnjaka) i spola ispitanika u objašnjenju tri kriterijske mjere: globalno samopoštovanje, tjelesno samopoštovanje i asertivnost. Prema rezultatima regresijskih analiza utvrđeno je da najveći doprinos u objašnjenju sve tri kriterijske mjere ima upravo percipirana socijalna podrška od vršnjaka. To ujedno znači da ukoliko mlađi adolescenti percipiraju postojanje više razine podrške od strane vršnjaka (prijatelja i školskih drugova), to će i razina njihovog globalnog samopoštovanja, tjelesnog samopoštovanja i

asertivnosti biti viša (Zvizdić, 2003; Zvizdić i Đapić, u štampi). A poznato je da mnogi autori navode samopoštovanje i asertivnost kao karakteristike rezilijentne djece.

Nadalje, Taylor i Gibbs (1976; 1985; prema Nettles i Pleck, 1996; prema Zvizdić, 2003) ističu da su stavovi prema djetetu od strane značajnih drugih (roditelja, vršnjaka i nastavnika) bili izvor samopoštovanja kod djece afroameričkog porijekla. Na osnovu rezultata istraživanja Clark (1999; prema Zvizdić, 2003) navodi da rezilijentni afroamerički studenti imaju prijatelje i mreže socijalne podrške koji služe kao zaštitni mehanizmi tako što pojačavaju samopoštovanje i ublažavaju stres. Beauvais i Oetting (1999; prema Zvizdić, 2003) posebno naglašavaju ulogu vršnjaka u razvoju samopoštovanja. Ovi autori smatraju da se samopoštovanje razvija kroz prihvatanje od strane vršnjaka. Dakle, na temelju svega što je navedeno, čini se sasvim prihvatljivim tumačenje Lacković-Grgin (1994; prema Zvizdić, 2003) prema kojoj je specifičnost prijateljskog odnosa upravo u tome što takav odnos u najvećoj mjeri omogućava zadovoljenje potrebe mlade osobe da bude jedinstvena i vrijedna te što ujedno ohrabruje pozitivnu samoevaluaciju i olakšava nadvladavanje iskustava koja bi mogla ugroziti njeno samopoštovanje.

Ipak, ne treba zanemariti rezultate longitudinalne studije provedene na uzorku od 145 adolescenata iz Njemačke u okviru koje je utvrđeno da integracija u vršnjačku grupu, uz postojanje visoke razine zadovoljstva vršnjačkom podrškom, neće nužno imati zaštitnu funkciju ukoliko vršnjaci ohrabruju problematična ponašanja (Bender i Losel; 1997; prema Pierorazio, 2009). Dakle, veoma je važna vrsta vršnjačke grupe kojoj adolescent pripada te od koje prima podršku.

8.3. Škola i nastavnici kao izvor podrške

Škola predstavlja zaštitni faktor za djecu i adolescente te zbog toga intervencije u školama također mogu imati efekta na rezilijenciju djece. Sveobuhvatni trening s ciljem osiguravanja rezilijencije učenika (1999; prema Brackenreed, 2010) predstavlja Projekat koji je iznjedrio nekoliko bitnih strategija za podržavanje rezilijencije kod učenika: 1) u okviru škole učenicima treba ponuditi prilike za izgradnju značajnih odnosa sa podržavajućim odraslim osobama; 2) treba razvijati socijalne kompetencije i školske vještine kod učenika te im obezbijediti iskustva kompetentnosti i uspjeha; 3) učenici bi trebali dobiti prilike za smislen angažman i odgovornost u školi i zajednici; 4) treba identificirati i podržavati servise za djecu i mlade.

Zahvaljujući svojoj longitudinalnoj studiji, Werner (1990) je utvrdila da *predškolski odgajatelji* i *nastavnici u osnovnim školama* mogu imati najduži utjecaj na njihove učenike. U životima djece iz Kauai studije *nastavnici* su bili gotovo najčešće birani kao pozitivni modeli izvan obiteljskog kruga. Autorica Werner još navodi da su rezilijentna djeca iz njenoga uzorka uglavnom

bila upućena na podržavajućeg nastavnika koji je vjerovao u njih te koji je bio sposoban da motivira svoje učenike. Naime, veoma je značajno da nastavnici imaju visoka očekivanja i standarde (Alva, 1989; Werner, 1984) te da nagrađuju i pružaju efikasnu povratnu informaciju pojačavajući tako rezilijenciju kod svojih učenika (Werner, 1984). Pored rezultata istraživanja Wernerove, autori Roeser, Eccles i Sameroff (1998) su utvrdili da je za adolescente, koji su svoje nastavnike doživljavali kao izvore akademske i emocionalne podrške, postojala manja vjerovatnoća za doživljavanje emocionalne uznemirenosti ili alijenacije od škole.

Na temelju navedenog jasno je da se značaj podrške nastavnika ne smije podcijeniti. Werner (2000) navodi dvije zanimljive studije praćenja koje zaslužuju specijalnu pažnju budući da ukazuju na značaj i ulogu brižnog nastavnika za razvoj rezilijencije kod djece:

1) Studija 24 djece koja su uspjela preživjeti strahote Naci holokausta te koja su pred sami kraj II svjetskog rata iz koncentracionih logora i sirotišta poslana na terapiju u jednu školu u Engleskoj (Moskovitz, 1983). Nakon 30-40 godina jedan dio ove djece, tada već odraslih osoba, bili su izvanredno afirmirani u životu. Naime, tokom ponovnog ispitivanja preživjeli rezilijentni pojedinci su navodili postojanje jedne žene, nastavnice iz engleske škole, koja je imala najveći utjecaj na njihove živote. Ona im je obezbijedila toplinu i brigu te ih naučila kako da se „ponašaju suosjećajno“;

2) Studija srednjovječnih muškaraca i žena koji su, tokom civilnog rata u Grčkoj, svoje rano djetinjstvo proveli sa njihovim majkama u maksimalno osiguranom zatvoru (Dalianis, 1994). Njihove majke, čiji su muževi ubijeni kao pripadnici snaga otpora, u zatvoru su očekivale egzekuciju (smaknuće). Ljudi koji su pomagali ovoj djeci tokom njihovog boravka u zatvoru također su bili zatvorenici i to uglavnom žene-profesionalno osposobljene za rad sa djecom koje su se igrale s njima, učile ih čitati i pjevati. One su se brinule i za njihovo fizičko zdravlje održavajući njihov duh sve dok nisu bila oslobođena. Na temelju ove studije uvrđeno je da su ta djeca-bivši zarobljenici izrasli u kompetentne i brižne srednjovječne ljude koji imaju vlastitu djecu i koji su ostvareni pojedinci u njihovim zajednicama.

U istraživanju s 422 mlađa adolescenta (Zvizdić, 2003) utvrđeno je da najveći doprinos u objašnjenju školskog samopoštovanja te percipirane samoefikasnosti u školskom učenju i reguliranju vlastitog procesa učenja ima percipirana socijalna podrška od nastavnika. To ujedno znači da ukoliko mlađi adolescenti percipiraju postojanje više razine podrške od nastavnika to će i razina njihovog školskog samopoštovanja i percipirane samoefikasnosti u školskom učenju i reguliranju vlastitog procesa učenja biti viša (Zvizdić, 2003; Zvizdić i Đapić, 2015).

Nastavnici mogu njegovati rezilijenciju kod učenika tako što će kreirati razrednu i školsku klimu koja će prigrliti dijete, zadovoljiti učenikovu potrebu za sigurnošću i pripadanjem, razvijati socijalnu kompetenciju, autonomiju, sposobnost rješavanja problema te omogućiti svakom učeniku prilike da učestvuje u raznim aktivnostima škole. Visoka očekivanja nastavnika mogu ohrabriti učenike za aktivno delovanje te pomoći učenicima da efikasnije uče i postižu dobre

školske rezultate. Koristeći se raznim strategijama nastavnici u školama mogu razvijati specijalne interese i hobije kod djece i adolescenata. Na primjer, obogaćivanjem sadržaja u školi te izvannastavnim aktivnostima djeci i adolescentima se može omogućiti pristup umjetnosti, sportovima i potencijalnim aktivnostima u slobodno vrijeme, a kroz koje se kod učenika može stimulirati razvoj osobnih interesovanja, hobija ili aktivnosti. Nastavnici mogu pratiti aktivnosti u kojima su angažirani učenici te im na taj način omogućiti prilike da se razvijaju u tom području. Pri tome ne treba zanemariti činjenicu da je za djecu, koja se uspješno suočavaju sa izazovima traume ili drugim negativnim životnim događajima, utvrđeno da često imaju interese, hobije ili vještine za koje dobijaju pozitivna priznanja (Katz, 1994; prema Christiansen, Christiansen i Howard, 1997). Zapravo, specijalni interesi i hobiji omogućavaju djeci fokusiranje na aktivnosti i osobna postignuća koja im donose pažnju i priznanje od strane drugih, a pozitivna povratna informacija i osjećaj ulaganja pozitivno djeluje na razvoj i održavanje samopoštovanja i osobne vrijednosti, što svakako povećava njihovu rezilijenciju. Ne treba zaboraviti da priznanje za participaciju u školskim aktivnostima, događajima i obavezama djeluje na svjesnost druge djece koja također mogu razviti slične interese (Glick, 1994; prema Christiansen, Christiansen i Howard, 1997).

Također, od iznimne važnosti je da se u školi prepoznaju snage i pozitivni kapaciteti učenika, a što će učenicima pomoći da osvijeste vlastite snage. Nastavnici koji razvijaju rezilijenciju kod učenika poznaju i primjenjuju principe aktivnog slušanja u komunikaciji sa učenicima, pokazuju suosjećanje i poštovanje dozvoljavajući učenicima da prave izbore, da izraze vlastito mišljenje, da rješavaju probleme i pomažu drugima prvenstveno vršnjacima. Takvi nastavnici tretiraju učenike kao odgovorne pojedince dozvoljavajući im da participiraju u svim aspektima škole (Rutter i sur., 1979; Rutter, 1984; Bernard, 2001; prema Brackenreed, 2010).

Istraživači su utvrdili da je bitna aktivna uključenost jednog ili više članova obitelji u obrazovanje djeteta te da može poslužiti kao zaštitni faktor (Clark, 1983; prema Christiansen, Christiansen i Howard, 1997). S ciljem razvijanja pozitivnih interakcija između nastavnika i roditelja učenika, škole bi trebale omogućiti roditeljima participaciju u školskoj zajednici. Aktivnosti u školi koje su značajno povećale uključenost roditelja su (Ramirez-Smith, 1995; prema Christiansen, Christiansen i Howard, 1997): angažiranje kordinatora obitelj-škola za kontaktiranje roditelja, razvijanje školskog kalendara za socijalne događaje koji su osmišljeni za poboljšanje interakcije dijete-roditelj, organiziranje radionica za roditelje, itd. Mnogi praktičari smatraju da ne treba djelovati samo kada se pojave problemi kod djece, već je neophodno anticipirati potrebe svakog djeteta, zadovoljavati te potrebe kroz pozitivna priznanja i adekvatnu podršku te na taj način njegovati karakteristike koje jačaju rezilijenciju kod djece. Dakle, škole mogu i trebaju pružiti podršku roditeljima njihovih učenika te kreirati planove zajedničkih aktivnosti. Zbog svega navedenog jasno je da je saradnja između škole i obitelji veoma važna za razvijanje i poticanje rezilijencije kod učenika.

8.4. Podrška zajednice

Pored obitelji, vršnjaka, nastavnika i predškolskih odgajatelja, Garmezy (1985, 1987; prema Garmezy, 1991) još spominje zaštitne faktore koji predstavljaju izvore vanjske podrške, a koji imaju utjecaja na rezilijenciju djece. U te faktore spadaju određene *institucionalne strukture* poput agencija za brigu o djeci ili *vjerske institucije* koje razvijaju mrežu odnosa s većom zajednicom. Nadalje, mnogi istraživači (Werner, 1984, 1986; Garmezy i sur., 1984; Boling i Weddle, 1988; Beardslee i Podorefsky, 1988; Dugan i Coles, 1989; prema Rak i Patterson, 1996) su kod rezilijentne djece otkrili postojanje modela za identifikaciju i podršku izvan obitelji u koje, pored nastavnika i vjerskih lica, spadaju i *školski savjetnici*, zatim mnogi članovi iz zajednice poput *supervizora projekata* izvan škole, *sportskih trenera*, *mentalno-zdravstvenih radnika*, *članova različitih cenara* i dobrih *susjeda*.

Također, tokom svog razvoja rezilijentna djeca su često imala određeni broj *mentora* izvan obitelji. Mentori su odrasle osobe koje mogu pružiti ključnu podršku djeci koja su pod rizikom zbog posljedica siromaštva, trauma, ovisnosti ili drugih životnih poteškoća. Utvrđeno je da se djeca, koja su privržena ili imaju značajnu vezu s odraslom osobom ili ponekad čak i s drugim djetetom, produktivnije suočavaju s vlastitim izazovima te je vjerovatnije da će doživljavati uspjeh (Garmezy, 1987, 1992; White-Hood, 1993; prema Christiansen, Christiansen i Howard, 1997). Nastavnici, administratori, savjetnici, asistenti u razredu i drugo školsko osoblje su u jedinstvenom položaju da pružaju podršku ugroženoj djeci. U praksi, to znači da se odrasla osoba treba specijalno zainteresirati za dijete te razviti brižan i podržavajući odnos sa djetetom.

White-Hood (1993; prema Christiansen, Christiansen i Howard, 1997) je koristila mentorski program za učenike koje su nastavnici identificirali kao učenike sa školskim poteškoćama i problemima u ponašanju. Mentori su bili školsko osoblje te odrasle osobe iz drugih škola i zajednice. White-Hood je utvrdila da se kod učenika, pored pozitivnih osobnih benefita, poboljšalo čitanje i pisanje te procjene istih, zatim povećano je pohađanje nastave, a broj suspendovanih/kažnjenih učenika je opao. Također, utvrđen je porast samopoštovanja učenika. Nadalje, u druge škole su dolazili članovi poetskih klubova, roditelji volonteri koji su vodili šahovske klubove te odrasli koji su učenike podučavali umjetnosti, kompjuterima i vještinama izgradnje modela aviona. Nastavnici su primijetili značajne koristi od navedenih aktivnosti za učenike „pod rizikom“ (Christiansen, Christiansen i Howard, 1997).

Općenito, na temelju rezultata iz mnogih istraživanja utvrđeno je da odrasli modeli izvan obitelji predstavljaju podršku za djecu pod rizikom (Beardslee i Podorefsky, 1988; Bolig i Weddle, 1988; Garmezy i sur., 1984; Masten, 2001; Werner, 1984, 1986, 2000; prema Zolkoski i Bullock, 2012).

I na kraju, potrebno je naglasiti da zaštitni faktori iz zajednice uključuju: a) rane preventivne i intervencijske programe; b) sigurnost u susjedstvu; c) relevantne i adekvatne zdravstvene servise te pristupačnost istim; d) rekreativne sadržaje i programe; f) povoljne ekonomske mogućnosti za obitelji; g) religijske i spiritualne organizacije (Alvord i Grados, 2005; Benzies i Mychasiuk, 2009; prema Zolkoski i Bullock, 2012).

Svi postojeći resursi u zajednici bi trebali imati kvalitetnu saradnju sa školama, pa samim tim i sa obiteljima učenika, a sve s ciljem razvijanja i poticanja rezilijencije kod djece i adolescenata.

Kada djeca doživljavaju dom, školu, vršnjake i zajednicu kao okruženja koja im obezbjeđuju podršku za pozitivan razvoj njihovih potencijala te kada imaju prilike za smisleno učešće u raznolikim aktivnostima tada takva djeca razvijaju karakteristike koje definiraju rezilijenciju. Ukoliko pak društvo ne raspolaže sistemima podrške za razvoj rezilijencije onda je prisustvo barem jedne brižne i podržavajuće osobe u životima djece i adolescenata suočenih s nepovoljnim okolnostima, dakle suportivne osobe koja podržava stav da su sva djeca bazično dobra bez obzira kako se ona ponašala, obezbjeđuje podršku za zdrav razvoj i učenje te poticanje i njegovanje rezilijencije koja ima kapacitet da poboljša kvalitetu njihovih života.

Literatura

1. Agaibi, C.E. i Wilson, J.P. (2005). Trauma, PTSD, and Resilience: A Review of the Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, Vol. 6 (3), 195-216.
2. Ajduković, D. (1995). Program psihosocijalne pomoći prognoj i izbjegloj djeci, (Priručnik za pomagače-nestručnjake). Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
3. Ahmeduzzaman, M. i Roopnarine, J.L. (1992). Sociodemographic Factors, Functioning Style, Social Support, and Fathers' Involvement With Preschoolers in African-American Families. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 699-707.
4. Anthony, E.J. (1987). Risk, vulnerability and resilience: An overview. In E.J. Anthony & B. Cohler (Eds.), *The invulnerable child* (pp. 3-48). New York: The Guilford Press.
5. Armstrong, M.I., Birnie-Lefcovitch, S. i Ungar, M.T. (2005). Pathways Between Social Support, Family Well Being, Quality of Parenting, and Child Resilience: What We Know, *Journal of Child and Family Studies*, Vol. 14 (2), 269–281.
6. Barr, R.G., Boyce, W.T., i Zeltzer, L.K. (1996). The stress-illness association in children: A perspective from the biobehavioral interface. In R.J. Haggerty, L.R. Sherrod, N. Garmezy, & M. Rutter (Eds.), *Stress, Risk, and Resilience in Children and Adolescents: Processes, Mechanisms, and Intervention* (182-224). New York: Cambridge University Press.
7. Barath, A. (1998). Socijalna potpora, obitelj i samozaštita u unapređenju zdravlja i liječenju bolesti. U M. Havelka (ur.), *Zdravstvena psihologija* (pp. 43-51). Jastrebarsko „Naklada slap“.
8. Baruth, K.E. i Carroll, J.J. (2002). A Formal Assessment of Resilience: The Baruth Protective Factors Inventory. *Journal of Individual Psychology*, Vol. 58 (3), 235-245.
9. Beauvais, F. i Oetting, E.R. (1999). Drug Use, Resilience, and the Myth of the Golden Child. In M.D. Glantz, & J.L. Johnson (Eds.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations* (pp. 101-108). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
10. Belle, D. (1987). Gender Differences in the Social Moderators of Stress. In R.C. Barnett, L. Biener, & G.K. Baruch (Eds.), *Gender and Stress* (pp. 257-277). New York: THE FREE PRESS, A Division of Macmillan, Inc.
11. Benard, B. (1991). Fostering resilience in kids: Protective factors in the family, school, and community. Portland, *Northwest Regional Educational Laboratory* (NWREL), 1-32.
12. Benard, B. (1995). Fostering Resilience in Children, ERIC Digest. Urbana: University of Illinois.

13. Benard, B. (1997). Turning around for all youth: from risk to resilience, ERIC Digest. Urbana: University of Illinois.
14. Benard, B. (1999). Applications of Resilience, Possibilities and Promise. In M.D. Glantz, & J.L. Johnson (Eds.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations* (pp. 269-276). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
15. Block, J. i Kremen, A. M. (1996). IQ and ego resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 349-361.
16. Blonna, R. (1996). Coping With Stress In a Changing World. New York: WCB McGraw-Hill.
17. Bolger, N. i Kelleher, S. (1993). Daily Life in Relationships. In S. Duck (Eds.), *Social Content and Relationships. Understanding Relationship Processes*, Series, Volume 3 (pp. 100-108). Newbury Park: SAGE Publication, Inc.
18. Brackenreed, D. (2010). Resilience and Risk. *International Education Studies*. Vol. 3, No. 3. 111-121.
19. Brooks, J.B. (1996). The Process of Parenting, *Fourth Edition*, London: Mayfield Publishing Company, California.
20. Bromley, E., Johnson, J.G. i Cohen, P. (2006). Personality strengths in adolescence and decreased risk of developing mental health problems in early adulthood. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 47 (4), 315-324.
21. Bryan, J. (2005). Fostering Educational Resilience and Achievement in Urban Schools through School-Family-Community Partnerships. *Professional School Counseling*. Vol. 8 (3), 219-243.
22. Burke, P.J. (1996). Social Identities and Psychosocial Stress. In H.B. Kaplan (Eds.), *Psychosocial Stress, Perspectives on Structure, Theory, Life-Course, and Methods* (pp. 141-174). New York: Academic Press.
23. Burns, R. (1982). Self-concept development and education. London: Holt; Rinehart & Winston.
24. Burt, C.E., Cohen, L.H. i Bjorck, J.P. (1988). Perceived Family Environment as a Moderator of Young Adolescents' Life Stress Adjustment. *American Journal of Community Psychology*, Vol. 16, No. 1, 101-122.
25. Cassidy, J. (1988). Child-Mother Attachment and the Self in the Six-Year-Olds. *Child Development*, 59, 121-134.

26. Christiansen, J., Christiansen, J.L. i Howard, M. (1997). Using Protective Factors to Enhance Resilience and School Success for At-Risk Students, *Intervention in School and Clinic*, Vol. 33 (2), 86-89.
27. Cicchetti, D. i Garmezy, N. (1993). Milestones in the development of resilience. Special issue, *Development and Psychopathology*. Vol. 5(4), 497–774.
28. Clark, M.L. (1999). Social Identity, peer relations, and academic competence of African American adolescents. *Education and Urban Society*, Vol. 24, No. 1, 41-52.
29. Cochran, M. i Davila, V. (1992). Societal Influences on Children's Peer Relationships. In R.D. Parke, G.W. Laad (Eds.), *Family-Peer Relationships: Modes of Linkage (191-212)*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
30. Cohen, S., Sherrod, D.R. i Clark, M.S. (1986). Social Skills and the Stress-Protective Role of Social Support. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 50, No. 5, 963-973.
31. Condly, S.J. (2006). Resilience in Children: A Review of Literature With Implications for Education. *Urban Education*, Vol. 41 No. 3, 211-236.
32. Connor, K.M. i Davidson, J.R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, Vol. 18 (2), 76-82.
33. Constantine N., Benard, B. i Diaz M. (1999). Measuring Protective Factors and Resilience Traits in Youth: The Healthy Kids Resilience Assessment. *Paper presented at the Seventh Annual Meeting of the Society for Prevention Research*. New Orleans, LA.
34. Constantine, N.A. i Benard, B. (2001). California Healthy Kids Survey Resilience Assessment Module: Technical report. Berkeley, CA: Public Health Institute.
35. Cooper, R.C. i Cooper, R.G. (1992). Links Between Adolescents' Relationships with Their Parents and Peers: Models, Evidence, and Mechanisms. In R.D. Parke, G.W. Laad (Eds.), *Family-Peer Relationships: Modes of Linkage (135-158)*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Hillsdale.
36. Cottrell, L. D. (1976). The competent community. In B.H. Kaplan, R. N. Wilson, & A. H. Leighton (Eds.), *Further explorations in social psychiatry*. New York: Basic Books.
37. Cowen, E.L., Wyman, P.A., Work, W.C. i Parker, G.R. (1990). The Rochester Child Resilience Project: Overview and summary of first year findings. *Development and Psychopathology*, 2, 193-212.

38. Cramer, D., Henderson, S. i Scott, R. (1997). Mental Health and Desired Social Support: A Four-Wave Panel Study. *Journal of Social and Personal Relationships*, Vol. 14 (6): 761-775.
39. Cunningham, M. i Swanson, D.P. (2010). Educational Resilience in African American Adolescents. *The Journal of Negro Education*. Vol. 79 (4), 473-499.
40. Cutrona, C.E., Cole, V., Colangelo, N., Assouline, S.G. i Russell, D.W. (1996). Perceived Parental Social Support and Academic Achievement, An Attachment Theory Perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 66, No. 2, 369-378.
41. Dalton, J.H., Elias, M.J. i Wandersman, A. (2001). Community Psychology, Linking Individuals and Communities. Wadsworth: United States.
42. Davison, G.C. i Neale, M. (1999). Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja, prijevod 6. prerađenog izdanja. Jastrebarsko: „Naklada Slap“.
43. Dizdarević, I. (2002). Agensi socijalizacije ličnosti. Sarajevo: Prosvjetni list.
44. Donnon, T.. (2010). Understanding How Resiliency Development Influences Adolescent Bullying and Victimization. *Canadian Journal of School Psychology*, 25 (1), 101–113.
45. Downey, J. A. (2002). Exploring Children's Beliefs about Educational Risk and Resilience. (the Scholarship of Teaching and Learning). *Academic Exchange Quarterly*, Vol. 6. 1, 126-139.
46. Downey, J.A. (2014). Indispensable Insight: Children's Perspectives on Factors and Mechanisms That Promote Educational Resilience. *Canadian Journal of Education*, Vol. 37. 1, 46-71.
47. DuBois, D.L., Felner, R.D., Meares, H. i Krier, M. (1994). Prospective Investigation of the Effects of Socioeconomic Disadvantage, Life Stress, and Social Support on Early Adolescent Adjustment. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 103, No. 3, 511-522.
48. Dubow, E.F. i Ullman, D.G. (1989). Assessing Social Support in Elementary School Children: The Survey of Children's Social Support. *Journal of Clinical Child Psychology*, Vol. 18, No. 1, 52-64.
49. Dubow, E.F., Tisak, J., Causey, D., Hryshko, A. i Reid, G. (1991). A Two-Year Longitudinal Study of stressful Life Events, Social Support, and Social Problem-Solving Skills: Contributions to Children's Behavioral and Academic Adjustment. *Child Development*, 62, 583-599.

50. DuPertuis, L.L., Aldwin, C.M. i Bosse, R. (2001). Does the Source of Support Matter for Different Health Outcomes? Findings From the Normative Aging Study. *Journal of Aging and Health*, Vol. 13 (4), 494-510.
51. Edwards, R. (1995). Is Self-Esteem Really All That Important? APA Monitor. In M.H. Davis (Eds.), *Social Psychology 97/98*, Annual Editions (28-29). Dushkin Publishing Group/Brown & Benchmark Publishers, Guilford.
52. Egeland, B., Carlson, E. i Sroufe, A. (1993). Resilience as process. *Development and Psychopathology*, 5, 517-528.
53. Elder, G.H., George, L.K. i Shanahan, M.J. (1996). Psychosocial Stress over the Life Course. In H.B. Kaplan (Eds.), *Psychosocial Stress, Perspectives on Structure, Theory, Life-Course, and Methods* (pp. 247-292). New York: Academic Press.
54. Elklit, A. i Pedersen, S.S. (2001). The Crisis Support Scale: psychometric qualities and further validation. *Personality and Individual Differences*, 31, 1291-1302.
55. Feldman, R.S. (1996). *Understanding Psychology*, Fourth Edition, McGraw-Hill, Inc.
56. Felner, R.D. (1985). Adaptation and vulnerability in high-risk adolescents: An examination of environmental mediators. *American Journal of Community Psychology*. Vol. 13, No. 4, 365-379.
57. Fletcher, D. i Sarkar, M. (2013). Psychological Resilience. A Review and Critique of Definitions, Concepts, and Theory. *European Psychologist*. Vol. 18 (1), 12-23.
58. Friberg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J.H. i 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*, 65-76.
59. Gable, S.L., Gosnell, C.L., Maisel, N.C. i Strachman, A. (2012). Safely testing the alarm: Close others' responses to personal positive events. *Journal of personality and social psychology*, Vol. 103 (6), 963-81.
60. Garmezy N. (1991). Resilience and Vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, Vol. 34 No. 4, 416-430.
61. Garmezy, N. (1996). Reflections and commentary on risk, resilience, and development. In R.J. Haggerty, L.R. Sherrod, N. Garmezy, & M. Rutter (Eds.), *Stress, Risk, and Resilience in Children and Adolescents: Processes, Mechanisms, and Intervention* (1-18). New York: Cambridge University Press.

62. Gatchel, R.J., Baum, A. i Krantz, D.S. (1989). An Introduction to Health Psychology. *Second Edition*, New York: McGraw-Hill Publishing Company,
63. Geller, P.A. i Hobfoll, S.E. (1994). Gender Differences in Job Stress, Tedium and Social Support in the Workplace. *Journal of Social and Personal Relationships*, Vol. 11, 555-572.
64. Gizir, C.A. i Gul, A. (2009) Protective Factors Contributing to the Academic Resilience of Student Living in Poverty in Turkey. *Professional School Counseling*. Vo. 13 (19), 38-49.
65. Glantz, M.D. i Sloboda, Z. (1999). Analysis and Reconceptualization of Resilience. In M.D. Glantz, & J.L. Johnson (Eds.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations* (pp. 109-127). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
66. Goldsmith, D.J. i Dun, S.A. (1997). Sex Differences and Similarities in the Communication of Social Support. *Journal of Social and Personal Relationships*, Vol. 14(3): 317-337.
67. Gordon, K.A. (1995). The self-concept and motivational patterns of resilient African American high school students. *Journal of Black Psychology*, 21, 239-255.
68. Gordon, E.W. i Song, L.D. (1994). In. M.C. Wang & E.W. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America* (pp. 27-43). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
69. Gordon, R. i Wraith, R. (1993). Responses of Children and Adolescents to Disaster: U J.P. Wilson i B. Raphael: *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes* (561-575), New York: Plenum Press.
70. Gore, S. i Eckenrode, J. (1996). Context and process in research on risk and resilience. In R.J. Haggerty, L.R. Sherrod, N. Garmezy, & M. Rutter (Eds.), *Stress, Risk, and Resilience in Children and Adolescents: Processes, Mechanisms, and Intervention* (19-63). New York: Cambridge University Press.
71. Gottlieb, B.H. (1996). Theories and practices of mobilizing support in stressful circumstances. In C.L. Cooper (Eds.), *Handbook of Stress, Medicine, and Health*, (pp. 339-356). Boca Raton, Florida: CRC Press.
72. Grgin, T. (1997). Edukacijska psihologija. Jastrebarsko: „Naklada Slap“.
73. Hanewald, R. (2011). Reviewing the Literature on “At-Risk” and Resilient Children and Young People. *Australian Journal of Teacher Education*, Vol 36, 2, 15-29.
74. Hartley, M.T. (2012). Assessing and Promoting Resilience: An Additional Tool to Address the Increasing Number of College Students with Psychological Problems. *Journal of College Counseling*. Vol. 15 (1), 37-62.

75. Hartsough, D.M. i Myers, D.G. (1995). Disaster Work and Mental Health: Prevention and Control of Stress Among Workers. DHHS Publication, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
76. Helgeson, V.S. (1993). Two Important Distinctions in Social Support: Kind of Support and Perceived Versus Received. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 10, pp. 825-845.
77. Hill, M., Stafford, A., Seaman, P., Ross, N. i Daniel, B. (2007). Parenting and resilience. York: Joseph Rowntree Foundation.
78. Hwang, P. i Nilsson, B. (2000). Razvojna psihologija, Od fetusa do odraslog. Sarajevo: Filozofski fakultet Univerziteta u Sarajevu.
79. Ikkink, K.K. van Tilburg, T. i Knipscheer, K.C.P.M. (1999). Perceived Instrumental Support Exchanges in Relationships Between Elderly Parents and Their Adult Children: Normative and Structural Explanations. *Journal of Marriage and the Family*, 16: 831-844.
80. Jew, C.J., Green, K.E. i Kroger, J. (1999). Development and validation of a measure of resilience. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 32, 75 - 89.
81. Johnson, J.L. (1999). Commentary, Resilience as Transactional Equilibrium. In M.D. Glantz, & J.L. Johnson (Eds.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations* (pp. 225-228). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
82. Kaniasty, K. i Norris, F.H. (1995). Mobilization and Deterioration of Social Support Following Natural Disasters. *Current Directions in Psychological Science*. In M.H. Davis (Eds.), *Social Psychology 97/98, Annual Editions* (215-219). Guilford: Dushkin Publishing Group/Brown & Benchmark Publishers.
83. Kapikiran, S. (2012). Validity and Reliability of the Academic Resilience Scale in Turkish High School. *Education*, Vol. 132 (3), 474-490.
84. Kaplan, H.B. (1999). Toward an Understanding of Resilience: A Critical Review of Definitions and Models. In M.D. Glantz, & J.L. Johnson (Eds.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations* (pp. 5-14). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
85. Karatas, Z. i Cakar, F.S. (2011). Self-Esteem and Hopelessness, and Resiliency: An Exploratory Study of Adolescents in Turkey. *International Education Studies*, Vol. 4 (4), 84-91.
86. Kirmayer, L.J., Sehdev, M., Whitley, R., Dandeneau, S.F. i Isaac, C. (2009). Community Resilience: Models, Metaphors and Measures. *Journal of Aboriginal Health*, 62-117.

87. Kumpfer, K.L. (1999). Factors and Processes Contributing to Resilience, *The Resilience Framework*. In M.D. Glantz, & J.L. Johnson (Eds.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations* (pp. 179-224). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
88. Lackovic-Grgin, K. (1994). Samopoimanje mladih. Jastrebarsko: „Naklada Slap“.
89. Lackovic-Grgin, K. (2000). Stres u djece i adolescenata. Jastrebarsko: „Naklada Slap“.
90. Lazarus, R.S. i Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer Publishing Company.
91. Lee, J.H., Nam, S.K, Kim, A-R., Kim, B., Lee, M.Y. i Lee, S.M. (2013). Resilience: A Meta-Analytic Approach. *Journal of Counseling and Development*. Vol. 91, 3, 269-307.
92. Lifton, R. (1994). The protean self: Human resilience in an age of fragmentation. New York: Basic Books.
93. Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. In N. Lin, A. Dean, & W. Ensel (Eds.), *Social support, life events, and depression* (pp. 17-30). New York: Academic Press.
94. Lin, N., Dean, A. i Ensel, W. (Eds.) (1986). Social support, life events and depression. New York: Academic Press.
95. Luthans, F., Vogelgesang, G.R. i Lester, P.B. (2006). Developing the Psychological Capital of Resiliency. *Human Resource Development Review*, Vol.5 (1), 25-44.
96. Luthar, S.S. i Zigler, E. (1991). Vulnerability and Competence: A Review of Research on Resilience in Childhood. *American J. Orthopsychiatry*, 6 (11), 6-23.
97. Luthar, S.S., Doernberger, C.H. i Zigler, E. (1993). Resilience is not a unidimensional construct: Insights from a prospective study of inner-city adolescents. *Development and Psychopathology*, No. 5, 703-717.
98. Luthar, S.S. i Cushing, G. (1999). Measurement Issues in the Empirical Study of Resilience, An Overview. In M.D. Glantz, & J.L. Johnson (Eds.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations* (pp. 129-160). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
99. Luthar, S.S., Cicchetti, D. i Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, Vol. 71(3), 543–562.

100. Luthar, S.S. (2003). *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
101. Manstead, A.S.R. i Hewstone, M. (1995). *The Blackwell Encyclopedia of Social Psychology*. Basil Blackwell Ltd.
102. Martin, A. (2002). Motivation and Academic Resilience: Developing a Model for Student Enhancement. *Journal of education*, Vol. 46, 1, 34-57.
103. Masten, A.S., Garmezy N., Tellegen, A., Pellegrini, D.S., Larkin, K. i Larsen, A. (1988). Competence and stress in school children: the moderating effects of individual and family qualities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 29, No. 6, 745-764.
104. Masten, A.S. i O'Connor, M.J. (1989). Vulnerability, Stress, and Resilience in the Early Development of a High Risk Child. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 274-279.
105. Masten, A.S., Morison, P., Pellegrini, D.S. i Tellegen, A. (1990). Competence under stress: risk and protective factors. In Rolf, J., Masten, A.S., Cicchetti, D. (Eds.), *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology* (pp. 236-257). Cambridge: Cambridge University Press.
106. Masten, A.S., Best, K.M. i Garmezy N. (1991). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, Vol. 2 No. 4, 425-444.
107. Masten, A.S. i Coatsworth, J.D. (1995). Competence, Resilience, and Psychopathology. *Developmental Psychopathology*, Vol 2, 715 – 752.
108. Masten, A.S. i Coatsworth, J.D. (1998). The Development of Competence in Favorable and Unfavorable Environments Lessons From research on Successful Children. *American Psychologist*, Vol. 53, No. 2, 205-220.
109. Masten, A.S. (1999a). Commentary The Promise and Perils of Resilience Research as a Guide to Preventive Interventions. In M.D. Glantz, & J.L. Johnson (Eds.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations* (pp. 251-258). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
110. Masten, A.S. (1999b). Resilience Comes of Age, Reflectiona on the Past and Outlook for the Next Generation of Research. In M.D. Glantz, & J.L. Johnson (Eds.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations* (pp. 281-297). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

111. Masten, A.S. (2001). Resilience Processes in Development. *American Psychologist*, Vol. 56, No. 3, 227-238.
112. Masten, A.S., Burt, K.B. i Coatsworth, J.D. (2006). Competence and psychopathology in development. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (Vol. 3, 2nd ed., pp. 696–738). Hoboken, NJ: Wiley.
113. Masten, A.S. i Obradović, J. (2006). Competence and Resilience in Development. *Annals New York Academy of Sciences*, 1094: 13-27.
114. Masten, A. S. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: Framework for research, practice, and translational synergy. *Development and Psychopathology*, 23, 493–506.
115. McAdam-Crisp, J.L. (2006). Factors That Can Enhance and Limit Resilience for Children of War. *Childhood*, Vol 13 (4), 459-477.
116. Morales, E.E. (2010). Linking Strengths: Identifying and Exploring Protective Factor Clusters in Academically Resilient Low-Socioeconomic Urban Students of Color. *Roeper Review*, 32:164–175.
117. Murray, B. (1996). Getting By with a Little Help from Some Friends. APA Monitor. In M.H. Davis (Eds.), *Social Psychology 97/98*, Annual Editions (212-214). Dushkin Publishing Group/Brown & Benchmark Publishers, Guilford.
118. Naglieri, J.A., LeBuffe, P.A. i Ross, K.M. (2013). Measuring Resilience in Children: From theory to Practice. In S. Goldstein & R.B. Brooks (Eds.), *Handbook of Resilience in Children*, Second Edition (241-259). New York: Springer Science+Business Media.
119. Nelson, L.P. (2008). A Resiliency Profile of Hurricane Katrina Adolescents: A Psychosocial Study of Disaster. *Canadian Journal of School Psychology*, Vol. 23 (1), 57-69.
120. Nettles, S.M. i Pleck, J.H. (1996). Risk, resilience, and development: The multiple ecologies of black adolescents in the United States. In R.J. Haggerty, L.R. Sherrod, N. Garmezy, & M. Rutter (Eds.), *Stress, Risk, and Resilience in Children and Adolescents: Processes, Mechanisms, and Intervention* (147-181). New York: Cambridge University Press.
121. Noltemeyer, A.L. i Bush, K.R. (2013). Adversity and resilience: A synthesis of international research. *School Psychology International*, 34(5), 474-487.

122. O'Dougherty Wright, M., Masten, A. i Narayan, A.J. (2013). Resilience Processes in Development: Four Waves of Research on Positive Adaptation in the Context of Adversity. In S. Goldstein, & R.B. Brooks (eds.), *Handbook of Resilience in Children*, (15-37). New York: Springer Science+Business Media.
123. Orford, J. (1992). *Community Psychology Theory and Practice*. New York: John Wiley & Sons.
124. Oshio, A., Nakaya, M., Kaneko, H. i Nagamine, S. (2003). Construct Validity of the Adolescent resilient Scale. *Psychological Reports*, 93, 1217-1222.
125. Pan, E.L. i Yi, C.C. (2011). Constructing Educational Resilience: The Developmental Trajectory of Vulnerable Taiwanese Youth. *Journal of Comparative Family Studies*, Vol. 42. (3), 369-395.
126. Parker, G.R., Work, E.L. i Wyman, P.A. (1990). Test correlates of stress resilience among urban school children. *Journal of Primary Prevention*. Vol. 11, No. 1, 19-35.
127. Pierorazio, D.A. (2009). A reframing of protective factors in the contexts of risk, adversity and competence in adolescents. (*A Dissertation*), Omaha: College of Saint Mary.
128. Prince - Embury, S. (2006). *Resiliency Scales for Children and Adolescents: Profiles of personal strengths*. San Antonio, TX: Harcourt Assessments.
129. Prince - Embury, S. (2008). Comparison of One-, Two-, and Three-Factor models of Personal Resiliency Using the Resiliency Scales for Children and Adolescents. *Canadian Journal of School Psychology*, Vol. 23 (1), 11-25.
130. Prince - Embury, S. (2008). The Resiliency Scales for Children and Adolescents, Psychological Symptoms, and Clinical Status in Adolescents, *Canadian Journal of School Psychology*, 23 (1), 41 - 56.
131. Psychology Today (1995). At Last, a Rejection Detector! In M.H. Davis (Eds.), *Social Psychology 97/98, Annual Editions* (26-27). Dushkin Publisnihg Group/Brown & Benchmark Publishers, Guilford.
132. Rahman, A.J. (1999). Early Intervention or Resilience, A Case Study. *Paper Presented at the 1999 Auseinet International Conference on Early Intervention, Risk, Resilience & Results*. 1-14.
133. Rak, C. i Patterson, L. (1996). Promoting Resilience in At-Risk Children. *Journal of Counseling & Development: JCD*, 744, 368-373.

134. Rockwell, S. (1998). Overcoming four myths that prevent fostering resilience. *Reaching Today's Youth, National Educational Service*, 14-17.
135. Roeser, R.W., Eccles, J.S. i Sameroff, A.J. (1998). Academic and emotional functioning in early adolescence: Longitudinal relations, patterns, and prediction by experience in middle school. *Development and Psychopathology*, 10, 321-352.
136. Rolf, J.E. (1999). Resilience: An Interview with Norman Garmezy. In M.D. Glantz, & J.L. Johnson (Eds.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations* (pp. 5-14). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
137. Rolf, J.E. i Johnson, J.L. (1999). Opening Doors to Resilience Intervention for Prevention Research. In M.D. Glantz, & J.L. Johnson (Eds.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations* (pp. 229-249). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
138. Rubin, L. (1996). *The transcendent child: Tales of triumph over the past*. New York: HarperCollins.
139. Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147 (6), 598-611.
140. Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3).
141. Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In Rolf, J., Masten, A.S., Cicchetti, D. (Eds.), *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology* (pp. 181-214). Cambridge: Cambridge University Press.
142. Rutter, M. (1991). Resilience: Some Conceptual Considerations. *Paper delivered at the Institute of Mental Health Initiatives Conference on „Fostering Resilience“*. Washington, DC, December 5-6, 1991.
143. Rutter, M. (1993). Resilience: Some Conceptual Consideration. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
144. Rutter, M. (1994). Beyond Longitudinal Data: Cause, Consequences, Changes, and Continuity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 62, No. 5, 928-940.
145. Rutter, M. (1995). Adversity, Vulnerability, and Resilience: Cultural and Developmental Perspectives. *Developmental Psychopathology*, Vol 2, 753-800.

146. Rutter, M. (1996). Stress research: Accomplishments and tasks ahead. In R.J. Haggerty, L.R. Sherrod, N. Garmezy, & M. Rutter (Eds.), *Stress, Risk, and Resilience in Children and Adolescents: Processes, Mechanisms, and Intervention* (354-3385). New York: Cambridge University Press.
147. Sameroff, A., Seifer, R., Barocas, R., Zax, M. i Greenspan, A. (1987). Intelligence quotient scores of 4-year old children: Social environmental risk factors. *Pediatrics*, 79, 343-350.
148. Sarafino, E.P. (1998). Health Psychology, Biopsychosocial Interactions. *Second Edition*, John Wiley & Sons, Inc.
149. Shankar, A., Hamer, M., McMunn, A. i Steptoe, A. (2013). Social isolation and loneliness: relationships with cognitive function during 4 years of follow-up in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychosomatic Medicine*, Vol. 75 (2), 161-170.
150. Shastri, P. (2013). Resilience: Building Immunity in Psychiatry. *Indian Journal of Psychiatry*. Vol. 55 (3), 224-254.
151. Slavin, R.E. (2003). Educational Psychology, Theory and Practice. *Seventh Edition*. Allyn and Bacon.
152. Stroebe, W. i Stroebe, M. (1987). Bereavement and Health. The Psychological and Physical Consequences of Partner Loss. New York: Cambridge University Press.
153. Stroebe, W. i Stroebe, M. (1996). The Social Psychology of Social Support: U E.T., Higgins, A.W., Kruglanski (ur.): *Social Psychology, Handbook of Basic Principles* (597-621), New York: The Guilford Press.
154. Stuhlmiller, C. i Dunning, C. (2000). Concerns about debriefing: challenging the mainstream. In B. Raphael, J.P. Wilson (Eds.), *Psychological Debriefing, theory, practice and evidence* (305-320). Cambridge University Press.
155. Tarter, R.E. i Vanyukov, M. (1999). Re-Visiting the Validity of the Construct of Resilience. In M.D. Glantz, & J.L. Johnson (Eds.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations* (pp. 85-107). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
156. Taylor, S.E. (1995). Health Psychology. Third Edition. New York: McGraw-Hill, Inc.
157. Taylor, S.E. i Aspinwall, L.G. (1996). Mediating and Moderating Processes in Psychosocial Stress, Appraisal, Coping, Resistance, and Vulnerability. In H.B. Kaplan (Eds.), *Psychosocial Stress, Perspectives on Structure, Theory, Life-Course, and Methods* (pp. 71-110). New York: Academic Press.

158. Tedeschi, R.G. i Calhoun, L.G. (1995). *Trauma & Transformation, Growing in the Aftermath of Suffering*. London: SAGE Publications.
159. Tedeschi, R.G. i Kilmer, R.P. (2005). Assessing Strengths, Resilience, and Growth to Guide Clinical Interventions. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 36 (3), 230-237.
160. The Consortium on the School-based Promotion of Social Competence (1996). The school based promotion of social competence: Theory, research, practice, and policy. In R.J. Haggerty, L.R. Sherrod, N. Garnezy, & M. Rutter (Eds.), *Stress, Risk, and Resilience in Children and Adolescents: Processes, Mechanisms, and Intervention* (268-316). New York: Cambridge University Press.
161. Toland, J. i Carrigan, D. (2011). Educational psychology and resilience: New concept, new opportunities. *School Psychology International*, Vol. 32 (1), 95-106.
162. Turner, J. i Kelly, B. (2000). The Concept of debriefing and its application to staff dealing with life-threatening illnesses such as cancer, AIDS and other conditions. In B. Raphael, J.P. Wilson (Eds.), *Psychological Debriefing, Theory, practice and evidence* (254-271). Cambridge University Press.
163. Unger, D., Jacobs, S.B. i Cannon, C. (1996). Social support and marital satisfaction among couples coping with chronic obstructive airway disease, *Journal of Social and Personal Relationships*, Vol. 13, No 1, 123-142.
164. Ungar, M. i Liebenberg, L. (2011). Assessing Resilience Across Cultures Using Mixed Methods: Construction of the Child and Youth Resilience Measure. *Journal of Mixed Methods Research*, 5 (2), 126-149.
165. Ungar, M., Russell, P. i Connelly, G. (2014). School-Based Interventions to Enhance the Resilience of Students. *Journal of Educational and Developmental Psychology*; Vol. 4 (1), 66-83.
166. Vasta, R., Haith, M.M. i Miller, S.A. (1997). *Dječja psihologija*, 2. izdanje. Jastrebarsko: „Naklada Slap“.
167. Wagnild, G. (2009). A Review of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, Vol. 17 (2), 105-117.
168. Wagnild, G.M. i Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, Vol. 1 (2), 165-178.

169. Wasonga, T., Christman, D.E. i Kilmer, L. (2003). Ethnicity, Gender and Age: Predicting Resilience and Academic Achievement among Urban High School Students. *American Secondary Education*. Vol. 32, 1, 62-76.
170. Waters, E. i Sroufe, L.A. (1983). Social Competence as a Developmental Construct. *Developmental Review*, 3, 79-97.
171. Weiss, L.G. (2008). Toward the Mastery of Resiliency. *Canadian Journal of School Psychology*, Vol. 23 (1), 127-137.
172. Werner, E. (1990). Protective factors and individual resilience. In Meisel S and Shonkoff J (eds) *Handbook of Early Childhood Interventions*. Cambridge: Cambridge University Press.
173. Werner, E. (1992). The children of Kauai: Resiliency and recovery in adolescence and adulthood. *Journal of Adolescent Health*, (13), 262-268.
174. Werner, E.E. (1993). Risk, Resilience, and Recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, Vol. 5, 503-515.
175. Werner, E.E. (1994). The Resilient Child. International Year of the Family Conference on the UN Convention on the Rights of the Child, 1-24.
176. Werner, E.E. (1995). Resilience in Development. *Current Directions in Psychological Science*, Vol. 4 (3), 81-85.
177. Werner, E.E. (1996). How children become resilient: Observations and cautions. Resilience in action, Winter, 18-28.
178. Werner E.E. i Johnson, J.L. (1999). Can We Apply Resilience? In M.D. Glantz, & J.L. Johnson (Eds.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations* (pp. 259-268). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
179. Werner, E.E. (2000a). What Happened to the Children? In E.E. Werner, *Through the Eyes of Innocents: Children Witness World War II*. Boulder, Colo.: Westview Press.
180. Werner, E.E. (2000b). Protective Factors and Resilience. In J.P. Shonkoff & S.J. Meisels (eds.), *Handbook of Early Intervention*, 2d ed., (pp. 115-134). New York: Cambridge University Press.
181. Werner, E.E. (2001). Journeys from Childhood to Midlife, *Risk, Resilience, and Recovery*. New York: Cornell University Press.

182. Wethington, E., McLeod, J.D. i Kessler, R.C. (1987). The Importance of Life Events for Explaining Sex Differences in Psychological Distress. In R.C. Barnett, L. Biener, & G.K. Baruch (Eds.), *Gender and Stress* (pp. 144-156). New York: THE FREE PRESS, A Division of Macmillan, Inc.
182. Williams, J.M. i Bryan, J. (2013). Overcoming Adversity: High-Achieving African American Youth's Perspectives on Educational Resilience. *Journal of Counseling and Development*. Vol. 91, 3, 291-319.
183. Wills, T.A. i Cleary, S.D. (1996). How are social support effects mediated? A test with parental support and adolescent substance use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(5), 937-952.
184. Windle, M. (1999). Critical Conceptual and Measurement Issues in the Study of Resilience. In M.D. Glantz, & J.L. Johnson (Eds.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations* (pp. 160-177). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
185. Winfield, L.F. (1994). Developing Resilience in Urban Youth. *Urban Monograph Series*. Oak Brook, IL: North Central Regional Educational Laboratory. 37-59.
186. Zolkoski, S.M. i Bullock, L.M. (2012). Resilience in children and youth: A review. *Children and Youth Services Review*, 34, 2295-2303.
187. Zvizdić, S. (1999). Traumatski gubitak oca i posttraumatska prilagodba mlađih adolescenata. (Neobjavljeni *magistarski rad*). Zagreb: Filozofski fakultet.
188. Zvizdić, S. (2000). Socijalna podrška i posttraumatska prilagodba mlađih adolescenata koji su doživjeli traumatski gubitak oca. (Neobjavljeni *specijalistički rad*). Sarajevo: Filozofski fakultet.
189. Zvizdić, S. i Butollo, W. (2001). War-Related Loss of One's Father and Persistent Depressive Reactions in Early Adolescents. *European Psychologist*, Vol. 6 (3), 204-214.
190. Zvizdić, S. i Butollo, W. (2002). Značaj socijalne podrške u posttraumatskoj prilagodbi mlađih adolescenata koji su doživjeli traumatski gubitak oca. U: *Pokidani pupoljci*. Sarajevo: Komisija za prikupljanje činjenica o ratnim zločinima, 217-230.
191. Zvizdić, S. (2003). Percipirana socijalna podrška kao prediktor psihološke otpornosti mlađih adolescenata nakon rata. (Neobjavljena *doktorska disertacija*). Sarajevo: Filozofski fakultet.

192. Zvizdić, S. i Đapić, R. (2015). Značaj nastavnikove podrške za školsko samopoštovanje, samoeфикаsnost u školskom učenju i reguliranju vlastitog učenja kod mladih adolescenata. Časopis „NAŠA ŠKOLA“, br. 71 (241),
193. Zvizdić, S. i Đapić, R. (u štampi). Vršnjačka podrška kao odrednica samopoštovanja i asertivnosti učenika VII i VIII razreda. Stručni časopis DIDAKTIČKI PUTOKAZI, Zenica.
194. Živčić-Bećirević, I. (1995). Konstrukcija skale samoprocjene asertivnoga ponašanja djece. *Godišnjak Zavoda za psihologiju*, Rijeka. 85-90.

Internet izdanja

Gartland, D., Bond, L., Olsson, C., Buzwell, S. i Sawyer, S. (2006). (dostupno od prvog autora prema Kordich Hall, 2010). Centre for Adolescent Health, Royal Children's Hospital, Melbourne, Australia, dostupno na www.ahda.org/downloads/ISSBD2006Gartland.pdf

Kordich Hall, D. (2010). Compendium of Selected Resilience and Related Measures for Children and Youth. Reaching IN...Reaching OUT, *The Child & Family Partnership*, Toronto. Dostupno na: <http://www.reachinginreachingout.com/documents/appendix-annotatedcompendiumofresiliencemeasures-nov17-10copyright.pdf>

Mitchell, F. (2011). Resilience: concept, factors and models for practice. Scottish Child Care and Protection Network. Dostupno na: <https://www.dundecity.gov.uk/chserv/docs/SCCPNBriefing-resilience.pdf>

VRSNO PSIHOLOŠKO OSTVARENJE

Sibela Zvizdić : *Socijalna podrška i rezilijencija kod djece i adolescenata, Sarajevo, 2015)*

Analiza sadržaja i načina njegovog tretmana prezventiranih u rukopisu “ **Socijalna podrška i rezilijencija kod djece i adolescenata**“ ukazuje na značajne teorijske i aplikativne vrijednosti ovog djela. Docentica Edukacione psihologije i Mentalnog zdravlja dr. Sibela Zvizdić analizira i znalački, *naučno i stručno*, razmatra složene psihološke i , šire, društvene probleme vezanih za mogućnosti i načine korišćenja ljudskih kapaciteta u djelotvornom savladavanju kriznih, stresnih situacija koji ugrožavaju mentalnog zdravlje ljudi, posebno djece i adolescenata. Autorica uvjerljivo pokazuje i spoznatim psihološkim činjenicama dokazuje da rezilijentni adolescent i dijete ispoljava veću uspješnost u nošenju sa potekošćama na koje nailazi u svom razvoju, posebno sa doživljajem zanemarivanja od strane roditelja i nepoželjnih , individualno i društveno neopravdanimih , osporovanjima njihovih normalnih, fizičkih i psihičkih, potreba. Nedostatak socijalne podrške od roditelja, vršnjaka, nastavnika ili društvene zajednice iz socijalnog okruženja, onemogućava njihovu potrebu za zdravim, racionalno i emocionalno, načinima reagiranja. Rezilijentni mladi čovjek, adolescent ili dijete, se ne povlači i izolira pred životnim problemima, već nastoji da ih otkloni ili ublaži mentalno zdravim pristupom.

Rukopis ” *Socijalna podrška i rezilijencija kod djece i adolscenata*” sadržava sve bitne konstituente jedne vrsne psihološke studije. Svaku sastojnicu prezentirane problematike dr. Sibela Zvizdić, zapravo, analizira i interpretira u kontekstu rezultata teorijskih ili (i) empirijskih

psiholoških spoznaja i ukazuje na njene okvire i značenja. U početku analizira pristupe u određivanju pojma i prirode rezilijencije i u tretmanu ovog važnog preduvijeta njenog razumijevanja, dr. Sibela Zvizdić ukazuje na *porijeklo i razvoj koncepta rezilijencije*, precizno definira njeno značenje, sagledava pokušaje konceptualizacije rezilijencije kao osobine ličnosti, procesa ili ishoda i ističe da se *rezilijencija mijenja* kroz vrijeme i okolnosti. Docentica Sibela Zvidić u tretmanu tri, savremena teorijska modela rezilijencije- *Modeli rezilijancije na stres, Modeli zaštitnih faktora i Model unapređivanja zdravlja* – sagledava i prezentira koliko, ovi, omogućavaju pouzdaniju spoznaju karakteristika stresne situacije i koji su mogući vidova reagiranja pojedinca na nju. Analizira, takođe, koliko zaštitni faktori, odnosno koliko psihološki, odbrambeni mehanizmi, posebno psihobiološka barijera, doprinosi zaštiti ličnosti od stresnih, internih i eksternih, uticaja i koji psihološki postupci i društvene okolnosti i mjere doprinose unapređenju zdravlja. Autorica, pored razrade teorijskih pristupa, posebnu pažnju posvećuje korijenima, razvoju i rezultatima istraživanja u okvirima prevencije mentalnog zdravlja i u oblastima razvojne psihopatologije, školske psihologije i psihologije obrazovanja. Svoje ocjene o vrijednosti rezultata ovih istraživanja autorica temelji na gledištima poznatih i, naučno, priznatih istraživača rezilijencije. Za ilustraciju koliko značajnih svjetskih psihosocijalnih istraživanja prezentira i naučno intepretira dr. Sibela Zvizdić, pokazuju njene analize rezultata istraživanja pozitivnog prilagođavanja u kontekstu nepovoljnih okolnosti. Na rezultatima istraživanja autorica O’Dougherty Wright, Masten i Narayan o tokovima i ishodima proučavanje rezilijencije kroz četiri glavna talasa istraživanja pozitivnog prilagođavanja u kontekstu nepovoljnih okolnosti, autorica ističe da je u prvom talasu istraživanja dobro opisan fenomen rezilijencije, da objašnjeni osnovni pojmovi metodologije i razlozi fokusiranosti na

pojedince. Drugi talas istraživanja obilježen je ugradnjom rezilijencije u razvojne i ekološke sisteme sa naglaskom na procese. Treći talas je usmjeren na preventivne intervencije tj. na njegovanje i razvijanje rezilijencije putem intervencija usmjerenih na mijenjanje razvojnih puteva, četvrti i *najnoviji talas* je, naglašava autorica, usmjeren na razumijevanje i integriranje rezilijencije kroz multiple razine analize, uz sve veću pažnju na epigenetske i neurobiološke procese.

Dr. Sibela Zvizdić na analizi Wernerovih istraživanja rezilijencije, ukazuje na *tri tipa studija*. Prva studija pokazuje da su djeca koja su bila izložena multipnim rizicima a koja su prevazišla velike nesreće i nevolje, bili su pod uticajem faktora rizika različite vrste: *ekonomske nevolje, mentalne bolesti roditelja, zloupotreba sredstava ovisnosti, zlostavljanje i zanemarivanje djece, tinejdersko materinstvo i perinatalne komplikacije*. Drugi tip studija je usmjeren na ispitivanje održavajuće kompetentnosti pod stresnim okolnostima, a treći tip studija je fokusirana na ispitivanje pojedinaca koji su se uspješno oporavili od ozbiljnih trauma iz djetinstva poput rata ili političkog nasilja (Burnette, Richman), ishodi longitudinalne studija odraslih koja su kao djeca preživjeli koncentracione kampove (Moskovitz) i longitudinalna studija male djece čije su majke bile političke zatvorenice (Dalianis). Autorica ukazuje na dvije najpoznatije studije o rezilijenciji – *Longitudinalna Kauai studija i Rochestererova longitudinalna studija* – i šire razrađuje pristupe i rezultate do kojih su došli autori ovih studija, ustvari veoma značajnih istraživačkih programa rezilijencije koja su uključila indikatore kompetentnosti u svojim evaluacijama faktora rizika i zaštitnih faktora.

Rezultati ovih i srodnih istraživanja rezilijencije adolescenata i djece su ukazala i na osobine ličnosti rezilijentnog djeteta. *Rezilijento dijete*, kako ističu Werner i Smith, Cowen, Worker i Parker i Bernard

Wyman, *radi dobro , igra se dobro, voli dobro i očekuje dobro uprkos životnim nevoljama*. Autorica , na temelju brojnih prezentiranih istraživanja, ukazuje na saglasnost o vidovima manifestiranja rezilijencije (socijalna komponentnost, autonomija, razvijene opće intelektualne sposobnosti, vještina rješavanja problema, kritička svijest, i smisao svrhe i vjere u bolju budućnost) ,o razvojnim osobnim faktorima koji razlikuju rezilijentnu djecu od one koja su preplavljena faktorima rizika i o preferenciji pojedinih karakteristika rezilijentne djece u teorijskim ili empirijskim istraživanjima.

Docentica Sibela Zvidić , u psihološki izuzetno vrijednom rukopisu, takođe pregledno i argumentirano razmatra potrebu za korišćenjem mjernih instrumenata za ispitivanje rezilijencije . Autorica prezentira *strukturu, način primjene i vrijednost psiholoških mjernih instrumenata* koji se koriste za ispitivanje rezilijencije kod djece predškolskog i školskog uzrasta , adolescenata i odraslih i instrumenta za ispitivanje obiteljskog funkcioniranja. Ona navodi i nazive mjernih instrumenata koji se koriste u psihološkim ispitivanjima rezilijencije. Devereux procjena u ranom djetinstvu je mjerni instrument za ispitivanje *djece predškolskog uzrasta do 5 godina*. Za djecu *osnovnoškolskog uzrasta i starije adolescente* upotrebljava se šest mjernih psiholoških instrumenata i to : Devereux procjena učeničkih snaga, Skala rezilijencije za djecu i adolscence, Profil samopercepcije za djecu, Mjere rezilijencije kod djece i adolescenata , Upitnik za procjenu razvojnih snaga i Rezilijencija i modul razvoja mladih.

Autorica , kao i u prezentaciji strukture i primjene mjerenih instrumenata namjenjenih za ispiivanja djece predškolskog i osnovnoškolskog uzrasta, takođe prezentira vrste, strukturu, *ime autora instrumenta* i namjenu: (1) *mjera samo za adolescente* (Upitnik adolescentske rezilijencije , Kratka ček –lista rezilijencije, Skala

rezilijencije za adolscence, Skala rezilijencije , Skala rezilijencije za adolscence , rezilijentni stavovi i profil vještina i Modul procjene rezilijencije), (2) *mjere za adolescente i odrasle* (Skala rezilijencije , Connor – Davidson skala rezilijencije , 89 skala ego-rezilijencije i Ego-rezilijencija), (3) *mjere samo za odrasle* (Baruth inventar protektivnih faktora i Skala rezilijencije za odrasle) i (4) *mjerenje obiteljskog funkcioniranja* (Skala obiteljskog okruženja i Upitnik za procjenu obitelji). Nakon šireg razmatranja psiholoških mjernih instrumenata namjenjenih za ispitivanje rezilijencije , dr. Sibela Zvizdić konstatuje da su u ispitivanju rezilijencije korišteni različite metodologije i da je istraživanja vršeno na grupama ispitanika različitog uzrasta , različitog sociodemografskog statusa i različitog doživljaja faktora rizika. Međutim, kako autorica ističe, da su rezultati istraživanja uprkos ovoj raznolikosti “doveli do jednog generalnog zaključka prema kojem su adaptivni , rezilijentni ishodi povezani sa zaštitnim faktorima među koje svakako spadaju *topli i sigurni obiteljski odnosi te raspoloživost identifikacijskih modela i izvora podrške izvan obitelji.*”

Konceptualizaciju **socijalne podrške**, njene aspekte, izvore , tipove , faktore koji određuju njeno dobijanje socijalne podrške, autorica šire razmatra na temeljima naučnih spoznaja psiholoških discipline u okviru kojih se izučava socijalna podrška. Na rezultatima istraživanja efekata socijalne podrške na tjelesno i mentalno zdravlje i na prilagođavanje djece i adolscenata kao i sagledavanje relacije između socijalne podrške i rezilijencije djece i adolescenata, dr. Sibela Zvizdić analizira i interpretira socijalnu podršku na temelju naučnih i verifikovanih iskustvenih spoznaja. Tako, u *definiranju sintagme socijalne podrške* citira definicije značajne za fizičko i mentalno zdravlje pojedinca i tvrdi da Barath smatra da se jedna prosocijalna aktivnost može smatrati socijalnom podrškom ako zadovoljava četiri načela : *načelo recipročnosti, načelo pristupačnosti, načelo uzajamnosti*

povjerenja i načelo zajedničke sudbine. U razmatranju *aspekata socijalne podrške*, autorica prezentira gledište Cohena i Wilsa koji razlikuju dva aspekta socijalne pomoći *strukturalni aspekt* (za mjerenje se koriste mjere strukture socijalne mreže i mjere socijalne integracije) i *funkcionalni aspekt* socijalne podrške (postoje dvije mjere- mjere percipirane raspoloživosti socijalne podrške i mjere primljene socijalne podrške – za ispitivanje funkcionalnosti ovog aspekta podrške). Na rezultatima analize prezentiranih empirijskih istraživanja izvršenih od psihologa iz drugih zemalja i vlastitih istraživanja, autorica pokazuje kakva je i kolika vrijednost glavnih izvora *socijalne podrške – obitelji, vršnjaka i nastavnika* - i konstatuje da je njihova uloga velika i vrlo djelotvorna. Brojna psihološka istraživanja o *tipovima socijalne podrške*, koja Sibela Zvizdić prezentira i stručno analizira, ukazuje tipološku raznovrsnost socijalne podrške (emocionalna podrška, instrumentalna podrška, informacijska podrška, potvrđujuća podrška i podrška druženjem ili podrška mreže) i konstatuje da ovi tipovi podrške, kako smatraju Taylor i Aspinwall, mogu djelovati u smjeru *minimiziranja ili reduciranja snage i uticaja postopjećih stresogenog događaja prije nego što postanu veliki stresori ublažavanjem visokih razina stresora kod ljudi i djece.*

U razmatranju *istraživanja socijalne podrške*, dr. Sibela Zvizdić ističe da je problematika socijalne podrške je predmet istraživanja različitih naučnih disciplina. U odnosu na početak naučnih istraživanja socijalne podrške, sociološka, antropološka i medicinska istraživanja su započeta prije psiholoških istraživanja. Međutim, pregled savremenih istraživanja socijalne podrške pokazuje da se intenzivnije bave istraživanjem raznovrsne psihološke discipline i to : psihologija u zajednici, zdravstvena psihologija, klinička psihologija, socijalna psihologija i razvoja psihologija. Autorica ukratko definira problematiku koju istražuju navedene psihološke discipline.

Kakvi su i koliki efekti socijalne podrške na tjelesno i mentalno zdravlje , dr. Sibela Zvizdić , na osnovu analize prezentiranih i analiziranih naučnih istraživanja većeg broja psihologa, kao i svojih vlastitih istraživanja, pokazuju da su efekti značajani. Ona, za ilustraciju učinka socijalne podrške na mentalno i fizičko zdravlje, navodi rezultate validnih istraživanja. Navodi takođe i veliki broj empirijskih studija koje dokazuju da socijalna podrška : smanjuje vjerovatnoću oboljevanja ljudi, omogućava bolje prilagođavanje na određene bolesti , ubrzava oporavak i doprinosi prevenciji i zaštiti mentalnog zdravlja. Naučna istraživanja o efektima socijalne podrške na prilagođavanje djece i adolescenata takođe, kako ističe autorica, pokazuju da socijalna podrška oboljeloj djeci od leukemiji u njihovom bržem opravku od bolesti, boljem prilagođavanju na hospitalizaciji, nižu razinu depresivnih reakcije i drugim važnim vidovima prilagođavanja djece i adolescenata. Rezultati istraživanja relacija između socijalne podrške i rezilijencije djece i adolescenata pokazuju, između ostalog, da izvori podrške kao zaštitni faktori doprinose razvoju rezilijencije , da studije o rezilijenciji , bez obzira na rizične uvjete, naglašavaju značaj suportivne brige u protektivnim procesima i da se kapacitet za rezilijenciju tokom vremenu uz interakciju konstitutivnih i iskustvenih faktora .

Prezentirani rezultati analize opisanog sadržaja i načina njegovog tretmana, sadržanog i stručno interpretiranog u djelu “Socijalna podrška i rezilijencija kod djece i adolescenata “ uvjerljivo govore o vrlo značajnim, ranijim i sadašnjim, teorijskim i empirijskim , spoznajama o konceptualnim okvirima značajne psihološke problematike socijalne podrške i rezilijencije, teorijskim modelima i tokovima i ishodima istraživanja rezilijencije u okvirima prevencije mentalnog zdravlja, razvojne psihopatologije, školske psihologije i psihologije obrazovanja i

vrstama i mjernim karakteristikama psiholoških mjernih instrumenata. O vrijednost djela dr. Sibe Zvidić uvjerljivo govore i njena razmatranja aspekata, izvora i tipova socijalne podrške, procesa i ishoda naučnih istraživanja socijalne podrške i važnost adekvatne socijalne podrške roditelja, vršnjaka, nastavnika i, naročito društvene zajednice.

O naučnoj, stručnoj i edukacionoj vrijednosti rukopisa "Socijalna podrška i rezilijencija kod djece i adolescenata", uvjerljivo govore ne samo prezentirani i značajki interpretirani podaci koji su utemeljeni na analizama izvorne literature, na rezultatima empirijskih istraživanja izvršenih od većeg broja psihologa i na rezultatima osobnih istraživanja autorice, već i bogatstvo izvornih, naučno validiranih i iskustveno provjerenih, informacija o tretiranoj problematici, temeljno obrazlaganje razloga za iskazane konstatacije autora i dobro selekcioniranim i umješno citiranim i korištenim izvornim podacima sadržanih u obimnoj stručnoj literaturi.

U širim analizama i konačnoj ocjeni djela "Socijalna podrška i rezilijencija kod djece i adolescenata" nije, niti je bilo moguće, u ovoj recenziji, ukazati na sve ono što ovo djelo čini teorijski i aplikativno vrijednim, ali se iz ipak iz opisanog može uvidjeti opravdanost njenog publiciranja. Očekujemo da će knjiga u formi kako je napisana i oblikovana naići na dobar prijem ne samo studenata koji izučavaju psihologiju na matičnom fakultetu i na fakultetima na kojima se izvodi nastava iz neke psihološke discipline, već kod osoba koji žele da upoznaju nove spoznaje iz psihologije rezilijencije a tih pojedinaca danas nije mali broj.

Sarajevo, 24. maj 2015.


Prof.dr. Ismet Dizdarević

Dr. Renko Đapić,
profesor Univerziteta u penziji

Recenzija za knjigu :

Doc.dr.Sibela Zvizdić:

Socijalna podrška i rezilijencija kod djece i adolescenata

Rukopis pod naslovom „Socijalna podrška i rezilijencija kod djece i adolescenata “ autorice doc.dr.Sibele Zvizdić, na 100 kartica teksta obuhvata osam velikih poglavlja i listu upotrebljenih bibliografskih referenci.

Tekst čine sljedeća poglavlja: 1.Uvod, 2.Rezilijencija i njena priroda,3.Teorijski modeli rezilijencije, 4. Istraživanja rezilijencije, 5. Mjerni instrumenti za ispitivanje rezilijencije, 6.Socijalna podrška, 7.Istraživanja socijalne podrške, 8.Socijalna podrška i rezilijencija kod djece i adolescenata. Svako poglavlje sadrži više odjeljaka koji su logično raspoređeni i uklopljeni u koherentnu cjelinu.

U Uvodu su naznačene neke najbitnije karakteristike obrađenih problema, koje predstavljaju razlog izbora predmeta knjige i autoričinog bavljenja tematikom rezilijencije i socijalne podrške i njihovim međusobnim odnosom.

Autorica ukazuje na bitnu promjenu u gledanjima na psihološke reakcije osoba (djece, adolescenata i odraslih) izloženih izrazito nepovoljnim događanjima i traumatizaciji. Žiža interesovanja istraživača i psihologa u praksi, sve više se, od bavljenja patologijom i deficitima izazvanih stresom i traumom, prenosi na prepoznavanje i ispitivanje snaga, resursa i procesa koji doprinose uspješnom savladavanju izrazito velikih teškoća i faktora rizika, te omogućavaju „zdravo“ prilagođavanje, uspješan razvoj i sazrijevanje. U tom smjeru ide i bavljenje socijalnom podrškom koja je prepoznata kao važan zaštitni vanjski faktor rezilijencije, što je od velikog značaja za preventivne pristupe, za unapređivanje mentalnog zdravlja i za školsku psihologiju.

Poglavlje 2. posvećeno je razmatranjima o porijeklu i razvoju koncepta, najvažnijim definicijama i prirodi rezilijencije. Prikazani su različiti pristupi konceptu rezilijencije: od shvatanja rezilijencije kao osobine ličnosti, preko isticanja da se radi o procesu, do shvatanja da ona predstavlja ishod složenog niza događanja. U knjizi se naglašava važnost dinamičnog, razvojnog, transakcijskog pristupa ovom kompleksu konstrukata koji je podložan stalnim promjenama kroz interakcije tokom života pojedinca.

U trećem poglavlju opisani su različiti teorijski modeli rezilijencije. Istaknuta je važnost preciznog definiranja modela kako bi se omogućilo njihovo naučno verificiranje i testiranje jer :“Teorija i modeli rezilijencije nude istraživačima i stručnjacima iz prakse konceptualni okvir za razumijevanje kako djeca i mladi prevazilaze nevolje te kako se te spoznaje mogu koristiti za poboljšanje snaga i izgradnju pozitivnih karakteristika njihovih života.,, (str.33)

Četvrto poglavlje sadrži sedam bogato dokumentovanih odjeljaka o savremenim istraživanjima, o korijenima i razvoju istraživanja rezilijencije; o istraživanjima u oblastima mentalnog zdravlja, razvojne psihopatologije i školske psihologije. Opisana su četiri vala istraživanja rezilijentnog prilagođavanja u nepovoljnim okolnostima. U osvrtu na vrste istraživanja rezilijencije, autorica ukazuje na ubrzan porast broja novih studija u različitim oblastima psihologije i neuroznanosti, ali izražava žaljenje što su longitudinalna istraživanja, koja bi za ovu problematiku bila od izuzetnog značaja, još uvijek vrlo rijetka. Na osnovu svih tih studija, u knjizi su sakupljene i predstavljene neke zajedničke psihološke karakteristike rezilijentne djece.

U petom poglavlju sumarno su opisani psihološki mjerni instrumenti za ispitivanje rezilijencije. Navedeni mjerni instrumenti su klasirani prema uzrastima: za djecu i adolescente, za starije adolescente i odrasle, te za odrasle. Nabrojani su takođe i psihološki instrumenti za mjerenje obiteljskog funkcioniranja.

Druga velika tema ovog rada - socijalna podrška, detaljno je opisana u šestom i sedmom poglavlju. Izložena su savremena shvatanja koncepta socijalne podrške, njeni aspekti, izvori, tipovi, te faktori koji utiču na pružanje i na veću ili manju prijemčivost za prihvatanje socijalne podrške.

7. poglavlje je posvećeno pregledu spoznaja o socijalnoj podršci u različitim disciplinama, a posebno o savremenim istraživanjima njenih efekata na tjelesno i mentalno zdravlje i na prilagodbu djece i adolescenata.

Završno, osmo poglavlje sadrži sintetski pogled na značaj i doprinos pojedinih izvora socijalne podrške razvoju i povećanju kapaciteta rezilijencije kod djece i adolescenata. Razmatraju se efekti obiteljske podrške, podrške od strane vršnjaka, škole i nastavnika te podrške institucionalnih struktura i pojedinih članova zajednice na rezilijentni rast i razvoj mladih.

Knjiga je pisana čitljivim i jednostavnim jezikom, uz upotrebu razumljive terminologije i standardnih psiholoških naziva u ovoj oblasti. Naslov jasno odražava ukupni sadržaj ovog djela.

Treba istaknuti da je termin rezilijencija, koji je u psihološkoj struci u drugim govornim područjima (anglo-američkom, francuskom, njemačkom, itd.) u svakodnevnoj upotrebi, i čak stekao veliku popularnost, kod nas gotovo nepoznat i teško se može jednom riječju prevesti na naš jezik a da mu se ne okrnji psihološko značenje. Termin je iz tehničkih nauka uveden u psihologiju stresa i traume, a izvorno označava osobinu elastične otpornosti i izdržljivosti koja nekom materijalu izloženom mehaničkim silama pritiska i istezanja omogućava da se vrati u stanje kakvo je bilo prije dejstva tih sila. Knjiga dr.Sibele Zvizdić predstavlja prvi opsežni rad o psihološkom sadržaju i značenju ovog pojma pa pretpostavljam da će pomoći uvođenju ovog koncepta u našu stručnu literaturu.

Svojim opsegom i uravnoteženošću sadržaja knjiga uspijeva da odgovori na niz bitnih pitanja iz ove oblasti. Možda bi neki čitaoci, zbog velikih potreba za psihološkim instrumentima, željeli da dobiju malo više informacija o upitnicima, skalama i inventarima koji su u radu navedeni, ali to izlazi iz djelokruga ove knjige.

Teme i problemi obrađeni u ovom djelu su izuzetno aktuelni. Rad je velikim dijelom zasnovan na teorijskom dijelu autoričine doktorske disertacije ali se u cjelini radi o novom djelu, jer je obuhvatio i prezentirao veliki broj novih saznanja i rezultata novijih istraživanja o rezilijenciji i socijalnoj podršci. Ističući značaj veze između rezilijencije i socijalne podrške, knjiga na novi način sagledava problem psihološke otpornosti i izdržljivosti.

Posljednja poglavlja knjige mogu predstavljati izvor ideja i podsticaja za teorijske pristupe i empirijska istraživanja faktora koji pomažu uspješan psihološki razvoj i rast nakon suočavanja sa teškim, nepovoljnim i traumatogenim uslovima života djece i mladih. Ova knjiga ističe

ulogu socijalne podrške koja dolazi od porodice, od strane vršnjaka, škole i zajednice, pa može inspirisati stručnjake u oblasti školske psihologije, mentalnog zdravlja i psihologije u zajednici.

Zaključak

Knjiga dr. Sibe Zvizdić „Socijalna podrška i rezilijencija kod djece i adolescenata“ obrađuje značajne i, sa stanovišta školske psihologije i mentalnozdravstvenog rada, aktuelne probleme. Jasne definicije i detaljan prikaz koncepata rezilijencije i socijalne podrške u savremenoj psihologiji, te ukazivanje na njihov značaj i interaktivne odnose, predstavljaju novinu u našoj stručnoj literaturi. Njihovo poznavanje bitno je za sve one koji se bave edukacijskom psihologijom, psihologijom u zajednici ili osmišljavaju programe za unapređivanje mentalnog zdravlja. Ovo je od posebne važnosti u osiromašenom društvu koje se oporavlja od teških ratnih iskustava i prirodnih katastrofa i gdje je veliki broj djece i mladih suočen sa vrlo teškim životnim prilikama.

Stoga smatram da je ova knjiga zanimljiva za objavljivanje i da će predstavljati značajan prilog naučnoj i stručnoj literaturi u oblasti psihologije i društvenih nauka.

U Limožu, 24.05.2015.


Dr. Renko Đapić

Recenzija knjige

Socijalna podrška i rezilijencija kod djece i adolescenata

Autor: Sibela Zvizdić

Knjiga „Socijalna podrška i rezilijencija kod djece i adolescenata“ sadržajno je strukturirana u osam poglavlja, nakon kojih slijedi popis korištene literature.

U prvom, uvodnom poglavlju knjige autorica upoznaje čitatelje sa dosadašnjim radovima znanstvenika koji tendiraju ispitivanju problema i faktora rizika, te naglašava potrebu za pomjeranjem istraživačkog fokusa od individualnog deficita i patologije ka ispitivanju snaga i zaštitnih faktora koji doprinose dobroj prilagodbi djece.

U poglavlju posvećenom određenju pojma i prirode rezilijencije sistematski su prvo date definicije kompleksnog fenomena rezilijencije. U definiranju konstrukta rezilijencije autorica se poziva na upotrebu termina rezilijencija u ekologiji, razvojnoj psihologiji i psihijatriji, ali i fizici i istočnoj filozofiji. Posebno naglašava mogućnost izvođenja različitih zaključaka upravo u ovisnosti od umjerenosti i širine definicije, te potrebu za dodatnim teorijskim pročišćavanjem koje bi trebalo unaprijediti preciznost definiranja i istraživanja rezilijencije. U ovom poglavlju, autorica također upoznaje čitatelje sa postojanjem mitova za koje smatra da otežavaju i/ili sprječavaju razvoj koncepta rezilijencije. Ističe kako i sama svjesnost o prisutnosti ovih mitova može pomoći stručnjacima u razumijevanju značaja rezilijencije. U tekstu koji slijedi napravljena je distinkcija između zaštitnih faktora i rezilijencije, pa tako autorica tvrdi da zaštitni faktori nisu isto što i rezilijencija. Naime, zaštitni faktori čuvaju od nesreća, a njihovo djelovanje je konstantno i konzistentno dok rezilijencija omogućava rehabilitaciju i značajna je samo u kontekstu poteškoća i kriza koje se javljaju tokom života. Posebna pažnja je posvećena razmatranju razloga zbog kojih je ranije korišteni termin „invulnerabilnost“ zamijenjen terminom „rezilijencija“, a u izuzetno preglednom tekstu pomno su objašnjeni i pojmovi koji su od značaja za istraživanja rezilijencije što će biti od posebne koristi studentima u savladanju gradiva na preddiplomskom i diplomskom studiju.

Poslije jasnog određenja jednog od ključnih koncepata ove knjige, koncepta rezilijencije, detaljno su prikazani najznačajniji teorijski modeli rezilijencije. Čitatelju su izloženi modeli rezilijencije koji su identificirani s ciljem objašnjenja kako pojedinac i faktori životne sredine funkcioniraju u smanjivanju ili ublažavanju negativnih efekata.

U poglavlju koje slijedi, nakon elaboracije teorijskih postavki koncepta rezilijencije, autorica vrlo uvjerljivo i na sistematičan način nudi pregled najznačajnijih spoznaja vezanih za istraživanja rezilijencije u okviru prevencije u oblasti mentalnog zdravlja, u oblasti razvojne psihopatologije, te oblasti školske psihologije i psihologije obrazovanja.

Nakon uvodnog, konceptualnog i povijesnog pregleda, teorijskih postavki i istraživanja rezilijencije dat je pregled najčešće korištenih psiholoških mjernih instrumenata u istraživanjima koncepta rezilijencije kod djece i adolescenata. Autorica ističe kako su u okviru brojnih studija rezilijencije korištene različite metodologije te da su istraživanja

provedena na skupinama ispitanika koji se razlikuju s obzirom na dob, sociodemografske karakteristike te prirodu doživljenih faktora rizika. Prikaz mjernih instrumenata će zasigurno biti od koristi istraživačima koncepta rezilijencije.

Zasebno mjesto u knjizi posvećeno je određenju konstrukta socijalne podrške i istraživanju efekata socijalne podrške na tjelesno i mentalno zdravlje. U ovom dijelu knjige autorica navodi rezultate brojnih empirijskih studija u kojima je pokazano da socijalna podrška, između ostalog, smanjuje vjerovatnoću od obolijevanja, omogućava bolju prilagodbu na određene bolesti, ubrzava oporavak ili povećava izgleda za oporavak...

Završno poglavlje knjige rezervirano je za socijalnu podršku i rezilijenciju djece i adolescenata. U ovom poglavlju su date detaljne spoznaje o izvorima socijalne podrške i naglašen je značaj pojedinih izvora socijalne podrške za rezilijenciju djece i adolescenata. Autorica u ovom dijelu uspijeva izložiti svu složenost i kompleksnost odnosa između obitelji, vršnjaka i nastavnika koji su prikazani kao najvažniji izvor socijalne podrške što bi zainteresiranim čitateljima i istraživačima trebalo biti poticaj za dalja istraživanja u ovom području. Naravno, autorica u ovoj kompleksnoj međuigri brojnih faktora nije zanemarila ni značaj zaštitnih faktora zajednice. Posebno važnim smatra preventivno djelovanje, tj. jačanje rezilijentnosti prije nego što dijete ili odrasli dožive kriznu situaciju.

Očito je da cjelokupan tekst karakterizira jasnoća jezičnog izraza, laka čitljivost i sistematska obrada tema uz poseban naglasak na značaj rezilijencije, ali i na razjašnjenja postojećih konceptualnih nejasnoća u području istraživanja rezilijencije što predstavlja posebnu vrijednost ove knjige. Knjiga „*Socijalna podrška i rezilijencija kod djece i adolescenata*“, autorice dr. sc. Sibe Zvizdić, će svakako biti vrijedan doprinos u psihološkoj literaturi iz područja mentalnog zdravlja i edukacijske psihologije. Koristiti će i širokom krugu stručnjaka a predstavljat će i vrijedan izvor učenja studentima psihologije i srodnih disciplina.

Sarajevo, maj 2015.
doc. dr. Indira Fako



Biografija

Sibela ZVIZDIĆ (Sarajevo, 5. 7. 1973) je diplomirala 1996. godine na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta Univerziteta u Sarajevu. Postdiplomski studij je završila 1999. godine na Odsjeku za psihologiju Sveučilišta u Zagrebu. Na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta u Sarajevu 2001. godine je završila specijalistički studij iz traumatske psihologije, a 2004. godine je odbranila doktorsku disertaciju. Objavila je više naučnoistraživačkih i stručnih radova u domaćim i stranim časopisima i zbornicima (*Didaktički putokazi, European Psychologist, Naša škola, Obrazovanje odraslih* i dr.). Autor je i voditelj nekoliko naučnoistraživačkih projekata (npr. *Nastavnik u Bolonjskom procesu; Istraživanje zaštitnih faktora kao determinanti rezilijencije kod mlađih adolescenata; Gubici i separacije u adolescenciji* u okviru VW-Stiftung Trauma Programa) te učesnik u nekoliko projekata (npr. *istraživanje u okviru BH Trauma Programa; Program mladih istraživača – YIP* organiziranog od strane američke Nacionalne akademije nauka u saradnji s ANUBIH). Učestvovala je s radovima na više domaćih i međunarodnih naučnih i stručnih skupova, kongresa, konferencija, simpozija (Beč, Berlin, Brčko, Goražde, Istanbul, Jena, Klagenfurt, Mostar, Neum, Sarajevo, Tokyo, Torun, Zadar, Zagreb i dr.), bila predavač na više seminara te voditelj i učesnik okruglih stolova. Voditelj je i predsjednica Simpozija »*Kako ne odustati već istrajati – Bolonjski proces iz perspektive nastavnika i saradnika*«. Na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta Univerziteta u Sarajevu je zaposlena od 1996. godine gdje se bavi proučavanjem učenja i poučavanja, motivacijsko-socijalnih procesa u okviru psihologije obrazovanja te posebno oblašću primarne prevencije i rezilijencije. Pokazuje interes za razvoj školske psihologije i psihologije obrazovanja.