Doprinos čimbenika individualne otpornosti, percipirane socijalne podrške i strategija suočavanja sa stresom u objašnjenju socijalne funkcionalnosti oboljelih od depresije

Vranko, Mirta

Doctoral thesis / Disertacija

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:385881

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-20**

Repository / Repozitorij:

Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository

DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sveučilište u Zagrebu

Edukacijsko – rehabilitacijski fakultet

Mirta Vranko

DOPRINOS ČIMBENIKA INDIVIDUALNE OTPORNOSTI, PERCIPIRANE SOCIJALNE PODRŠKE I STRATEGIJA SUOČAVANJA SA STRESOM U OBJAŠNJENJU SOCIJALNE FUNKCIONALNOSTI OBOLJELIH OD DEPRESIJE

DOKTORSKI RAD

Zagreb, 2021.

Sveučilište u Zagrebu

Edukacijsko – rehabilitacijski fakultet

Mirta Vranko

DOPRINOS ČIMBENIKA INDIVIDUALNE OTPORNOSTI, PERCIPIRANE SOCIJALNE PODRŠKE I STRATEGIJA SUOČAVANJA SA STRESOM U OBJAŠNJENJU SOCIJALNE FUNKCIONALNOSTI OBOLJELIH OD DEPRESIJE

DOKTORSKI RAD

Mentorice:

Prof. dr. sc. Martina Ferić

Doc. dr. sc. Petrana Brečić

Zagreb, 2021.

University of Zagreb

Faculty of Education and Rehabilitation Sciences

Mirta Vranko

CONTRIBUTION OF FACTORS OF INDIVIDUAL RESILIENCE, PERCEIVED SOCIAL SUPPORT AND COPING STRATEGIES IN EXPLAINING THE SOCIAL FUNCTIONING OF PEOPLE WITH DEPRESSION

DOCTORAL DISSERTATION

Supervisors:

prof. dr. sc. Martina Ferić

doc. dr. sc. Petrana Brečić

Zagreb, 2021

INFORMACIJE O MENTORICI

Prof. dr. sc. Martina Ferić

Prof. dr. sc. Martina Ferić zaposlena je na Edukacijsko-rehabilitacijskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Doktorat znanosti iz područja društvenih znanosti, polje edukacijsko-rehabilitacijske znanosti stječe 2006. godine na Edukacijsko-rehabilitacijskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Znanstveno i profesionalno se razvija u području prevencijske znanosti. Bila je suradnica na 20 znanstvenih i znanstveno-stručnih projekata. Ukupno je objavila 25 znanstvenih radova, 3 znanstvene knjige, i 23 stručna rada. Bila je članica uredništva časopisa Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja od 2012. do 2015. godine. Nastavu izvodi na preddiplomskoj, diplomskoj razini studija te na poslijediplomskom specijalističkom studiju Rana intervencija u edukacijskoj rehabilitaciji i poslijediplomskom doktorskom studiju Prevencijska znanost i studij invaliditeta na Edukacijsko-rehabilitacijom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Voditeljica je Modula Prevencijska znanost poslijediplomskog doktorskog studija Prevencijska znanost i studij invaliditeta, 4 godine je bila voditeljica Povjerenstva za upravljanje kvalitetom te je bila prodekanica za nastavu Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu dvije akademske godine. Voditeljica je Laboratorija za prevencijska istraživanja, čije su članice dobile nagradu Europskog društva za prevencijska istraživanja (EUSPR) za kontinuirani doprinos razvoju prevencijske znanosti u Europi i internacionalno. Aktivna je u životu znanstvene i stručne zajednice te je članica nekoliko društva u području od kojih su najznačajniji European Society for Prevention Research (EUSPR) i European Public Health Association (EUPHA).

INFORMACIJE O MENTORICI

Doc. dr. sc. Petrana Brečić

Doc. dr. sc. Petrana Brečić, ravnateljica je Klinike za psihijatriju Vrapče i docent u naslovnom zvanju na Medicinskom fakultetu u Zagrebu. Specijalistica je psihijatrije, subspecijalistica biologijske i socijalne psihijatrije, stalni sudski vještak. 2018. izabrana je od strane Nacionalnog vijeća za znanost, visoko obrazovanje i tehnološki razvoj, Matični odbor za područje biomedicine i zdravstva u znanstveno zvanje višeg znanstvenog suradnika u znanstvenom području biomedicina i zdravstvo – polje kliničke medicinske znanosti. Uz ravnateljsku dužnost obnaša i funkciju pročelnice Zavoda za afektivne poremećaje. Područje interesa su joj hitna stanja u psihijatriji i afektivni poremećaji, poglavito suicidalnost. Uz specijalizaciju i poslijediplomski studij, završila je čitav niz poslijediplomskih i znanstvenih usavršavanja u zemlji i inozemstvu. Aktivno sudjeluje, preko 120 puta, kao predavač na brojnim nacionalnim i međunarodnim stručnim i znanstvenim kongresima, simpozijima i skupovima iz područja psihijatrije. Također, u okviru svoje struke, često istupa u javnim medijima – novinama, radiju i televiziji.

Autorica je 35 radova iz područja psihijatrije, koautorica u dvanaest knjiga i priručnika i tri udžbenika. Sudjelovala je kao istraživač u deset znanstvenih projekata i preko 30 stručnih internacionalnih multicentričnih psihofarmakoloških studija. U organizacijskom je odboru brojnih simpozija i kongresa; uz prof. Jukića organizirala dva velika hrvatska psihijatrijska Kongresa. Članica je brojnih stručnih domaćih i inozemnih društava, recenzent u tri časopisa.

Od 2011. godine, u naslovnom je suradničkom zvanju asistentice; redovito izvodi dio nastave u vidu seminara i vježbi za studente Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, iz obvezatnog (socijalna pedagogija) i izbornog (logopedija i rehabilitacija) predmeta Psihopatologija. Dobila priznanje Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu kao najbolje ocijenjena nastavnica u ak.god. 2015/2016. prema rezultatima studentskih anketa za procjenu nastavnika. Od školske godine 2014/15 redovito vodi nastavu (predavanja i seminari) iz predmeta Opća psihopatologija na studiju Psihologije na Hrvatskim studijima Sveučilišta u Zagrebu, gdje je 2018. postala voditelj obvezatnog kolegija *Opća i Specifična psihopatologija*. Na medicinskom fakultetu u Zagrebu sudjeluje u provođenju nastave iz predmeta Psihijatrija i Etika. Predaje i na Sveučilištu Libertas. Mentorica je brojim specijalizantima i subspecijalizantima psihijatrije tijekom njihove specijalizacije te mentorica u izradi završnih, diplomskih radova i doktorata.

Zahvaljujem…

Razmišljajući o napisanoj doktorskoj disertaciji, prvo što mi pada na pamet jest kako je ona realan dokaz funkcioniranja koncepta kojim se bavi – otpornosti. Na putu izrade doktorske disertacije stajali su mnogi rizici, kako osobni, tako i okolinski. Činjenica je kako je ovaj rad građen upravo u vrijeme pandemije Covid – 19, te u godini u kojoj je moj grad ranjen nizom potresa, a u kojoj smo kao društvo u cjelini na najopipljiviji način osjetili važnost socijalne podrške, kvalitetnih odnosa, bliskosti i kontakta, te niza ranjivosti i kontinuirane potrebe za adaptacijom i traženjem (novih) strategija suočavanja sa stresom. U tom hodu želim zahvaliti mnogima. U prvom redu zahvaljujem sudionicima istraživanja koji su spremno podijelili vlastita iskustva i intimu, te koji me uvijek podsjećaju kolika je veličina oporavka.

Zahvaljujem svim profesorima i mentorima koji su me kroz moje obrazovanje vodili do ovog rada. Duboko sam uvjerena kako je odnos mentora i studenta formativan i neizmjerno bitan. Čast mi je što sam imala prilike upoznati i raditi s dvjema mentoricama, prof. dr.sc. Martinom Ferić i doc. dr. sc. Petranom Brečić, koje su svojim znanjima, vještinama, upornošću, strpljivošću, ohrabrivanjem i bliskošću bile uz mene tijekom ovog rada. Vjerujem kako su upravo nezaustavljiva hrabrost, vjerovanje, odvažnost i poštovanje prof. Ferić odgovorni za završetak ovog rada. Hvala!

Vjerujem kako moje povjerenje u koncept otpornosti ima korijene upravo u našoj otpornoj obitelji, koja me iz dana u dan uči na koliko se kreativnih način ostvaruje podrška i ljubav, te uspijeva zajedno bez obzira na rizike. Mami za „zalijevanje“ potencijala i upornost, Anamariji za uvijek njegujuću prisutnost, Kreši za sigurnost i spremnost na pomoć, Dori za životnu lekciju o dobivanju životnih bitki i integritetu, Marti za poučavanje najveće znanosti od svih – igri i radosti – hvala vam! Velika hvala mom Željku koji zna napamet gotovo svaki dio ovog rada i koji je vjerovao u mene, poglavito kada ja nisam. Lijepo je rasti s tobom!

Zahvaljujem mojim kolegicama i kolegama koji su bili uz mene u različitim fazama doktorskog studija i pisanja disertacije; Tihani, Kristini, Zvjezdani, Ani, zaposlenicima Zavoda za afektivne poremećaje, Zavoda za psihoterapiju i Odjela za socijalnu pedagogiju. Hvala svim mojim prijateljicama i prijateljima koji su me kontinuirano podržavali, poglavito Mariji A., Ivančici, Mariji M., Ani, Jeleni, Ireni, Tihi, te profesorima i studentima Instituta „Sophia“.

Hvala providnosti i logistici Odozgo, neka dobiveni talenti budu Mudrost prisutna u čovječanstvu i pomognu ga graditi ljepšim.

Otpornost ne dolazi iz rijetkih i posebnih kvaliteta, već iz svakodnevne čarolije uobičajenih, normativnih ljudskih resursa u umu, mozgu i tijelima djece, u njihovim obiteljima i vezama i u njihovim zajednicama. Ovo ima duboke implikacije na promicanje kompetentnosti i ljudskog kapitala kod pojedinaca i društva (Masten, 2001).

Sadržaj

1. UVOD 1

1.1. Prevalencija depresije u Republici Hrvatskoj 2

1.2. Rizični i zaštitni čimbenici za pojavnost depresije 4

1.3. Posljedice depresije za društvo 8

2. TEORIJSKO UTEMELJENJE ISTRAŽIVANJA 11

2.1. Koncept otpornosti 11

2.1.1. Otpornost i depresija 19

2.1.2. Medijacijski model otpornosti 24

2.1.2.1. Modeli otpornosti usmjereni varijablama – medijacijski i moderatorski modeli 25

2.2. Koncept socijalne podrške 29

2.3. Strategije suočavanja sa stresom 33

2.4. Nepovoljna iskustva u djetinjstvu 35

2.5. Socijalno funkcioniranje 37

2.5.1. Socijalne kompetencije odraslih 38

2.5.2. Funkcionalni oporavak 41

2.6. Konceptualizacija i operacionalizacija istraživanja 42

3. CILJ I HIPOTEZE PREDLOŽENOG ISTRAŽIVANJA 43

3.1. Cilj istraživanja 43

3.2. Problemi i hipoteze istraživanja 43

4. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA 45

4.1. Sudionici istraživanja 45

4.2. Postupak istraživanja 53

4.3. Mjeri instrumenti 57

4.4. Metode obrade podataka 71

5. REZULTATI 73

5.1. Odnos između razine depresije i nepovoljnih iskustava u djetinjstvu 73

5.2. Odnos između strategija suočavanja sa stresom, individualnih čimbenika otpornosti i percipirane socijalne podrške kod oboljelih od depresije 76

5.3. Povezanost razine depresije i nepovoljnih iskustva u djetinjstvu i socijalnog funkcioniranja oboljelih od depresije 80

5.4. Putevi kojima čimbenici individualne otpornosti, percipirana socijalna podrška i strategije suočavanja sa stresom ostvaruju medijatorski efekt u odnosu između razine depresije/intenziteta nepovoljnih iskustva iz djetinjstva i kvalitete funkcioniranja oboljelih od depresije 83

6. RASPRAVA 89

6.1. Odnos razina depresije i nepovoljnih iskustava u djetinjstvu 89

6.2. Odnos strategija suočavanja sa stresom, individualnih čimbenika otpornosti i percipirane socijalne podrške kod oboljelih od depresije 91

6.3. Odnos razina depresije i nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i socijalnog funkcioniranja oboljelih od depresije 93

6.4. Putevi kojima čimbenici individualne otpornosti, percipirana socijalna podrška i strategije suočavanja sa stresom ostvaruju medijatorski efekt u odnosu između razine depresije/intenziteta nepovoljnih iskustva iz djetinjstva i kvalitete funkcioniranja oboljelih od depresije 94

7. VERIFIKACIJA HIPOTEZA 98

8. ZNANSTVENI I PRAKTIČNI DOPRINOSI 102

9. OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA 104

10. ZAKLJUČAK 106

11. SAŽETAK 113

12. ABSTRACT 116

13. LITERATURA 119

Lista tablica 158

Lista shema 159

Lista modela 159

Lista grafova 159
Lista slika 160

14. ŽIVOTOPIS 161

15. PRILOZI 163
15.1. Prilog 1 164
15.2. Prilog 2 177
15.3. Prilog 3 180
15.4. Prilog 4 182
15.5. Prilog 5 186

POPIS OZNAKA I KRATICA

CD-RISC-25	od engl. *Connor – Davidson Resilience Scale*, Skala procjene individualnih čimbenika otpornosti
MSPSS	od engl. *Multidimensional Scale of Perceived Social Support*, Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške
BDI-II	od engl. *Beck's Depression Inventory -II*, Beckov inventar depresije
FAD	od engl. *Functional Assessment of Depression*, Upitnik za procjenu funkcionalnosti u depresiji
ACE	od engl. *Adverse Childhood Experience Questionnaire*, Upitnik nepovoljnih događaja u djetinjstvu
COPE	od engl. *Coping Orientation to Problems Experienced*, Upitnik strategija suočavanja sa stresom
WHO	od eng. World Health Organization, Svjetska zdravstvena organizacija
APA	od engl. American Psychological Association, Američko psihološko društvo
DSM –V	od engl. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Dijagnostički i statistički priručnik za psihičke poremećaje, peto izdanje

LEGENDA ZA REZULTATE

N	broj sudionika
Sd	standardna devijacija
df	stupnjevi slobode
P	koeficijent značajnosti

1. UVOD

Svake godine oko 38% stanovništva Europske unije susreće se s barem jednim psihičkim poremećajem (na procijenjenih 164,7 milijuna ljudi). Europska studija o epidemiologiji psihičkih poremećaja (Alonso i Lépine, 2000) utvrđuje kako su poremećaji raspoloženja i anksioznosti najzastupljeniji poremećaji u Europi - u pogledu broja pogođenih osoba u svim dobnim skupinama su: anksiozni poremećaji (69,1 milijuna, tj. 14,0%), unipolarna depresija (30,3 milijuna, tj. 6,9%). Osim što predstavlja veliki problem za pojedinca i obitelj, depresija je i problem za društvo. Osobe koje boluju od depresije gube interes za sva područja života. Udio depresije unutar skupine psihičkih poremećaja je u porastu (Silobrčić Radić i Jelavić, 2011). Kod muškaraca je depresija četvrti, a kod žena prvi uzrok hospitalizacija uzrokovanih psihičkim poremećajima, te su one ujedno i dvostruko podložnije obolijevanju od depresije. Najveći broj hospitalizacija odnosi se na dob između 20 i 59 godina što svrstava ovu skupinu poremećaja u vodeće uzroke hospitalizacije u radno aktivnoj dobi.

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (WHO, 2004) mentalno se zdravlje opisuje kao „stanje u kojem osoba ostvaruje svoje sposobnosti, može se nositi sa stresom svakodnevnog života, produktivno i plodno raditi i pridonositi“. Iz navedene definicije zdravlja vidljivo je da ona podrazumijeva cjelovito fizičko, mentalno i socijalno blagostanje, a ne samo odsutnost bolesti ili nemoći. Mentalno zdravlje, ovako definirano, više je od same odsutnosti mentalnog poremećaja ili nesposobnosti. To je stanje blagostanja u kojemu pojedinac ostvaruje vlastite potencijale, nosi se s normalnim životnim stresovima, produktivno radi i u mogućnosti je doprinijeti svojoj zajednici. U ovom smislu, mentalno zdravlje je temelj za individualnu dobrobit i djelotvorno funkcioniranje zajednice. Brojni socijalni, psihološki i biologijski čimbenici utječu na razinu mentalnog zdravlja pojedine osobe u pojedinom trenutku. Kao najčešće predisponirajuće čimbenike koji utječu na mentalno zdravlje pojedinca valja spomenuti i brze društvene promjene, stres na poslu, spolnu i rodnu diskriminaciju, socijalnu izoliranost, nezdrave stilove života, nasilje, pozitivan psihijatrijski hereditet, somatske bolesti, siromaštvo, povrjeđivanje ljudskih prava. Specifični psihološki čimbenici i struktura ličnosti mogu učiniti osobu podložnijom mentalnim poremećajima. Dakako, biološka predisponiranost, uključujući genetsko nasljeđe i disbalans na razini neurotransmitera imaju nepobitnu ulogu.

Depresija je vrlo učestala bolest koju karakteriziraju poremećaji raspoloženja (afektivni poremećaji). Trajna tuga i gubitak interesa za aktivnosti u kojima je osoba do sada uživala kao i nesposobnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti (smanjenje energije i povećana

„zamorljivost“) kroz najmanje dva tjedna glavna su obilježja depresije odnosno depresivne epizode.

U liječenju depresivnog bolesnika danas je cilj ne samo postizanje potpune remisije simptoma nego i funkcionalni oporavak oboljelih od depresije. Oporavak na svim razinama tumači i nadređena i u okviru mentalnog zdravlja izuzetno prisutna bio-psiho-socijalna paradigma. Funkcionalni oporavak osobe oboljele od depresije označavanja povratak funkcionalnih kapaciteta osobe, tj. vraćanje na prethodne razine funkcioniranja u obitelji, na radnom mjestu i u društvu.

Psihološka otpornost je pozitivna adaptacija ili sposobnost da se održi ili povrati mentalno zdravlje usprkos doživljavanja nevolja i/ili djelovanju rizičnih čimbenika. Od značaja za otpornost su osobine ličnosti, biološki čimbenici, sistemski čimbenici, kao i interakcija ovih čimbenika. Danas koncept otpornosti nalazi svoju aplikaciju u različitim kontekstima: poslovnom svijetu, zdravstvu, odgoju i obrazovanju, osobnom razvoju, socijalnoj politici. Koncept otpornosti u okviru mentalnog zdravlja je krucijalan pri razumijevanju kako rizici mogu biti modificirani, a poremećaji prevenirani.

1.1. Prevalencija depresije u Republici Hrvatskoj

Depresija je kronična i opterećujuća bolest. Zbog učestalosti depresije, njezine simptomatologije i njezine fenomenologije, depresija značajno utječe na radnu sposobnost, kvalitetu života, te je vodeći je uzrok „izgubljenih godina“ zbog onesposobljenosti podjednako za žene i muškarce neovisno o ekonomkom stupnju razvoja zemlje. Prevalencija depresije u Europi kreće se oko 2% do 10% (omjer žene/muškarci 2:1). Depresija je vrlo čest uzrok suicida; 15-20% osoba s depresivnim poremećajem završava suicidom. Pojavnost depresije u populaciji kreće se od 5% do 10%, a procjenjuje se da je doživotni rizik obolijevanja. Prema podatcima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ, 2015) mentalni poremećaji su drugi najčešći uzrok hospitalizacija u dobi između 20 i 59 godina (12,4%), odmah iza tumora (14,1%). Vodeći uzroci hospitalizacija iz skupine mentalnih poremećaja su 2015. godine bili mentalni poremećaji uzrokovani alkoholom, s udjelom od 18,2%, shizofrenija (15,3%), depresivni poremećaji (13,5%), mentalni poremećaji zbog oštećenja i disfunkcije mozga i tjelesne bolesti

(7,1%) te reakcije na teški stres, uključujući posttraumatski stresni poremećaj (6,2%). Zbog depresivnih poremećaja je 2015. godine bilo 5.388 hospitalizacija, s ukupno 157.464 bolničkih dana, što prosječno iznosi 29 dana po jednoj hospitalizaciji. Prema podatcima o bolestima i kroničnim stanjima prikupljenima putem izjave u Europskoj zdravstvenoj anketi 2014.-2015. godine (EHIS, 2014), 5,1% muškaraca i 6,2% žena u Hrvatskoj navodi da je u posljednjih 12 mjeseci imalo depresiju. Prema odgovorima na skali izraženosti depresivnih simptoma iz istog istraživanja, 10,3% stanovnika Republike Hrvatske ima blage do umjerene depresivne simptome, dok 1,2% stanovnika ima umjereno teške do teške depresivne simptome.

Prema procjeni Svjetske zdravstvene organizacije za ukupno opterećenje bolestima -DALYs, [1] (WHO, 2013a) za Hrvatsku, unipolarni depresivni poremećaji nalaze se na trećem mjestu s udjelom od 7,5%. Depresivni poremećaji jedni su od najčešćih uzroka bolničkog pobola zbog mentalnih poremećaja u Hrvatskoj. Kroz godine bilježi se značajan trend rasta bolničkog pobola zbog depresivnih poremećaja kod oba spola (Silobrčić-Radić i Hrabak-Žerjavić, 2013).

U bolničkom pobolu u Hrvatskoj, mentalni poremećaji sudjeluju s 6-7% u ukupnom broju hospitalizacija; jedan su od vodećih uzroka prema broju hospitalizacija u radnoaktivnoj dobi te vodeći uzrok prema trajanju hospitalizacija. Psihički poremećaji predstavljaju i jedan od vodećih uzroka invaliditeta u Hrvatskoj s udjelom oko 25%. Sustav zdravstvene skrbi za osobe s problemima i poremećajima psihičkog zdravlja trenutno je naglašeno usmjeren na institucionalizaciju i skrb kroz bolnički sustav, s visokom stopom hospitalizacija. Suvremeni sustavi skrbi za osobe sa psihičkim problemima i psihičkim poremećajima usmjereni su na skrb na razini zajednice, pri čemu se zdravstvena zaštita odmiče od velikih ustanova prema općim bolnicama, primarnoj zdravstvenoj zaštiti i lokalnoj zajednici. Uočava se kako u posljednje vrijeme raste broj tretmanske izvanbolničke skrbi za oboljele od depresije, najčešće kroz dnevnobolnički te ambulantni sustav. Skrb u zajednici je smjer koji Europska unija potiče zbog brojnih pozitivnih učinaka na zdravstveno stanje pacijenata, zajednicu te podizanje razine kvalitete i smanjenje troškova zdravstvenog sustava (Silobrčić – Radić i Jelavić, 2011).

Prema podatcima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo za 2017. godinu (Silobrčić Radić i Vrbanec, 2018) vidljivo je kako psihički poremećaji sudjeluju s udjelom 6 – 7% u ukupnom bolničkom pobolu. Najveći broj hospitalizacija je u dobi od 20 do 59 godina što svrstava ovu skupinu poremećaja u vodeće uzroke bolničkog pobola u radno aktivnoj dobi. Svaki 4. ili 5. dan bolničkog liječenja koristi se za duševne poremećaje te su oni i vodeća skupina bolničkog

[1] engl.“*disability-adjusted life years*“– DALYs

pobola prema korištenju dana bolničkog liječenja. U posljednja dva desetljeća u bolničkom pobolu zbog duševnih poremećaja bilježi se, uz oscilacije, izrazitiji trend rasta broja i stopa hospitalizacija na 100.000 stanovnika, ukupno, kao i po spolu. U razdoblju 1995.- 2017. godine vidljiv je uzlazni trend u bolničkom pobolu zbog depresivnih poremećaja sa znatnim porastom broja i stope hospitalizacija, ukupno i prema spolu. Međutim, od 2009. godine prisutan je, uz oscilacije, blaži pad stope. Broj hospitalizacija žena bio je veći nego hospitalizacija muškaraca (prosječno 1,7:1). Također, stopa hospitalizacija za svu dob ukupno i prema dobnim skupinama, veća je za žene nego za muškarce. Stopa hospitalizacija najviša je za oba spola u dobi 40-59 godina, a 2017. godine iznosila je 254,5/100.000 (M 215,4; Ž 292,7). Za dob 10-19 godina ukupna stopa je iznosila 27,5, za dob 20-39 godina 44,7, a za dob 60 i više godina ukupna stopa iznosila je 130,5/100.000 (Silobrčić Radić i Vrbanec, 2018).

1.2. Rizični i zaštitni čimbenici za pojavnost depresije

Depresija prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (DSM -V) pripada skupini poremećaja raspoloženja. Točan uzrok nije poznat, no vjerojatno su uključeni nasljeđe, promjene razina neurotransmitera, promjene endokrine funkcije i psihosocijalni čimbenici. Naslijeđeni genski polimorfizmi za prijenosnik serotonina aktivan u mozgu mogu biti potaknuti stresom. Kod osoba koje su u djetinjstvu bile zlostavljane ili u anamnezi imaju druge teške životne stresove, a imaju kratki alel za ovaj prijenosnik vjerojatnost razvoja depresija je dva puta veća nego u osoba koje imaju dugački alel. Teški životni stresovi, osobito razdvajanja i gubitci često prethode napadima velikog depresivnog poremećaja.

Rizik od razvoja depresije se povećava sa stresom, traumatskim životnim događajima kao što su smrt voljene osobe ili prekid partnerske veze, fizičkim bolestima, problemima uzrokovanim konzumacijom alkohola ili droge, siromaštvom, nezaposlenošću, nepravilnom prehranom i nedovoljnom tjelesnom aktivnošću. Kod nekih osoba postoji i genetska, urođena predispozicija za razvoj depresije.

Depresija je široko rasprostranjen, heterogeni poremećaj, koji predstavlja veliki problem u liječenju (Mihaljević-Peleš i Šagud, 2013). Depresiju uz ostale simptome, mogu pratiti suicidalna razmišljanja, a 10-15% bolesnika počini samoubojstvo. U izvješću Svjetske

zdravstvene organizacije o prevenciji suicida (WHO, 2014) stoji kako više od 800.000 ljudi umire zbog samoubojstva svake godine te se procjenjuje da se na jedno izvršeno samoubojstvo broji četiri pokušaja samoubojstva.

Depresivni poremećaj uz sniženo raspoloženje uključuje oskudnost emocionalnih reakcija, gubitak volje, interesa, energije i inicijative te javljanje osjećaja krivnje i smetnja nagona (Begić, 2011). Depresija, dakle, nije samo loše raspoloženje ili tuga, depresija je poremećaj koji uzrokuje smetnje u osjećajnoj i tjelesnoj sferi pojedinca, izaziva duboke patnje oboljelih te se većina stručnjaka slaže da spada u najbolnija životna iskustava s kojima se današnji čovjek može suočiti (Hotujac i sur., 2003). Depresija je puno više nego prolazni osjećaj žalosti i umora; bolesnik s depresijom često se prezentira složenim i preklapajućim emocionalnim i tjelesnim simptomima, uključujući bolne žalbe (Ivanušić i Degmenčić, 2013). U svakodnevnom kliničkom radu često se susreću bolesnici s komorbiditetom depresije i tjelesnih bolesti pri čemu depresija povećava korištenje i troškove zdravstvene skrbi, dovodi do slabije suradljivosti u liječenju i pogoršava klinički ishod. Depresivnom se naziva ona promjena raspoloženja koje je patološki sniženo, a razlikuje se od normalnog po jačini, po duljini trajanja i po nemogućnosti da osoba takvo raspoloženje kontrolira (Maj i Sartorius, 1999). Bolest biva dijagnosticirana kada se osoba kontinuirano osjeća žalosno svakog dana, veći dio dana, u razdoblju od dva tjedna ili duže i kada je više ništa ne može razveseliti (WHO, 1992). Klasifikacija ICD 10 (WHO, 1992) klasificira simptome depresije; sniženo raspoloženje, ravnodušnost, bezidejnost, apatija, anhedonija, pojačana napetost, nemir i razdražljivost. Depresivni bolesnici često su ukočenog držanja, a psihomotorna usporenost manifestira se kao usporeno mišljenje i govor, dok zakočenost može ići do depresivnog stupora. Depresivna epizoda s obzirom na stupanj izraženosti simptoma može biti blaga (ima najmanje četiri simptoma), umjerena (najmanje pet simptoma), teška bez psihotičnih simptoma (sedam simptoma) i teška s psihotičnim simptomima (uz zadovoljene kriterije za tešku epizodu prisutni su sumanutosti, halucinacije ili depresivni stupor) (WHO, 1992).

Potrebno je naglasiti kako depresija često egzistira u komorbiditetu s drugim psihičkim i somatskim bolestima. Od psihičkih bolesti najčešći su anksiozni poremećaji i bolesti ovisnosti dok se od somatskih bolesti depresija najčešće pojavljuje s bolestima kroničnog tijeka i nepovoljne prognoze koje dovode do smanjenog funkcioniranja i praćene su bolnim simptomima kao što su srčane bolesti, bolesti dišnog sustava, endokrinološke bolesti, zloćudne bolesti i metaboličke bolesti (Jakovljević, 2004). U Tablici 1 sažet je prikaz najčešće istraživanih rizičnih čimbenika za pojavu depresije.

Rizični čimbenici, ukratko, za obolijevanje od depresije uključuju: člana obitelji koji živi s poremećajem raspoloženja ili drugim psihičkim poremećajem, specifična genetika ili struktura mozga, doživljavanje traume ili stresnih životnih događaja, pretjerana upotreba droga ili alkohola (DBSA, 2020a).

Najviši rizik od suicidalnog ponašanja tijekom života nastaje kada se poremećajima raspoloženja pridodaju i drugi poremećaji koji imaju visoku razinu anksioznosti poput paničnog poremećaja, posttraumatskoga stresnog poremećaja ili, pak, oni poremećaji koji smanjuju otpornost i fleksibilnost u adaptacijskim potencijalima poput poremećaja ponašanja, poremećaja ličnosti, upotrebe psihoaktivnih tvari (Turecki i Brent, 2016).

Studije pokazuju da čak 15% oboljelih od depresije počini samoubojstvo, a među neliječenima depresivnim bolesnicima taj je postotak zasigurno i veći. Suicidalna promišljanja prisutna su u gotovo 80% depresivnih osoba (Brečić, Ostojić i Glavina 2012; Chesney i sur., 2014). Brečić (2017) opisujući rizik od počinjenja suicida kod depresivnih bolesnika objašnjava kako se suicid obično javlja u ranim fazama bolesti, pogoduju mu simptomi psihotičnosti, panike i visoke anksioznosti, upotreba alkohola i drugih zabranjenih psihoaktivnih tvari, kao i komorbiditet. Rizik od počinjenja suicida, je nadalje viši u osoba koje uz depresiju imaju i nepovoljnu životnu konstelaciju, težu i kroničnu tjelesnu bolest, koje trpe dugotrajne i iscrpljujuće boli i imaju pozitivni psihijatrijski hereditet.

Tablica 1. Najčešće istraživani rizični čimbenici za pojavu depresije

Obiteljska povijest psihičkih bolesti	Osobe s pozitivnom obiteljskom anamnezom depresivnih poremećaja imaju povećan rizik od razvoja depresije (Nomura i sur. 2002).
Kronična tjelesna ili psihička bolest	Bolesti kao što su parkinskonova bolest, moždani udar, srčani udar, rak, te hormonalni poremećaji mogu povećati rizik od pojave depresije (Jendričko, 2012). Kronična bol također je povezana s depresijom (Chapman i sur., 2004; Simon, 2001).
Ranija povijest jedne ili više epizoda depresije	Značajno povećan rizik od naknadne epizode (Berlanga i sur., 1999; Lewinsohn i sur., 2000; O'Leary i Lee, 1996).
Stres i veće životne promjene	Stresne promjene u životu pojedinca mogu potaknuti depresivnu epizodu Takvi stresni događaji mogu uključivati ozbiljan gubitak, narušen odnos ili gubitak odnosa, traumu, ili financijske teškoće (Hammen, 2005).
Manjak ili nedostatak socijalne podrške	Manjak ili nedostatak socijalne podrške može povećati rizik od depresije u oba spola. Viša stopa depresije pronađena je u žena koje su kod kuće s malom djecom, a koji sebe opisuju izoliranima, u usporedbi sa ženama koje rade ili imaju podršku socijalne mreže (Dean i Lin, 1978; Brown i sur., 1986; Wang i sur., 2015).
Psihološki čimbenici	Određeni psihološki čimbenici također predstavljaju rizik za depresiju: nisko samopouzdanje (Beck, 1976; Butler, Hokanson i Flynn, 1994; Metalsky i sur., 1993; Roberts i Monroe, 1992; Whisman i Kwon, 1993), pesimizam (Sha, 2006), perfekcionizamm (Hewitt, Flett i Ediger, 1996), slaba privrženost roditelju (Murphy i Bates 1997), ranjivost (Alloy i sur., 2000), te visoka senzibilnost pri gubicima (Reite i sur., 1981).
Niski socioekonomski status	Lorant i sur. (2007) nalaze kako je niski socioekonomski status povezan s visokom prevalencijom depresije. Neki autori spominju i značaj životnog standarda, kulturalnih čimbenika, financijskih problema, stresnog okruženja, socijalne izolacije i poveanje dnevnog stresa kao čimbenike rizika za pojavu depresije.
Ženski spol	Žene doživljavaju depresiju oko dvaput češšće nego muškarci (Strickland, 1992). Hormonalni čimbenici mogu doprinijeti povećanoj stopi depresije u žena, osobito predmenstrualne promjene, trudnoća, pobačaj, period nakon poroda, te premenopauze i menopauze.
Zlostavljanje i/ili zanemarivanje	Ranije fizičko, emocionalno ili seksualno zlostavljanje i/ili zanemarivanje može biti rizičan čimbenik za razvoj depresije (Koverola i sur., 1993; Straus i Kantor, 1994).
Zlouporaba alkohola i/ili psihoaktivnih tvari	Zlouporaba alkohola i/ili psihoaktivnih tvari također predstavlja rizičan čimbenik za razvoj depresije (Haynes i sur., 2008; Bovasso, 2001).

Liječenje depresije osobito je važno za starije odrasle osobe, budući da one mogu imati veći rizik za suicid. Važno je pritom obratiti pozornost na rizične čimbenike za osobe ove dobne skupine (promjene u vidu preseljenja, odlaska članova obitelji, smrti supružnika, somatske bolesti), te se preporučuje uključivanje u grupe podrške i rana detekcija prvih depresivnih simptoma (DBSA, 2020b).

1.3. Posljedice depresije za društvo

Prema procjeni Svjetske zdravstvene organizacije (WHO, 2017a) više od 350 milijuna ljudi u svijetu je oboljelo od depresije što ju čini vodećim uzrokom invaliditeta u svijetu. S obzirom da je depresija često dugotrajna te umjerenog ili teškog intenziteta, različita od kratkotrajnih promjena raspoloženja i emocionalnih odgovora na izazove svakodnevnog života, radi se o ozbiljno zdravstvenom stanju u kojem oboljele osobe trpe bol i nisu sposobne funkcionirati adekvatno u poslovnom, obrazovnom i obiteljskom okruženju.

Iz prethodno navedenih podataka vidljivo je da su psihički poremećaji, zbog relativno visoke prevalencije, čestog početka u mlađoj odrasloj dobi, mogućeg kroničnog tijeka, narušavanja kvalitete života oboljelog i njegove okoline te značajnog udjela u korištenju zdravstvene zaštite, jedan od prioritetnih javnozdravstvenih problema u svijetu i u Republici Hrvatskoj. Studija isplativosti provedena 2015. godine (Chisholm i sur., 2016) u Sjedinjenim Američkim Državama je po prvi put procjenjivala zdravstvene i ekonomske prednosti ulaganja u liječenje najčešćih oblika psihičkih bolesti na globalnoj razini. Studija je pokazala da se svaki dolar uložen u tretman depresivnih i anksioznih poremećaja četverostruko vraća gospodarstvu SAD-a zbog boljeg zdravlja ljudi te njihove veće radne sposobnosti.

Sjedinjene Američke Države u 2010. godini uložile su oko 2,5 trilijuna dolara u mentalno zdravlje (Bloom i sur., 2011), s oko dvije trećine ukupnih troškova vezanih uz neizravne troškove. Ozbiljna duševna bolest, uključujući veliki depresivan poremećaj, povezana je s 33% smanjenjem zarade ili približno 16.000 dolara po američkom radniku (Kessler i sur., 2008; Levinson i sur., 2010). U Sjedinjenim Američkim Državama i drugim zemljama, oko 10% zaposlenika prijavljuje depresiju, a ekonomsko opterećenje depresije uzrokovano je oštećenjima u funkcioniranju djelatnika (Asami i sur., 2015; Stewart i sur., 2003; Wada i sur.,

2013). U Sjedinjenim Američkim Državama veliki je depresivni poremećaj povezan s izgubljenih 27 radnih dana po zaposleniku godišnje, a ukupni učinak od 225 milijuna izgubljenih radnih dana i 36,6 milijardi dolara (Kessler i sur., 2006). Ozbiljnost velikog depresivnog poremećaja korelira s narušenom produktivnošću rada, čak i manji depresivni simptomi povezani su sa znatno narušenom produktivnošću (Beck i sur., 2011). National Institute of Mental Health Collaborative Depression Study (NIMH-CDS) izvještava kako osobe oboljele od depresije nisu mogle obavljati radne aktivnosti tijekom 21% procjenjivih mjeseci (prosječno 33 mjeseca) (Judd i sur., 2008). Zabilježeno je da svi simptomi depresije ometaju funkcioniranje u segmentu rada; međutim, simptomi koje je prijavilo više od 50% pacijenata koji su izrazito ometajući uključuju nedostatak motivacije, nisku energiju, loše raspoloženje i osjećaj fizičkog usporavanja, tjeskobe, napetosti ili nervoze (Lam i sur., 2012).

Van Doesum i Hosman (2009) smatraju da su djeca mentalno oboljelih roditelja u značajno višem riziku da razviju mentalne poremećaje ili druge nepovoljne ishode u odnosu na populaciju djece koja žive bez navedenog rizika. U posljednjih četrdesetak godina različite studije dokazale su snažnu povezanost između mentalno oboljelog roditelja i rastućeg cjeloživotnog rizika za razvoj nekog psihičkog poremećaja kod njihove djece. Najviše se proučavao međugeneracijski prijenos psihičkih bolesti. Međutim posljednjih dvadeset godina znanstvenici ulažu napore kako bi sveobuhvatnim preventivnim pristupom podržali djecu i mlade, te njihove obitelji u kojih postoji opisan rizik. Postojeće longitudinalne studije pokazuju kako rizik od razvoja mentalnih poremećaja kod djece čiji su roditelji oboljeli varira između 41% i 77% (Beardslee i sur., 1993; Weissman i sur., 1977; Rutter i Quinton, 1985). Neke studije prate djecu oboljelih roditelja koja su razvila neki psihički poremećaj s onom koja nisu. Na primjer, Beidel i Turner (2007) u studiji koja se bavila djecom (u dobi između 7 i 12 godina) roditelja s anksioznim poremećajem, nalaze da je 33% djece također je razvilo anksiozni poremećaj.

Među djecom depresivnih roditelja, Weissman i suradnici (2006) nalaze da je rizik za obolijevanje te djece između dva do tri puta veći nego kod djece čiji roditelji nisu depresivni. Druga pak studija (Wickramarante i Weissman, 1998) kaže kako je taj rizik čak do osam puta veći, nego kod djece čiji roditelji nisu imali depresivne simptome. Djeca psihički bolesnih roditelja čine ne tako malenu grupu djece. Naime, prema podatcima Svjetske zdravstvene organizacije 450 milijuna odraslih boluje od neke mentalne bolesti ili poremećaja Upravo stoga su zanimljivi, ali i prijeko potrebni podatci o tzv. „zaboravljenoj djeci“ – djeci psihički bolesnih roditelja – koja čine trećinu cjelokupne populacije djece svijeta. (Hosman, van Doesum i van

Santvoort, 2009). Spomenuti autori navode nalaze različitih autora (Ashman i sur., 2008; Cicchetti, Rogosch i Toth 1998; Goodman i Gotlib, 1999; Leinonen, Solantaus i Punamaki, 2003) što opisuju kako psihička bolest roditelja utječe, ne samo na cjeloživotni rizik njihova potomstva, nego i na cjelokupno obiteljsko funkcioniranje. Opisuje se pritom kako je kod djece u takvim obiteljima moguće detektirati veću razinu stresnih situacija, življenje u obitelji s učestalim konfliktima, jednoroditeljske obitelji, izloženost zapuštanju i zlostavljanju djece, niže akademsko postignuće, problemi u školi i u ostvarenju intimnih odnosa, kao i visoki rizik za suicidalno ponašanje. Prema bazelskoj deklaraciji o brizi zajednice o psihičkim bolesnicima iz 2011. godine stoji da je na zajednici organizacija formalne i neformalne podrške psihički oboljelima i njihovim obiteljima (EUFAMI, 2011) .

2. TEORIJSKO UTEMELJENJE ISTRAŽIVANJA

2.1. Koncept otpornosti

Koncept otpornosti danas je privlačan kreatorima politika, praktičarima i akademskoj zajednici (McAslan, 2010). Navedeno sugerira sposobnost nečega ili nekoga da se oporavi i vrati u normalu nakon suočavanja s nedaćama, stresovima i često neočekivanim prijetnjama. Teoretska podloga koncepta otpornosti seže do ekologa i teoretičara sustava C. S. Hollinga. Hollingov članak iz 1973. "Otpornost i stabilnost ekoloških sustava" često je citiran, a autor u njemu "otpornost“ uokviruje kao onu koja "ne zahtijeva precizan kapacitet predviđanja budućnosti, već samo kvalitativni kapacitet za osmišljavanje sustava koji mogu apsorbirati i prilagoditi buduće događaje u bilo kojem neočekivanom obliku." Iako je koncept otpornosti proizašao iz ekološke teorije sustava, danas ima iznimno značajno mjesto kako u društvenim znanostima, tako i u području mentalnog zdravlja.

Znanja kojima raspolaže promocija zdravlja temelje se na znanstvenim konceptima proizašlima iz proučavanja rizičnih i zaštitnih čimbenika u okviru interdisciplinarnog područja prevencijske znanosti. Povijesno gledano, uz koncept rizičnih i zaštitnih čimbenika usko se vezuje koncept otpornosti. U širokom smislu isti se odnosi na osobe koje, usprkos egzistenciji u visoko rizičnim životnim uvjetima, uspijevaju „preživjeti“, te razvijaju vještine prilagodbe (McWhriter i sur., 1993; Bašić, 2009) .

Otpornost se nalazi na kontinuumu između razvoja psihopatologije i promocije zdravog razvoj osobe (Masten, 1989). Naime, poznavanje psihopatologije, kao i onoga što potiče zdrav razvoj pojedinca, ključno je za razumijevanje koncepta otpornosti (Kilmer, Cowen i Wyman, 2001). Navedeno konačno implicira da se osnaživanjem i korištenjem zdravih strana pojedinca mogu prevenirati ili umanjiti štetni utjecaji čimbenika rizika.

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO, 2017b) koncept otpornosti smještava u pozitivno suočavanje s bolešću ili poremećajem, iako su iste prisutne. U psihijatriji i mentalnom zdravlju uopće, otpornost predstavlja nečije sposobnosti da se oporavi od ekstremnih trauma i stresa, predstavlja sposobnosti pojedinca da uspije izdržati i oporaviti se, unatoč patnji i emocionalnoj trpnji u bitnim traumatskim uvjetima, ekstremnoj deprivaciji, prijetnji ili dugotrajnoj

izloženosti životu u visoko rizičnim situacijama (Shastri, 2013). Kao takva, „otpornost“ je esencijalni koncept zaštite mentalnog zdravlja i bitan dio psihosocijalne prilagodbe i oporavka. Povijesno gledano, razvoj koncepta "otpornosti" predstavlja zaokret u razumijevanju ponašajnih i mentalnih poremećaja, na način da se prema navedenima odnosi s pozitivnim predznakom usmjerenim više na sposobnosti i adaptivnom ponašanju (mehanizmima prilagodbe) nego na isključivu odsutnosti psihopatologije. Ferić, Maurović i Žižak (2016) navode kako se, definirajući otpornost, različiti autori usmjeravaju na obilježja pojedinca ili obilježja obitelji/zajednice, drugi na procese, a treći na ishod. Isto tako, u literaturi je moguće naći pristupe otpornosti koji kombiniraju dva od tri navedena usmjerenja. Konačno, otpornost kako je definira Američko psihološko društvo (APA, 2020), jest proces dobre prilagodbe u poteškoćama, traumama, prijetnjama ili drugim značajnim stresnim situacijama. Posljednjih godina vidljiv je znanstveni interes koji izučavanje „otpornosti“ ima u neuroznanosti, ali i proučavanju ličnosti i neurobiologije u razumijevanju otpornosti pojedinca.
Koncept otpornosti (Ungar i Theron, 2019) najbolje je razumjeti kao proces višestrukog biološkog, psihološkog, socijalnog i ekološkog sustava koji djeluju na načine koji pomažu pojedincima da povrate, održe ili poboljšaju svoje mentalno blagostanje kada ih izazove jedan ili više čimbenika rizika.

Pojam „otpornost“ može opisati tri različita procesa (Ungar, 2018):

1. Oporavak – povratak osobe, obitelji ili zajednice na istu razinu funkcioniranja koju je imala prije doživljenog problema (rizika, stresa)
2. Adaptaciju – promjena osobe, obitelji ili zajednice kako bi se adaptirala na rizik (stres) i na taj način opstala ili napredovala
3. Transformaciju – okolinski uvjeti oko pojedinca, obitelji, zajednice se mijenjaju na način omogućavanja pojedincu, obitelji ili zajednici bolje ishode

Literatura u polju otpornosti, a u odnosu na tretman, ukazuje na bihevioralni trening koji se fokusira na psihosocijalne čimbenike rizika i povezane neuronske putove jer je vjerojatno da će se njime povećati otpornost na stres (Karatsoreos i McEwen, 2011). Prakticiranjem treninga vještina suočavanja sa stresom jačaju se zaštitni čimbenici, te isti može dovesti do povećanja plastičnosti i regulacije neuronskih krugova koji moduliraju područja motivacije, odgovora na strah, jačanje memorije, kontrolu emocija, pažnju, kognitivne izvršne funkcije, adaptivno socijalno ponašanje i kognitivne preispitivanje, te, konačno, rezultirati boljom prilagodbom na

stres i traumu, povećanu brzinu oporavka od nepovoljnih uvjeta uz smanjenu osjetljivost na stres (Southwick i Charney, 2012).

Koncept otpornosti izgrađen je na tri temeljne teorijske postavke: teoriji socijalnog učenja (Bandura, 1989), kognitivno-bihevioralnoj teoriji (Beck, 1976) i teoriji ostvarenja zdravlja (Mills, 1991). Teorija socijalnog učenja poučava kako je ljudsko ponašanje naučeno i modelirano putem gledanja ponašanja drugih ljudi te integraciji viđenog u vlastiti set ponašanja, dok kognitivno-bihevioralna teorija uvodi mišljenje kao bitnu sastavnicu ljudskog funkcioniranja. Teorija ostvarenja zdravlja prepoznaje i povezuje naše misli, percepciju i modeliranje ponašanja.

Koncept psihosocijalne otpornosti, kako je ranije nazivan a što se vremenom uviježilo kao koncept otpornosti, tijekom svog razvoja prolazi tzv. četiri vala (faza istraživanja). Rana istraživanja otpornosti bila su ukorijenjena u istraživanjima psihopatologije, etiološkog dijateza-stres modela i razvojne psihopatologije (Masten, 2014a, 2014b; Cicchetti, 2016 prema Novak, Ferić, Kranželić i Mihić, 2019.). O'Dougherty Wright, Masten i Narayan (2013 prema Ferić, Maurović i Žižak, 2016) opisuju kako je u svakom valu istraživanja fokus bio drukčiji. Naime, prva istraživanja otpornosti bila su usmjerena na pojedinca (Masten, 2001 prema Ferić, Maurović i Žižak, 2016), te isti autori potom opisuju drugi val istraživanja koji premješta fokus istraživanja s pojedinca na istraživanje okruženja pojedinca, kao i utjecaja okruženja (obitelji, škole, zajednice, društva) na razvoj individualne otpornosti. Razvoj intervencija temeljenih na rezultatima istraživanja obilježava treći val istraživanja otpornosti, četvrti val usmjerava se na sistemsku perspektivu i otpornost se istražuje s razine genetskog i neurobiološkog utjecaja te razine razvoja adaptivnih sustava (O'Dougherty i sur., 2013) dok se posljednji (četvrti) val istraživanja otpornosti fokusira na sistemsku perspektivu, istražujući otpornost s razine genetskog i neurobiološkog utjecaja te razine razvoja adaptivnih sustava (Novak, Ferić, Kranželić i Mihić, 2019).

Ajduković (2000) navodi kako se pojam „otpornosti" odnosi na trajnije i dosljednije uspješno suočavanje sa stresorima, a može se manifestirati u tri različita aspekta: (a) postizanju pozitivnih rezultata usprkos visokorizičnoj situaciji, (b) ustrajanju s ciljem zadržavanja ili uspostavljanja kompetentnosti pod stresom, (c) uspješnoj prilagodbi unatoč stresnom ili traumatičnom događaju, odnosno uspješnom oporavku od traume. Wolin i Wolin (1993) također konceptualiziraju otpornost kao sposobnost prevladavanja tragedija i ustrajnosti unatoč teškoćama.

Istraživači (Werner, 1993; Skodol, 2010; Masten i O'Dougherty Wright, 2010) koji se bave otpornošću su otkrili da odrasli koriste unutarnje resurse (prilagodljivost, snalažljivost, unutarnji lokus kontrole) i vanjske sustave potpore (barem jedna osoba kojoj se mogu obratiti za pomoć, podržavajuća obitelj i okolina) za uspješno suočavanje sa svakodnevnim izazovima (Masten i O'Dougherty Wright, 2010). Prema Coutu (2002) postoje osnovne karakteristike koje su u zajedničke otpornim odraslim osobama. Oni su vođeni jakim vrijednostima, s dubokim uvjerenjem da je život smislen, prihvaćaju svoju stvarnost i imaju jedinstvenu sposobnost improvizacije. Neki stručnjaci su zaključili da se ta svojstva razvijaju kroz proces učenja kako se nositi s poteškoćama (Gillespie, Chaboyer i Wallis, 2007).

Otpornost je cjeloživotni, razvojni i psihosocijalni proces kroz koji osobe izložene trajnim nedaćama ili potencijalno traumatičnim događajima s vremenom doživljavaju pozitivnu psihološku prilagodbu. Postoje tri ključna načela teorije otpornosti. Otpornost je razvojni proces koji se odvija tijekom vremena i s obzirom na okolnosti. Otpornost nije ishod, već proces, iako 'otporni ishodi' mogu označavati ishode za koji se smatraju izvanrednima s obzirom na okolnosti pojedinca. Riječ je o stalnom procesu stvaranja značenja i rasta u kojem je jedina pouzdana konstanta uzajamno ovisna sposobnost pojedinca i njegovog okruženja za promjene. Otpornost uključuje složenu interakciju višestrukih mehanizama (multidimenzionalan koncept), od pojedinačne do strukturne. Određeni dispozicijski aspekti neke osobe nesumnjivo joj pomažu da se suoči s naizgled nepremostivim izazovima i da se nosi sa svakodnevnim stresorima koji neprimjetnom sporošću postupno nagrizaju dobrobit osobe. No, teorija otpornosti vidi pojedince kao dionike interakcije okruženja, osobnih odnosa, kulture, ekonomije i neurobiologije. Otpornost se manje odnosi na odsutnost psihopatologije, iako bi to moglo biti dragocjen ishod u okolnostima izvanrednih nedaća, nego na pozitivnu prilagodbu i rast. Složenost procesa otpornosti znači da se intervencije koje nastoje promovirati otpornost moraju temeljiti na dubokom poznavanju resursa pojedinca (bili oni psihološki, socijalni ili materijalni) i konteksta kako bi učinkovito olakšali značajne promjene.

Otpornost se može postići u različitim domenama, s efektima koji se kaskadno prelijevaju preko istih (Ungar, 2011). Iz navedenog proizlazi kako osoba može rasti kroz izazovna iskustva, imati psiholoških problema u djetinjstvu ili adolescenciji što ne isključuje psihološku dobrobit, dobre ishode prilagodbe i zadovoljavajuće odnose u odrasloj dobi, te kako unatoč tome što su roditeljski odnosi kamen temeljac za razvoj otpornosti, o drugi podržavajući odnosi (vršnjacima, mentori, romantični partneri) mogu imati učinke na promicanje otpornosti kasnije u životu (Graber, Pichon i Carabine, 2015).

U humanističkim znanostima postoji veliki broj definicija pojma „otpornosti“, koji se vrlo često povezuje i s pojmom „osnaživanje“ ili „snažan“. Nerijetko se termin koristi u kontekstu sretnih, zdravih, čvrstih i uspješnih pojedinaca, obitelji ili zajednica. Gotovo je nemoguće navesti sve definicije i konstrukte kojima se ovaj pojam objašnjava. U nekim definicijama se tumači kao sposobnost, dok se u drugima prezentira kao opći okvir sustava vjerovanja, ili pak proces.

Najšire prihvaćeno razumijevanje otpornosti jest da je riječ o pozitivnoj adaptaciji u uvjetima gdje su teškoće – osobne, obiteljske ili u okruženju – tako ekstremne da se očekuje ili još bolje, podrazumijeva da će kognitivne i funkcionalne sposobnosti pojedinca biti oštećene (Rutter 1985; Garmezy, 1991; Masten i Coatsworth 1998; Newman 2002). Luthar i suradnici (2000) definiraju otpornost kao dinamičan proces koji obuhvaća pozitivnu adaptaciju u kontekstu značajnih rizika ili teškoća. Implicitno, za razvijanje ovog procesa su nužna dva kritična uvjeta: (1) izloženost značajnim rizicima ili teškim nedaćama; i (2) postizanje pozitivne adaptacije unatoč velikim ugrozama razvojnih procesa (Luthar i Zigler, 1991; Rutter, 1990; Werner i Smith, 1992). Većina autora u području proučavanja otpornosti slaže se kako je otpornost dinamičan proces, unatoč ranijem stavu kako se radi o genetskim osobinama individue. Štoviše, današnje je mišljenje kako se otpornost uči tijekom života i kako se radi o fenomenu koji je sam po sebi proces. Moguće ju je razvijati kroz podržavajuće i skrbne socijalne relacije, što čine temelj izgradnje šire socijalne mreže podrške, kako za pojedinca, tako i za obitelji i zajednicu u cjelini.

Reivich i Shatte (2002) definiraju otpornost kao kapacitet za odgovaranje na traume i nepovoljne okolnosti na zdrav i produktivan način što je potrebno za nošenje sa svakodnevnim životnim stresom, te zaključuje da su iste vještine otpornosti važne za osnaživanje i obogaćivanje života tijekom oporavka.

Mowbray (2014) osobnu otpornost definira kao sposobnost za održavanje osobne kontrole i pozitivnog stava unatoč suočavanju s izazovnim, stresnim događajima. Strategije osobne otpornosti omogućavaju uspješnu adaptaciju u teškoćama. Odnosi koji stvaraju ljubav i povjerenje, pružaju ohrabrenje i sigurnost, te osnaživanju osobnu otpornost. Mnoga istraživanja otpornosti su bila u početku usmjerena na individualnu otpornost, i to primarno na otpornost djece, pri čemu se smatrala urođenom karakteristikom „neranjivog djeteta“ (Antony i Cohler, 1987, prema Walsh, 1998). Danas se istraživanja odnose, kako na individualnu otpornost, tako i na otpornost obitelji i zajednice.

Sama teorija otpornosti osim pristaša, doživljava i određene stručne i znanstvene kritike, prvenstveno zbog varijacija u definiranju pojma otpornosti, terminološkom korištenju, kao i u operacionalizaciji i mjerenju ključnih konstrukta (Luthar i sur., 2000). Danas je prihvaćeno stajalište da je vjerojatnije da otpornost postoji na kontinuumu koji može biti prisutan u različitom intenzitetu kroz više domena života (Pietrzak i sur., 2009.). Isto tako, prihvaćeno je stajalište da se otpornost može mijenjati kroz vrijeme kao funkcija osobnog razvoja i interakcije pojedinca s okruženjem te da su potrebna dva uvjeta da bi se proces otpornosti mogao identificirati: izloženost riziku i dobar ishod (Masten i Coatsworth, 1998.).

Otpornost je proces pri čijoj je operacionalizaciji potrebno akceptirati tri ključne komponente: (Werner, 2000): 1. rizik (koji podrazumijeva ugrozu da pojedinac ostvari dobre ishode), 2. dobar ishod (mjeri kompetencije u postizanju ishoda), 3. zaštitne čimbenike (preveniraju očekivan nepovoljan ishod).

Ferić, Maurović i Žižak (2016b) jasno označuju kako su upravo zaštitni čimbenici, kao komponente otpornosti, u fokusu samog procesa bivajući i moderatorima/medijatorima veza između rizika i ishoda. Danas se za zaštitne čimbenike često koriste termini mehanizmi/ procesi ne bi li se i se naglasilo kako je riječ o vrlo složenim utjecajima/interakcijama (Rutter, 1990; Graber, Pichon i Carabine, 2015; Demetriou i sur., 2020).

Jedna od glavnih kategorija stresa poima se kao pojava značajnih životnih događaja koje osoba interpretira kao nepoželjne (Lazarus i Folkman, 1984; Luthar i Zigler, 1991; Monroe i Peterman, 1988; Monroe i Simons, 1991). Stresni životni događaji (veći ili manji) narušavaju kvalitetno funkcioniranje onih mehanizama koji održavaju psihološku, emocionalnu i kognitivnu stabilnost pojedinca. Selye (1970) primjećuje da takvi događaji predstavljaju stres na sposobnost prilagodbe pojedinca, te narušavaju njegovo uobičajeno funkcioniranje. Ingram i Luxton (2005) otpornost sagledavaju kao čimbenik koji osobu čini otpornom na razorna djelovanja stresa. Kumpfer (1999, prema Bašić, 2009) daje okvir otpornosti čije su domene: akutan stresor, kontekst okruženja, individualne karakteristike (čimbenici otpornosti) i ishodi.

Ajduković (2000) opisuje pregled zaštitnih čimbenika razvoja otpornosti grupe autora iz Nuerenberga koji meta-analizom relevantnih istraživanja navode činitelje koji pospješuju razvoj otpornosti, odnosno umanjuju rizik pojave poremećaja u ponašanju ili bolesti. Kao temeljni čimbenik navodi se stabilan emocionalni odnos s barem jednom značajnom osobom te socijalna podrška unutar i izvan obitelji. Slijede, pozitivna, otvorena i podržavajuća atmosfera u školi, dostupnost socijalnih modela koji potiču konstruktivno suočavanje sa stresom,

ravnoteža između zahtjeva za postignućem i socijalne odgovornosti, kognitivna kompetentnost, obilježja temperamenta, doživljaj osobne djelotvornosti, pozitivno samopoimanje i samopouzdanje, osjećaj smisla, strukture i značenja tijekom osobnog razvoja. Doležal (2006) ovako opisane, navedene zaštitne čimbenike, naziva stupom teze da otpornost obuhvaća tri različite razine: širi socijalni kontekst (lokalna zajednica), primarne grupe (obitelj, škola, susjedstvo) te individualnu razinu (bio-psiho-socijalna obilježja pojedinca). Multidimenzionalna priroda otpornosti manifestira se u različitim dimenzijama i različitim kontekstima. Razvojni put i psihopatologije i otpornosti je pod utjecajem kompleksne matrice biološke i psihološke organizacije pojedinca, trenutnog iskustva, aktivnih izbora, socijalnog konteksta, vremena pojavljivanja problema i teškoća i iskustva, kao i njegove razvojne povijesti (Cicchetti, 2010). Drugim riječima, relativna važnost različitih dimenzija otpornosti može varirati ovisno o razvojnim fazama pojedinca/grupe (Wong i Wong, 2012). Tako je na primjer, kognitivna otpornost važnija u odrasloj dobi, dok je emocionalna važna u ranom djetinjstvu.

Ovisno o teorijskoj perspektivi, populaciji i čimbeniku rizika, otporni se ishodi mogu operacionalizirati ili kao prisutnost pozitivnog ishoda ili kao odsutnost negativnog (Vanderbilt-Adriance i Shaw, 2008).

Većina teoretičara otpornosti, poput Ruttera i Masten, ističu važnost zaštitnih mehanizama za razumijevanje zašto i kako otpornosti. Zaštitni mehanizam izravno ili neizravno pozitivno modificira odgovor osobe na rizičnu situaciju u prekretnicama u životu, prema prilagodljivim ishodima. Zaštitni mehanizmi mogu promovirati adaptivne procese ili ublažiti negativne procese. Konceptualno, zaštitni čimbenici mogu djelovati različito kako bi (1) smanjili utjecaj rizika, (2) smanjili ili prekinuli negativne lančane reakcije, (3) uspostavili i održali samoefikasnost ili (4) otvorili nove mogućnosti (Rutter, 1990).

Na razini zaštitnih čimbenika potvrđeno je postojanje obiteljske podrške, roditeljske podrške, sigurne privrženosti, roditeljski nadzor i granice, socijalna podrška, kvalitetni međuljudski odnosi, vještine suočavanja sa stresom, ličnost, osobna efikasnost, optimizam i nada, spol, obrazovanje. Socijalna podrška, podrška zajednice i duhovnost pomažu otpornost odraslih nakon katastrofa i trajnih nedaća (Canvin i sur., 2009; Netuveli i sur., 2008; Salloum i sur., 2010). Ipak, čini se kako postoje procesi otpornosti različiti za odraslu dob i kasniji život. Emocionalna složenost koja pomaže otpornosti vjerojatnija je kod odraslih (Ong, Bergeman i Boker, 2009), kao i samopoštovanje, brži oporavak od svakodnevnih rizika i ugodne emocije također podržavaju otpornost u odrasloj dobi (Beutel i sur., 2017; Ong i sur., 2006; Ong i sur., 2009). Neki sugeriraju da je iskustvo prolaznog stresa praćeno povratkom u stabilno

funkcioniranje nakon katastrofe norma (Bonanno i sur., 2012). Drugi izvještavaju kako trajna trauma nagriza psihosocijalne resurse, što rezultira težom psihopatologijom, s minimalnom ili nikakvom otpornosti (Hobfoll i sur., 2011). Kad se otpornost definira kao prilagodljivost, a ne kao stabilnost, ona još uvijek može biti normativna, ali će vjerojatno uključivati trenutnu nevolju koja traje neko vrijeme (Norris i sur., 2009).

Studije su više puta pokazale da su ozbiljnost i učestalost izloženosti riziku važni. Otporni ishodi rjeđi su kod teških nedaća (Feder i sur. 2019). To se posebno odnosi na traumu ili zanemarivanje tijekom djetinjstva, kada su sustavi biološkog odgovora na stres u razvoju (Gee, 2015; VanTieghem i Tottenham, 2018), i na kronične nedaće (Hobfoll i sur., 2011). Uz to, čimbenici rizika obično se istodobno javljaju i akumuliraju tijekom vremena, a veći kumulativni rizik obično predviđa lošije ishode (Masten, 2014; Burns i sur., 2018; Kessler i sur., 2012; Green i sur, 2010). Ipak, čak i na najtežim razinama izloženosti, često je moguće identificirati osobe koje se oporavljaju od stresa, uspijevajući voditi smislen život ili pronalazeći "relativnu otpornost" na teške nedaće.

U Hrvatskoj postupno raste broj istraživanja koncept individualnih čimbenika otpornosti odraslih. Sam koncept otpornosti istraživan je kroz različite njegove aspekte (otpornost pojedinca, obitelji ili zajednice). Maurović (2015) je istraživala funkcioniranje mladih, korisnika odgojnih ustanova, s ciljem utvrđivanja odnosa rizika i zaštitnih mehanizama. Rad nudi smjernice za intervencije kojima bi se smanjila razina svakodnevnih stresora te jačali zaštitni mehanizmi, a sa svrhom utjecanja na subjektivnu dobrobit mladih, korisnika odgojnih domova. Blažević (2012) je u svojem specijalističkom radu otpornost sagledala kao obilježje obitelji, dok je Mataga Tintor (2011) istražila različite perspektive poimanja otpornosti zajednice. Projektni tim Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu proveo je sveobuhvatno istraživanje otpornosti obitelji s ciljem utvrđivanja obilježja specifičnih skupina obitelji u riziku, njihovih zaštitnih čimbenika, spremnosti na promjenu i spremnosti na intervenciju, zadovoljstvo životom, a sa svrhom planiranja kompleksnih intervencija za obitelji.[2]

[2] Dostupno na: http://www.famres.erf.hr/language/hr/interni-dokument-o-rezultatima-projekta

2.1.1. Otpornost i depresija

Iako se otpornost identificira u cijelom spektru psihijatrijskih poremećaja, za potrebe ovog rada, cilj je razumjeti povezanost otpornosti i depresije. U tom kontekstu, otpornost se odnosi na kapacitet pojedinca za izbjegavanje negativnih socijalnih, psiholoških i bioloških posljedica koje proizlaze iz bolesti i mogu dovesti do ugrožavanja njihove psihičke i fizičke dobrobiti. Wu i suradnici (2013) u prvijencima neurobioloških istraživanja otpornosti pokazuju da otpornost ljudi predstavlja aktivan i adaptivni proces, a ne samo odsustvo patoloških reakcija koje se javljaju kod senzitivnijih pojedinaca. Otpornost je kapacitet i dinamičan proces adaptivnog prevladavanja stresa i nepovoljnosti uz održavanje normalnog psihičkog i fizičkog funkcioniranja (Russo i sur, 2012;. Rutter, 2012, Southwick i Charney, 2012). Upravo opisano podcrtavaju Shrivastava i Desousa (2016) definirajući otpornost kao sposobnost da se osoba brzo i uspješno prilagodi stresnim / traumatskim događajima i uspije vratiti u normalno stanje. Dakle, razumijevanje kako se može razviti i poboljšati otpornost je od velikog značaja ne samo za osnaživanje mehanizama suočavanja, već i za ublažavanje loše prilagodbe i odgovora na stres koji se pojavljuje kod psihijatrijskih bolesti kao što je depresivni poremećaj. Novija istraživanja utvrđuju mehanizme koji obuhvaćaju genetske (Elbau, Cruceanu i Binder, 2019; Cathomas i sur., 2019; Murrough i Russo, 2019), epigenetske (Zannas i West, 2014; Gottschalk, Domschke i Schiele, 2020), razvojne (Masten, 2007; Masten, 2011; Masten, 2013), psihološke (Levine, 2003; Fletcher i Sarkar, 2013) i neurokemijske (Osório, 2016; Ioannidis i sur, 2020) čimbenike koji su osnova za razvoj i jačanje otpornosti uz čimbenike koji predviđaju ranjivost na stres i rizik za razvoj psihijatrijskih poremećaja tijekom suočavanja sa stresom. Otpornost je sposobnost uspješne prilagodbe tijekom suočavanja sa stresom i nedaćama. Pretklinički i klinički rad sugerira da se umjereni stresori iz djetinjstva mogu uspješno upravljati ili svladati, te da vjerojatno uzrokuju inokulaciju stresa i otpornost na stres na stresove koji slijede kroz život. S druge strane, teški stresori iz djetinjstva koji se ne mogu upravljati ili ovladati vjerojatnije će dovesti do jačanja senzibilizacije i ranjivosti za buduće stresore. Društvene reakcije na iskustva zlostavljanja povezane su s težinom simptoma traume (Ullman i sur., 2007). Stresni životni događaji, ozljede i kronična nepovoljnost mogu imati značajan utjecaj na funkciju mozga i njegovu strukturu te dovesti do razvoja posttraumatskog stresnog poremećaja, depresije i drugih psihičkih poremećaja. Ipak, većina ljudi ne razvije takve bolesti nakon doživljenih nedaća uslijed značajnih rizika, radi čega se smatraju otpornima. Razumijevanje psihopatologije mentalnih poremećaja i otpornosti i nadalje se nalazi u razvoju posebice zbog

dostupnosti novijih spoznaja iz područja genetike, epigenetike, društvene i okolinske patologije.

Osobe oboljele od depresije u stresnim situacijama se češće, u odnosu na zdravu populaciju, koriste strategijama suočavanja temeljenim na bihevioralnom razdvajanju i poricanju problema te imaju više poteškoća u pozitivnoj reinterpretaciji stresnih događaja. U čitavoj se populaciji žene i muškarci ne razlikuju značajno u preferiranim načinima suočavanja sa stresom. Poremećaji raspoloženja poput ponavljajućeg depresivnog poremećaja ili epizode depresije mogu biti važan čimbenik koji pridonosi negativnoj procjeni sposobnosti za suočavanje s teškim situacijama i većoj tendenciji doživljavanja stresnih događaja kao neodoljivih (Orzechowska i sur., 2013)

Psihološka otpornost može štititi od depresije, ali rezultati istraživanja nisu dosljedni. Istraživanjem depresije na globalnoj razini, dijagnostičkom klasifikacijom i razinom subkomponenata, razjašnjen je precizan odnos između psihološke otpornosti i depresije. Rezultati su pokazali da je samo jedna od tri subkomponente psihološke otpornosti značajno povezana sa samo tri od četiri dijagnostička podtipa depresije. Osim što objašnjavaju neke nedosljedne ishode prethodnih studija, ovi podaci sugeriraju načine usmjeravanja terapija za izgradnju otpornosti kod pojedinih oboljelih od depresije (Sharpley i sur., 2016).

Jasno je kako otpornost uključuje aktivne i jedinstvene biološke procese koji štite organizam od utjecaja rizika, a ne uključuju samo preokret patoloških mehanizama. Otpornost se može koristiti kao obrambena mjera prema specifičnim stanjima mentalnog zdravlja i igra važnu ulogu u prevenciji i liječenju psihijatrijskih poremećaja, uključujući depresiju (Shrivastava i Desousa, 2016; Stainton i sur., 2019).

Modeli psihičkih bolesti obično sugeriraju da depresivna epizoda može predstavljati stanje neuspješne otpornosti (Waugh i Koster, 2015), međutim, Min i suradnici (2013) pokazali su da, poput zdravih osoba, i oboljeli od depresije se mogu bitno razlikovati s obzirom na razinu otpornosti. Doista, subgrupa oboljelih koji su sudjelovali u ovoj studiji pokazala je razine otpornosti koje su bile usporedive s onima u općoj populaciji. To sugerira da otpornost predstavlja klinički čimbenik koji je neovisan o psihijatrijskim bolestima i simptomima .

Oboljeli od depresije (Pardeller i sur., 2020) ukazuju na znatno niže stupnjeve otpornosti i kvalitete života u usporedbi sa zdravim ispitanicima. Međutim, postojali su dokazi da pacijenti koji imaju epizodu depresije neminovno nemaju nizak rezultat na skali otpornosti. Ovo istraživanje potvrđuje pretpostavku da otpornost nije karakterizirana samo odsustvom

psihopatologije, već je važna za kvalitetu života pacijenata koji su doživjeli epizodu depresije. Otpornost je važan resurs koji također može značajno doprinijeti terapijskom uspjehu u liječenju depresije i drugih psihijatrijskih poremećaja (Shrivastava i Desousa, 2016). Visoka otpornost ne mora nužno spriječiti psihičke bolesti, ali ovaj čimbenik može igrati važnu ulogu u sekundarnoj prevenciji. Stoga je od velike važnosti za njegovanje otpornih aspekata osoba u riziku, jer oni mogu pridonijeti poboljšanju simptomatologije i/ili boljoj kvaliteti života. Razumijevanje dimenzija koje utječu na otpornost bitno je pri dizajniranju kliničkih intervencija za promicanje kvalitete života kod psihički oboljelih.

Poima li se otpornost kao skup adaptivnih procesa koji su u nekom obliku prisutni kod svih ljudi, tada bi se osobe koje su doživjele depresivnu epizodu moglo smatrati 'manjkavim' u otpornosti, a ne s „nepostojećom otpornosti“. Ova formulacija otvara vrata u vidu potencijala za osnaživanje otpornosti ove populacije. S obzirom na to da je prosječni profil otpornosti onaj u kojem se ljudi mogu prilagoditi čak i vrlo stresnim okolnostima (Bonanno, 2004), intervencije otpornosti općenito bi trebale imati za cilj poboljšati otpornost remitiranih pojedinaca kako bi se podudarale s onima uobičajeno funkcionalnih ljudi (Hohn i sur., 2013).

Otpornost čini kombinacija više čimbenika. Mnoge studije (Futa i sur., 2003; Krause i sur. 2008) pokazuju da je primarni čimbenik otpornosti brižan i podržavajući odnosa unutar i izvan obitelji. Nadalje, važan čimbenik je i vještina planiranja i poduzimanja koraka u realizaciji vlastitih očekivanja i planova. Pozitivna slika o sebi i povjerenje u vlastite snage i sposobnosti, dobre socio-emocionalne vještine, kao i dobre komunikacijske vještine i vještine rješavanja problema. Southwick, Vythlingam i Charney (2005) potvrđuju svoje i navode drugih autora kako su psihosocijalni čimbenici povezani s depresijom, te uključuju ugodne emocije i optimizam (Chang i sur., 1998), humor (Wolin i Wolin, 1993), kognitivnu fleksibilnost (Kobasa, 1979; Tugade i Fredrickson, 2004), kognitivni stil eksplanacije i samosvijesti, prihvaćanje (Siebert, 2010), vjeru/duhovnost (McCullough i Larson, 1999; Koenig i sur., 1998), altruizam (Fujiwara, 2009), socijalnu podršku (Ozbay, 2007; Sippel i sur., 2015), strategije suočavanja (Wu i sur., 2020; Camera i sur., 2016), sposobnost da se oporavi od negativnih događaja (Echezarraga i sur., 2019) i stres inokulaciju (Laird i sur., 2019). Otpornost je, nadalje, bila zaštitni čimbenik u depresiji (Zhang i sur., 2020) tijekom pandemije COVID-19 virusa. Naime, identificirani čimbenik rizika za depresiju u vremenu pandemije virusa COVID-19 je imati članove obitelji oboljele od koronavirusa. Spomenuti autori otkrili su da otpornost ima negativnu povezanosti s depresijom, budući da su pacijenti s višom razinom otpornosti imali nižu razinu anksioznosti i depresije. Moguće je da se pacijenti koji su imali višu razinu otpornosti mogu uspješnije nositi s

psihološkim tegobama jer su sposobni ostati pozitivni unatoč događajima opasnim po život (Guo i sur., 2018). Luthar i Cichetti (2000) sugeriraju da bi se intervencije koje promiču otpornost trebale usredotočiti na ranjivost i zaštitne mehanizme koji su jedinstveni za određene rizične uvjete i procese koji su u njihovoj osnovi.

Programi otpornosti za odrasle oboljele od depresije (npr CBSST[3]) koriste najviše standarde programa temeljenih na dokazima. Često uključuju korištenje različitih socioterapijskih i psihoterapijskih tehnika, te sadrže tri komponente – trening socijalnih vještina, strategije suočavanja sa stresom i rješavanja problema, te promjenu disfunkcionalnih misaonih procesa. Cilj je osvještavanje i osnaživanje samosvijesti, samoupravljanja, međuljudskih odnosa, komunikacijskih i socijalnih vještina.

Programi otpornosti za odrasle oboljele od depresije provode se kao institucionalni, poluinstitucionalni (dnevnobolnički) ili izvaninstitucionalni programi. Institucionalni (hospitalni) programi otpornosti za odrasle oboljele od depresije fokusirani su na regulaciju emocija, poučavanje i vježbanje potrebnih strategija suočavanja sa stresom, s ciljem povratka u zajednicu. Poluinstitucionalni ili dnevnobolnički programi otpornosti za odrasle oboljele od depresije provode se kao visoko strukturirani programi s ciljem pružanja klijentima alata za osnaživanje individualnih čimbenika otpornosti, razvijanje vještina za prevladavanje i otpornost na stresore. Izvaninstitucionalni (ambulantni) programi otpornosti pomažu odraslima oboljelima od depresije u uspostavi i održavanju dnevne rutine, osnažuju socijalnu funkcionalnost osobe, te omogućuju sveobuhvatnu podršku mentalnog zdravlja.

Meta-analiza provedena od strane američke grupe autora (Leppin i sur., 2014) na 514 programa otpornosti za odrasle nalazi kako programi otpornosti osnažuju mentalno zdravlje i *wellbeeing* kod različitih populacija odraslih. Postoje, nadalje, skromni, ali dosljedni nalazi korisnosti programa otpornosti za poboljšanje broja ishoda mentalnog zdravlja tijekom perioda od tri mjeseca praćenja. Zanimljiv je podatak koji govori o tome da autori ne nalaze poveznice učinka na temelju težine kroničnih zdravstvenih stanja sudionika, tj. težina psihičke bolesti nije statistički značajno povezana s učinkom koristi programa otpornosti.

Sarkar i Fletcher (2017) sumiraju rezultate svoje studije ukazujući na to da programi otpornosti za odrasle poboljšavaju osjećaj zadovoljstva i uspješnost odraslih. Pritom su, međutim, promjene obično kratkoročne, a učinci programa se s vremenom smanjuju. Navedeni autori

[3] Dostupno na: https://resiliencetreatment.com/treatments

snažno poentiraju kako je način na koji se izvodi trening otpornosti vjerojatno i važniji od samih sadržaja, te je stoga potrebno dodatno usmjeriti pozornost implementaciji programa otpornosti, što naglašavaju i drugi autori (Renn, Hoeft i Lee, 2019; Schuster, Kalthoff i Walthe, 2019; Domitrovich i sur., 2010; Durlak, 1998; Greenberg, 2005).

Meta-analizom 437 programa otpornosti, Joyce i sur. (2018) utvrđuju umjereni pozitivan učinak intervencija otpornosti. Analiza podskupina sugerira da su intervencije temeljene na kognitivno-bihevioralnom pristupu i mindfulness-u, kao i kombinacija intervencija oba navedena pristupa bile značajno učinkovite. Na osnovi ovih nalaza, autori predlažu kreiranje intervencija i programa individualne otpornosti koje se temelje na kombinaciji KBT i mindfulness tehnikama. Kognitivno-bihevioralan pristup koristi se i u australskom programu otpornosti Svjetske zdravstvene organizacije - program „Friends“ [4] opisuje se kao preventivni i ranointervencijski program za oboljele od anksioznosti i depresije.

Razni čimbenici mogu utjecati na učinkovitost (efekt) programa otpornosti uključujući: (1) teoriju, (2) način provedbe programa i podršku u provođenju programa, (3) evaluaciju i visoko kvalitetne istraživačke metode, (4) infrastrukturnu podršku managementa, (5) dosljednost programu, (6) prenosivost i adaptaciju programa u drugim zemljama i/ili kulturama. Teorija je osnova nacrta programa budući da usmjerava i opisuje razumijevanje medijacijskog procesa same intervencije (Lochman i Salekin, 2003). Metaanaliza programa u području promocije mentalnog zdravlja i prevencijskih intervencija za mentalno zdravlje pokazuje kako je visoka kvaliteta implementacije, uključujući trening i superviziju provoditelja programa, s visokom participacijom sudionika, prediktor snažne učinkovitosti programa (Jané-Llopis, 2002). Druga, pak, metaanaliza prevencije ovisnosti među djecom i adolescentima (Tobler i Stratton, 1997) nalazi da su programi kvalitetnog nacrta bili značajno učinkovitiji u odnosu na programe niže kvalitetnog dizajna. Budući da preventivni programi i programi promocije metalnog zdravlja nerijetko uključuju nove pristupe, nužno je učiniti određene strukturalne promjene kako bi se program mogao nesmetano odvijati. Iako je potrebno program provesti visokokvalitetno i dosljedno, važno je napomenuti da dokazana djelotvornost nije jamstvo da će programi funkcionirati na sličan način u različitim kulturnim ili ekonomskim okruženjima (Hosman i Engels, 1999). Nove bi se studije, štoviše, trebale usredotočiti na identificiranje mehanizama i procesa adaptacije i reinvencije bez gubitka početne učinkovitosti (Jané-Llopis i Barry, 2005). Prenosivost programa otpornosti u druge zemlje i kulture važan je standard učinkovitih

[4] WHO – „Friends“, dostupno na: https://beyou.edu.au/resources/programs-directory/adult-resilience

programa. Uspješna adaptacija i replikacija programa povećava fundus znanja i čini program „snažnijim“, te povećava kako vidljivost tako i uporabu *evidence-based* programa (Price, 2004).

2.1.2. Medijacijski model otpornosti

Masten (2014) predlaže medijacijske modele otpornosti (Shema 1) za istraživanja rizika kada neke teškoće oštećuju život osobe posredno, kroz njihove učinke na ključne dobre ishode te osobe. Ovako konceptualizirani, medijacijski modeli dizajnirani su sa svrhom podupiranja ili zaštitu medijatora kada rizičan čimbenik (rizični čimbenici) nije moguće prevenirati.

Shema 1. Medijacijski model otpornosti (Masten, 2014).

Izučavanje otpornosti kao kompleksnog koncepta i na istom temeljenim programima, traži od znanstvenika različite pristupe pri razumijevanju prirode otpornosti. Različiti pristupi mogu biti podijeljeni u dvije kategorije; studije fokusirane na osobu i studije fokusirane na varijable. Masten (2014) objašnjava kako su, u okviru izučavanja otpornosti, *studije usmjerene na osobu* okarakterizirane identifikacijom pojedinaca čija životna povijest sugerira otpornost. Riječ je o studijama slučaja kojima se opserviraju čimbenici otpornosti i ishodi pojedinaca. S druge pak

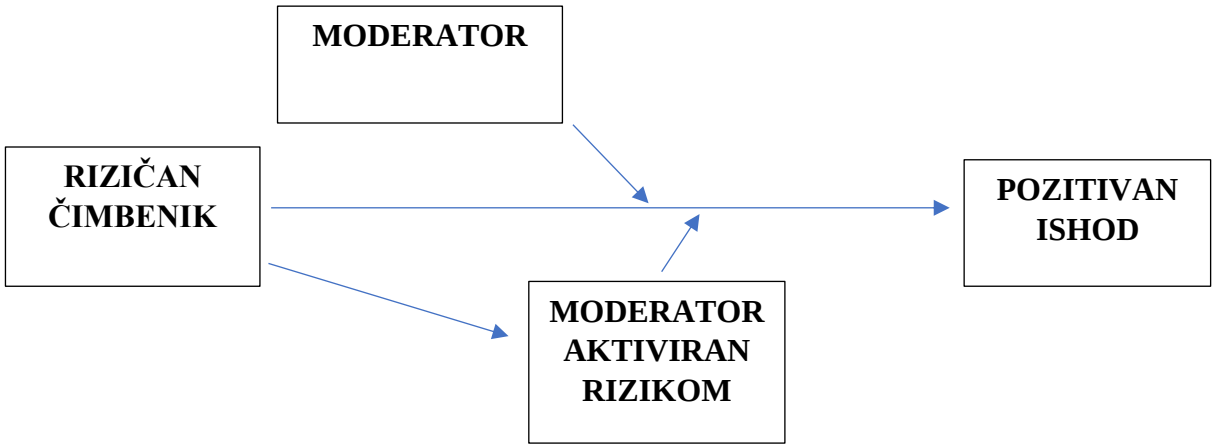
strane, *studije umjerene na varijable* karakteriziraju napori da se ispitaju i statistički testiraju uzorci među varijablama u skupinama pojedinaca, povezujući izmjerene karakteristike ljudi, njihovih odnosa i okoline s njihovim iskustvima, konačno s ciljem utvrđivanja onoga što je bitno te doprinosi otpornosti. Pristupi usmjereni na varijable obično testiraju modele koji povezuju rizike s određenim ishodima, uzimajući u obzir potencijalno utjecajne atribute ili procese na razini osobe, njezinih odnosa, resurse i interakcije s okolinom, a koji mogu objasniti različitost ishoda. U novije vrijeme, pojavom sofisticiranih statističkih alata za proučavanje sličnosti u obrascima koje pojedinci pokazuju tijekom vremena, pojavljuju se tzv. *hibridni pristupi* koji kombiniraju značajke metoda usmjerenih na osobu i na varijable.

2.1.2.1. Modeli otpornosti usmjereni varijablama – medijacijski i moderatorski modeli

Kapitalizirajući mogućnosti multivarijatne statistike, modeli izučavanja otpornosti usmjereni na varijable ciljaju razumijevanju varijacija u uzorcima, procesima koji mogu objasniti korelaciju i što ona može značiti za predviđanje budućnosti ili su usmjereni osmišljavanju intervencija. Istraživači s područja otpornosti (Garmezy, Masten i Tellegen, 1984; Luthar i sur., 2000; Luthar, Shoum i Brown, 2006) navode kako modeli otpornosti usmjereni varijablama, osobito medijacijski modeli, predstavljaju teorijski okvir, kako istraživanja otpornosti, tako i programa otpornosti unutar mentalnog zdravlja. Opisano naglašava kompleksnost koncepta otpornosti, ali i njegovu dinamičnu prirodu koju je moguće osnaživati u procesu oporavka i/ili prevencije.

Shema 2. Medijacijski modeli pokazuju indirektan negativan efekt čimbenika rizika na pozitivan ishod i njegov utjecaj na treću varijablu.

Istraživače otpornosti također intrigira djelovanje varijabli koje služe za ublažavanje, poboljšanje ili na neki drugi način zaštite osobe od punih učinaka potencijalnog čimbenika rizika ili nedaća (Shema 2). Moguće je da moderatori djeluju na dva načina (Shema 3). Prvi se odnosi na zaštitni čimbenik aktiviran rizikom, dok drugi odražava različite potencijalne moderatore rizika koje isti ne pokreće, ali unatoč tome mijenja učinke čimbenika rizika u bilo kojem smjeru (pogoršavajući ili ublažavajući utjecaj ugroze).



Shema 3. Model moderatorskog učinka - jedan pokrenut samim rizikom, a drugi ne. Oba moderatora mijenjaju utjecaj čimbenika rizika na ishod.

Studija Collazzioni i suradnika (2020) opisuje kako otpornost ima medijacijsku ulogu u odnosu na nekoliko čimbenika rizika (npr. rana nepovoljna obiteljska iskustva, poniženje) koji su posebno uključeni u međuljudsko funkcioniranje i beznađe. Autori naglašavaju presudnost razumijevanja mehanizama pomoću kojih otpornost ima medijacijski učinak na različite međuljudske čimbenika rizika u proučavanju depresije. Ukazuju na potrebu da buduće studije usmjerene prevenciji budu provedene uzimajući u obzir medijacijsku ulogu otpornosti između međuljudskih čimbenika rizika i simptoma depresije.

Ng i Sulaiman (2017) opisuju rezultate otpornosti kao medijatora u odnosu između obiteljskog funkcioniranja i depresije u adolescenata (osobito u razdoblju kasne adolescencije) koji imaju iskustvo odrastanja u jednoroditeljskim obiteljima. Autori ovog istraživanja nalaze kako je otpornost značajni medijator obiteljske otpornosti i depresije mladih. Otpornost je, pak, djelomičan medijator obiteljske kohezije i depresije mladih. Snažna emocionalna povezanost članova obitelji može biti značajna socijalna podrška članovima obitelji. Kad adolescenti dobiju

odgovarajuću socijalnu podršku od strane obitelji, bit će potaknut proces reintegracije otpornosti.

Emocionalna inteligencija djeluje kao negativni prediktor percepcije stresa medijacijom otpornosti za studentsku populaciju (Sarrionandia, Ramos-Diaz i Fernández-Lasarte, 2018). Studenti s više emocionalne inteligencije i više čimbenika otpornosti percipiraju manje stresa.

Istražujući ulogu percipirane socijalne podrške i otpornosti ovisnika o drogama u psihijatrijskim (rehabilitacijskim) ustanovama u Kini, Yang i suradnici (2018), nalaze kako su socijalna podrška i otpornost višestruki medijatori u odnosu na stres i zadovoljstvo životom. Ovi nalazi potvrđuju važnu ulogu percepcije socijalne podrške i otpornosti u ublažavanju stresa.

Wang i suradnici (2015) opisuju rezultate istraživanja supružnika uposlenih u vojsci, koji su pokazali kako socijalna podrška prijatelja i pozitivni afekti predviđaju osjećaj zajednice, što je zauzvrat povezano s povećanim osjećajima psihološke dobrobiti. Tako su potvrdili medijacijski efekt čimbenika otpornosti za opisanu populaciju.

U istraživanjima depresije i populacije žena oboljelih od raka dojke, socijalna podrška ima djelomičnu medijacijsku ulogu u odnosu između otpornosti i kvalitete života (Zhang i sur., 2017). Opisuje se kako sudionici s jačom socijalnom podrškom imaju veću otpornost i bolju kvalitetu života, te stoga autori naglašavaju kako je socijalna podrška ključna za razvoj otpornosti i poboljšanje kvalitete života u pacijentica s rakom dojke.

Hao i suradnici (2015) istraživali su odnos otpornosti, stresa na radnom mjestu i sindroma sagorijevanja državnih službenika. Otkrili su kako je otpornost igrala djelomičnu medijacijsku ulogu između stresa na poslu i sindroma sagorijevanja, tj. stres na poslu imao je i izravan i neizravan utjecaj na sindrom sagorijevanja. Stres na poslu imao je djelomičnu medijacijsku ulogu između otpornosti i sindroma sagorijevanja, što govori o tome da bi otpornost mogla spriječiti razvoj sindroma sagorijevanja ublažavanjem radnog stresa, uz njegovo izravno ublažavanje. Štoviše, otpornost je bila moderator između stresa na poslu i sindroma sagorijevanja, a mogla bi poslužiti kao *buffer* za ublažavanje štetnih učinaka stresa na radnom mjestu.

Značajni su podaci istraživanja otpornosti kao medijatora u odnosu između posttraumatskog stresa i posttraumatskog rasta (Lee, Yu i Kim, 2020). Naime, podaci potvrđuju medijacijski efekt otpornosti na posttraumastki stres i na posttraumatski rast. Taj je medijacijski efekt u cijelosti moderiran prema traumatskom iskustvu u djetinjstvu, na način da postojanje više

traumatskih iskustava u djetinjstvu ima snažniji medijacijski efekt otpornosti na posttraumatski stres i posttraumatski rast kod odraslih. Efekt otpornosti na posttraumatski rast bio je najsnažniji u grupi s ispitanika s visokom razinom traumatskih iskustava u djetinjstvu. Ipak, niske razine posttraumatskog rasta bile su praćene niskom otpornošću i više traumatskih iskustava u djetinjstvu.

Ziaian i suradnici (2012) navode kako oni adolescenti koji imaju depresivne simptome ili druge emocionalne ili ponašajne teškoće imaju i nižu otpornost. Ako se pretpostavi da razina otpornosti predviđa mentalno zdravlje, tada bi mladi s nižom otpornosti mogli biti u većem riziku od razvoja psihopatologije od svojih vršnjaka, kao i unutar vlastitih zajednica. Cilj ove studije bio je procijeniti utjecaj otpornosti na ozbiljnost simptoma depresije i tjeskobe nakon kratkih kognitivnih psihoterapija depresije. Rezultati su pokazali da pacijenti s višim rezultatima početne otpornosti pokazuju manje ozbiljne simptome nakon intervencije i tijekom šestomjesečnog praćenja. Uz to, pacijenti su poboljšali rezultate otpornosti nakon intervencije, a poboljšanje se održavalo tijekom šestomjesečnog praćenja.

Proučavane su, također, otpornost i psihosocijalno funkcioniranje adolescenata (Pereira i sur., 2016). Rezultati ove studije otkrivaju kako su i otpornost i psihosocijalno funkcioniranje prediktori depresivne simptomatologije mladih u razdoblju adolescencije i/ili kasne adolescencije. Tako su adolescenti s višim razinama otpornosti pokazali manje depresivne simptomatologije, kao i adolescenti s boljim psihosocijalnim funkcioniranjem. Ukupno psihosocijalno funkcioniranje bilo je moderator otpornosti samo u muškaraca. Ovi rezultati su naglasili važnost psihosocijalnog funkcioniranja i otpornosti u simptomatologiji depresije adolescenata, te sugeriraju važnost razvijanja posebno usmjerenih programa prevencije depresije kroz osnaživanje otpornosti i psihosocijalnog funkcioniranja.

U studiji koju su proveli Konradt i suradnici (2018) opisani su rezultati pacijenata s depresivnim simptomima na način da nakon sudjelovanja u programu otpornosti oni s višim početnim vrijednostima otpornosti, izvještavaju o manje ozbiljnim simptomima depresije.

2.2. Koncept socijalne podrške

Višestruki koncept kao što je socijalna podrška nije lako sažeti u jednu kratku definiciju. Osnovni atributi svih definicija socijalne podrške su pružatelj, primatelj, podrška i okruženje u kojem se razmjena može ostvariti. Kada postoje navedeni atributi, može se dogoditi razmjena socijalne podrške.

Socijalna podrška može se definirati kao bilo koji proces putem kojeg socijalni odnosi mogu djelovati na tjelesno ili psihičko zdravlje pojedinca (Cohen, Underwood i Gotlieb, 2000). Točnije, socijalna podrška predstavlja informaciju koja vodi osobu ka uvjerenju da je nekome stalo do nje, da je voljena i cijenjena (Cobb, 1976). Prema nekim autorima socijalna podrška može se podijeliti u dvije dimenzije, emocionalnu i instrumentalnu (Cohen i Wills, 1985). Emocionalna dimenzija socijalne podrške uključuje aspekte poput prihvaćanja, pažnje i utjehe, dok instrumentalna dimenzija uključuje aspekte pružanja informacija, savjeta i ohrabrenja.

Socijalna podrška opisana je kao "podrška“ koja je dostupna pojedincu kroz socijalne odnose s drugim pojedincima, grupama i širom zajednicom. Teorijski modeli socijalne podrške određuju sljedeće dvije važne dimenzije: (1) strukturna dimenzija koja uključuje veličinu mreže i učestalost društvenih interakcija i (2) funkcionalnu dimenziju s emocionalnim (kao što je primanje ljubavi i empatije) i instrumentalne (praktična pomoć kao što su darovi, novac ili pomoć kod skrbi o djeci).

U biopsihosocijalnom pristupu, percipirana društvena podrška služi kao zaštitni čimbenik psihološke prilagodbe psihičkoj bolesti. Prethodna istraživanja (Teoth i Rose, 2001) pokazuju da je niska socijalna podrška jedan od prediktora psiholoških problema te je povezana s depresijom, tjeskobom, problemima pažnje, socijalnim problemima, somatskim smetnjama i niskim samopoštovanjem. Čini se da je uloga socijalne podrške vrlo važna jer se smatra mehanizmom koji se bori protiv stresora života i promovira zdravlje i dobrobit (Stesse i sur., 2006). Socijalna podrška odnosi se na iskustvo vrednovanja, poštovanja, brige i ljubavi drugih koji su prisutni u životu. Može doći iz različitih izvora kao što su obitelj, prijatelji, učitelji, zajednica ili bilo koje društvene skupine uz koje je vezana.

Santini i suradnici (2015) pokazali su da je percipirana podrška (afektivni indikator) važnija za socijalno funkcioniranje u depresiji nego primljena podrška (indikator ponašanja), a povećane

razine percipirane podrške igraju zaštitnu ulogu u nastanku depresije. Uz to, Cacioppo i suradnici (2006) naznačuju kako usamljenost povećava rizik od depresije.

Model višestrukog izvora podrške sastoji se od nekoliko izvora koji su uključeni u zadovoljavanje potreba primatelja. Socijalna podrška služila je kao zaštitni čimbenik u ranjivosti obzirom na učinke stresa za zdravlje. Zimet i suradnici (1988) proširuju ranije nalaze Procidana i Heller (1983) identificirajući tri izvora podrške - obitelj, prijatelji i značajni drugi te potvrđuju kako su izvori podrške neovisni. Na uzorku studenata, percepcija podrške obitelji bila je veća i visoko obrnuto povezana s depresijom nego što je to bila podrška od strane značajnih drugih. S druge strane, u populaciji psihijatrijskih pacijenata, izvor podrške u prijateljima ili značajnim drugima pokazao se kao bolji prediktor fizičkog ili psihološkog zdravlja. Zanimljivi su nalazi rodnih razlika kod mladih (studenata). Žene tako izvještavaju veću socijalnu podršku od strane prijatelja i značajnih drugih, ali i više simptoma povezanih s anksioznošću i depresijom od muškaraca. Iako su muškarci izvijestili o manjoj podršci i manje simptoma u cjelini od žena, simptomi depresije i opažena podrška prijatelja bili su izrazitiji korelirani za muškarce nego za žene. Istraživanja pokazuju kako žene češće i spremnije prijavljuju pojavu depresivnih simptoma od muškaraca (Radloff i Rae, 1979; Weissman i Klerman, 1977). Sarason i suradnici (1983) pronašli su suprotan obrazac na sličnom uzorku mladih (studenata) gdje su socijalna podrška i depresija bili u većoj povezanosti za žene, nego za muškarce.

Jooyoung (2012) navodi da je bračna podrška povezana s visokom razinom otpornosti. Nadalje, također se pokazalo (Afifi i Macmillan, 2011) da je podrška osoba koji nisu bliski članovi obitelji utječe na otpornost. Mnoga su istraživanja otkrila da ključni čimbenik koji utječe na otpornost uključuje brigu i potporu odnosu unutar i izvan obitelji. Takvi odnosi dovode do razvoja nečije otpornosti i uključuju pružanje ljubavi, povjerenja i ohrabrenja (Newman, 2003).

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 psihičko zdravlje ljudi (Hartsough i Myers, 1995). Naime, danas postoji veliki broj empirijskih studija na temelju kojih je dokazano da socijalna podrška smanjuje vjerojatnost 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 izglede za oporavak ljudi koji su već bolesni (Wallston i sur.,

1983; prema Taylor, 1996). Slično, Suls (1982; prema Lazarus i Folkman, 1984) razlikuje pozitivne i negativne efekte socijalne podrške u prevenciji, suočavanju i oporavku od bolesti. Utvrđeno je da je socijalna podrška povezana s nizom somatskih stanja (nižom kardiovaskularnom reaktivnošću, nižom stopom miokardialnog infarkta, s manjom učestalošću ateroskleroze, boljom prilagodbom na kronični reumatidni artritis). Socijalna podrška može pojačati funkcioniranje imunološkog sistema i reducirati rizik od mortaliteta vezanog za ozbiljne bolesti (Zvizdić, 2015). 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 ometanje stresa drugih područja života osobe. Općenito, socijalna podrška ima značajnu ulogu za pojedince koji se oporavljaju od različitih tjelesnih oboljenja i psihosocijalnih stresora.

Kinesko istraživanje (Gong i Mao, 2016) izvijestilo je da je socijalna podrška kao izravni ili neizravni čimbenik igrala važnu ulogu predviđanja kvalitete života, te psihičkog i fizičkog zdravlja.

Xu i suradnici (2017) istražujući povezanosti percipirane socijalne podrške i otpornosti kod oboljelih od reumatoidnog artritisa nalaze da otpornost moderira odnos percipirane socijalne podrške i simptom umora kod ovih bolesnika.

Percipirana socijalna podrška funkcionira kao čimbenik otpornosti moderirajući utjecaj izloženosti traumi efekte intruzivne ruminacije, emocionalne regulacije i intenzivnog straha (Lee, 2019).

Socijalna podrška mnogo se češće provjeravala u Republici Hrvatskoj. Jakovljević (2004) se u okviru diplomskog rada bavila socijalnom podrškom i psihičkim zdravljem nezaposlenih. U istraživanju je sudjelovalo 1138 sudionika. Rezultati istraživanja pokazuju da nezaposlenim osobama u Hrvatskoj bliske osobe iz njihove socijalne okoline često pružaju socijalnu podršku, no postoje velike individualne razlike u percipiranoj podršci. Žene, odnosno mlađe nezaposlene osobe percipiraju socijalnu podršku većom. Pokazalo se da obrazovanje, obiteljska odgovornost i trajanje nezaposlenosti nemaju značajan utjecaj na procjenu socijalne podrške.

Balić (2015) je istraživala povezanost kvalitete života, percipirane socijalne podrške i depresivnosti kod rodilja. U istraživanju je ispitana 101 sudionica nakon poroda. Socijalna se

podrška nije pokazala značajnim prediktorom depresivnosti, a razlog tome je postojanje medijacije. Rezultati ukazuju da domena psihičko zdravlje jest medijator odnosa percipirane socijalne podrške i depresivnosti nakon poroda. Rezultati također pokazuju i statistički značajnu negativnu povezanost socijalne podrške i depresivnosti.

U istraživanju oboljelih od anksioznih i afektivnih poremećaja, uključenih u psihoterapijski tretman, Vranko, Velimirović i Jendričko (2021) nalaze kako najveću ocjenu percipirane socijalne podrške imaju životni partneri (M=5,72). Zanimljivo je da je najslabiji rezultat percepcije socijalne podrške od strane ispitanika postignut na subskali podrške koju su doživjeli od obitelj (M=5). Nađena je negativna povezanost između percepcije socijalne podrške i dobi; podrška je negativno povezana s godinama. Stariji sudionici ocijenili su nižu razinu potpore od mlađih (-279*, Pearsonov koeficijent korelacije). Ne postoje razlike ili značajne korelacije u percepciji socijalne podrške, spolu i obliku liječenja sudionika.

Cilj rada u kojem su sudjelovali roditelji djece s teškoćama u razvoju koji žive u Dubrovačko-neretvanskoj županiji (Leutar i Oršulić, 2015) bio je dobiti uvid u socijalnu podršku i neke aspekte roditeljstva. Istraživanje je pokazalo važnost svih oblika podrške: emocionalne, financijske, praktične i savjetodavne pomoći koju dobivaju unutar obitelji, te da je supružnička podrška najvažnija i najizraženija. Nešto manje prisutna je podrška prijatelja i rodbine kao i zadovoljstvo roditelja takvom podrškom, a institucionalna podrška i podrška stručnjaka najmanje je zastupljena i nju roditelji najmanje traže i najmanje su njome zadovoljni.

Tadinac i suradnici (2006) uspoređivali su razinu depresije i anksioznosti između oboljelih od psorijaze te gastrointestinalnih bolesti i zdravih sudionika, te su provjeravali utjecaj percipirane socijalne podrške na psihološku prilagodbu pacijenata. U istraživanje je bilo uključeno 240 sudionika. Rezultati su pokazali da pacijenti s višom percipiranom razinom socijalne podrške imaju manje razine depresivnosti i anksioznosti.

2.3. Strategije suočavanja sa stresom

Strategije suočavanja sa stresom jesu niz radnji ili misaoni proces koji osoba koristi u susretu sa stresnom ili neugodnom situacijom ili u modificiranju nečije reakcije na takvu situaciju. Strategije suočavanja obično uključuju svjestan i izravan pristup problemima u odnosu na obrambene mehanizme. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO, 2001) navodi da se neki psihički poremećaji i poremećaji u ponašanju, poput depresije i anksioznosti, mogu pojaviti kao rezultat neuspješnog adaptivnog nošenja sa stresom.

"Suočavanje" je skup psiholoških odgovora na percepciju ugroze s ciljem sprječavanja ili smanjenja ugroze, štete i gubitka ili smanjenja povezane nevolje (Carver, 1997). Strategije suočavanja odnose se na specifične napore, i bihevioralne i psihološke, koje ljudi koriste kako bi savladali, tolerirali, smanjili ili umanjili stresne događaje. Razlikuju se dvije opće strategije suočavanja: strategije rješavanja problema koje se odnose na napore da se učini nešto aktivno za ublažavanje stresnih okolnosti, dok strategije suočavanja usmjerene na emocije uključuju regulaciju emocionalnih posljedica stresnih ili potencijalno stresnih događaja. Istraživanja pokazuju da ljudi koriste obje vrste strategija za borbu protiv najstresnijih događaja (Folkman i Lazarus, 1980).

Dodatna razlika koja se često događa u literaturi za suočavanje je razlika između aktivnih (proaktivnih) strategija suočavanja i izbjegavanja (Carver, Scheier i Weintraub, 1989). Strategije aktivnog suočavanja su ponašanja ili psihološki odgovori osmišljeni kako bi mijenjali prirodu samog stresora ili način mišljenja pojedinca, dok pasivne strategije suočavanja (izbjegavanje) vode ljude u aktivnosti (npr. uporaba alkohola) ili stanja (npr. povlačenje) koja ih zadržavaju od izravnog rješavanja stresnih događaja. Proaktivno suočavanje sa stresom odnosi se na niz procesa kroz koje ljudi predviđaju ili otkrivaju potencijalne stresore i djeluju unaprijed kako bi ih spriječili ili prigušili njihov utjecaj (Aspinwall i Taylor 1997). Općenito govoreći, smatra se da su strategije proaktivnog suočavanja, bilo bihevioralne ili emocionalne, bolji načini suočavanja sa stresnim događajima, dok pasivne strategije suočavanja bivaju čimbenikom rizika ili pokazateljem negativnih odgovora na stresne životne događaje (Holahan i Moos, 1987). Aktivno suočavanje predstavlja zaštitne strategije koje se temelje na aktivnoj potrazi za ublažavanjem ili uklanjanjem stresa (Snow i sur., 2003) i povezane su s nižom tjeskobom, stresom i simptomima depresije (Van Berkel, 2014). Aktivno suočavanje učinkovitije je u prilagodbi na kronični stres od onog pasivnog (Lin, Probst i Hsu, 2010).

Tijekom pasivnog (izbjegavajućeg) suočavanja pojedinac ne poseže za suočavanjem s izvorom stresa, nego umjesto toga pokušava smanjiti vlastite neugodne emocionalne reakcije. Budući da podrijetlo stresa nije eliminirano, negativne emocije se neprestano pojavljuju (Holahan i Moos, 1987). Pasivno izbjegavanje predviđa simptome depresije (Gutiérrez-Zotes i sur., 2016).

Strategije suočavanja imaju ključnu ulogu u rješavanju i suočavanju s depresijom, a mogu, također, biti prediktor depresivnih poremećaja i niže kvaliteta života. Intervencije usmjerene na povećanje upotrebe adaptivnih strategija suočavanja mogu pomoći u suočavanju sa stresnim životnim situacijama (Holubova, 2019).

Nedavna istraživanja i teorije o fleksibilnosti korištenja strategija suočavanja sa stresom, sugeriraju da niti jedno ponašanje ili strategija nemaju uvijek maksimalnu adaptacijsku učinkovitost (Bonanno i Burton, 2013; Bonanno, 2013). Stoga je fleksibilnost suočavanja predmetom nekoliko istraživačkih studija posljednjih desetljeća (Cheng, Lau i Chan, 2014).

Socijalne vještine i strategije suočavanja sa stresom, uz specifične osobine ličnosti (neuroticizam, ekstraverzija, otvorenost, ugodnost i savjesnost) primjer su čimbenika otpornosti (Liu, Wang i Li, 2012; Oshio i sur., 2018).

2.4. Nepovoljna iskustva u djetinjstvu

Opsežne psihijatrijske epidemiološke studije pokazuju da iskustva nedaća u djetinjstvu imaju značajan negativan utjecaj na psihičko zdravlje odraslih (Dunn i sur, 2013; Green i sur, 2010; Kesser i sur., 2010; McLaughlin i sur, 2010). Čini se kako je utjecaj dječje nevolje na psihičko zdravlje relativno nespecifičan - dječje nevolje povećavaju rizik za gotovo sve psihičke poremećaje koji se često javljaju. Iskustvo nanošenja štete osoba koje bi trebale pružiti potporu i zaštitu dovodi do ozbiljnih neurobioloških, somatskih i psihičkih oštećenja djeteta u razvoju, ugrožavajući sposobnost suočavanja sa stresorima tijekom cijelog životnog vijeka (Teicher i Samson, 2016). U brojnim su istraživanjima nepovoljna dječja iskustva povezana s višestrukim nepovoljnim somatskim i psihičkim bolestima u odrasloj dobi, neprilagođenošću i nezdravim životnim stilom (Gilbert i sur., 2009; Grabe i sur., 2012; Scott i sur., 2012; Scott i sur., 2010). Nedaće u djetinjstvu povezane su s teškoćama, uključujući simptome depresije i anksioznosti, kao i somatske simptome tijekom cijelog životnog vijeka. Klinička istraživanja sugeriraju vezu između zlostavljanja u djetinjstvu i funkcionalnih i strukturnih promjena živčanog sustava što dovodi do povećane predispozicije za depresiju (Ritchie i sur., 2009).

Negativna iskustva iz djetinjstva traumatični su događaji koji se događaju prije 18. godine; riječ je o čestim iskustvima djece diljem svijeta. Oko 61% odraslih ispitanika u 25 država izvještava o doživljenoj, barem jednoj vrsti nedaće u djetinjstvu, a gotovo svaki šesti izvijestio je da je doživio četiri ili više vrsta nedaća kroz djetinjstvo (neka su djeca u većem riziku od drugih - djevojčice i nekoliko rasnih / etničkih manjinskih skupina). Uključuju sve vrste zlostavljanja i zanemarivanja, kao i psihičku bolest roditelja, zlouporabu droga, razvod, zatvor i obiteljsko nasilje. Studija iz 1990-ih otkrila je značajnu vezu između broja teškoća koje je osoba doživjela i raznih negativnih ishoda u odrasloj dobi, uključujući loše fizičko i psihičko zdravlje, zlouporabu opojnih droga i rizična ponašanja. Što je više teškoća doživljeno, to je veći rizik za loše ishode.

Prevencija nedaća s kojima se suočavaju djeca, potencijalno bi mogla smanjiti velik broj zdravstvenih stanja. Primjerice, prevencijom bi se moglo izbjeći do 1,9 milijuna slučajeva srčanih bolesti i 21 milijun slučajeva depresije. Možemo reći kako su nedaće s kojima djeca odrastaju izrazito skupe za društvo u cjelini - ekonomski i socijalni troškovi obitelji, zajednica i društva iznose stotine milijardi dolara svake godine.

Nedaće i traumatska iskustva doživljena u djetinjstvu mogu imati trajne, negativne učinke na zdravlje, dobrobit i mogućnosti. Ta iskustva mogu povećati rizik od ozljeda, spolno prenosivih infekcija, zdravstvenih problema majke i djeteta, trudnoće tinejdžera, sudjelovanja u trgovini seksom i širokog spektra kroničnih bolesti i vodećih uzroka smrti poput raka, dijabetesa, bolesti srca i samoubojstva. Ukoliko uz navedena iskustva dijete doživi i siromaštvo, susjedstvo s nedovoljnim resursima ili rasno odvojenim četvrtima, različite nesigurnosti i slično, govorimo o djelovanju tzv. produljenog ili dugotrajni stresa, koji kao takav ima direktan utjecaj na razvoj mozga i može utjecati na pažnju, donošenje odluka, učenje ili suočavanje sa stresom (Centers for Disease Control and Prevention[5] (2019). Bitno je naglasiti kako djeca koja odrastaju s toksičnim stresom mogu imati poteškoća u stvaranju zdravih i stabilnih odnosa.

Ipak, nisu svi pojedinci pogođeni stresnim životnim događajima, poput nedaća u djetinjstvu, razvili psihološke tegobe, poput posttraumatskog sindroma stresa ili psihičkih poremećaja kasnije u životu. U dobro poznatoj longitudinalnoj studiji koja je pratila razvoj gotovo 700 ispitanika na havajskom otoku Kauai (Werner, 1993), otprilike trećina odrasla je u uvjetima visokog rizika poput siromaštva, razvoda roditelja ili psihičkih bolesti. Međutim, kako su postali kompetentne i dobro prilagođene odrasle osobe, 72 od ove visoko rizične djece nazvano je „otpornima“ na čimbenike rizika. Werner (1993) je identificirala nekoliko zaštitnih čimbenika povezanih s uspješnom prilagodbom u djece s visokim rizikom, među kojima je najvažniji dobar i podržavajući odnos s odraslom osobom.

[5] Dostupno na: www.cdc.gov

2.5. Socijalno funkcioniranje

Socijalno funkcioniranje definira se kao stupanj u kojem je osoba sposobna ispunjavati različite uloge u društvenim okruženjima, poput kuće, posla ili odnosa (Bosc, 2000).

Depresivni poremećaji često su povezani sa značajnim i sveprisutnim oštećenjima socijalnog funkcioniranja, dok su osobni, socijalni i ekonomski utjecaji depresije nerijetko podcijenjeni (Hirschfeld, 2000).

Gotlib i Lee (1989) na tragu ranijih istraživanja da odrasli oboljeli od depresije prijavljuju veće socijalno oštećenje od zdrave populacije u zajednici, nalaze kako oboljeli od depresije izvještavaju i o više teškoća na planu socijalnog funkcioniranja u odnosu na druge psihijatrijske pacijente. Navedeni autori dolaze tako do zaključka kako su oštećenja socijalnog funkcioniranja specifična za depresiju samu po sebi, a ne karakteristična za opću psihopatologiju. Nalaze, nadalje, važan podatak kako je socijalna disfunkcionalnost rizičan čimbenik za depresiju.

Utvrđeno je da depresivni pojedinci doživljavaju nisku razinu sreće u socijalnim interakcijama (nedostatak socijalnog zadovoljstva) i smanjenu motivaciju za sudjelovanje u društvenim aktivnostima (Hammen, 2005). Saris i sur. (2017) objašnjavaju kako socijalno funkcioniranje utječe na oboljele od depresije, te napominju da je ono još značajnije u oboljelih s komorbidnom anksioznošću i depresivnim poremećajima. Čak i nakon potpune remisije afektivne psihopatologije, preostala oštećenja imaju tendenciju ostati prisutne u oboljelih, i do dvije godine po oporavka u vidu rezidue.

Disfunkcije u socijalnim interakcijama ostaju trajne i nakon tri godine oporavka od simptoma depresije (Rhebergen i sur., 2010), a povezane su s nezaposlenošću, invaliditetom i smanjenim radnim učinkom (Rizvi i sur., 2015).

Istražujući socijalno funkcioniranje osoba s velikim depresivnim poremećajem, Kupferberg, Bricks i Hasler (2016), opisuju smanjenu želju za komunikacijom, povećanu osjetljivost na odbacivanje od strane drugih ljudi, smanjenu suradljivost, izbjegavanje natjecanja, promjene u socijalnom odlučivanju kao i probleme u prepoznavanju emocija i razumijevanju kako drugi misle i osjećaju. Štoviše, opisuju oboljele od depresije specifičnim deficitima u obavljaju socijalnih uloga, socijalnu povučenost, nesposobnost depresivnih osoba da točno prepoznaju suptilne promjene u izrazu lica, glasa i tijela na drugima, pretjerano reagiranje na negativne emocije, povećan fokus za sebe, smanjeni interes za socijalne interakcije, što može dovesti do

poteškoća u započinjanju, uspostavljanju i održavanju zadovoljavajućih odnosa s drugim ljudima. Na taj način deficit u obavljanju i ispunjavanju normalnih socijalnih uloga glavni su razlog za visoku razinu stigme i socijalnog povlačenja kod pacijenata koji pate od depresije.

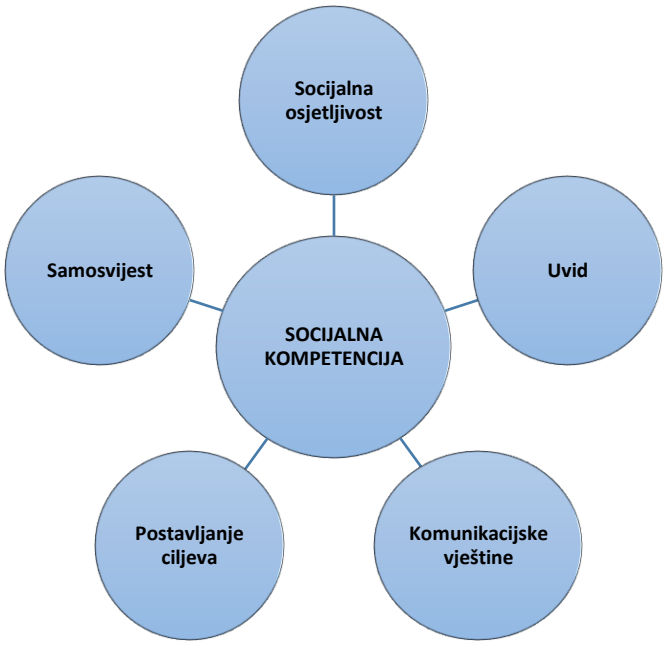
Adolescenti s višom razinom otpornosti pokazali su manje depresivne simptomatologije, kao i adolescenti s boljim psihosocijalnim funkcioniranjem. Sveukupno psihosocijalno funkcioniranje bilo je moderator otpornosti samo kod muškaraca, iako su neka od njegovih područja pokazala umjerene učinke za cijeli uzorak ili samo za žene (Pereira i sur., 2016).

Renner i suradnici (2014) proveli su meta-analizu s ciljem sumiranja učinka psihoterapije oboljelih od depresije na poboljšanja socijalnog funkcioniranja. Primijetili su kako su studije ishoda liječenja depresije obično fokusirane na učinke liječenja simptoma, a ne na socijalno funkcioniranje.

2.5.1. Socijalne kompetencije odraslih

Zbog oštećenja socijalne kompetencije u kontekstu psihičkih poremećaja, poput narušavanja kvalitete života, za velik dio odrasle populacije izuzetno je važno steći uvid u mogućnosti osnaživanja socijalne kompetencije, ne bi li se spriječio recidiv/relaps.

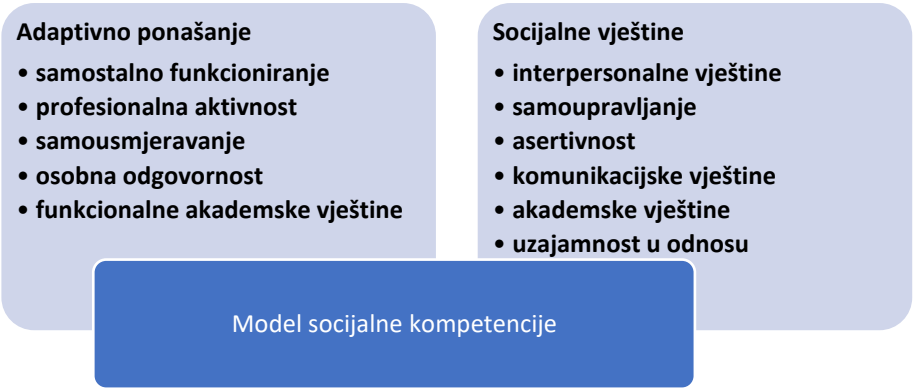
Markuš (2010) opisuje socijalnu kompetenciju kao složeni konstrukt koji se odnosi na učinkovito funkcioniranje pojedinca u društvenom kontekstu, a istovremeno i uspješno postizanje osobnih ciljeva. Stump i suradnici (2009) predlažu Dodgeovu (1993) definiciju prema kojoj je socijalna kompetencija višedimenzionalni konstrukt koji uključuje međuljudske odnose, učestalost interakcije, pozitivno samopoimanje, te komunikacijske, socijalne i kognitivne vještine (Shema 4.).



Shema 4. Model socijalne kompetencije prema Stump i suradnici (2009).

Deficiti socijalne kompetencije koincidiraju s ostalim emocionalnim, bihevioralnim i mentalnim problemima. Važnost socijalne kompetencije i zadovoljavanja društvenih odnosa je cjeloživotna. Studije odraslih otkrile su kako su prijateljstvo i uzajamnost u odnosu presudan izvor socijalne podrške koja štiti od negativnih učinaka životnog stresa.

Gresham i Elliott (1987) tvrde da je socijalna kompetencija dobila premalo pozornosti u konceptualizaciji i mjerenju adaptivnog ponašanja. Njihov model dijeli socijalnu kompetenciju na dvije ukupne dimenzije: adaptivno ponašanje i socijalne vještine (Shema 5.).



Shema 5. Model socijalne kompetencije (Gresham i Elliot, 1987)

Socijalne vještine su, prema evolucijskoj teoriji, bile preduvjet za opstanak i prilagodbu ljudi. Nedostatak socijalnih vještina povezan je s depresijom, socijalnom fobijom, zloupotrebom sredstava ovisnosti, otporom tretmanu, socijalnom izolacijom, niskom kvalitetom života (Müller i sur., 2012). Brojna istraživanja (Segrin i Flora, 2000; Hair, Jager i Garrett, 2002; Pečjak i sur., 2009) naglašavaju veliku važnost socijalnih vještina kao zaštitnih čimbenika jer predstavljaju uvjete za zdrav i kvalitetan razvoj osobe. Smatra se, naime, kako su osobe koje nemaju razvijene socijalne vještine u većem riziku za probleme prilagodbe u socijalnim situacijama, u riziku za probleme metalnog zdravlja i manifestiranja problema u ponašanju, te da imaju teškoće uspostavljanja i održavanja odnosa s vršnjacima i odraslima iz svoje okoline. Socijalno vješti pojedinci imaju bolje mogućnosti nositi se s rizičnim situacijama koristeći kompromis, uvjeravanje, opuštanje, humor i druge odgovarajuće odgovore, koji ne samo da smanjuju rizik, već pridonose očuvanju samopoštovanja. Trening socijalnih vještina sadrži set vještina s obzirom na svrhu, koje su detaljnije opisane u Tablici 2.

Tablica 2. Socijalne vještine s obzirom na svrhu (Canney i Byrne, 2006; prema Bašić, 2009).

Set vještina	**Svrha**	**Primjeri**
Osnovne vještine	Osnovna socijalna interakcija	Kontakt očima, održavanje prikladne udaljenosti od drugih, razumijevanje gesta i izraza lica
Interakcijske vještine	Uspostavljanje odnosa i interakcija s drugima	Započinjanje i završavanje razgovora, vođenje razgovora ("izmjenjivanje"), biranje prikladnih tema za razgovor s drugima, samopredstavljanje, asertivna komunikacija, interakcija s autoritetima, rješavanje sukoba
Emocionalne vještine	Razumijevanje sebe i drugih	Prepoznavanje vlastitih i tuđih emocija, pokazivanje empatije, razumijevanje neverbalnih znakova tijela i izraza lica, prepoznavanje može li se nekome vjerovati
Kognitivne vještine	Izgradnja i održavanje kompleksnih socijalnih interakcija	Razumijevanje normi i pravila, odlučivanje, samouvid, socijalna percepcija, iskazivanje situacijski primjerenih ponašanja

2.5.2. Funkcionalni oporavak

Istraživanja su pokazala da funkcionalni oporavak zaostaje za simptomatskim oporavkom i da je veće simptomsko olakšanje s liječenjem posebno usmjereno na funkcionalne poremećaje i postizanje funkcionalne remisije (Bijl i Ravelli, 2000; Papakostas i sur., 2009).

Pojam "funkcionalnost" obuhvaća nekoliko širokih domena, uključujući radnu produktivnost, socijalno funkcioniranje ili uživanje interpersonalnih odnosa, osobnu njegu i kvalitetu života (Endicott i Dorries, 2009; Greer i sur., 2010). Stoga je razumljivo da je razvijen niz mjernih skala kako bi se procijenile različite funkcionalne domene (Greer i sur., 2010; Sheehan i Sheehan, 2008). Međutim, pokazalo se da manje od 5% kliničkih ispitivanja izvještava o funkcionalnim ishodima u sustavnim pregledima (Lam i sur., 2011).

Karakteristike funkcionalnih procjena jednako su različite: neke su usmjerene na globalno funkcioniranje, dok druge procjenjuju određeni ishod; mogu biti u rasponu od nekoliko do mnogih stavki ili pitanja; mogu biti procijenjeni od strane ili kliničara ili pacijenata (Greer i sur., 2010; Lam i sur., 2011; Sheehan i sur., 1996).

Rezultati nedavnih istraživanja (Kupferberg, Bicks i Hasle, 2016) pokazuju da oporavak od depresije ne zahtijeva samo značajno smanjenje depresivnih simptoma nego i poboljšanje domena poput empatije, mentalizacije, društvenog odlučivanja i socijalnih vještina.

Davidson (2000) sugerira kako izostanak brzog oporavka od averzivnih događaja može biti važan čimbenik rizika za vulnerabilnost te razvoj anksioznosti i poremećaja raspoloženja. To je naročito uočljivo kada je izostanak brzog oporavka popraćen čestim ili dugotrajnim izlaganjem negativnim događajima tijekom kojih se višestruki neurobiološki stresni sustavi bivaju aktivni tijekom dužih perioda.

2.6. Konceptualizacija i operacionalizacija istraživanja

Na temelju teorijskog polazišta ovog rada i prikazane rezultate dosadašnjih istraživanja, posebice onih koja su istraživala otpornost kroz medijacijske i moderatorske modele, model ovog istraživanja je postavljen kako je opisano niže u nastavku teksta.

Rizik je operacionaliziran postojanjem dijagnoze depresije i njenom razinom (blaga, umjerena, teža), te razvojnim čimbenicima tijekom odrastanja (zlostavljanje, zanemarivanje)**.**

Zaštitni čimbenici (medijatori) su operacionalizirani kao čimbenici individualne otpornosti, percipirana socijalna podrška i strategije suočavanja sa stresom

Čimbenici individualne otpornosti su osobna kompetencija, prihvaćanje promjena i sigurnih odnosa, povjerenje / tolerancija / osnažujući učinci stresa, kontrola i utjecaji duhovnosti. Percipirana socijalna podrška ovisi o izvoru kojeg primatelj percipira kao značajnog (obitelj, prijatelji i značajni drugi).

Percipirana socijalna podrška ima tri izvora podrške – obitelj, prijatelji i značajni drugi.

Strategije suočavanja sa stresom uključuju proaktivne i izbjegavajuće strategije: pozitivna reinterpretacija i rast ličnosti, aktivno suočavanje, planiranje, prihvaćanje, obuzdavanje suočavanja, potiskivanje kompeticijskih aktivnosti, negiranje, ponašajno izbjegavanje, mentalno izbjegavanje, traženje socijalne podrške zbog emocionalnih razloga, traženje socijalne podrške zbog instrumentalnih razloga, ventiliranje emocija, humor, alkohol, religija, fizička izolacija, potiskivanje emocija.

Ishod je operacionalizira kao socijalno funkcioniranja te obuhvaća sljedeće kategorije: nedostatak socijalnih vještina, trenutne poteškoće i probleme u odnosima, izbjegavajuće ponašanje, samokontrolu, vrijednosti, promjenu okoline i deficite diskriminacije, i ometajuća ponašanja.

3. CILJ I HIPOTEZE PREDLOŽENOG ISTRAŽIVANJA

3.1. Cilj istraživanja

Cilj istraživanja je istražiti povezanost individualnih čimbenika otpornosti, percipirane socijalne podrške i strategija suočavanja sa stresom (zaštitni čimbenici) i socijalne funkcionalnosti (ishod) oboljelih od depresije (rizik).

3.2. Problemi i hipoteze istraživanja

PROBLEM 1

P1. Istražiti odnos između razine depresije i nepovoljnih iskustava u djetinjstvu.

H1. Oboljeli od depresije s više nepovoljnih iskustava u djetinjstvu imaju težu razinu depresije.

PROBLEM 2

P2. Istražiti odnos između strategija suočavanja sa stresom, individualnih čimbenika otpornosti i percipirane socijalne potpore kod oboljelih od depresije.

H2. Oboljeli od depresije koji postižu više rezultate na skali percipirane socijalne potpore percipiraju više individualnih čimbenika otpornosti.

H3. Oboljeli od depresije koji postižu više rezultate na skali percipirane socijalne potpore i percipiraju više individualnih čimbenika otpornosti češće koriste proaktivne strategije suočavanja sa stresom.

PROBLEM 3

P3. Istražiti povezanost razine depresije i nepovoljnih iskustva u djetinjstvu i socijalnog funkcioniranja oboljelih od depresije.

H4. Niža razina socijalnog funkcioniranja povezana je s višom razinom depresije.

H5. Niža razina socijalnog funkcioniranja povezana je s više nepovoljnih iskustva u djetinjstvu.

PROBLEM 4

P4. Ispitati kojim putevima individualnih čimbenika otpornosti, percipirana socijalna podrška i strategije suočavanja sa stresom ostvaruju medijatorski efekt u odnosu između razine depresije/ intenziteta nepovoljnih iskustva iz djetinjstva i kvalitete funkcioniranja oboljelih od depresije.

H6. Individualni čimbenici otpornosti, percipirana socijalna podrška i strategije suočavanja sa stresom su medijatori u odnosu između razine depresije i kvalitete funkcioniranja oboljelih od depresije.

H7. Individualni čimbenici otpornosti, percipirana socijalna podrška i strategije suočavanja sa stresom su medijatori u odnosu između intenziteta nepovoljnih iskustva iz djetinjstva i kvalitete funkcioniranja oboljelih od depresije.

4. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

4.1. Sudionici istraživanja

U istraživanje je uključeno 310 sudionika koji su oboljeli od depresije, te se liječe u Zavodu za afektivne poremećaje i Zavodu za psihoterapiju Klinike za psihijatriju Vrapče, u razdoblju između listopada 2019. i prosinca 2019. godine. Svi oboljeli, a koji su zadovoljavali kriterije uključivanja u istraživanje, tijekom navedenog razdoblja, bez obzira na vrstu tretmana u kojoj se aktualno liječe, mogli su sudjelovati u istraživanju. Svi su bolesnici imali jednaku vjerojatnost ulaska u istraživanje ukoliko su zadovoljavali zadane kriterije. Sukcesivno su uključeni svi ispitanici oba spola od 18 – 80 godina starosti.

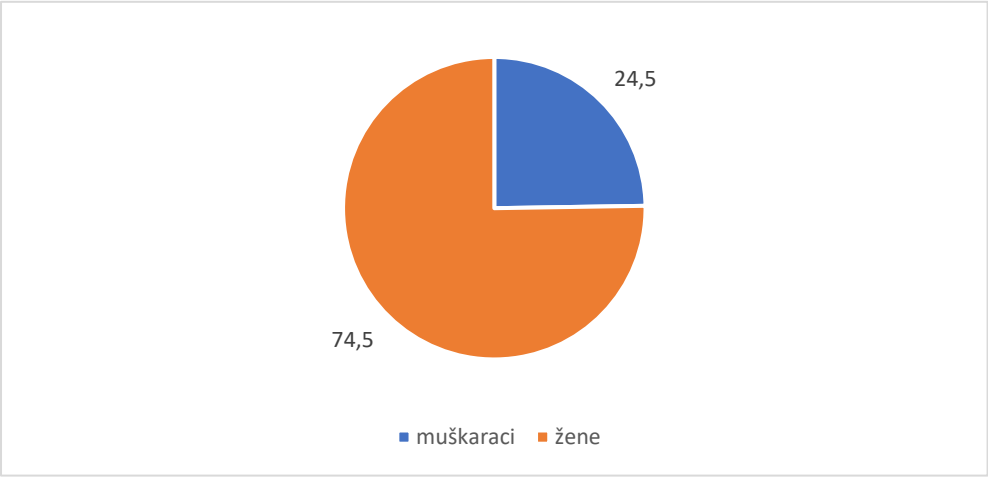
Kriteriji uključivanja su:

- dijagnoza depresije kao prva dijagnoza (F32),
- liječenje u Klinici za psihijatriju Vrapče,
- pristanak na sudjelovanje u istraživanju,
- očuvane intelektualne sposobnosti.

Kriteriji isključivanja su:

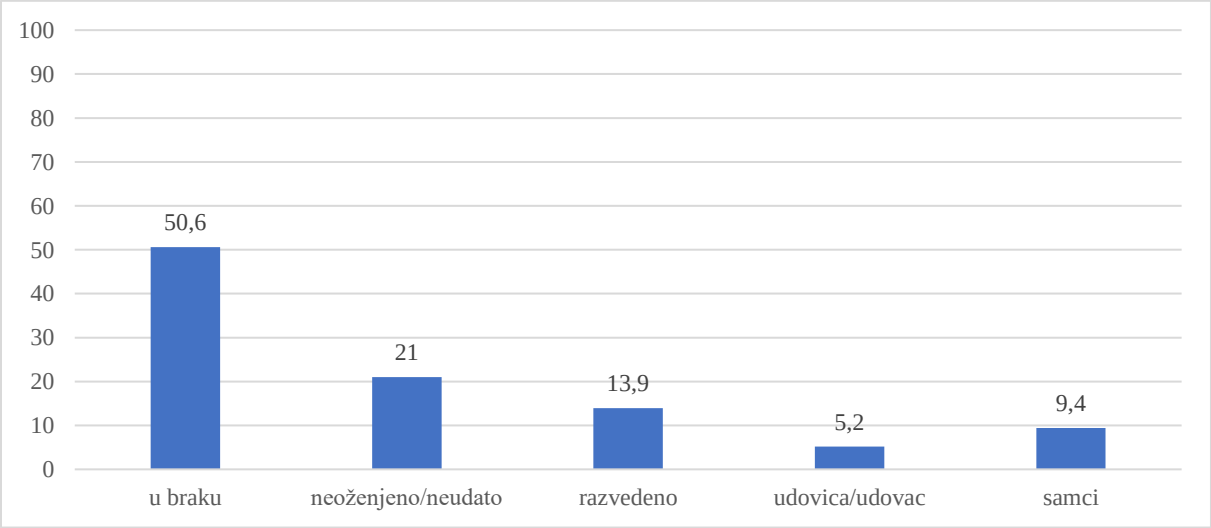
- dijagnoza depresije kao komorbidna dijagnozna,
- teška depresivna epizoda sa psihotičnim simptomima (F32.3),
- kognitivna oštećenja ili intelektualna insuficijentnost,
- teška somatska bolest,
- smrt/suicidalnost,
- drugi afektivni poremećaji (F34),
- oduzeta poslovna sposobnost (u cijelosti ili djelomično), imanje skrbništva,
- povlačenje pristanka za sudjelovanje.

U istraživanju je sudjelovalo 79 (25,5%) muškaraca i 231 (74,5%) žena. Iz Grafa 1 vidljivo je kako uzorak čini znatno veći broj žena nego muškaraca (74,5% je žena i 25,5% je muškaraca) prosječne dobi 46,3 godine (minimalna uključena dob je 18 godina, maksimalna uključena dob je 80 godina).



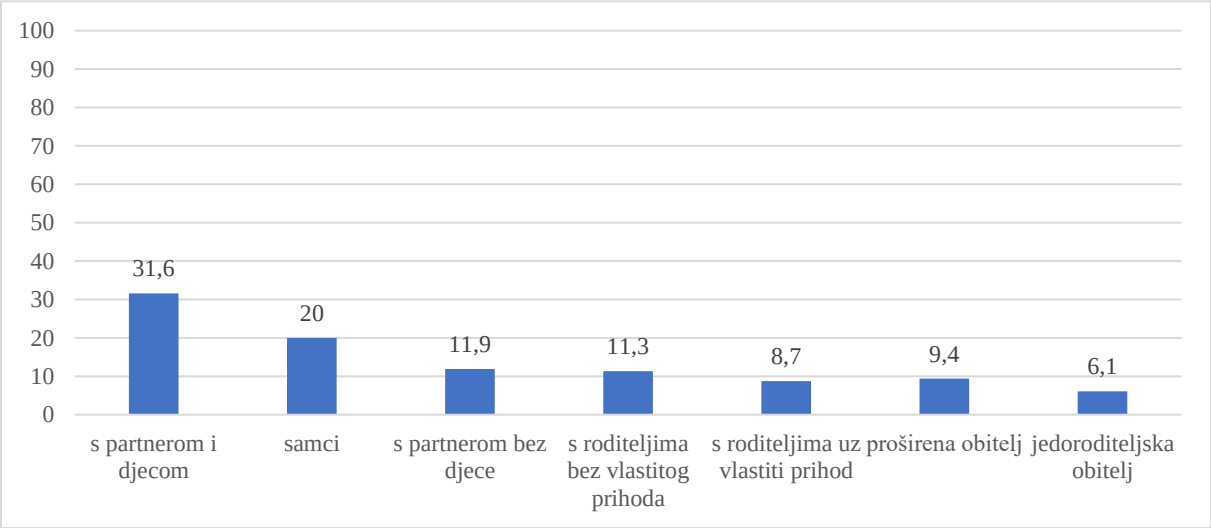
Graf 1. Spol sudionika istraživanja (%)

Iz grafa 2 vidljivo je kako je polovica sudionika ovog istraživanja (50,6%, tj. 157 osoba) je u braku ili izvanbračnoj zajednici, dok ih je 65 (21%) neoženjeno/neudato, 43 (13,9%) razvedeno, 16 (5,2%) je udovaca/udovica, dok je 29 (9,4%) samaca.



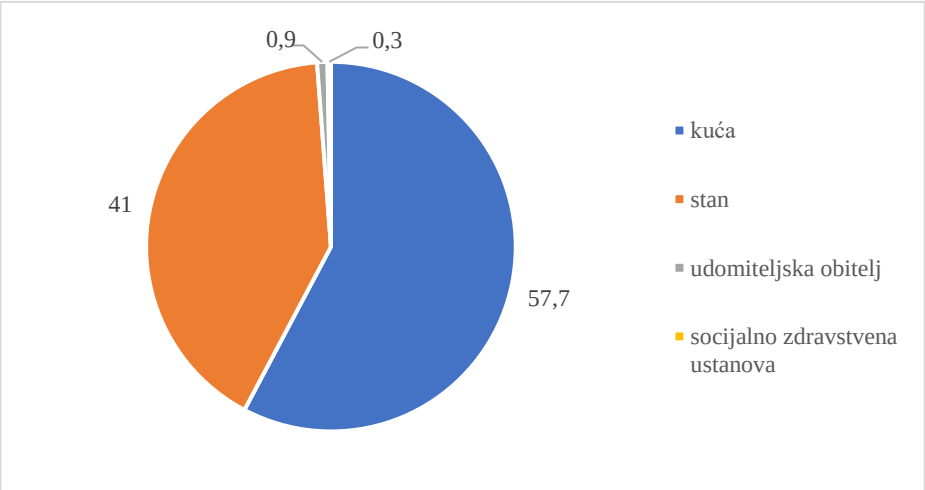
Graf 2. Bračni status sudinika istraživanja (%)

Graf 3 prikazuje kako najveći broj sudionika (98) istraživanja živi s partnerom i djecom (31,6%), samaca je 62 (20%), s partnerom bez djece živi 37 sudionika (11,9%), s roditeljima i bez vlastitog prihoda je 35 sudionika (11,3%), s roditeljima i s vlastitim prihodima njih 27 (8,7%), u proširenoj obitelji živi 29 (9,4%) sudionika, u jednoroditeljskoj obitelji živi 19 (6,1%).



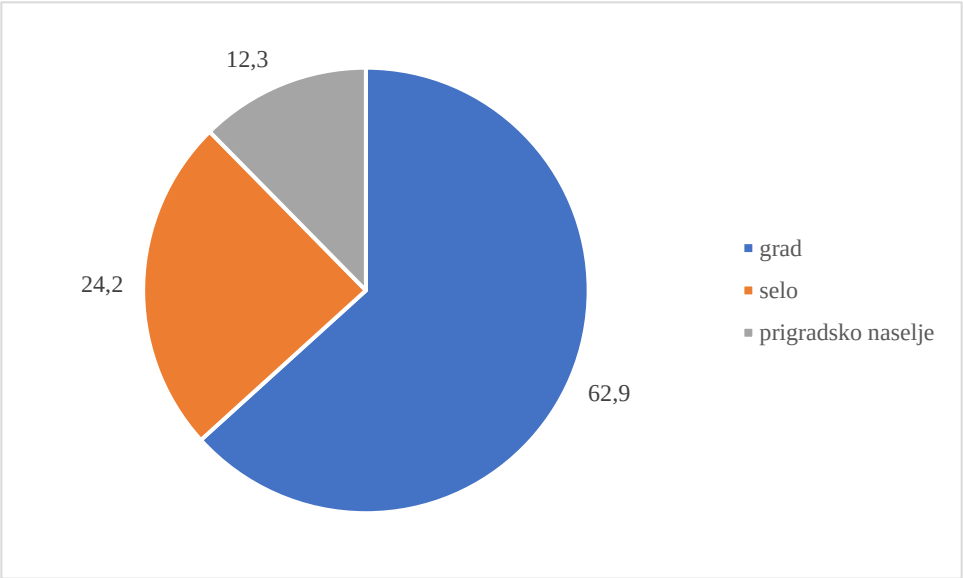
Graf 3. Tip obitelji u kojoj sudionici istraživanja žive (%)

Sudionici ovog istraživanja žive u (Graf 4) vlastitoj kući (57,7%), odnosno u stanu (41%), udomiteljskoj obitelji (0,9%), socijalnozdravstvenoj ustanovi (0,3%).



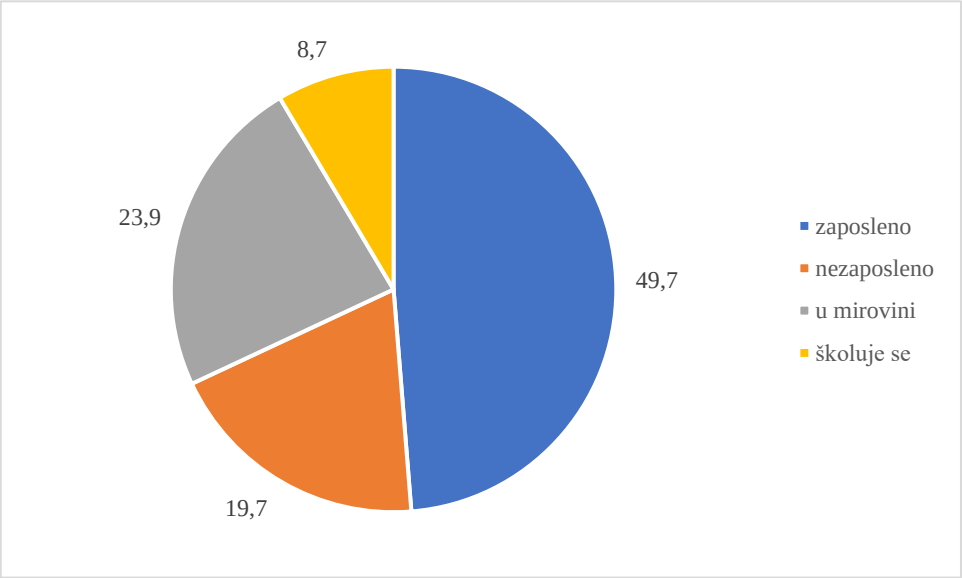
Graf 4. Stanovanje sudinika istraživanja (%)

Graf 5 prikazuje mjesto stanovanja sudionika. Sudionici istraživanja žive u gradu (62,9%), selu (24,2%), te prigradskom naselju (12,3%).



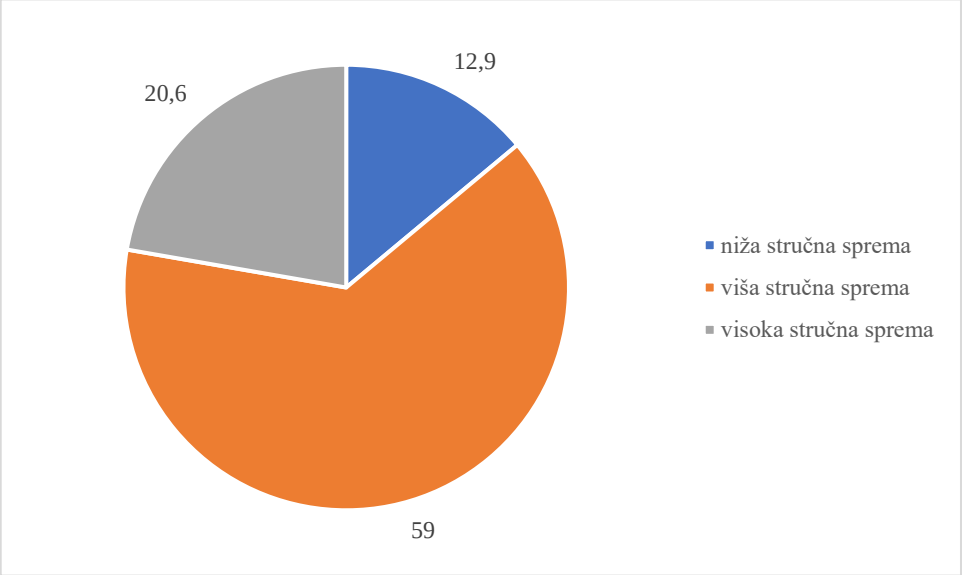
Graf 5. Mjesto stanovanja sudionika istraživanja (%)

Graf 6 prikazuje radni status sudionika istraživanja. Sudionici istraživanja prosječno imaju 19,7 godina radnog staža. Zaposleno je 148 (49,7%) sudionika, ne zaposlen je 61 sudionik (19,7%), u mirovini je 74 sudionika (23,9%), te se 27 sudionika (8,7%) školuje.



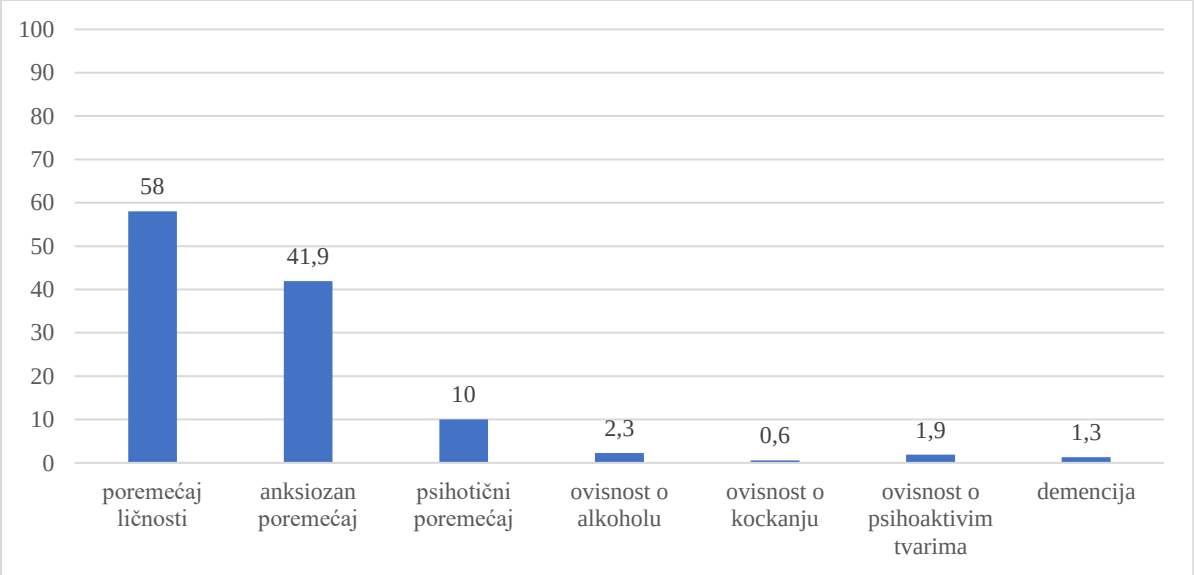
Graf 6. Radni status/školovanje sudionika istraživanja (%)

Kako prikazuje Graf 7, prema završenom stupnju obrazovanja, 40 (12,9%) niže je stručne spreme, 183 (59%) srednje stručne spreme, 22 (7,1%) više stručne spreme, 64 (20,6%) visoke stručne spreme, dok je 1 sudionik istraživanja doktor znanosti (0,3%). Sudionici istraživanja su različitih zanimanja, a najviše je umirovljenika (36), trgovaca (31), studenata (19), ekonomista (14), domaćica (13), medicinskih sestara i tehničara (11), ekonomskih tehničara (10).



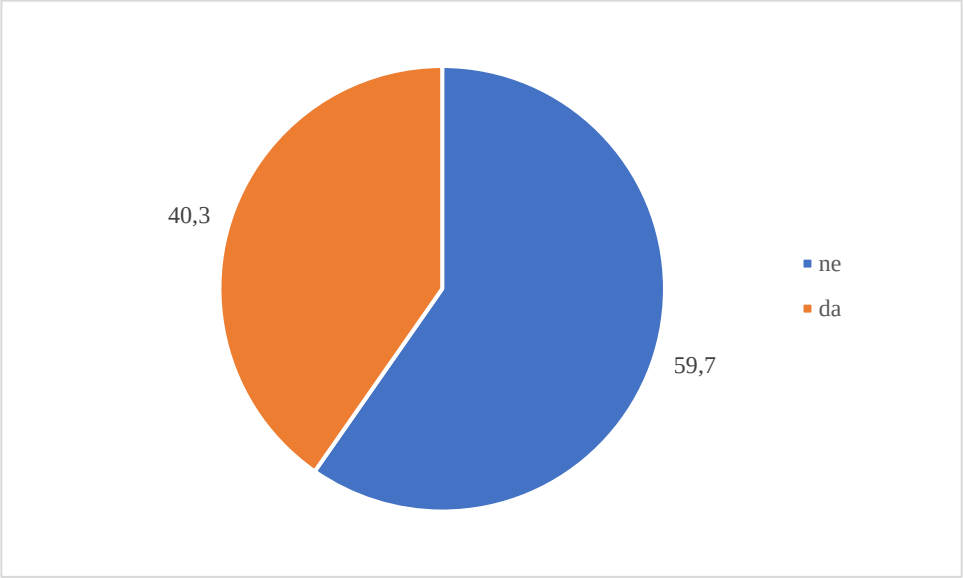
Graf 7. Stručna sprema sudionika istraživanja (%)

Uz dijagnosticiranu depresiju, 10% sudionika ima dijagnosticiran i psihotični poremećaj, 41,9% anksiozan poremećaj, 2,3% ovisnost o alkoholu, 0,6% ovisnost o kockanju, 1,9% ovisnost o psihoaktivnim tvarima, 1,3% ima dijagnosticiranu demenciju, te 58% ima dijagnosticiran poremećaj ličnosti (Graf 8). Samo depresiju ima dijagnosticirano 69 sudionika istraživanja (22,2%).



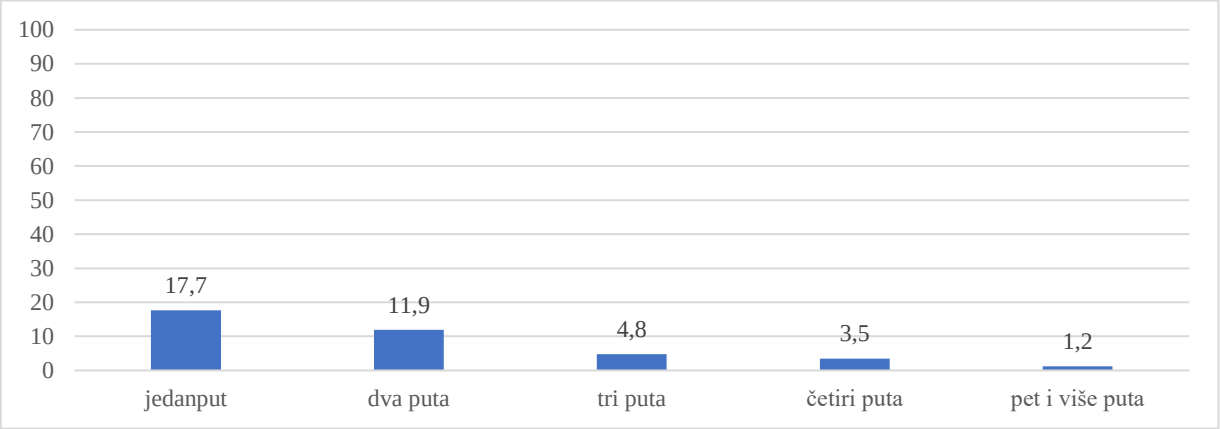
Graf 8. Komorbiditet depresije sudionika istraživanja (%)

U uzorku ovog istraživanja, 188 (59,7%) sudionika nije nikada pokušalo samoubojstvo, dok je122 (40,3%) sudionika pokušalo samoubojstvo (Graf 9).



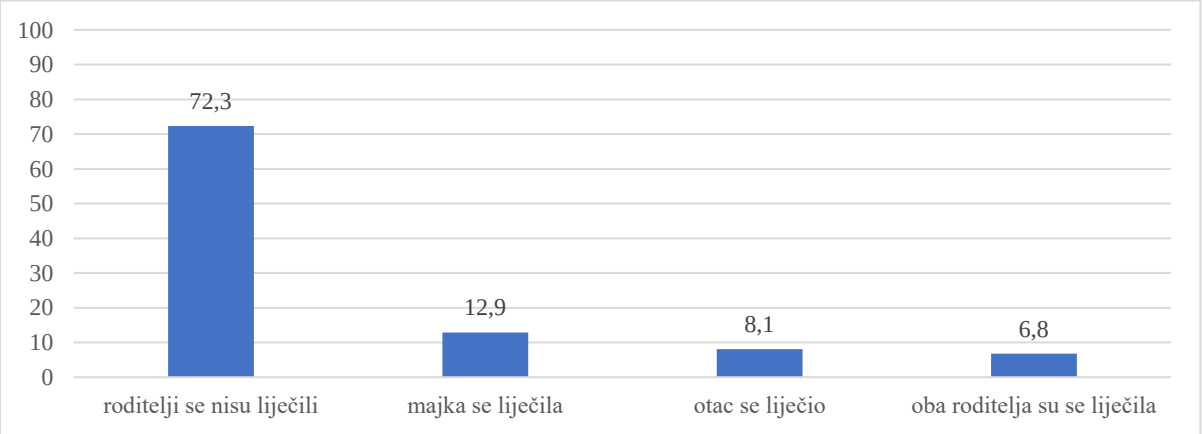
Graf 9. Pokušaj suicida sudionika istraživanja (%)

Graf 10 prikazuje kako među sudionicima koji su pokušali samoubojstvo ima onih koji su isti pokušali jedanput – 55 (17,7%), dvaput – 37 (11,9%), triput – 15 (4,8%), četiri puta - 11 (3,5%), pet puta – 2 (0,6), deset puta – 2 (0,6%) (Graf 10).



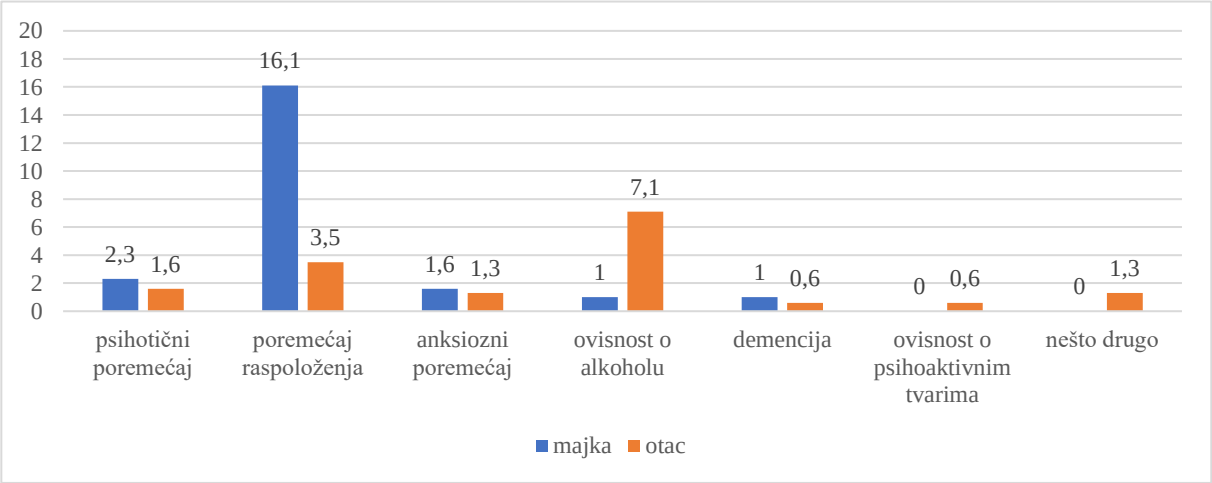
Graf 10. Broj pokušaja suicida sudionika istraživanja (%)

Gledajući psihijatrijsko liječenje roditelja sudionika nalazi se kako se nitko od roditelja nije psihijatrijski liječio u 224 sudionika (72,3%), majka sudionika istraživanja psihijatrijski se liječila u 40 (12,9%) slučajeva, otac sudionika istraživanja psihijatrijski se liječio u 25 (8,1%) slučajeva, dok su se oba roditelja sudionika istraživanja psihijatrijski liječila u 21 (6,8%) slučajeva (Graf 11).



Graf 11. Psihijatrijsko liječenje roditelja sudionika istraživanja (%)

Graf 12 prikazuje kako su se majke sudionika liječile od psihotičnog poremećaja (2,3%), poremećaja raspoloženja (16,1%), anksioznog poremećaja (1,6%), ovisnosti o alkoholu (1%), demencije (1%). Očevi sudionika istraživanja liječili su se od psihotičnog poremećaja (1,6%), poremećaja raspoloženja (3,5%), anksioznog poremećaja (1,3%), ovisnosti o alkoholu (7,1%), ovisnosti o psihoaktivnim tvarima (0,6%), demencije (0,6%), te neke druge psihičke bolesti (1,3%).



Graf 12. Psihička bolest majke i/ili oca sudionika istraživanja (%)

Zanimljivo je promotriti vrste terapijskih postupaka koje koriste sudionici ovog istraživanja. Od svih sudionika, 271 (87,4%) sudionika koristi medikamentoznu terapiju, te 36 (12,6%) ne koristi medikamentoznu terapiju. Velik broj sudionika – 245 (79%) sudjeluje u grupnoj psihoterapiji, dok njih 65 (21%) ne sudjeluju u grupnoj psihoterapiji. Individualnu psihoterapiju pohađa 139 sudionika (44,8%), dok 171 (55,2%) sudionik ne koristi individualnu psihoterapiju kao terapijski postupak. Nadalje, u radnoj terapiji sudjeluje 189 (61%), odnosno 121 (39%) sudionika ne sudjeluje u radnoterapijskim aktivnostima. Program welnessa (specijaliziran program za poučavanje zdravim stilovima života) koristi 25 (8,1%), dok 285 (91,9%) sudionika ne sudjeluje u ovom programu. Savjetovanje stručnih suradnika (psihologa, socijalnog pedagoga ili socijalnog radnika) kao terapijski postupak tijekom liječenja koristi 72 (23,2%), tj. ne koristi 239 (76,8%). Trening socijalnih vještina prolazi 106 (34,2%) sudionika, dok 204 (65,8%) sudionika istraživanja ne pohađa isti. U socioterapiji sudjeluje 161 (51,9%), odnosno 149 (48,1%) sudionika ne sudjeluje u socioterapijskom liječenju.

4.2. Postupak istraživanja

Prije samog istraživanja odabrani Zavodi Klinike za psihijatriju Vrapče bili su informirani pismenim i usmenim putem o ciljevima i postupcima istraživanja te je zatražena suglasnost pročelnica navedenih Zavoda, kao i Klinike uopće. U dopisu je zajamčeno kako će se rezultati koristiti isključivo u istraživačke svrhe.

Kako bi se provjerila prikladnost i razumljivost mjernih instrumenata te utvrdilo točno trajanje ispunjavanja, instrumente je ispunilo tri bolesnika koji su se aktualno liječili u Zavodu za afektivne poremećaje i Zavodu za psihoterapiju Klinike za psihijatriju Vrapče nakon čega se preformuliralo čestice čiji se sadržaj pokazao nejasnim. Sa svrhom provjere metrijskih karakteristika instrumenata i unutarnje konzistencije instrumenata, s osobama koje se liječe od depresije, a koje nisu sudionici glavnog istraživanja, provelo se predistraživanje. U predistraživanju je korištena Skala procjene individualnih čimbenika otpornosti, Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške, Upitnik za procjenu funkcionalnosti u depresiji i Upitnik nepovoljnih iskustava u djetinjstvu. Mjerenje se, kako u predistraživanju tako i u glavnom istraživanju, provelo grupno, metodom samoiskaza (olovka-i-papir). U predistraživanje je bilo uključeno 125 osoba oboljelih od depresije koje se liječe u Klinici za psihijatriju Vrapče. Prilikom izrade uzorka u obzir su uzeti podatci o prevalenciji osoba od depresije. Kako bi se spriječilo da predistraživanjem i glavnim istraživanjem budu obuhvaćeni isti sudionici, prilikom odabira sudionika za predistraživanje pazilo se da isti ne budu uključeni u glavno istraživanje.

U predistraživanje su uključene osobe koje se liječe od depresije u Zavodu za afektivne poremećaje i Zavodu za psihoterapiju Klinike za psihijatriju Vrapče; njih 39 u hospitalnom tretmanu, 63 sudionika u tretmanu dnevne bolnice, te 23 sudionika u ambulantnom tretmanu (Tablica 3).

Tablica 3. Kvote sudionika u predistraživanju

Hospitalni tretman	*Tretman dnevne bolnice*	*Ambulantni tretman*	*Ukupno*
39	63	23	125

Istraživanje je provedeno u jednoj točci; pri hospitalizaciji osobe oboljele od depresije u Zavodu za afektivne poremećaje i Zavodu za psihoterapiju, te u dnevnoj bolnici istih Zavoda Klinike za psihijatriju Vrapče odnosno pri ambulantnom pregledu (u već navedenim Zavodima) tijekom kojeg je osobi dijagnosticirana depresija. Podatci su prikupljeni u okviru prvih deset dana trajanja hospitalizacije, nakon informiranja i potpisivanja informiranog pristanka oboljelog od depresije, odnosno nakon ambulantnog pregleda u Zavodu za afektivne poremećaje i Zavodu za psihoterapiju Klinike za psihijatriju Vrapče.

U dogovoru s pročelnicama navedenih Zavoda organiziran je vremenski okvir provedbe mjerenja. Svi sudionici koji su željeli sudjelovati u istraživanju potpisali su informirani pristanak nakon usmenog i pismenog objašnjenja cilja istraživanja i poštivanja načela anonimnosti, povjerljivosti i dobrovoljnosti. Prije same primjene upitnika sudionike se informiralo kako je svrha istraživanja provjera funkcionalnosti, kao i otpornosti u depresiji. U istraživanju sudionici nigdje nisu upisivali svoje ime i prezime. Na taj način sudionicima se osigurala anonimnost i povjerljivost podataka, uz napomenu kako će se podatci koristiti isključivo u istraživačke svrhe te će biti prikazivani kao skupni, a ne pojedinačni rezultati.

Svaki sudionik istraživanja potpisao/la je suglasnost za sudjelovanje u istraživanju nakon ranijeg usmenog i pismenog objašnjenja provedbe istraživanja i predočenja obavijesti o istraživanju prilagođene općoj populaciji radi boljeg razumijevanja. Tako su potvrdili dobrovoljno prihvaćanje sudjelovanja u istraživanju. Istraživanje je odobrilo Etičko povjerenstvo Edukacijsko – rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu (Sjednica 1. 6. 2018. godine), kao i Etičko povjerenstvo Klinike za psihijatriju Vrapče (Sjednica, 25. 5. 2018. godine).
Svi su sudionici, nakon obrazloženja svrhe i ciljeva istraživanja i potpisanog informiranog pristanka za sudjelovanje u istraživanju, samostalno odgovorili na pitanja svih mjernih instrumenata, po jasno danim uputama. Upitnike su sudionici ispunjali samostalno u grupama do 15 osoba, nakon jasno danih uputa. Sa svim materijalima prikupljenim tijekom istraživanja postupalo se povjerljivo, a identitet sudionika ostao je zaštićen.

Nadalje, sudionicima je rečeno kako u bilo kojem trenutku i bez ikakvih posljedica (osobito na tijek njihova liječenja), mogu odustati od sudjelovanja u istraživanju. Nakon istraživanja, sudionici su imali prilike naknadno se obratiti istraživačici s eventualnim pitanjima vezanima uz sam postupak istraživanja, rezultate ili emocionalnu podršku i pomoć. Nakon provedbe

istraživanja, obrade podataka, analize rezultata i provjere hipoteza, sudionici istraživanja dobit će rezultate istraživanja. Kvote sudionika u glavnom istraživanju prikazane su u Tablici 4.

Tablica 4. Kvote sudionika u glavnom istraživanju

Hospitalni tretman	*Tretman dnevne bolnice*	*Ambulantni tretman*	*Ukupno*
149	74	87	310

Istraživanje je provedeno poštujući etička načela, hrvatske zakone i međunarodne konvencije. Sukladno Etičkom kodeksu Sveučilišta u Zagrebu (2009)[6], istraživanje je provedeno sa svrhom kreiranja novih znanja važnih za dobrobit pojedinaca, zajednice i znanosti. Jednako tako, poštovana su etička načela Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Svaki sudionik istraživanja na početku istraživanja potpisao/la je informirani pristanak (Prilog 4) koji je u skladu sa Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama.

Svi sudionici istraživanja bili su informirani o ciljevima i tijeku istraživanja. Sudjelovanje u istraživanju je dobrovoljno, te je svaki sudionik slobodno i bez ikakvih posljedica mogao odustati od sudjelovanja u istraživanju. Sudjelovanje u istraživanju za sudionike nije bilo ni na koji način stigmatizirajuće, niti ugrožavajuće. Rizici od sudjelovanja u istraživanju procjenjuju se niskim, odnosno procjenjuje se da razina stresa i/ili nelagode prilikom istraživanja nije bila viša nego u uobičajenim situacijama dijagnostičke obrade osoba oboljelih od depresije. Posebna pozornost se posvetila zaštiti privatnosti sudionika i zaštiti povjerljivosti podataka prikupljenih istraživanjem. Svi upitnici bili su šifrirani, te je identitet sudionika poznat samo istraživačici.

Poštovana su opća načela etičnosti istraživačkog postupka: važnost pune informiranosti o svrsi i postupcima provedbe istraživanja, autonomija ispitanika u odluci o sudjelovanju u istraživanju, povjerljivost podataka, zaštita dobrobiti sudionika, te spoznajna korist istraživanja (Rimac i Ogresta, 2012). Uz to se pažnja posvetila mogućim etičkim problemima specifičnima za provođenje kvantitativnog istraživanja s oboljelima od depresije.

Kako bi se ispoštovala navedena opća etička načela te uvažile specifičnosti provođenja istraživanja s oboljelima od depresije, napravljeno je sljedeće:

[6] Dostupno na: http://www.unizg.hr/o-sveucilistu/dokumenti-i-javnost-informacija/propisi/

(a) Istraživačica je prije nego li je krenula u istraživanje tražila suglasnost za provođenje istraživanja od strane Etičkog povjerenstva Klinike za psihijatriju Vrapče (Prilog 2) i Etičkog povjerenstva Edukacijsko – rehabilitacijskog fakulteta (Prilog 3)
(b) Osobama oboljelima od depresije koji sudjeluju u istraživanju zajamčena je povjerljivost podataka, odnosno jamči im se da niti jedan podatak (osim onaj koji bi se odnosio na ozbiljnu ugroženost istih) neće biti dostupan nikome osim istraživačici, a podatci će se koristiti isključivo u znanstvene svrhe.
(c) Dobrobit sudionika štiti se na način da će istraživanje provoditi jedino istraživačica.
(d) Sve eventualne etičke dileme i pitanja vezana uz istraživanja s oboljelima od depresije koja je nemoguće predvidjeti u potpunosti unaprijed, istraživačica je obradila s mentoricama.
(e) Svi dobiveni podatci čuvaju se najdulje 48 mjeseci računajući od dana ispunjavanja instrumenata. Podatci su čuvani na sigurnome mjestu u skladu sa Smjernicama o zaštiti podataka (Uredba (EZ) br. 45/2001 Europskoga parlamenta i Vijeća od 18. prosinca 2000.god. o Zaštiti osoba pri obradi osobnih podataka u ustanovama i tijelima Zajednice te o slobodnome protoku takvih podataka i Zakonu o zaštiti osobnih podataka, 103/03, 118/06, 41/08, 130/11, 106/12). Nakon 48 mjeseci od naznačenog datuma, podatci će biti uništeni.

Sudionici istraživanja su mogli odustati bez dodatnog objašnjenja od istraživanja do trenutka unosa podataka a o točnom datumu su bili obavješteni prilikom ispunjavanja instrumentarija, a u slučaju potrebe za kliničkim liječenjem i/ili potrebe za podrškom i/ili savjetovanjem, mogli su se obratiti provoditeljici istraživanja. Bolesnici su dobili uputu kako neće dobiti financijsku niti drugu naknadu za sudjelovanje, te da u bilo u kojem trenutku provođenja istraživanja (do unosa podataka) mogu odustati od daljnjeg sudjelovanja bez posljedica na postupak liječenja. Na taj način vodilo se računa o pitanju dvojake uloge – terapijske i istraživačke uloge istraživačice, poštovao se profesionalan odnos kako na razini istraživačkog, tak i na razini savjetovateljskog/terapijskog odnosa istraživačice s oboljelim od depresije.

Svim bolesnicima za koje se procijenilo da mogu sudjelovati u istraživanju detaljno je objašnjena priroda istraživanja te njihova uloga. Odgovorilo im se na pitanja, nakon čega su sudionici potpisali informirani pristanak u dva primjerka. Jedan primjerak ostao je kod ispitanika, drugi primjerak je pohranjen kod istraživačice.

4.3. Mjerni instrumenti

S obzirom na cilj, za provedbu istraživanja korištena je složena baterija instrumenata. Radi bolje preglednosti, u Tablici 5 shematski je prikazana struktura instrumentarija, kao i informacija o tome tko ispunjavanja pojedini dio, te koji je konstrukt mjerenja.

Tablica 5. Mjerni instrumenti

Upitnik	**Konstrukt**	**Izvor podataka**
Upitnik o općim i sociodemografskim podatcima	**Opći podatci o sudionicima istraživanja** (npr. spol, dob, bračni status, obiteljski život, obrazovanje, radni staž, radna sposobnost, zaposlenje, pokušaj suicida, tip odrastanja u odnosu na obiteljsko okruženje, primanja, somatska bolest, neurološka bolest, komorbiditet psihičke bolesti, psihička bolest roditelja, oblik i učestalost tretmana, sudjelovanje u terapijskim postupcima)	Uvid u dokumentaciju
Skala nepovoljnih događaja u djetinjstvu ***(ACE, Feliti i Anda, 1995)***	**Traumatska iskustva u djetinjstvu:** emocionalno zlostavljanje, fizičko zlostavljanje, seksualno zlostavljanje, nasilje nad majkom, ovisnosti u obitelji, rastava roditelja, kazneno sankcioniranje roditelja,	Osoba oboljela od depresije
Beckov inventar depresije ***(BDI-II, Beck, Steer, Brown, 1996)***	**Depresija:** Poremećaj raspoloženja, gubitak nade, osjećaj odbačenosti, nesposobnost za uživanje, osjećaj krivice, potreba za kaznom, mržnja prema sebi, samoosuđivanje, sklonost samoubojstvu, plačljivost, razdražljivost, poremećaj u odnosu s drugim ljudima, neodlučnost, negativna slika o sebi, nesposobnost za rad, poremećaj sna, umor, nedostatak apetita, mršavljenje, hipohondrija i gubitak libida	Osoba oboljela od depresije
Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške ***(MSPSS, Zimet, Dahlem, Zimet i Farley, 1988)***	**Socijalna podrška:** obitelj, prijatelji, značajni drugi	Osoba oboljela od depresije
Skala otpornosti ***(CD-RISC, Connor, Davidson, 2003)***	O**tpornost:** osobna kompetencija, prihvaćanje promjena, sigurni međuljudski odnosi, povjerenje, tolerancija, osnažujući efekti stresa, kontrola, utjecaj duhovnosti	Osoba oboljela od depresije
Upitnik strategija suočavanja s problemima, hrvatska verzija ***(COPE, Carver, Weintraub i Scheirer, 1989; Hudek-Knežević, Kardum, 1993)***	**Stilovi suočavanja s problemima:** pozitivna interpretacija i rast ličnosti, aktivno suočavanje, planiranje, prihvaćanje, obuzdavanje suočavanja, potiskivanje kompeticijskih aktivnosti, negiranje, ponašajno izbjegavanje, mentalno izbjegavanje, traženje socijalne podrške zbog emocionalnih razloga, traženje socijalne podrške zbog instrumentalnih razloga, ventiliranje emocija, humor, alkohol, religija, fizička izolacija, potiskivanje emocija	Osoba oboljela od depresije
Upitnik za procjenu funkcioalnosti u depresiji ***(FAD, Darrow i Follette, 2011)***	**Socijalno funkcioniranje:** nedostatak socijalnih vještina, trenutne poteškoće i probleme u odnosima, izbjegavajuće ponašanje, samokontrolu, vrijednosti, promjenu okoline i deficite diskriminacije, i ometajuća ponašanja.	Osoba oboljela od depresije

Primjer cijelog instrumentarija nalazi se u Prilogu 6 ove disertacije.

U istraživanju su primijenjeni sljedeći **mjerni instrumenti**:

1. ***Anketni upitnik o sociodemografskim podatcima oboljelih od depresije*** *(dob, spol, stupanj obrazovanja, bračni status, radni staž, radna sposobnost, zaposlenje, socioekonosmki status, psihička bolest roditelja, raniji pokušaj suicida, obiteljski uvjeti odrastanja, somatska bolest, neurološka bolest, komorbidna psihička bolest, oblik i učestalost tretmana, vrsta terapijskih postupaka)*

2. ***Beckov inventar depresije*** (samoprocjena osobe oboljele od depresije, Beck, 1976., *Beck's depression inventory - II* - BDI-II – 21 čestica)

3. ***Skala procjene individualnih čimbenika otpornosti*** (samoprocjena osobe oboljele od depresije, *Connor-Davidson Resilience Scale - CD – RISC-25* - 25 čestica)

4. ***Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške***[7] (samoprocjena osobe oboljele od depresije, Zimet, Dahlem, Zimet i Farley, 1988., *Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPPS* – 12 čestica)

5. ***Upitnik za procjenu funkcionalnosti u depresiji*** (samoprocjena osobe oboljele od depresije, Darrow i Follette, 2011., *Functional Assessment of Depression – FAD* – 48 čestica)

6. ***Upitnik nepovoljnih iskustava u djetinjstvu***[8] (samoprocjena osobe oboljele od depresije, Felitti i Anda, 1998., *Adverse childhood experience questionnaire - ACE* – 10 čestica)

7. ***Upitnik suočavanja sa stresom, hrvatska verzija*** *(samoprocjena osobe oboljele od depresije, Coping Orientation to Problems Experienced – COPE; Carver, Weintraub i Scheirer, 1989; Hudek-Knežević i Kardum, 1993* – 71 čestica)

Mjerni instrumenti koji su na engleskom jeziku podvrgnuti su dvostrukom prijevodu na način da je istraživačica instrumente prevela na hrvatski jezik i potom taj prijevod dala službenom prevoditelju kako bi ih preveo na engleski jezik. Nakon toga su uspoređene dvije verzije teksta na engleskom jeziku. Ukoliko je neka od čestica izgubila smisao, hrvatski prijevod je dorađen. U nastavku teksta nalazi se opis instrumenata.

---

[7] Dostupno na: https://www.tnaap.org/documents/mspss-multidimensional-scale-of-perceived-social.pdf
[8] Dostupno na: http://www.theannainstitute.org/Finding%20Your%20ACE%20Score.pdf

Skala procjene individualnih čimbenika otpornosti (CD-RISC-25)

Connor – Davidson skalu otpornosti (2003) čini 17 domena, sadržanih u 25 čestica. Riječ je o samoocjenskoj skali, čiji se ukupni rezultati zbrajaju, na način da svaka čestica može postići rezultat između 0 - 4. Stoga se za CD-RISC-25 ukupni bodovi kreću između 0 i 100, gdje viši rezultati označavaju veću otpornost. Skala je do sada prevedena na više različitih jezika, a proučavana je na različitim populacijama, uključujući i velike uzorke u zajednici koji su preživjeli različite traume, njegovateljima Alzheimerovih bolesnika, adolescentima, osobama oboljelima od PTSP, pripadnicima različitih etničkih skupina i kultura, te odabranim profesionalnim ili športskim skupinama (npr. studenti, medicinske sestre, socijalni radnici, liječnici, vojno medicinsko osoblje, studenti medicine, misionari). Skala CD-RISC je uvrštena u funkcionalne neuroimagining studije, studije koje koriste genotipizaciju i studije koja procjenjuje ishod liječenja.

Iako rezultati srednjih vrijednosti variraju s postavkama, psihometrijska svojstva CD-RISC-a se održavaju u gotovo svim studijama. Connor-Davidson Skala otpornosti (CD-RISC-25) proučavana je i potvrđena u nekoliko različitih skupina (južnoafrički i kineski adolescenti, korejski studenti, vatrogasci, medicinske sestre i indijski studenti). Istraživanja provedena među kineskim adolescentima i korejskim studentima pokazala su da je originalni petfaktorski model CD-RISC-a bio reproducibilan, studije u Indiji, Južnoj Africi, Australiji i Sjedinjenim Državama nisu potvrdile da se model može reproducirati.

Sudionik istraživanja odgovora na svaku tvrdnju s osvrtom na prethodni mjesec života, ukoliko se određena situacija nije dogodila, tada bi odgovor trebao biti usmjeren kako osoba misli da bi reagirala u takvoj situaciji. Bodovanje skale temelji se na ukupnom zbroju čestica, od kojih svaka može postići rezultat od 0 – 4 boda, odnosno ukupno je moguće ostvariti od 0 do 100 bodova. Pri interpretaciji rezultata bitno je voditi računa o lokaciji na kojoj su dobiveni podatci, kao i prirodi uzorka.

Za CD-RISC-25 u američkoj općoj populaciji (n = 577), srednja vrijednost je 82, a Ql, Q2, Q3 i Q4 su 0-73, 74-82, 83-90, 91-100 (Connor i Davidson, 2003). U oboljelih od depresije, rezultati se kreću od 39 do 63. Oni koji slabije reagiraju na liječenje imaju niže rezultate nego što postižu oni koji na liječenje reagiraju bolje (Camardese i sur., 2007). Mala studija od 9 ambulantnih pacijenata s depresijom i/ ili anksioznosti prije grupne terapije pokazuje vrlo niske

CD-RISC bodove od 39,0 (Dodding i sur., 2008). Pregled istraživanja u kojima se koristio ovaj instrument, te u kojima su sudionici bili oboljeli od depresije prikazan je u Tablici 6.

Prije provedbe istraživanja dobivena je pisana suglasnost o korištenju upitnika od strane autora.

Neki primjeri čestica ovog upitnika su: *„Sposoban sam prilagoditi se na promjene.“, „Imam barem jedan blizak i siguran odnos koji mi je izvor pomoći kad sam pod stresom.“, „Kada nema jasnih rješenja za moje probleme, ponekad sudbina ili Bog mogu pomoći.“, „Mogu se dobro nositi s bilo kakvim izazovima.“, „Prošli uspjesi daju mi samopouzdanja za nošenje s novim izazovima i problemima.“* U istraživanju se koristi hrvatska verzija upitnika (Jakšić i Jakovljević, 2014).

Tablica 6. Uporaba Upitnika CD-RISC 25 u oboljelih od depresije

Autori	Komentari
Davidson i sur. (2005)	Veliki depresivni poremećaj – ambulantni pacijenti
Vahia i sur. (2010)	Žene oboljele od depresije u post menopauzi
Nrugham i sur. (2010)	Depresivni adolescenti s poviješću pokušajem suicida Oboljeli od depresije bez povijesti pokušaja suicida
Dodding i sur. (2008)	Veliki depresivni poremećaj
Um i sur. (2014)	Depresivni ambulantni pacijenti
Lavretsky i sur. (2010)	Odrasli oboljeli od depresije u edukaciji o zdravlju i tretmanu tai chi
Camardese i sur. (2007)	Veliki depresivni poremećaj rezistentan na terapiju
Seok i sur. (2012)	Veliki depresivni poremećaj, zdrava kontrolna skupina
Min i sur. (2013)	Ambulantni pacijenti s depresijom i / ili anksioznim poremećajem
Roy i sur. (2007)	Ovisnici s pokušajima suicida, neki s depresijom u povijesti bolesti
Min i sur. (2012)	Veliki depresivni poremećaj, distimija ili nespecifična depresija

Na ovom uzorku utvrđeno je da Connor–Davidsonova skala otpornosti (2003) ima jasnu jednofaktorsku strukturu, na što nedvojbeno upućuje Scree test (veličina karakterističnog korijena prve glavne komponente iznosila je 10,9, dok je prva iduća ekstrahirana komponenta imala karakteristični korijen tek 1,5; Slika 1 u Prilogu1). Svih 25 čestica ima jasne projekcije na prvoj glavnoj komponenti (saturacije se kreću u rasponu od 0,79 do 0,23, Tablica 21 u Prilogu 1), te skala ima visoku pouzdanost ($\alpha = 0,94$).

Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške (Zimet, Dahlem, Zimet i Farley, 1988., *Multidimensional Scale of Perceived Social Support - MSPSS,*)

Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške (MSPSS) je kratki istraživači alat dizajniran za mjerenje percepcije podrške od strane 3 izvora (obitelj (npr. *„Moja obitelj mi pruža emocionalnu podršku i pomoć"*), prijatelji (npr. *„Moji prijatelji se doista trude pomoći mi"*) i značajni drugi (npr. *„Postoji osoba s kojom mogu podijeliti sreću i tugu."*)). Skala se sastoji od 12 čestica koje obuhvaćaju kratke tvrdnje, sa po 4 tvrdnje za svaku subskalu. Zadatak je sudionika da za svaku tvrdnju označi koliko se pojedini iskaz odnosi na baš njega/nju. Sudionik označava uz svaku tvrdnju broj koji odgovara njegovom/njezinom samoopisu na skali od 7 stupnjeva („U potpunosti se ne slažem"; „Ne slažem se"; „Djelomično se ne slažem"; „Niti se slažem niti se ne slažem"; „Djelomično se slažem"; „Slažem se"; „U potpunosti se slažem").

MPSS ima dobru unutarnju pouzdanost, kao i pouzdanost mjerenu test-retestom, te dobru valjanost i relativno stabilnu faktorsku strukturu. Bodovanje ove skale rangira se od 1 - 2.9 (niska razina podrške), od 3 -5 (umjerena razina podrške), te od 5.1 – 7 (visoka razina podrške). Za svaku od subskala izvora podrške postoji 4 tvrdnje. Bodovanje se vrši na sljedeći način:

- subskala „Značajni drugi": zbrojiti odgovore na pitanja 1, 2, 5, 10, te podijeliti s 4.
- subskala „Obitelj": zbrojiti odgovore na pitanja 3, 4, 8, 11, te podijeliti s 4.
- subskala „Prijatelji": zbrojiti odgovore na pitanja 6, 7, 9, 12, te podijeliti s 4.
- ukupni rezultat skale: zbrojiti svih 12 tvrdnji, te podijeliti s 12.

Istraživači su na različite načine istraživali različite skupine izvora podrške, te su tako Procidano i Heller (1983) gledali prijatelje i obitelj odvojeno, i nisu uključivali značajne druge kao kategoriju. Holahan i Moos (1983) smatraju da su obiteljski i radni odnosi vidljivi različiti izvori podrške, no dobivanje mjera iz tih dvaju područja zahtijevalo je provođenje dva duža upitnika, Skalu obiteljskog okruženja (Moos i Moos, 1994) i Skalu radnog okruženje (Moos, 1979). Zimet, Dahlem, Zimet i Farley (1988) nalaze da MSPSS pokazuje uz dobru pouzdanost, faktorsku valjanost i adekvatnu konstruktnu valjanost. Brandt i Weinert (1981), Schaefer i suradnici (1981), Wilcox (1981) nisu utvrdili faktorsku valjanost podskale koje su identificirali. Zimet i suradnici (1988) utvrđuju internu pouzdanost (Cronbachov koeficijent alfa) i pouzdanost test retesta MSPSS-a. Falckova analiza koristi se za utvrđivanje valjanosti različitih izvora podrške koje se razlikuju jedna od druge. Konstruktna valjanost skale bavi se istraživanjem odnosa između percipirane socijalne podrške i prisutnosti simptoma depresije i anksioznosti. Pretpostavlja se da će visoka razina percipirane socijalne podrške biti povezana s

niskom razinom depresije i simptomima anksioznosti. Upitnik je moguće pronaći on-line i dostupan je za slobodnu uporabu.

Na ovom uzorku potvrđena je očekivana trofaktorska struktura Multidimenzionalne skale percipirane socijalne podrške. Faktorskom analizom, na temelju Scree testa i Kaiser-Guttmanovog kriterija, izdvajaju se tri jasna faktora čiji karakteristični korijeni iznose 6,6 za F1, 2,2 za F2 te 1,0 za F3 (Slika 2 u Prilogu 1). Sadržaj ekstrahiranih faktora u potpunosti odgovara očekivanim dimenzijama percipirane socijalne podrške od obitelji (F1), prijatelja (F2) i značajnih drugih (F3). Saturacije svih čestica na pripadnim dimenzijama su visoke, no zbog povezanosti među faktorima (modalne vrijednosti korelacija među faktorima su u rasponu od 0,35 do 0,64) postoje i značajne krossaturacije. Saturacije čestica na dimenziji podrške obitelj kreću se u rasponu od 0,89 do 0,95, saturacije čestica na dimenziji podrške prijatelja kreću se u rasponu 0,90 do 0,94, a saturacije čestica na dimenziji podrške značajnih drugih su u rasponu 0,70 do 0,90 (modalne vrijednosti) (Tablica 22 u Prilogu 1). Povezanost među faktorima opravdava formiranje ukupnog rezultata percipirane socijalne podrške. Pouzdanost triju dimenzija te ukupne socijalne podrške je odlična ($\alpha_{obitelj} = 0{,}94$; $\alpha_{prijatelji} = 0{,}93$; $\alpha_{drugi} = 0{,}88$; $\alpha_{ukupno} = 0{,}92$).

Beckov inventar depresije (Beck, 1996., *Beck's depression inventory – BDI – II*)

Beckov inventar depresije - II (BDI-II) je drugo izdanje u svijetu najčešće korištenog instrumenta za utvrđivanje depresije, a sadržaj njegovih čestica usklađen je s kriterijima za dijagnozu depresije iz DSM-IV priručnika. Primjena BDI-II omogućuje procjenu ozbiljnosti ili težine depresije kod psihijatrijski dijagnosticiranih odraslih osoba i adolescenata starijih od 13 godina. Razvijen je kao indikator postojanja i jačine depresivnih simptoma, koji su u skladu s DSM-IV kriterijima, a ne kao instrument za specifikaciju kliničke dijagnoze. Inventar se sastoji od 21 čestice, na svako pitanje je moguće odgovoriti s četiri odgovora koja se ocjenjuju vrijednostima od 0 do 3 tj. poredanih po težini određenog simptoma depresije. Ispituje se poremećaj raspoloženja, gubitak nade, osjećaj odbačenosti, nesposobnost za uživanje, osjećaj krivice, potreba za kaznom, mržnja prema sebi, samoosuđivanje, sklonost samoubojstvu, plačljivost, razdražljivost, poremećaj u odnosu s drugim ljudima, neodlučnost, negativna slika o sebi, nesposobnost za rad, poremećaj sna, umor, nedostatak apetita, mršavljenje, hipohondrija i gubitak libida. Minimalni rezultat je 0, a maksimalni 63. Prosječni rezultati pokazuju da ispitanici koji su postigli do 11 bodova nemaju depresiju, a ispitanici koji su postigli rezultat od

12 do 28 bodova imaju blagu, odnosno umjerenu depresiju. Teška depresivna epizoda dijagnosticira se kada je postignut rezultat veći od 28. BDI je uspješno korišten u velikom broju kliničkih ispitivanja stupnja depresije u općoj populaciji te u ispitivanjima depresije u kroničnih tjelesnih bolesnika.

Bodovanje i interpretacija: 0 - 13 bodova: nema depresije/minimalno depresivni; 14 – 19 bodova: blago depresivni; 20 – 28: umjereno depresivni; 29 – 63 teže depresivni.

Prije provedbe istraživanja dobivena su prava za korištenje upitnika.

Beck, Steer i Garbin (1988) su meta-analizom utvrdili kako je koeficijent unutarnje konzistencije Cronbach alpha BDI skale .86 za osobe sa psihijatrijskom dijagnozom, a .81 za nepsihijatrijski uzorak što se smatra zadovoljavajućom pouzdanosti. Cusin, Yang, Yeung i Fava (2009) su utvrdili kako Cronbach alpha koeficijent unutarnje konzistencije BDI skale iznosi α = .92. Zbog učinaka pamćenja često dolazi do spurioznog povećanja test-retest pouzdanosti te se računanje iste komplicira i često izbjegava. Kjærgaard i suradnici (2014) također su dobili slične rezultate, utvrdili su kako BDI ima visok koeficijent unutarnje konzistencije Cronbach alpha (α= .89) što sugerira zadovoljavajuću pouzdanost. Procjena konvergentne valjanosti BDI-II skale pokazala se izrazito varijabilnom, Beck i suradnici (1986) pokazali su kako su korelacije skale s 14 kliničkim mjerama r = .72, a s skalom HAM-D r = .57. Uspoređivane su dijagnoze (Kjærgaard i sur., 2014) generirane s BDI i one generirane SCID-om, te je dobiven Cohenov kappa .40 što se smatra niskom vrijednosti te se objasnilo time da je od 20 ispitanika s dijagnosticiranim velikim depresivnim poremećajem, troje imalo vrlo nizak rezultat na BDI što je moglo biti posljedica njihovih atipičnih simptoma (koje BDI ne obuhvaća) ili prekratkog vremenskog razdoblja za procjenu (dva tjedna).

U skladu s očekivanjima, na ovom je uzorku potvrđena jednofaktorska struktura Beckovog inventara depresije - II (BDI-II). Scree test jasno ukazuje na jednodimenzionalnost BDI-II (Slika 3 u Prilogu 1). Karakteristični korijen prve glavne komponente iznosio je 9,38, dok je za iduću komponentu on bio tek 1, 35. Sve čestice imaju jasne projekcije na prvoj glavnoj komponenti (saturacije u rasponu od 0,44 do 0,78; Tablica 23 u Prilogu 1). Pouzdanost Beckovog inventara depresije je odlična te na ovom uzorku iznosi α = 0,94. S obzirom da su sudionici istraživanja bile osobe s dijagnosticiranom depresijom, raspodjela sudionika u stupnjeve depresije bila je kako slijedi: 134 sudionika imalo je tešku razinu depresije (28-63 boda), 60 sudionika umjerenu razinu depresije (20-27 bodova), 53 sudionika blagu depresiju

(12-19 bodova) te 62 sudionika bilo je bez depresivnih simptoma ili je imalo minimalnu depresiju (0-11 bodova).

Upitnik za procjenu funkcionalnosti u depresiji (Darrow i Follette, 2011., *Functional Assessment of Depression - FAD*)

Cilj upitnika za procjenu funkcionalnosti u depresiji je individualizacija liječenja oboljelih od depresije, te evaluacija je li individualizirano liječenje poboljšalo našu sposobnost ublažavanja depresije kod svih pojedinaca. Čestice ovog upitnika temeljene su prvenstveno u bihevioralnim konceptualizacijama čimbenika relevantnih za etiologiju ili održavanje depresivnog ponašanja. Upitnik mjeri konstrukte koji se odnose na depresiju i psihičku bol, te nije još jedan upitnik koji mjeri depresivne simptome (što sugeriraju umjerene korelacije nađene između FAD-a i CES-D, BSI GSI i QOL). Upitnik se sastoji od 48 čestica na koje je moguće odgovoriti s „točno za mene“, „netočno za mene“, „ne znam“. Čestice daju sedam faktora čije su Cronbach's alfe: faktor 1 (11 čestica) .825, faktor 2 (5 čestica) .878, faktor 3 (8 čestica) .720, faktor 4 (6 čestica) .684, faktor 5 (5 čestica) .616, faktor 6 (9 čestica) .625, faktor 7 (4 čestice) .637. Bodovanje odgovora „točno“ boduje se s 1 bodom, dok odgovori „netočno za mene“ i „ne znam“ ostvaruju 0 bodova, odnosno u česticama koje su obrnutog smjera odgovor „netočno za mene“ ostvaruje 1 bod, dok „točno za mene“ i „ne znam“ ne ostvaruju bodove. Kako bi se formirao bruto rezultat, čestice FAD upitnika su rekodirane, te tako sve ukazuju na nižu razinu socijalnog funkcioniranja. U faktorskoj strukturi sve idu pozitivno na prvu glavnu komponentu.
Faktor 1 – **Deficit socijalnih vještina** (čestice 11, 16, 29, 33, 34, 36, 38, 40, 46, npr. *„Imate osjećaj da ljudi oko Vas razumiju što želite“*). Čestice ovog faktora upućuju na velike poteškoće u socijalnim vještinama. Oni s visokim bodovima na ovom faktoru vjerojatno će imati poteškoća u socijalnim ili intimnim odnosima. Problemi koji se potvrđuju u ovoj skupini također mogu značiti da je pojedinac u neodgovarajućem okruženju. To je okruženje u kojem repertoar nečijeg ponašanja nije prikladan za dobivanje podrške od onih oko sebe, ali može biti prikladan za neko drugo okruženje. Faktor 2 - **Trenutne poteškoće i problemi u odnosima** (čestice 14, 20, 26, 32, 33, npr. *„Vi i Vaš partner često se svađate.“)* – odnosi se na poteškoće koje opisuju osjeća li pojedinac da ga/ju podržava partner i zadovoljavali li u okviru tog odnosa svoje potrebe. Nadalje, ovaj faktor također uključuje čestice koje se bave trenutnim zlostavljanjem u obitelji. Faktor 3 - **Izbjegavajuće ponašanje** (čestice 3, 19, 28, 36, 39, 42, 44, 47, npr. *„Izbjegavate situacije u kojima niste sigurni u ishod.“*) - Većina čestica ukazuju na

to da je repertoar izbjegavanja na snazi (tj. ponašanje je motivirano izbjegavanjem neugodnih podražaja). Ponašanja koja pridonose depresiji za pojedince koji podržavaju ove stavke su ponašanja poput odbijanja da se uključe u aktivnosti ako ishod nije poznat, te izbjegavanje moguće neugodne socijalne situacije. Kao rezultat ovih izbjegavajućih ponašanja, pojedinci ograničavaju količinu podrške koju mogu dobiti za sebe. Faktor 4 - **Samokontrola** (čestice 2, 5, 15, 21, 23, 31, npr. *„Često ponavljate iste greške u odnosima.“*). Deficit u samokontroli može se shvatiti kao nedjelotvoran način ponašanja ili kontinuirano ponavljanje istih obrazaca ponašanja, bez obzira na promjene u nepredviđenim okolnostima. Čestice ovog faktora ukazuju na to da pojedinci nemaju sposobnost zaustavljanja uključivanja u ponašanja koja dovode do negativnih posljedica. Na primjer, pojedinci bi mogli biti svjesni negativnog utjecaja koje imaju na druge u socijalnim relacijama, ali kazuju kako ne mogu promijeniti svoje ponašanje ne bi li imalo drugačiju posljedicu. Faktor 5 - **Vrijednosti** (čestice 16, 34, 38, 40, 46, npr. *„Posao ili školu smatrate zanimljivim ili izazovnim.“*) - odnose se na sposobnost pojedinaca da prate dugoročne obrasce kojima dobivaju potkrepljenje. Diskriminacija tijekom vremena dovodi do pozitivnog potkrepljenja, a to se može nazvati poznavanjem osobne vrijednosti. Ova teza započinje Skinnerom (1953), koji je objasnio da je ono dovodi do osnaživanja ono što pojedinci nazivaju "dobrim". To je definicija potkrepljenja (nešto što povećava vjerojatnost ponašanja na isti način u budućnosti). Nadalje, "vrijednosti" su široko područje ponašanja koja neprestano vode do pozitivnog potkrepljenja. Dakle, sposobnost da se izgovori ono što je vrednovano je ekvivalentno poznavanju ponašanja koje dovode do pozitivnog potkrepljenja za pojedinca. Faktor 6 - **Promjena okoline i deficiti diskriminacije** (čestice 1, 6, 7, 9, 17, 22, 25, 35, 37, npr. *„Nedavno ste promijenili posao, započeli ili prekinuli školovanje.“*). Čestice ovog faktora odnose se na ne ostvarivanje društvene podrške. To bi značilo ne biti u mogućnosti percipirati mogućnosti produkcije ponašanje vezanih za ostvarivanje podrške. Neke od čestica podrazumijevaju da bi veliki pomak odnosno promjena za pojedinca značila uključivanje u mogućnosti dobivanja podrške. Aktiviranje ponašanja može biti učinkovita intervencija za osobe s povišenim rezultatima na ovom faktoru (Lejuez i sur., 2001). Faktor 7 - **Ometajuća ponašanja** (čestice 8, 12, 18, 27, npr. *„Spriječeni ste sudjelovati u aktivnostima koje ste voljeli zbog zdravstvenih problema.“*) čestice koje opisuju ovaj faktor ukazuju na čimbenike koji ometaju dobivanje podrške, percepcijom sebe kao onesposobljenog radi tjelesnih ili psihičkih tegoba. Do određene mjere, ovaj faktor mogao bi biti obilježen "lošim izgovorima". Ovo podrazumijeva potrebe za širenjem vještina osobe da identificira potencijal za osnaživanje i ukloni ometajuća ponašanja što je više moguće.

Prije provedbe istraživanja dobivena je pisana suglasnost o korištenju upitnika od strane autorice.

Faktorskom analizom ispitana je struktura Upitnika za procjenu funkcionalnosti u depresiji. Iako Scree test pokazuje na postojanje izražene prve komponente (Slika 4 u Prilogu 1) karakterističnog korijena 7,75, on istovremeno upućuje i na postojanje još dvije komponente koje također objašnjavaju varijabilitet čestica upitnika (njihovi karakteristični korijeni iznose 2,75 i 2,30). S obzirom da se u literaturi zagovara jednofaktorsko rješenje (Darrow i Follette, 2011) te na činjenicu da se radi o instrumentu od 48 čestica koje teško mogu biti opisane samo jednim faktorom, odlučena je jednofaktorska solucija. Tablica saturacija svih čestica na prvoj glavnoj komponenti ukazuje da gotovo sve čestice konvergiraju toj jednoj dimenziji, uz postojanje nekoliko čestica koje imaju vrlo niske ili čak nulte saturacije (Tablica 24 u Prilogu 1). Opravdanost jednofaktorske strukture potvrđuje i visoka pouzdanost ovog instrumenta (α = 0,88).

Upitnik nepovoljnih događaja u djetinjstvu (Felitti i Anda, 1998, *Adverse Childhood Experience questionnaire – ACE*)

Upitnik nepovoljnih događaja u djetinjstvu (ACE) je 10 - čestični samoiskazni instrument razvijen za potrebe studije nepovoljnih događaja u djetinjstvu ne bi li se identificirala iskustva zlostavljanja i zanemarivanja u djetinjstvu. Studija pokazuje da trauma i stres u dječjoj i ranoj životnoj dobi, osim mogućeg narušavanja socijalnog, emocionalnog i kognitivnog razvoja, ukazuju na veći rizik od razvoja zdravstvenih problema u odrasloj dobi.

Studija nepovoljnih iskustava u djetinjstvu (ACE) je nastala 1985. godine u Klinici pretilosti dr. Vincent Felitti u Kaliforniji. Felitti je bio frustriran time što određeni broj ljudi prekine njegov program, iako su uspješno izgubili na težini. Nakon razmatranja povijesti ljudi koji su napustili program, otkriva kako mnogi pacijenti njegove klinike imaju nepovoljna dječja iskustva, poput fizičkog ili seksualnog zlostavljanja. Počeo se pitati je li možda pretilost, za neke ljude, nesvjesna obrana koja se zadržala kao rezultat nepovoljnih dječjih iskustava. Istraživači su otkrili da je doista nemali broj onih koji su iskusili zlostavljanje u djetinjstvu pokušavajući se samostalno ili nesvjesno zaštititi od daljnjih slučajeva zlostavljanja, napuštaju program zbog osjećaja anksioznosti koja je uslijedila nakon gubitka težine.

Centri za kontrolu i prevenciju bolesti, (CDC, 2016)[9] koji su istraživali psihosocijalno podrijetlo raznih zdravstvenih problema poput zlouporabe alkohola, pretilosti i ovisnosti pušenja, u suradnji s Kaiserom Permanentom razvijaju jednu od najvećih epidemioloških studija U Sjedinjenim Američkim Državama. ACE studija imala je za cilj utvrditi iskustva trauma djetinjstva od više od 17.000 sudionika odraslih, koji su podvrgnuti fizičkom pregledu i završili ACE upitnik, kako bi se utvrdilo postoji li doista veza između nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i zdravstvenih problema, kako fizičkih tako i psihičkih, kasnije u životu. Istraživanje je pokazalo da je gotovo 40% ispitanika bilo izloženo dvjema ili više različitih kategorija, a 12,5% prijavilo je izloženost barem četiri kategorije traumatskih iskustava u djetinjstvu. Drugim riječima, istraživanje je pokazalo da su nepovoljna iskustva u djetinjstvu bila češća nego što su prethodno prepoznavali ili priznavali istraživački i medicinski nalazi, također je identificirana izravna veza između ACE bodova i kroničnih bolesti odraslih, emocionalnih i socijalnih pitanja, depresije, obiteljskog nasilja i samoubojstva.

Na primjer, osoba s ACE skorom četiri ili više imaju čak 260% veću vjerojatnost da će imati kroničnu opstruktivnu plućnu bolest nego netko s rezultatom od 0, nadalje 240% veću mogućnost obolijevanju od hepatitisa, 460% veću vjerojatnost da će doživjeti depresiju i 1.220 % veću vjerojatnost pokušaja samoubojstva.

Upitnik pomaže istraživačima i stručnjacima mentalnog zdravlja prepoznati zlostavljanje i zanemarivanje djetinjstva i obiteljske disfunkcije kao što su obiteljsko nasilje, zatvorska kazna, ovisnost o alkoholu i drogama. Upitnik je moguće pronaći on-line i dostupan je za slobodnu uporabu. Instrument se sastoji od deset pitanja. Svaki afirmativni odgovor boduje se s 1 bodom. Na kraju upitnika, bodovi su se zbrajaju, a ta suma oznaka je ukupnog ACE skora. Primjeri nekih pitanja su: *„Je li Vas roditelj ili druga odrasla osoba u kućanstvu često gurala, grubo Vas uhvatila, šamarala ili bacila nešto na Vas?“, „Je li član kućanstva bio depresivan ili psihički bolestan ili je pokušao samoubojstvo?“, „Jeste li često osjetili da niste imali dovoljno za jesti, morali nositi prljavu odjeću, te da Vas nitko nije zaštitio?“* Upitnik obuhvaća sljedeća područja: nasilje u obitelji, droga i alkohol, penalno kažnjavanje, mentalno zdravlje i suicidalne misli, kronične bolesti.

Kategorije koje mjeri ovaj upitnik su: fizičko zlostavljanje (1), seksualno zlostavljanje (2), emocionalno zlostavljanje (3), fizičko zanemarivanje (4), emocionalno zanemarivanje (5),

[9] CDC - Centres for Disease Control and Prevention www.cdc.gov

nasilje nad majkom (6), ovisnost člana obitelji (7), psihička bolest člana obitelji (8), odvojenost roditelja ili razvod (9), penalno kažnjavanje člana obitelji (10).

Upitnik identificira glavne čimbenike rizika koji mogu dovesti do razvoja zdravstvenih i socijalnih problema. Osim što sugerira da bi pojedinac mogao imati više zdravstvenih problema kasnije u životu, ovaj upitnik također pokazuje kako trauma u djetinjstvu utječe na stopu smrtnosti; naime, očekivano trajanje života pojedinca s ACE skorom šest ili veći može se smanjiti i do 20 godina.

ACE studija (2018) sugerira kako postoji značajna povezanost između nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i kroničnih bolesti u odrasloj dobi; srčana bolest, rak pluća, dijabetes i autoimune bolesti, te mogući razvoj psihičkih bolesti u odrasloj dobi.

Na ovom uzorku potvrđena je jednofaktorska struktura Upitnika nepovoljnih događaja u djetinjstvu. Scree test ukazuje na postojanje jedne komponente (slika 5 u Prilogu 1) karakterističnog korijena 3,63, dok druge sljedeća komponenta ima karakteristični korijen 1,12. Na jednofaktorsku strukturu upućuju i visoke saturacije svih čestica s prvom glavnom komponentom (saturacije u rasponu od 0,39 do 0,75; tablica 25 u Prilogu 1) te visoka pouzdanost instrumenta ($\alpha = 0,80$).

Upitnik suočavanja sa stresom, hrvatska verzija *(Coping Orientation to Problems Experienced – COPE; Carver, Weintraub i Scheirer, 1989; Hudek-Knežević i Kardum, 1993)*

U ispitivanju stilova suočavanja sa stresnim situacijama primijenjena je adaptirana verzija upitnika COPE (Coping Orientation to Problems Experienced). Autori su ovog upitnika Carver, Weintraub i Scheirer (1989). Adaptaciju upitnika za naše kulturalne uvjete napravili su autori Hudek-Knežević i Kardum (1993). Ovako adaptirani upitnik COPE sastoji se od 71 čestice koje čine 17 empirijski deriviranih skala, od kojih je 15 preuzeto iz izvornog (COPE) upitnika, dok specifični odgovori sudionika našeg područja sačinjavaju dvije dodatne skale – skalu osamljivanja i skalu potiskivanja emocija. Upotrebljavao se dispozicijski oblik upitnika COPE. Odgovori su bodovani na skali Likertova tipa od pet stupnjeva (0 – 4), a glasili su „nikada se tako ne ponašam“, „katkad se tako ponašam“, „obično se tako ponašam“, „često se tako ponašam“ i „uvijek se tako ponašam“. Konačni rezultat svakog sudionika oblikuje se kao kompozit zbrajanja čestica koje tvore pojedinu skalu.

Upitnik COPE sastoji se od 17 skala koje čine sljedeće strategije suočavanja:

Pozitivna interpretacija i rast ličnosti odnosi se na viđenje dane situacije u povoljnom svjetlu ili korištenje dobrim stranama situacije (čestice 1, 26, 33, 53; *npr. „Pokušavam stresne događaje sagledati u drugom svijetlu i učiniti da izgledaju povoljnije“.*). **Aktivno suočavanje** odnosi se na poduzimanje akcije ili napora da bi se uklonio ili izbjegao stresor (čestice 4, 22, 56, 52; *npr. „Svom snagom pokušavam učiniti nešto u vezi s tim problemima“*.) **Planiranje** se odnosi na razmišljanje o konfrontaciji sa stresom i suočavanje s naporima (čestice 17, 27, 34 , 50, 59; *npr. „Planiram različite postupke kojima bih uspio/la riješiti te probleme“.*). **Prihvaćanje** se odnosi na prihvaćanje činjenice da se stresni događaj dogodio i da je stvaran (čestice 12, 18, 39, 48; *npr. „Pokušavam se priviknuti na nastale situacije“*.). **Obuzdavanje suočavanja** odnosi se na pasivno suočavanja obuzdavanjem pokušaja suočavanja dok god to bude potrebno (čestice 14, 28, 37, 49; *npr. „Nastojim sa me ne ometaju misli i aktivnosti koje nisu u vezi s tim situacijama“*.). **Potiskivanje kompeticijskih aktivnosti** predstavlja usmjeravanje pažnje s drugih aktivnosti, kako bi se potpunije koncentriralo na suočavanje sa stresom (čestice 9, 19, 36, 4; *npr. „Ne činim ništa dok to situacije ne dozvole“*.) **Negiranje** se odnosi na pokušaje da se odbije realnost stresnog događaja (čestice 5, 24, 35, 51, 57; *npr. „Jednostavno odbijam vjerovati da se to dogodilo“.*). **Ponašajno izbjegavanje** predstavlja odustajanje ili povlačenje napora u smjeru postizanja cilja s kojim interferira stresor (čestice 8, 21, 32, 45, 61; *npr. „Odustajem od pokušaja da postignem ono što želim“*.). **Mentalno izbjegavanje** odnosi se na psihološki dezangažman od cilja s kojim interferira stresor maštanjem, spavanjem i samodestruktivnim ponašanjem (čestice 65, 15, 55, 38, 66, 71; *npr. „Maštam o drugim stvarima“.*). **Traženje socijalne podrške zbog emocionalnih razloga** odnosi se na primanje simpatije ili emocionalne podrške (čestice 10, 20, 29, 46; *npr. „Pričam s nekim ljudima o tome kako se osjećam“*.). **Traženje socijalne podrške zbog instrumentalnih razloga** predstavlja traženje pomoći, informacija ili savjeta o tome što da radimo (čestice 3, 13, 63, 40; *npr. „Pitam ljude sa sličnim iskustvima što bi oni u takvim situacijama učinili“*.). **Ventiliranje emocija** predstavlja povećanu svjesnost o stresnom događaju uz tendenciju da se emocije ventiliraju i izraze (čestice 2, 25, 41; *npr. „Teško mi je i to jasno pokazujem“*.). **Humor** se odnosi na korištenje šalama i humorom u vezi sa stresnim situacijama (čestice 7, 68, 31, 44,; *npr. „Ismijavam te situacije“.*). **Alkohol** predstavlja konzumaciju alkoholnih pića (čestice 11, 23, 30, 47, 64, *npr. „Pokušavam se opustiti pa popijem piće, neku pilulu za smirenje ili uzmem drogu“*.) **Religija** predstavlja oslanjanje na vjeru u Boga i religijska osjećanja (čestice 6, 16, 42, 54; *npr. „Molim se Bogu više nego obično“*.). **Fizička izolacija** odnosi se na tendenciju povlačenja od drugih ljudi i potrebu da se bude sam (čestice 58, 62, 70; *npr. „Želim biti sam/a“*.). **Potiskivanje emocija** predstavlja

neizražavanje emocija (čestice 60, 69, 67; *npr: „Skrivam svoje osjećaje“.*).Ove su skale podvrgnute faktorskoj analizi drugog reda u istraživanju Knežević (1993) na uzorku od 403 sudionika u sklopu prve adaptacije skale u našim kulturalnim uvjetima. Dobivena su tri faktora koje su autori nazvali: problemu usmjereno suočavanje, emocijama usmjereno suočavanje i suočavanje izbjegavanjem. Pouzdanost tipa Cronbach alpha za pojedine skale kreće se u rasponu od 0,52 do 0,9, a test-retest pouzdanosti u rasponu od 0,34 do 0,7224.

Navedeni stilovi suočavanja uključuju različito grupirano suočavanje. Suočavanje usmjereno na problem uključuje: pozitivnu interpretaciju i rast ličnosti, aktivno suočavanje, planiranje, prihvaćanje, obuzdavanje suočavanja i potiskivanje kompetencijskih aktivnosti. Suočavanje usmjereno na emocije uključuje: traženje socijalne podrške zbog emocionalnih razloga i zbog instrumentalnih razloga te ventiliranje emocija. Stilovi izbjegavanja uključuju: negiranje, ponašajno i mentalno izbjegavanje, humor, religiju, alkohol, fizičku izolaciju i potiskivanje emocija.

Na ovom uzorku potvrđena je trofaktorska struktura upitnika COPE. Faktorizacijom 17 subskala upitnika COPE dobiva se jasno trofaktorsko rješenje koje sadržajno odgovara očekivanjima. Scree test i Kaiser-Guttmanov kriterij ukazuju na postojanje dvije vrlo izražene komponente karakterističnih korijena 5,65 i 2,91 za kojima slijedi i treća, karakterističnog korijena 1,37 (slika 6 u Prilogu 1). Sadržaj ekstrahiranih faktora u potpunosti odgovara očekivanim dimenzijama Suočavanje usmjereno na problem (F1), Izbjegavanje suočavanja (F2) te Suočavanje usmjereno na emocije (F3). Suočavanje usmjereno na problem predstavlja proaktivne strategije suočavanja te se sastoji od faceta Pozitivna interpretacija i rast ličnosti, Aktivno suočavanje, Planiranje, Prihvaćanje, Obuzdavanje suočavanja te Potiskivanje kompeticijskih aktivnosti (tablica 26 u Prilogu 1). Suočavanje usmjereno na emocije se, očekivano, sastoji od faceta Traženje socijalne podrške zbog emocionalnih razloga i zbog instrumentalnih razloga te Ventiliranje emocija, te neočekivano i Religije, koja bi prema očekivanjima trebala biti jedna od faceta koje ulaze u treću dimenziju (tablica 26 u Prilogu 1). Treća dimenzija, izbjegavanje suočavanja, sastoji se od faceta negiranje, ponašajno i mentalno izbjegavanje, humor, alkohol, fizičku izolaciju i potiskivanje emocija (tablica 26 u Prilogu 1). Ista faktorska struktura dobiva se i kada se umjesto faceta koriste čestice. Koeficijenti unutarnje konzistencije izračunati na česticama ukazuju na dobru pouzdanost predviđenih triju dimenzija mjerenih upitnikom COPE ($\alpha_{suoč_prob}$ = 0,92; $\alpha_{suoč_emo}$ = 0,90; $\alpha_{izbj_suoč}$ = 0,84), uz napomenu da je u ovom slučaju subskala Religija sudjelovala u formiranju dimenzije izbjegavanje suočavanja, kako je predviđeno bodovanjem ovog instrumenta.

4.4. Metode obrade podataka

U svrhu ostvarivanja postavljenog cilja ovog istraživanja, korištene su sljedeće statističke metode i analize:

Na temelju Scree testa i Kaiser-Guttmanovog kriterija korištena je faktorska analiza s ciljem provjere strukture upitnika korištenih u istraživanju. Istražen je odnos između razine depresije i nepovoljnih iskustava u djetinjstvu na način da je mjerena povezanost između nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i razine depresije. Testiranje razlika u broju nepovoljnih iskustava u djetinjstvu kod pojedinaca različitih stupnjeva depresije provedeno je deskriptivnom statistikom, ANOVA i LSD post-hoc testom.

Kako bi se istražio odnos između strategija suočavanja sa stresom, individualnih čimbenika otpornosti i percipirane socijalne podrške kod oboljelih od depresije korišteni su Pearsonovi koeficijenti korelacije i regresijska analiza kojom je provjeren doprinos tri prediktora za objašnjenje varijance individualnih čimbenika otpornosti, odnosno provjerena važnost pojedinih prediktora (percipirane socijalne podrške iz različitih izvora te individualnih čimbenika otpornosti) za objašnjenje varijance proaktivnih strategija suočavanja sa stresom. povezanost percipirane socijalne podrške i razine individualnih čimbenika otpornosti.

Za istraživanje povezanosti razine depresije i nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i socijalnog funkcioniranja oboljelih od depresije korištena je deskriptivna statistika (aritmetička sredina, standardna devijacija, frekvencije), ANOVA i LSD post-hoc test ne bi li se ispitale razlike među grupama sudionika.

Za testiranje medijacijskog efekta postavljen je regresijski model. Budući da su u ovom nacrtu sve varijable kontinuiranog tipa (rezultati na upitnicima, te je zadovoljena većina navedenih preduvjeta (značajnost puteva C, te barem nekih puteva A i B), medijacijski učinci provjereni su hijerarhijskom regresijskom analizom. U prvom bloku hijerarhijske analize uvršten je samo prediktor (model 1), a u drugom su bloku nadodane potencijalne medijatorske varijable u model (model 2). S obzirom da se ispituje potencijalni učinak tri medijatora, testiranje njihovog zajedničkog medijacijskog učinka provjereno je testiranjem razlike između regresijskih koeficijenata na putevima C i C' (z-test). Ukoliko se ta razlika pokaže statistički značajnom, pristupit će se testiranju medijacijskih učinaka pojedinih medijatora unutar modela i to testiranjem značajnosti njihovih neizravnih puteva, odnosno umnoška regresijskih koeficijenata

na putevima A i B (Sobelov test; MacKinnon, 2008). Primijenjen je Z-test za testiranje značajnosti razlike b-pondera dobivenih za razinu depresije/nepovoljna iskustva u djetinjstvu u dva modela.

5. REZULTATI

Rezultati istraživanja bit će prikazani po problemima istraživanja i pripadajućim hipotezama. Ovakav način prikazivanja rezultata omogućuje bolju pregledanost dobivenih rezultata.

Ni kod jedne varijable ne nedostaje više od 2% odgovora sudionika stoga se može zaključiti kako ne postoji neki sistematski varijabilni faktor koji bi utjecao na veći izostanak odgovora na pojedinoj varijabli. Izostanak odgovora provjeren je i na razini sudionika. U mjernim instrumentima u kojima je nedostajalo manje od 10% odgovora sudionika, vrijednosti su nadomještene prosječnim odgovorom sudionika na pojedinom mjernom instrumentu / subskali. U slučaju izostanka većeg postotka odgovora sudionika unutar jedne skale, podaci pojedinog sudionika na toj skali nisu uključivani u daljnje analize.

5.1. Odnos između razine depresije i nepovoljnih iskustava u djetinjstvu

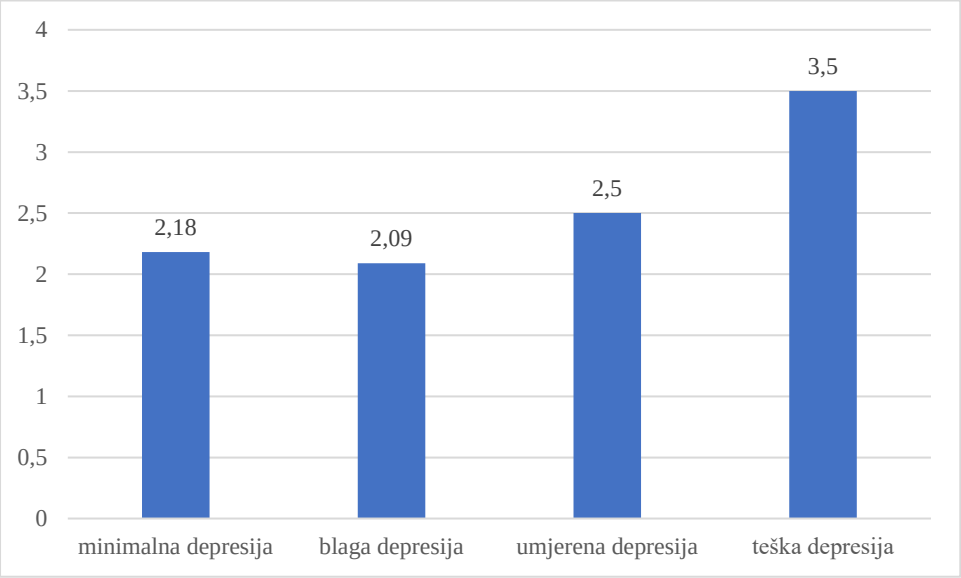
Prvi problem, odnosno istraživačko pitanje, odnosio se na istraživanje odnosa između razine depresije i nepovoljnih iskustva u djetinjstvu.

Postupcima deskriptivne statistike izračunato je kako je od ukupno 310 sudionika istraživanja, njih 70 (22,58%) u kategoriji minimalne depresije, slijedi 43 (13,87%) sudionika s blagom depresijom, 68 (21,93%) s umjerenom depresijom, te 126 (40,64%) sudionika koji se nalaze u razini teške depresije. Što se pak broja nepovoljnih iskustava u djetinjstvu tiče – 78 sudionik/ica (25,16%) nema uopće takovih iskustava, 1-2 nepovoljna iskustva u djetinjstvu ima 164 (52,90%), 3-5 nepovoljnih iskustava ima 90 sudionika (29,03%), 6 – 8 nepovoljnih iskustava ima 47 sudionika (15,16%), te 9-10 nepovoljnih iskustava ima 9 (2,90%) sudionika istraživanja. Ukupno, od 310 sudionika istraživanja, 232 (74,83%) sudionika/ica ima određeno nepovoljno iskustvo u djetinjstvu, te 78 (25,16%) sudionika/ica nije doživjelo nepovoljno iskustvo u djetinjstvu.

U odnosu na postavljeno istraživačko pitanje postavljene je hipoteza ***H1. Oboljeli od depresije s više nepovoljnih iskustava u djetinjstvu imaju težu razinu depresije***. Rezultati pokazuju kako je povezanost između nepovoljnih iskustava u djetinjstvu iskazanih kao ukupan rezultat na upitniku ACE i razine depresije iskazane kao ukupan rezultat na upitniku BDI-II je umjerena i

pozitivna (r=0,30; p<0,001) To upućuje na zaključak kako pojedinci koji su imali više nepovoljnih iskustava u djetinjstvu u kasnijem životu imaju višu razinu depresije.

Do istog se zaključka dolazi i ako se na temelju ukupnog rezultata na upitniku BDI-II provede grupiranje sudionika istraživanja u četiri grupe različite razine depresije. Efekt nepovoljnih iskustava u djetinjstvu prikazan je na Grafu 13 na kojem je vidljivo kako pojedinci svrstani u kategorije više razine depresije imaju i veći broj nepovoljnih iskustava u djetinjstvu. Pojedinci s teškom depresijom naveli su da su tijekom djetinjstva prosječno doživjeli 3,50 nepovoljnih iskustava, dok su pojedinci s nižim razinama depresije naveli da su doživjeli između 2,09 i 2,50 nepovoljna iskustva u djetinjstvu.



Graf 13. Broj nepovoljnih iskustava u djetinjstvu u odnosu na razinu depresije sudionika istraživanja

Razlike među grupama sudionika različite razine depresije su statistički značajne ($F_{3, 305}$ = 6,37; p < 0,001). LSD post-hoc test ukazao je kako se samo pojedinci s teškom depresijom razlikuju od pojedinaca s nižim razinama depresije, dok među pojedincima s niskom, blagom i umjerenom depresijom nema razlika (Tablica 7).

Tablica 7. Testiranje razlika u broju nepovoljnih iskustava u djetinjstvu kod pojedinaca različitih stupnjeva depresije: deskriptivna statistika, ANOVA i post-hoc test

	N	M	Sd	F, df1, df2, p	post-hoc LSD
Minimalna depresija	62	2,18	2,09	$F_{3, 305} = 6{,}37$; $p < 0{,}001$	1, 2, 3 < 4
Blaga depresija	53	2,09	2,36		
Umjerena depresija	60	2,50	2,28		
Teška depresija	134	3,50	2,86		

5.2. Odnos između strategija suočavanja sa stresom, individualnih čimbenika otpornosti i percipirane socijalne podrške kod oboljelih od depresije

Istražiti odnos između strategija suočavanja sa stresom, individualnih čimbenika otpornosti i percipirane socijalne podrške kod oboljelih od depresije postavljen je kao drugi problem istraživanja

Istraženi su zaštitni čimbenici kod sudionika istraživanja. Kada je riječ o percipiranoj socijalnoj podršci, ista je za 63 (20,32%) sudionika istraživanja niska, za 149 (48,06%) sudionika umjerena, te 98 (31,61%) sudionika percipira snažnu socijalnu podršku. Izvor u kojem sudionicima ovog istraživanja percipiraju najviše podrške jesu značajni drugi ($\bar{x}$ =5,53), slijede prijatelji kao idući izvor percipirane socijalne podrške ($\bar{x}$ =4,87) , te potom obitelj kao posljednji izvor percipirane socijalne podrške ($\bar{x}$ =4,73).

Sudionici istraživanja najčešće koriste Proaktivne strategije suočavanja sa stresom (F1 Suočavanje usmjereno na problem) ($\bar{x}$ =44,33), slijedi potom izbjegavanje kao način suočavanja sa stresom (F2 Suočavanje usmjereno na emocije) ($\bar{x}$ = 41,23), te izbjegavanje suočavanja ($\bar{x}$ =28,54).

Nadalje, sudionici ovog istraživanja individualne čimbenike otpornosti percipiraju umjereno niskima. Naime, 26 (8,38%) sudionika istraživanja individualne čimbenike otpornosti percipira niskima (0-25 bodova na upitniku CD-RISC), 136 (43,87%) sudionika istraživanja individualne čimbenike otpornosti percipira umjereno niskima, 112 (36,12%) sudionika istraživanja individualne čimbenike otpornosti percipira umjereno visokima, te 37 (11,93%) sudionika istraživanja individualne čimbenike otpornosti percipira visokima. Ovaj je rezultat u skladu s literaturom (Camardese, 2007) koja opisuje kako oboljeli od depresije postižu između 39-63 bodova na upitniku CD-RISC.

Prva hipoteza u kontekstu drugog problema istraživanja je ***H2. Oboljeli od depresije koji postižu više rezultate na skali percipirane socijalne potpore percipiraju više individualnih čimbenika otpornosti***.

Rezultati ukazuju kako postoji povezanosti između individualnih čimbenika otpornosti pojedinca i percipirane socijalne podrške. Povezanost različitih oblika socijalne podrške (podrška obitelji, podrška prijatelja, podrška značajnih drugih te ukupna socijalna podrška) i razine individualne otpornosti je niska do umjerena, te iznosi r = 0,27 za podršku obitelji, r = 0,36 za podršku prijatelja, r = 0,38 za podršku značajnih drugih, do r = 0,40 za ukupnu percipiranu socijalnu podršku (Tablica 8). To znači da pojedinci koji doživljavaju veću razinu svih oblika socijalne podrške ujedno izvještavaju i o većoj otpornosti.

Tablica 8. Povezanost percipirane socijalne podrške i razine individualnih čimbenika otpornosti: Pearsonovi koeficijenti korelacije

	Podrška obitelji	Podrška prijatelja	Podrška značajnih drugih	Socijalna podrška - ukupno
Podrška prijatelja	0,37***			
Podrška značajnih drugih	0,66***	0,52***		
Socijalna podrška - ukupno	0,84***	0,77***	0,86***	
Razina individualne otpornosti	0,27***	0,36***	0,38***	0,40***

Napomena. *** p < 0,001

Nadalje, ispitano je i u kojoj se mjeri individualni čimbenici otpornosti mogu objasniti percipiranom socijalnom podrškom. Koristeći regresijsku analizu analiziran je doprinos tri prediktora (podrška obitelji, podrška prijatelja i podrška značajnih drugih) za objašnjenje varijance individualnih čimbenika otpornosti. Multipla korelacija iznosi R = 0,43 ($F_{3,\ 303}$ = 22,28; p < 0,001), dok korigirani koeficijent determinacije iznosi R^2_{adj} = 0,17, što znači da se na temelju percipirane socijalne podrške može objasniti do 17 % varijance individualnih čimbenika otpornosti (Tablica 9). Kao najbolji prediktori ističu se podrška značajnih drugih (β = 0,26) i podrška prijatelja (β = 0,21), dok se podrška obitelji nije pokazala značajnom odrednicom individualnih čimbenika otpornosti (Tablica 9), najvjerojatnije zbog postojećih interkorelacija među aspektima podrške, što je vidljivo u Tablici 8.

Tablica 9. Doprinos različitih aspekata socijalne podrške za objašnjenje varijance individualnih čimbenika otpornosti: Rezultati regresijske analize

	β	*Multivarijatna povezanost*	*Testiranje značajnosti R*
Podrška obitelji	0,02	R = 0,43	
Podrška prijatelja	0,21***	R^2 = 0,18	$F_{3, 303}$ = 22,23; p < 0,001
Podrška značajnih drugih	0,26***	R^2_{adj} = 0,17	

Napomena. *** p < 0,001

Druga hipoteza unutar problema koji se odnosi na istraživanje odnosa između strategija suočavanja sa stresom, individualnih čimbenika otpornosti i percipirane socijalne podrške kod oboljelih od depresije glasi ***H3. Oboljeli od depresije koji postižu više rezultate na skali percipirane socijalne potpore i percipiraju više individualnih čimbenika otpornosti češće koriste proaktivne strategije suočavanja sa stresom.***

Na temelju rezultata prikazanih u Tablici 10, vidljivo je kako postoji visoka povezanosti između proaktivnih strategija suočavanja sa stresom i individualnim čimbenicima otpornosti (r = 0,62; p < 0,001). Drugim riječima, pojedinci koji koriste proaktivne strategije suočavanja sa stresom (Suočavanje usmjereno na problem koje se sastoji od faceta Pozitivna interpretacija i rast ličnosti, Aktivno suočavanje, Planiranje, Prihvaćanje, Obuzdavanje suočavanja te Potiskivanje kompeticijskih aktivnosti) ujedno imaju i višu razinu individualnih čimbenika otpornosti. Nadalje, proaktivne strategije suočavanja sa stresom pozitivno su povezane i s percipiranom podrškom obitelji (r = 0,19; p < 0,01), percipiranom podrškom prijatelja (r = 0,26; p < 0,001), percipiranom podrškom značajnih drugih (r = 0,26; p < 0,001) te s ukupnom razinom percipirane socijalne podrške (r = 0,29; p < 0,001). Odnosno, pojedinci koji koriste proaktivne strategije suočavanja sa stresom istovremeno izvještavaju i o snažnijoj socijalnoj podršci koju percipiraju.

Tablica 10. Povezanost proaktivnih strategija suočavanja sa stresom sa percipiranom socijalnom podrškom i razinom individualnih čimbenika otpornosti: Pearsonovi koeficijenti korelacije

	Podrška obitelji	Podrška prijatelja	Podrška značajnih drugih	Socijalna podrška - ukupno	Individualni čimbenici otpornosti
Proaktivne strategije suočavanja sa stresom	0,19**	0,26***	0,26***	0,29***	0,62***

Napomena. *** $p < 0{,}001$, ** $p < 0{,}01$

Regresijskom analizom provjerena je važnost pojedinih prediktora (percipirane socijalne podrške iz različitih izvora te individualnih čimbenika otpornosti) za objašnjenje varijance proaktivnih strategija suočavanja sa stresom. Rezultati ukazuju kako se na temelju navedenih prediktora može objasniti ukupno 39 % varijance proaktivnih strategija suočavanja sa stresom ($R = 0{,}62$; $R^2_{adj} = 0{,}39$; $F_{4, 301} = 50{,}10$; $p < 0{,}001$), no da je za to odgovoran samo jedan prediktor – individualni čimbenici otpornost ($\beta = 0{,}61$; Tablica 11). Pojedinci koji percipiraju više individualnih čimbenika otpornosti ujedno koriste i proaktivnije strategije suočavanja sa stresom. Značaj percipirane socijalne podrške je izostao jer je percipirana socijalna podrška povezana s individualnim čimbenicima otpornosti (Tablica 8), a nisko povezana s proaktivnim strategijama suočavanja (Tablica 10).

Tablica 11. Doprinos različitih aspekata socijalne podrške i individualnih čimbenika otpornosti za objašnjenje varijance proaktivnih strategija suočavanja sa stresom: Rezultati regresijske analize

	β	*Multivarijatna povezanost*	*Testiranje značajnosti R*
Podrška obitelji	0,01	R = 0,63	
Podrška prijatelja	0,05	$R^2 = 0{,}40$	$F_{4, 301} = 50{,}10$; $p < 0{,}001$
Podrška značajnih drugih	0,00	$R^2_{adj} = 0{,}39$	
Individualna otpornost	0,61***		

Napomena. *** $p < 0{,}001$

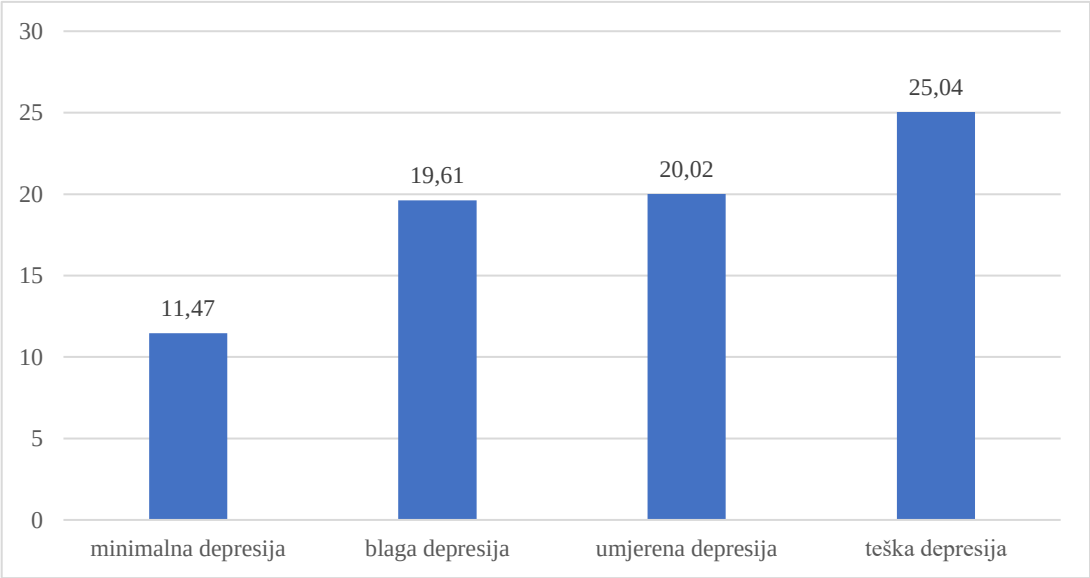
5.3. Povezanost razine depresije i nepovoljnih iskustva u djetinjstvu i socijalnog funkcioniranja oboljelih od depresije

Treći problem usmjeren je na istraživanje povezanosti razine depresije i nepovoljnih iskustva u djetinjstvu i socijalnog funkcioniranja oboljelih od depresije.

Nešto više od polovice sudionika istraživanja, njih 58,06% (N=180) vlastito socijalno funkcioniranje percipiraju sniženim, dok 40,96% (N=127) postižu bodove koji opisuju kvalitetno socijalno funkcioniranje. Procjenjuju kako imaju manje teškoća u partnerskom odnosu ($\bar{x}$ =1,18), verbalnim preprekama ($\bar{x}$ =2,24), samokontroli ($\bar{x}$ =2,70) i promjeni okoline ($\bar{x}$ =3,52), dok je najviše teškoća procijenjeno u području vrijednosti ($\bar{x}$ =5,64), deficitima socijalnih vještima ($\bar{x}$ =5,21), te ponašajnom izbjegavanju ($\bar{x}$ =4,65).

U odnosu na postavljenu hipotezu ***H4. Niža razina socijalnog funkcioniranja povezana je s višom razinom depresije***, rezultati pokazuju kako je povezanost između smanjene kvalitete socijalnog funkcioniranja iskazane kao ukupan rezultat na upitniku FAD i razine depresije iskazane kao ukupan rezultat na upitniku BDI-II je snažna i pozitivna (r = 0,63; p < 0,001). S obzirom da je kvaliteta socijalnog funkcioniranja bodovana na način da viši rezultat upućuje na više poteškoća u socijalnom funkcioniranju, odnosno na lošiju kvalitetu socijalnog funkcioniranja, opaženi koeficijent korelacije ukazuje kako pojedinci koji imaju lošiju kvalitetu socijalnog funkcioniranja ujedno imaju i višu razinu depresije.

Ukoliko se na temelju ukupnog rezultata na upitniku BDI-II provede grupiranje sudionika istraživanja u četiri grupe različite razine depresije efekt kvalitete socijalnog funkcioniranja je također vidljiv. Na Grafu 14 se primjećuje kako pojedinci svrstani u kategorije više razine depresije imaju i više poteškoća u socijalnom funkcioniranju, odnosno lošiju kvalitetu socijalnog funkcioniranja. Pojedinci s teškom depresijom na upitniku FAD imaju prosječne vrijednosti M = 25,04, pojedinci s blagom i umjerenom depresijom imaju prosječne vrijednosti oko M = 20,02 dok pojedinci s minimalnom depresijom imaju prosječne vrijednosti M = 11,47.



Graf 14. Poteškoće u socijalnom funkcioniranju u odnosu na razinu depresije sudionika istraživanja (prosječne vrijednosti)

Razlike među grupama sudionika različite razine depresije su statistički značajne ($F_{3,\ 305}$ = 52,09; p < 0,001). LSD post-hoc test ukazao je kako se pojedinci s teškom depresijom razlikuju od pojedinaca s umjerenom i blagom depresijom, koji se pak razlikuju od pojedinaca s minimalnom depresijom (Tablica 12).

Tablica 12. Testiranje razlika u poteškoćama u socijalnom funkcioniranju kod pojedinaca različitih stupnjeva depresije: deskriptivna statistika, ANOVA i post-hoc test

	N	M	Sd	F, df1, df2, p	post-hoc LSD
Nema depresije ili minimalna depresija	62	11,47	7,18	$F_{3,\ 305}$ = 52,09; p < 0,001	1 < 2, 3 < 4
Blaga depresija	51	19,61	7,05		
Umjerena depresija	59	20,02	7,02		
Teška depresija	134	25,04	7,12		

U odnosu na postavljenu hipotezu ***H5. Niža razina socijalnog funkcioniranja povezana je s više nepovoljnih iskustva u djetinjstvu*** rezultati pokazuju kako je povezanost između smanjene kvalitete socijalnog funkcioniranja iskazane kao ukupan rezultat na upitniku FAD i nepovoljnih iskustava u djetinjstvu izraženih kao ukupan rezultat na upitniku ACE je niska i pozitivna (r = 0,27; p < 0,001). S obzirom da viši rezultat na upitniku FAD upućuje na više poteškoća u socijalnom funkcioniranju, odnosno na lošiju kvalitetu socijalnog funkcioniranja, opaženi koeficijent korelacije ukazuje kako pojedinci koji imaju lošiju kvalitetu socijalnog funkcioniranja ujedno izvještavaju i o većem broju nepovoljnih iskustava u djetinjstvu.

5.4. Putevi kojima individualni čimbenici otpornosti, percipirana socijalna podrška i strategije suočavanja sa stresom ostvaruju medijatorski efekt u odnosu između razine depresije/ intenziteta nepovoljnih iskustva iz djetinjstva i kvalitete funkcioniranja oboljelih od depresije

Četvrti problem se odnosio na istraživanje kojim putevima individualni čimbenici otpornosti, percipirana socijalna podrška i strategije suočavanja sa stresom, ostvaruju medijatorski efekt u odnosu između razine depresije/intenziteta nepovoljnih iskustva iz djetinjstva i kvalitete funkcioniranja oboljelih od depresije. razine depresije, intenziteta nepovoljnih iskustva iz djetinjstva te kvalitete funkcioniranja oboljelih od depresije.

Unutar ovog problema istražuje se medijacijski učinak individualnih čimbenika otpornosti, percipirane socijalne podrške i strategije suočavanja sa stresom na odnos razine depresije i kvalitete funkcioniranja oboljelih od depresije te na odnos nepovoljnih iskustva iz djetinjstva i kvalitete funkcioniranja oboljelih od depresije. U oba se slučaja utvrđuje učinak tri medijacijske varijable na odnos jednog prediktora i kriterija. Pod medijatorom se smatra varijabla koja može potpuno ili djelomično opisati odnos nekog prediktora i kriterija. Ukoliko je medijacija potpuna, onda je medijator u potpunosti odgovoran za postojanje korelacijskog odnosa prediktora i kriterija. Ukoliko je medijacija djelomična, onda su prediktor i kriterij i dalje izravno povezani, ali u znatno manjoj mjeri nego kada u modelu medijatori nisu prisutni.

Matematički se za testiranje medijacijskog efekta prema Baronu i Kennyu (1997) prvo postavlja regresijski model u kojem se utvrđuje izravni učinak prediktora u objašnjenju varijance kriterija (tzv. put C). U idućem se modelu uvodi medijator (ili medijatori) te se opet utvrđuje koliki je učinak prediktora u objašnjenju kriterija (tzv. put C'), no uz prisutnost medijatora. Ukoliko postoji medijacijski učinak tada je veličina objašnjene varijance na osnovi prediktora u kriteriju, nakon uvođenja medijatora (C'), bitno umanjena u odnosu na izravni put C. Ukoliko je C' neznačajan, odnosno 0, medijacija je potpuna. Drugim riječima, ukoliko postoji medijacijski efekt, prediktor više ne djeluje izravno na kriterij već je velik dio njegovog učinka na kriterij posredovan medijatorom (ili medijatorima) te nakon uvođenja medijatora u model originalni dio varijance kriterija objašnjen prediktorom se značajno smanjuje. Baron i Kenny (1997) također navode neke preduvjete za samu provedbu medijacijske analize. Da bi se moglo uopće govoriti o potencijalnom postojanju medijacije kao prvo prediktor i kriterij moraju biti značajno povezani (put C mora biti značajan), prediktorska varijabla mora objašnjavati značajan dio

varijabiliteta u medijatorskoj varijabli (put A) te medijatorska varijabla mora značajno predviđati varijabilitet u kriterijskoj varijabli (put B).

Budući da su u ovom nacrtu sve varijable kontinuiranog tipa (rezultati na upitnicima, te je zadovoljena većina navedenih preduvjeta (značajnost puteva C, te barem nekih puteva A i B), medijacijski učinci provjereni su hijerarhijskom regresijskom analizom. U prvom bloku hijerarhijske analize uvršten je samo prediktor (model 1), a u drugom su bloku nadodane potencijalne medijatorske varijable u model (model 2). S obzirom da se ispituje potencijalni učinak tri medijatora, testiranje njihovog zajedničkog medijacijskog učinka provjereno je testiranjem razlike između regresijskih koeficijenata na putevima C i C' (z-test). Ukoliko se ta razlika pokaže statistički značajnom, pristupit će se testiranju medijacijskih učinaka pojedinih medijatora unutar modela i to testiranjem značajnosti njihovih neizravnih puteva, odnosno umnoška regresijskih koeficijenata na putevima A i B (Sobelov test; MacKinnon, 2008).

Prema postavljenom pitanju formirana je hipoteza **H6. Individualni čimbenici otpornosti, percipirana socijalna podrška i strategije suočavanja sa stresom su medijatori u odnosu između razine depresije i kvalitete funkcioniranja oboljelih od depresije.**

Prije provođenja regresijske analize za utvrđivanje medijacijskih efekata individualnih čimbenika otpornosti, percipirane socijalne podrška i strategija suočavanja sa stresom na odnos razine depresije i kvalitete funkcioniranja oboljelih od depresije utvrđene su korelacije među varijablama korištenim u modelu (Tablica 13). Kao što je već ranije provjereno, postoji srednje visoka povezanost između razine depresije i poteškoća u socijalnom funkcioniranja (r = 0,63) te umjerena negativna povezanost između poteškoća u socijalnom funkcioniranju i individualnim čimbenicima otpornosti (r = - 0,54), socijalne podrške (r = - 0,40) te strategija suočavanja sa stresom (r = - 0,35).

Tablica 13. Povezanost loše kvalitete funkcioniranja oboljelih od depresije, razine depresije, individualnih čimbenika otpornosti, percipirane socijalne podrške i strategija suočavanja sa stresom: Pearsonovi koeficijenti korelacije

	1	2	3	4
Loša kvaliteta funkcioniranja u depresiji (1)				
Depresija (2)	0,63***			
Individualni čimbenici otpornosti (3)	-0,54***	-0,67***		
Socijalna podrška (4)	-0,40***	-0,40***	0,41***	
Proaktivne strategije suočavanja sa stresom (5)	-0,35***	-0,33***	0,63***	0,30***

Napomena. *** $p < 0{,}001$; ** $p < 0{,}01$; * $p < 0{,}05$

Tablica 14 prikazuje rezultate hijerarhijske regresijske analize medijacijskih učinaka individualnih čimbenikaotpornosti, percipirane socijalne podrške i strategija suočavanja sa stresom na odnos razine depresije i kvalitete funkcioniranja oboljelih od depresije. Iz navedenog je vidljivo je važnost razine depresije za objašnjenje kvalitete funkcioniranja u depresiji značajna u oba koraka hijerarhijske regresijske analiza (potvrđen izravni efekt), no da je u određenoj mjeri umanjena s uvođenjem drugih prediktora u 2. bloku ($\beta_1 = 0{,}63$, $p < 0{,}001$, $\beta_2 = 0{,}47$, $p < 0{,}001$). Primjenom z-testa za testiranje značajnosti razlike b-pondera dobivenih za razinu depresije u dva modela utvrđeno je kako je razlika značajna ($z = 2{,}157$) te ukazuje na značajno smanjenje izravnog doprinosa depresivnosti nakon uvođenja medijacijskih varijabli. Drugim riječima, time je potvrđen djelomičan medijacijski utjecaj individualnih čimbenika otpornosti, socijalne podrške i proaktivnih strategija suočavanja sa stresom na odnos depresije i kvalitete funkcioniranja u depresiji.

Kako bi se istražilo kojim putevima se ostvaruje medijacijski učinak, proveden je Sobelov test. S obzirom da Sobelov test iznosi $z = 1{,}730$ za individualne čimbenike otpornosti, $z = 2{,}626$ za socijalnu podršku te $z = 1{,}270$ za proaktivne strategije suočavanja sa stresom, evidentno je da je djelomičan medijacijski utjecaj ostvaren jedino preko socijalne podrške jer z-vrijednost utvrđena za taj medijator nadilazi graničnu vrijednost od $z_{gr} = 1{,}96$. Stoga se može zaključiti kako je percipirana socijalna podrška jedini značajan medijator preko kojeg se ostvaruje efekt depresivnosti na kvalitetu funkcioniranja u depresiji.

U konačnici, s obzirom na evidentiranu snagu dobivenih efekata, moguće je zaključitio kako depresivnost djeluje izravno na kvalitetu funkcioniranja u depresiji, ali i posredno, preko socijalne podrške. Pojedinci s izraženijom depresijom imaju i sniženu kvalitetu funkcioniranja u depresiji. Sama depresivnost može biti direktno odgovorna za lošiju kvalitetu funkcioniranja u depresiji (izravan put), ali ipak se dio tog efekta ostvaruje se i kroz socijalnu podršku, na način da depresivnost umanjuje socijalnu podršku, koja potom dovodi i do smanjenja kvalitete funkcioniranja u depresiji (medijatorski efekt).

Tablica 14. Testiranje medijacijskog učinka individualnih čimbenika otpornosti, socijalne podrške i proaktivnih strategija suočavanja sa stresom na odnos depresije i kvalitete funkcioniranja u depresiji: Rezultati hijerarhijske regresijske analize

	1. blok			*2. blok*		
	b	*SE*	*B*	*b*	*SE*	*β*
Depresija	0,395	0,028	0,63***	0,294	0,037	0,47***
Individualni čimbenici otpornosti				-0,056	0,032	-0,13
Socijalna podrška				-0,883	0,315	-0,14**
Proaktivne strategije suočavanja sa stresom				-0,038	0,030	-0,07
R			0,63***			0,67***
R^2			0,40			0,45
R^2_{adj}			0,40			0,44
ΔR^2						,04***

Napomena. *** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$

U okviru četvrtog problemskog pitanja postavljena je i hipoteza **H7. Individualnei čimbeniciotpornosti, percipirana socijalna podrška i strategije suočavanja sa stresom su medijatori u odnosu između intenziteta nepovoljnih iskustva iz djetinjstva i kvalitete funkcioniranja oboljelih od depresije.**

Ovom hipotezom provjeravaju se medijacijski učinci individualnih čimbenika otpornosti, percipirane socijalne podrške i strategija suočavanja sa stresom na odnos nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i kvalitete funkcioniranja oboljelih od depresije. U prvom su koraku utvrđene korelacije među varijablama korištenim u modelu (Tablica 15). Postoji niska značajna povezanost između nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i poteškoća u socijalnom funkcioniranju (r = 0,27; p < 0,001) te umjerena negativna povezanost između poteškoća u socijalnom funkcioniranju i otpornosti, socijalne podrške te strategija suočavanja sa stresom koje je već utvrđena i u Tablici 13.

Tablica 15. Povezanost loše kvalitete funkcioniranja u depresiji, intenziteta nepovoljnih iskustava u djetinjstvu, individualnih čimbenika otpornosti, socijalne podrške i proaktivnih strategija suočavanja sa stresom: Pearsonovi koeficijenti korelacije

	1	2	3	4
Loša kvaliteta funkcioniranja u depresiji (1)				
Nepovoljna iskustva u djetinjstvu (2)	0,27***			
Individualni čimbenici otpornosti (3)	-0,54***	-0,10*		
Socijalna podrška (4)	-0,39***	-0,25***	0,41***	
Proaktivne strategije suočavanja sa stresom (5)	-0,35***	-0,09	0,63***	0,29***

Napomena. *** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05

Tablica 16 prikazuje rezultate hijerarhijske regresijske analize medijacijskih učinaka individualnih čimbenika otpornosti, percipirane socijalne podrške i strategija suočavanja sa stresom na odnos nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i kvalitete funkcioniranja oboljelih od depresije. Iz navedenog je vidljivo da nepovoljna iskustva u djetinjstvu imaju nešto manju važnost u predviđanju kvalitete socijalnog funkcioniranja u depresiji s uvođenjem drugih prediktora u model u 2. bloku (β_1 = 0,27, p < 0,001, β_2 = 0,18, p < 0,001). No, testiranjem značajnosti razlike b-pondera dobivenih za nepovoljna iskustva u djetinjstvu u dva modela

putem z-testa utvrđeno je kako razlika iznosi $z = 1{,}206$ te ukazuje na neznačajno smanjenje doprinosa nepovoljnih iskustava u djetinjstvu nakon uvođenja medijacijskih varijabli. Drugim riječima, nije potvrđen medijacijski utjecaj individualnih čimbenika otpornosti, socijalne podrške i proaktivnih strategija suočavanja sa stresom na odnos nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i kvalitete funkcioniranja u depresiji. Odnosno, efekt nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i kvalitete funkcioniranja u depresiji je izravan te ne ovisi o utjecaju medijacijskih varijabli. Nepovoljna iskustava u djetinjstvu imaju izravan učinak na smanjenje kvalitete funkcioniranja u depresiji.

Tablica 16. Testiranje medijacijskog učinka individualnih čimbenika otpornosti, socijalne podrške i proaktivnih strategija suočavanja sa stresom na odnos nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i kvalitete funkcioniranja u depresiji: Rezultati hijerarhijske regresijske analize

	1. blok			*2. blok*		
	b	*SE*	*B*	*b*	*SE*	*β*
Nepovoljna iskustva u djetinjstvu	0,899	0,187	0,27***	0,601	0,161	0,18***
Individualni čimbenici otpornosti				-0,204	0,028	-0,46***
Socijalna podrška				-1,064	0,340	-0,16**
Proaktivne strategije suočavanja sa stresom				0,002	0,031	0,07
R			0,27***			0,60***
R^2			0,07			0,36
R^2_{adj}			0,07			0,35
ΔR^2			0,27***			0,29***

Napomena. *** $p < 0{,}001$, ** $p < 0{,}01$

6. RASPRAVA

6.1. Odnos razina depresije i nepovoljnih iskustava u djetinjstvu

Prvi problem ovog istraživanja bio je istražiti odnos između razine depresije i nepovoljnih iskustava u djetinjstvu. Zapanjujuć je rezultat ovog istraživanja koji potvrđuje kako je čak 74,8% sudionika doživjelo barem jedno nepovoljno iskustvo do osamnaeste godine života. Iskustvo rane i bremenite izloženosti zlostavljanju i/ili zanemarivanju pokazalo se i u drugim istraživanjima (Anda i sur., 1999; Felitti i sur., 1998; Chapman i sur., 2004; Danese i sur., 2008). Naime, Chapman i suradnici (2004) slažu se kako nalaz da je većina oboljelih od depresije prijavila barem jedan nepovoljan događaj za vrijeme odrastanja, a otprilike jedna trećina odraslih doživjela je barem dva takva iskustva tijekom djetinjstva, mora upozoriti kliničara da ispita izloženost drugim oblicima zlostavljanja ili poremećajima obiteljskog funkcioniranja.

S obzirom na prosječnu dob sudionika ovog istraživanja (46,3 godine), može se zaključiti kako nepovoljna iskustva u djetinjstvu imaju reperkusije dugo u odraslosti. U studiji (Stern i sur., 1995) u kojoj je srednja dob sudionika bila 57 godina, te su imali nedavne simptome depresije, postoji pozitivna povezanost nedaća doživljenih u djetinjstvu i posljedice istih u trajanju nekoliko desetljeća nakon njihove prve pojave. Ovo opažanje na taj način proširuje prethodna otkrića simptoma depresije među zlostavljanom djecom (Stern i sur., 1995.) i sugerira da se depresogeni potencijal zlostavljanja djece proteže daleko u odraslu dobi.

Provedeno istraživanje potvrdilo je kako osobe koje su imale više nepovoljnih iskustava u djetinjstvu u kasnijem životu imaju i višu razinu depresije. Efekt nepovoljnih iskustava u djetinjstvu vidljiv je i na način da oni s teškom depresijom navode kako su tijekom odrastanja prosječno doživjeli 3,50 nepovoljnih iskustava. Recentna istraživanja (Tsehay, Necho, i Mekonnen, 2020) pokazuju da je broj doživljenih nepovoljnih iskustava u djetinjstvu povezan s ozbiljnošću simptoma depresije. Veća koncentracija simptoma depresije povezana je s većom kumulativnom izloženosti nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu (Lacey i sur., 2020). Rano prepoznavanje zlostavljanja i/ili zanemarivanja u djetinjstvu, kao i odgovarajuće intervencije mogu stoga igrati važnu ulogu u prevenciji depresivnih poremećaja za cijelog života.

Povezanost izloženosti različitim oblicima nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i depresije u kasnijoj dobi u skladu je s onim što je zabilježeno i u drugim studijama (Rehan i sur., 2017;

Almuneef i sur., 2016; Al Shawi i sur., 2019). Traumatični događaji tijekom djetinjstva imaju dugotrajne učinke na osobnost i osjećaje pojedinaca, a mnoga istraživanja pokazuju da je abnormalnost osi hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda (HPA os) redovita posljedica nedaća u djetinjstvu i da može biti uzrok psihopatoloških stanja kod odraslih (Heim i sur., 2000).

Postoji dovoljno dokaza da je iskustvo dječje nevolje povezano s ustrajnošću depresije i depresivnim relapsom, čak i nakon uspješnog liječenja (Hardeveld i sur., 2013; Harkness, Bagdy i Kennedy, 2012; Nanni, Uher i Danese, 2012). Točnije, čini se da su seksualno zlostavljanje i zanemarivanje emocija povezani s lošom prognozom depresije i pojavljuju se kao neovisne odrednice kroničnosti poremećaja (Wiersma i sur., 2009; Hovens i sur., 2010).

Postoje, ipak, i suprotni nalazi. Naime, Kok i suradnici (2014) ne nalaze povezanosti između nedaća u djetinjstvu i simptoma depresije. Nisu pronađeni dokazi koji podupiru osjetljivost na stres zbog iskustva u dječjoj nevolji u grupi oboljelih od depresije. Kao najvažniju zaštitu Afifi i suradnici (2016) sugeriraju međuljudski odnosi koji potiče privrženost, usmjerava, pouzdan je, podržava socijalnu integraciju i osigura vrijednost. Nadalje, izloženost nepovoljnim događajima u djetinjstvu bila je povezana s većom vjerojatnošću za simptome depresije u odrasloj dobi, ali samo među osobama s lošom percipiranom socijalnom podrškom. Štoviše, izloženost bilo kojem nepovoljnom događaju u djetinjstvu bila je povezana s gotovo trostruko većom vjerojatnošću pojave simptoma depresije među pojedincima koji prijavljuju lošu socijalnu podršku.

Odnos rizika u provedenom istraživanju (depresije i nepovoljnih iskustava u djetinjstvu) snažno evocira teoriju privrženosti koja ima polazište u činjenici da je za preživljavanje svakog ljudskog bića u najranijoj dobi neophodna briga odraslih. Kvaliteti te brige značajno pridonosi kvaliteta veze između djeteta i roditelja/primarnog skrbnika. Opisano povećava vjerojatnost da se nejakom, ovisnom i ugroženom djetetu pomogne i dodatno je jamstvo da će dijete razviti „sigurnu bazu“ (figuru privrženosti) u obliku pouzdane osobe na čiju se pažnju i ljubav može osloniti kada počne otkrivati širu okolinu. Ainsworth (1991) je, sukladno Bowlbyevoj teoriji, razvila klasifikaciju prema kojoj postoje tri osnovna obrasca ili kategorije privrženosti – sigurna, anksiozno-izbjegavajuća i anksiozno-ambivalentna. Sigurna privrženost omogućuje kvalitetniji odnos s vršnjacima, bolju prihvaćenost u društvu, razvitak socijalnih vještina i slično, a u odrasloj dobi dugotrajnije i sigurnije veze te povjerljive prijatelje. S druge strane, izbjegavajuća privrženost u najranijoj dobi može rezultirati problemima u školskoj dobi poput

sklonosti depresiji ili agresivnosti, a u odrasloj dobi izbjegavanjem emocionalnih odnosa (Sanković, 2005).

6.2. Odnos strategija suočavanja sa stresom, individualnih čimbenika otpornosti i percipirane socijalne podrške kod oboljelih od depresije

Rezultati provedenog istraživanja pokazuju kako postoji povezanost individualnih čimbenika otpornosti pojedinca i percipirane socijalne podrške. Moguće je zaključiti kako oni sudionici istraživanja koji doživljavaju veću razinu svih oblika socijalne podrške ujedno izvještavaju i o više čimbenika individualne otpornosti. Ovaj nalaz potvrđuju i ranija istraživanja (Hu i sur., 2018), te Bruwer i suradnici (2008) nalaze pozitivnu povezanost percipirane socijalne podrške i otpornosti, te negativne povezanosti percipirane socijalne podrške i depresije.

Zanimljivo je kako sudionici u ovom istraživanju najviše percipiraju podršku od strane značajnih drugih. To je u skladu s ranijim nalazima Zimet i suradnika (1988) koji, u populaciji osoba koji se liječe od psihičkih bolesti, nalaze da je izvor podrške u prijateljima ili značajnim drugima bolji prediktor fizičkog ili psihološkog zdravlja od percipirane socijalne podrške obitelji.

S druge pak strane, Roohafza i suradnici (2014) opisuju aktivne stilove suočavanja i percipiranu socijalnu podršku, osobito pozitivno reinterpretiranje i socijalnu podršku obitelji kao zaštitne čimbenike u depresiji. Meta-analiza (Gariépy, Honkaniemi i Quesnel-Vallée, 2016) opisuje, pak, kako je izvor socijalne podrške koji je najdosljednije povezan sa zaštitom od depresije kod odraslih bila podrška supružnika, a slijedila je podrška obitelji, prijatelja i djece. Vrsta socijalne podrške koja je najkonsistentnije povezana sa zaštitom od depresije kod odraslih bila je emocionalna podrška, a slijedila je instrumentalna podrška. Kleinberg, Aluoja i Vasar (2013) depresiju povezuju sa strukturnim i funkcionalnim čimbenicima socijalne podrške i vanjskim lokusom kontrole.

Rezultati provedenog istraživanja govore o tome kako je povezanost različitih oblika socijalne podrške niska do umjerena (r=0,27 podrška obitelji, r=0,36 podrška prijatelja, r=0,38 podrška značajnih drugih, do r=0,40 za ukupnu percipiranu socijalnu podršku). Nalaz niske do umjerene

socijalne podrške kod oboljelih od depresije slijedi brojne ranije nalaze. Hansell i Damour (2005) sugeriraju da su ljudi skloniji depresiji kad opažaju niže razine socijalne podrške, te da je kod oboljelih od depresije bilo nemoguće tražiti ili održavati veze, tj. postojala je tzv. negativna spirala socijalne podrške i depresije.

U provedenom istraživanju postoji visoka povezanost između proaktivnih strategija suočavanja sa stresom i individualnih čimbenika otpornosti. Pojedinci koji koriste proaktivne strategije suočavanja sa stresom tj. suočavanje usmjereno na problem, ujedno imaju i više individualnih čimbenika otpornosti. Sudionici koji izvještavaju o više individualnih čimbenika otpornosti ujedno koriste i proaktivnije strategije suočavanja sa stresom.

Proaktivne strategije suočavanja sa stresom pozitivno su povezane i s percipiranom socijalnom podrškom. U provedenom istraživanju oni sudionici koji koriste proaktivne strategije suočavanja sa stresom istovremeno izvještavaju i o snažnijoj socijalnoj podršci koju percipiraju.

Dokaze da je u oboljelih od depresije slabija percepcija socijalne podrške povezana s lošijim ishodima u smislu simptoma, oporavka i funkcioniranja nalaze Wang i suradnici (2018). Postoje neki preliminarni dokazi o sličnom odnosu kod bipolarnih i anksioznih poremećaja te o odnosu između veće percepcije socijalne podrške i bolje kvalitete života i funkcioniranja u shizofreniji.

Socijalna podrška i strategije suočavanja sa stresom snažno su međusobno ovisni (Söllner i sur., 1999). Smatraju se čimbenicima koji povećavaju otpornost na probleme psihičkog zdravlja. Proaktivne strategije suočavanja poput traženja socijalne podrške pozitivno su povezani s otpornošću (Howe i sur., 2012; Thompson i sur., 2016). Viša razina socijalne podrške pokazala se kao ona koja doprinosi korištenje proaktivnih strategija suočavanja sa stresom (Aymanns i sur., 1995; Söllner i sur., 1999). Učinak socijalne podrške na depresiju moderiran je proaktivnim suočavanjem sa stresom, odnosno, interakcija između upotrebe socijalne podrške i korištenja proaktivnih strategija suočavanja je u značajnoj i negativnoj korelaciji s ozbiljnošću simptoma depresije (Ren i sur., 2015; Zhou i sur., 2019). To je možda zbog činjenice da socijalno okruženje može utjecati na motivaciju i odabir određene strategije suočavanja i na učinkovitost strategije koja se koristi. Ljudi nezadovoljni socijalnom podrškom obično su koristili izbjegavajući stil suočavanja kad su bili depresivni (Schwarzer i Weiner, 1991; Rudnicki i sur., 2001).

Kato (2015) istražujući utjecaj dualni proces korištenja strategije evaluacije (osjetljivost za feedback i efikasnost suočavanja sa stresom) i adaptivnih strategija suočavanja sa stresom kod

oboljelih od depresije, nalazi kako su navedene strategije značajno povezane s nižim razinama depresivnih simptoma.

U studiji suočavanja Grčke populacije s pandemijom COVID-19, Skapinakis i suradnici (2020) bilježe niže razine depresije kod onih sudionika koji koriste proaktivne strategije suočavanja sa stresom i pokazuju visoku razinu osobne kontrole i kontrole liječenja. U multivarijantnoj analizi zabilježene su veće razine trenutnih simptoma depresije kod mlađih, kod učenika, kod onih jače emocionalno pogođenih epidemijom, kod izoliranih zbog simptoma povezanih s COVID-19 i onih koji su prekomjerno izloženi medijima o COVID -19 vijestima.

6.3. Odnos razina depresije i nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i socijalnog funkcioniranja oboljelih od depresije

Povezanost između smanjene kvalitete socijalnog funkcioniranja i razine depresije, u ovom istraživanju, je snažna i pozitivna ($r=0,63$ $p < 0,001$). Opaženi koeficijent korelacije ukazuje na to da pojedinci koji imaju lošiju kvalitetu socijalnog funkcioniranja ujedno imaju i višu razinu depresije. Rezultati istraživanja pokazuju da postoje statistički značajne razlike među sudionicima s umjerenom i blagom depresijom, koji se pak razlikuju od pojedinaca s minimalnom depresijom. Naime, sudionici istraživanja svrstani u kategorije više razine depresije imaju i više poteškoća u socijalnom funkcioniranju, odnosno lošiju kvalitetu socijalnog funkcioniranja.

Različita istraživanja potvrđuju kako je kod odraslih oboljelih od depresije s prethodnim nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu povezan raniji početak, teža simptomatologija, većim brojem i duže trajanje depresivnih epizoda, tendencija kroničnoj bolesti ili rezistenciji na terapiju, više stope psihijatrijskih komorbiditeta, kao i pokušaji suicida ili impulzivnost u usporedbi odraslih oboljelih od depresije bez ranijih nepovoljnih iskustava u djetinjstvu (Brodsky i sur., 2001.; Zlotnick i sur., 2001.; Klein i sur., 2009.; Wiersma i sur., 2009., 2010.; Miniati i sur., 2010.; Nanni i sur., 2012.).

U provedenom istraživanju povezanost između smanjene kvalitete socijalnog funkcioniranja i nepovoljnih iskustava u djetinjstvu je niska i pozitivna; sudionici istraživanja koji imaju lošiju

kvalitetu socijalnog funkcioniranja ujedno izvještavaju i o većem broju nepovoljnih iskustava u djetinjstvu.

Neke studije (Mealer i sur., 2012; Charney, 2004) izvješćuju o negativnoj povezanosti između otpornosti i kasnijeg razvoja psihijatrijskih simptoma. Meta-analiza povezanosti otpornosti i depresije (Wermelinger i sur., 2017) u općoj starijoj populaciji pokazala je da je otpornost imala umjereni učinak na depresiju (r = -0,35). Niska razina individualne otpornosti bila je značajno povezana s razvojem depresije i anksioznosti među osobama u radnom odnosu, s obzirom na razinu stresa na poslu (Shin i sur., 2019). U ovoj studiji otpornost je mogla objasniti samo 3% -5% depresije i anksioznosti.

6.4. Putevi kojima čimbenici individualne otpornosti, percipirana socijalna podrška i strategije suočavanja sa stresom ostvaruju medijatorski efekt u odnosu između razine depresije/ intenziteta nepovoljnih iskustva iz djetinjstva i kvalitete funkcioniranja oboljelih od depresije

U provedenom istraživanju potvrđen je djelomičan medijacijski utjecaj individualnih čimbenika otpornosti, socijalne podrške i proaktivnih strategija suočavanja sa stresom na odnos depresije i kvalitete funkcioniranja u depresiji. Ipak, percipirana socijalna podrška jedini je značajan medijator preko kojeg se ostvaruje efekt depresivnosti na kvalitetu funkcioniranja u depresiji. Pokazalo se kako depresivnost djeluje izravno na kvalitetu funkcioniranja u depresiji, ali i posredno, preko socijalne podrške. Pojedinci s izraženijom depresijom imaju i sniženu kvalitetu funkcioniranja u depresiji. Sama depresivnost može biti direktno odgovorna za lošiju kvalitetu funkcioniranja u depresiji (izravan put), ali ipak se dio tog efekta ostvaruje se i kroz socijalnu podršku, na način da depresivnost umanjuje socijalnu podršku, koja potom dovodi i do smanjenja kvalitete funkcioniranja u depresiji (medijatorski efekt).

Prethodne studije naglašavale su medijacijsku ulogu strategija suočavanja sa stresom između socijalne podrške i ishoda prilagodbe pojedinaca poput depresije (Fleishman i sur., 2000; Rayburn i sur., 2005). Pojedinci koji imaju odgovarajuću socijalnu podršku bit će skloniji koristiti proaktivne strategije suočavanja (Dunkel-Schetter i sur., 1984).

U istraživanju Zhao, Sun i Yang (2021) percipirana socijalna podrška i individualni čimbenici otpornosti pokazali su se zaštitnim čimbenicima u suočavanju sa simptomima depresije, te su nada i individualni čimbenici otpornosti kao medijacijske varijable posredovale u povezanosti percipirane socijalne podrške i simptoma depresije. Autori predlažu osnaživanje socijalne podrške, posebno podrške iz obitelji, kao i individualnih čimbenika otpornosti pacijenata kao potencijalne ciljeve budućih psihosocijalnih intervencija usmjerenih na smanjenje simptoma depresije.

U studiji koja je istraživala moderacijski i medijacijski učinak individualnih čimbenika otpornosti na odnos između percepcije stresa i depresije među ovisnicima o heroinu (Wang i sur., 2019), korelacijska je analiza pokazala da je percipirani stres pozitivno povezan s depresijom. Otpornost je negativno korelirana s percipiranim stresom i depresijom, dok je analiza medijacije otkrila kako su individualni čimbenici otpornosti bili djelomični medijatori u odnosu između percepcije stresa i depresije. Međutim, individualni čimbenici otpornosti nisu ublažili utjecaj percipiranog stresa na depresiju.

Karatzias i suradnici (2017) utvrđuju kako otpornost ima medijacijski učinak u odnosu između više traumatičnih životnih događaja i subjektivnog fizičkog i mentalnog zdravlja. Rezultati ove studije ukazuju na to da su mnogo više psihološki čimbenici, a manje biološki, važni medijatori odnosa između izloženosti životnim događajima i zdravlja.

Nadalje, u provedenom istraživanju nije potvrđen medijacijski utjecaj otpornosti, socijalne podrške i proaktivnih strategija suočavanja sa stresom na odnos nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i kvalitete funkcioniranja u depresiji., Efekt nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i kvalitete funkcioniranja u depresiji je izravan te ne ovisi o utjecaju medijacijskih varijabli. Nepovoljna iskustava u djetinjstvu imaju izravan učinak na smanjenje kvalitete funkcioniranja u depresiji.

Ipak, druga istraživanja pokazuju i različite rezultate nego one dobivene ovim istraživanje. Presječno istraživanje Campella i suradnika (2006) pokazalo je da, s obzirom na slične razine dječjeg zanemarivanja u djetinjstvu, osobe s visokom otpornošću imaju manje općih psihijatrijskih simptoma, u usporedbi s onima s niskom otpornošću. Druga studija je tijekom 30 godina pratila osobe s iskustvom seksualnog ili fizičkog zlostavljanja u djetinjstvu kako bi se procijenilo razvoj psihopatologije odraslih; utvrdilo se da, unatoč ozbiljnoj povijesti zlostavljanja, neki ljudi nisu razvili psihijatrijske probleme tijekom ovog perioda praćenja (Collishaw i sur., 2007). Isto tako, treće presječno istraživanje pokazalo je da unatoč izloženosti

traumatičnim događajima, neke osobe nisu imale psihičke poremećaje tijekom života (Alim i sur., 2008). Ova istraživanja pružaju dragocjene informacije o učinku otpornosti na opće psihijatrijske simptome. Zlostavljanje u djetinjstvu i druga izloženost traumi značajno su pridonijeli ozbiljnosti depresivnog simptoma, dok ga je otpornost značajno ublažila (Wingo i sur., 2010). Štoviše, otpornost je bila moderator težine depresije i kao glavni učinak i kao interakciju s drugim izloženostima traumi.

Jurgensen (2019) istražujući medijacijski učinak na stil privrženosti i simptome depresije i anksioznosti, nalazi kako stvaranje nesigurne privrženosti tijekom djetinjstva značajno predviđa simptome depresije i anksioznosti u odrasloj dobi i kod muškaraca i kod žena. Točnije, odnos između anksioznog izbjegavanja i anksioznog ambivalentnog sa simptomima depresije djelomično je posredovan individualnim čimbenicima otpornosti muškaraca. Unutar populacije žena individualni čimbenici otpornosti imali su ulogu djelomičnog medijatora u odnosu između anksiozno-ambivalentne privrženosti i depresije. Takva otkrića sugeriraju kako bi individualni čimbenici otpornosti mogli djelovati kao zaštitni čimbenik protiv simptoma depresije i anksioznosti.

Rezultati provedenog istraživanja pokazuju kako postoji povezanost individualnih čimbenika otpornosti i socijalne podrške, zatim da postoji visoka povezanost između proaktivnih strategija suočavanja sa stresom i individualnih čimbenika otpornosti, nadalje proaktivne strategije suočavanja sa stresom pozitivno su povezane i s percipiranom podrškom obitelji, percipiranom podrškom prijatelja, percipiranom podrškom značajnih drugih, te s ukupnom razinom percipirane socijalne podrške. Postoji, zatim, umjerena negativna povezanost između poteškoća u socijalnom funkcioniranju i individualnih čimbenika otpornosti, socijalne podrške i strategija suočavanja sa stresom. I mnoga druga istraživanja pokazuju slično. Primjerice, studije pokazuju kako je otpornost u negativnoj korelaciji s depresijom i anksioznošću (Miller i Chandler, 2002; Nrugham i sur., 2010; Wells i sur., 2012; Poole i sur., 2017; Shapero i sur., 2019). Waugh i Koster (2015) otkrili su da postoje dokazi kako intervencije treninga otpornosti koji je usmjeren na povećanje dobrobiti pojedinca i regulaciju emocija ima blagotvorne učinke na depresiju, odnosno da može povećati kapacitet pojedinca za suočavanje sa stresorima, smanjiti osjetljivost na stres i povećati prilagodljivost stresu. Tretman (trening) otpornosti pokazao se učinkovit u smanjenju simptoma depresije kod osoba koje su doživjele traumatska iskustva u djetinjstvu (Wingo i sur., 2010) .

Nimalo manje važno jest osnaživanje međuljudskih odnosa i socijalne podrške. Socijalna podrška odnosi se na psihološke i materijalne resurse koje pojedincu pruža njegova/njezina socijalna mreža u suočavanju sa stresom. Tako socijalna podrška uključuje pomaganje, brigu, empatiju, skrb, davanje savjeta (Grav, Hellzèn, Romild i Stordal, 2012), te je neminovno povezana sa socijalnom integracijom (Baumgartner i Susser, 2013) kao stvarnim sudjelovanjem osobe u različitim socijalnim relacijama (obiteljski, partnerski, prijateljski odnosi, osjećaj pripadnosti zajednici, društvena participacija). Studije sugeriraju kako je sudjelovanje u socijalnim relacijama zaštitni čimbenik u pozitivnom razvoju i smanjenju zdravstvenih teškoća (Cohen i Janicki-Deverts, 2009)

Rezultate provedenog istraživanja moguće je razumjeti u okviru šireg modela stresa i strategija suočavanja (Lazarus i Folkman, 1984) u prilagodbi na kronične bolesti. Ovaj model procjenjuje kako glavni životni događaji i svakodnevni rizici utječu na emocije s naglaskom na kognitivnu procjenu i suočavanje sa stresom. Kognitivna procjena sastoji se od primarne procjene (radi procjene štete ili prijetnje koju situacija može predstavljati) i sekundarne procjene (koja procjenjuje što se može učiniti i sposobnost pojedinca da upravlja i nosi se s tim). Suočavanje proizlazi iz ove procjene prijetnje i može utjecati ili na promjenu odnosa osobe i okoline ili na razinu proživljene emocionalne nevolje. Osobine osobe, simptomi depresije i socijalna podrška neki su čimbenici koji utječu na korištenje strategija suočavanja.

7. VERIFIKACIJA HIPOTEZA

Empirijski cilj ovog istraživanja jest istražiti doprinos individualnih čimbenika otpornosti, percipirane socijalne podrške i strategija suočavanja sa stresom (zaštitni čimbenici) i socijalne funkcionalnosti (ishod) oboljelih od depresije (rizik).

U nastavku je prikazana verifikacija hipoteza.

PROBLEM 1

P1. Istražiti odnos između razine depresije i nepovoljnih iskustava u djetinjstvu.

Hipoteza H1. Oboljeli od depresije s više nepovoljnih iskustava u djetinjstvu imaju težu razinu depresije.

Varijable: varijable na upitniku ACE i BDI-II

Metode: deskriptivna statistika, ANOVA i post-hoc test

Prva hipoteza je potvrđena u cijelosti.

PROBLEM 2

P2. Istražiti odnos između strategija suočavanja sa stresom, individualnih čimbenikaotpornosti i percipirane socijalne potpore kod oboljelih od depresije.

Hipoteza H2. Oboljeli od depresije koji postižu više rezultate na skali percipirane socijalne potpore percipiraju više individualnih čimbenika otpornosti.

Varijable: varijable na upitniku MSPPS i CDRS

Metode: Pearsonovi koeficijenti korelacije, regresijska analiza (prediktori – podrška obitelji, podrška prijatelja i podrška značajnih drugih)

Druga hipoteza je potvrđena u cijelosti.

Hipoteza H3. Oboljeli od depresije koji postižu više rezultate na skali percipirane socijalne potpore i percipiraju više individualnih čimbenika otpornosti češće koriste proaktivne strategije suočavanja sa stresom.

Varijable: varijable na upitniku MSPPS, CDRS i COPE

Metode: Pearsonovi koeficijenti korelacije, regresijska analiza (prediktori – socijalna podrška obitelji, podrška prijatelja i podrška značajnih drugih i individualni čimbenici otpornosti)

Treća hipoteza je potvrđena u cijelosti.

PROBLEM 3

P3. Istražiti povezanost razine depresije i nepovoljnih iskustva u djetinjstvu i socijalnog funkcioniranja oboljelih od depresije.

Hipoteza H4. Niža razina socijalnog funkcioniranja povezana je s višom razinom depresije.

Varijable: varijable na upitniku FAD i BDI-II

Metode: deskriptivna statistika, ANOVA i post-hoc test

Četvrta hipoteza je potvrđena u cijelosti.

Hipoteza H5. Niža razina socijalnog funkcioniranja povezana je s više nepovoljnih iskustva u djetinjstvu.

Varijable: varijable na upitniku FAD i ACE

Metode: deskriptivna statistika, ANOVA i post-hoc test

Peta hipoteza je potvrđena u cijelosti.

PROBLEM 4

P4. Ispitati kojim putevima individualni čimbenici otpornosti, percipirana socijalna podrška i strategije suočavanja sa stresom ostvaruju medijatorski efekt u odnosu između razine depresije/ intenziteta nepovoljnih iskustva iz djetinjstva i kvalitete funkcioniranja oboljelih od depresije

Hipoteza H6. Individualne čimbenici otpornosti, percipirana socijalna podrška i strategije suočavanja sa stresom su medijatori u odnosu između razine depresije i kvalitete funkcioniranja oboljelih od depresije.

Varijable: varijable na upitniku CDRS, MSPPS, COPE, BDI-II, FAD
(medijacijske varijable – individualni čimbenici otpornosti, socijalna podrška i strategije suočavanja sa stresom, prediktor – razina depresije, kriterij – socijalno funkcioniranje).

Metode: Pearsonovi koeficijenti korelacije, hijerarhijska regresijska analiza, Sobelov test, Z-test

Šesta hipoteza je djelomično potvrđena.

Hipoteza H7. Individualni čimbenici otpornosti, percipirana socijalna podrška i strategije suočavanja sa stresom su medijatori u odnosu između intenziteta nepovoljnih iskustva iz djetinjstva i kvalitete funkcioniranja oboljelih od depresije.

Varijable: varijable na upitniku CDRS, MSPPS, COPE, ACE, FAD
(medijacijske varijable – individualni čimbenici otpornosti, socijalna podrška i strategije suočavanja sa stresom, prediktor – nepovoljna iskustva iz djetinjstva, kriterij – socijalno funkcioniranje)

Metode: Pearsonovi koeficijenti korelacije, regresijska analiza, Sobelov test, Z-test

Sedma hipoteza nije potvrđena.

8. ZNANSTVENI I PRAKTIČNI DOPRINOSI

Prema autoričinim saznanjima, ovo je prvo istraživanje individualnih čimbenika otpornosti, percipirane socijalne podrške, strategija suočavanja sa stresom i socijalne funkcionalnosti kod oboljelih od depresije u Hrvatskoj. Isto tako, prvo je takvo istraživanje provedeno na kliničkom uzorku. Doprinos ovog istraživanja znanosti očituje se u novim spoznajama i razumijevanju povezanosti individualnih čimbenika otpornosti, socijalne podrške i strategija suočavanja sa stresom na funkcionalnost osoba oboljelih od depresije. Kako za hrvatski, tako i za internacionalni kontekst bitnim se čini i doprinos u boljem razumijevanju kompleksnosti i prirode povezanosti istraživanih koncepata. S obzirom da se opisani model nije do sada primjenjivao u istraživanjima depresije u Republici Hrvatskoj, provjerom modela dobivena su važna saznanja. Doprinos znanosti očituje se u i prirodi istraživanja, kao i rezultatima istog. Naime, dosadašnja istraživanja u populaciji osoba oboljelih od depresije većinom su proučavala koncept otpornost i/ili čimbenike otpornosti kao statične komponente oboljelih, dok ovo istraživanje slijedi definiciju same otpornosti kao „dinamičnog procesa“ na način da provjerava utjecaj individualnih čimbenika otpornosti na vezu između rizika i ishoda. Nadalje, dobivena saznanja mogu voditi razvoju znanstveno utemeljene prakse bilo da se radi o prevenciji depresije, tretmanu osoba oboljelih od depresije ili prevenciji relapsa bolesti. Rezultati znanstvenih istraživanja, pa tako i ovog istraživanja, imaju najveću vrijednost kada mogu poslužiti kao temelj za razvoj novih tehnologija, intervencija, praksi. U području društvenih znanosti danas je veliki naglasak na kreiranju i implementaciji intervencija utemeljenih na dokazima, a tome ovo istraživanje sigurno doprinosi, te posljedično doprinosi i razvoju učinkovitije kliničke prakse.

Rezultati istraživanja ukazuju na to da je neizmjerno važno detektirati i akceptirati rizike na razini osobe i njezina okruženja, s ciljem osnaživanja zaštitnih čimbenika. Podatak kako su sudionici ovog istraživanja tijekom odrastanja doživjeli prosječno 3,50 nepovoljnih iskustava podsjeća na nasušnu potrebu i obvezu zajednice da odgovori na rizike, zaštitu, skrb i ranjivost djece i mladih. Uzimajući u obzir da su ranija istraživanja (Tsehay, Necho i Mekonnen, 2020) pokazala kako je broj doživljenih nepovoljnih iskustava u djetinjstvu povezan s ozbiljnošću simptoma depresije, te kako je veća koncentracija simptoma depresije povezana s većom kumulativnom izloženosti nepovoljnim iskustvima u djetinjstvu, postaje jasna potreba za ranim intervencijama.

Doprinos postoji i vezano uz mjerne instrumente. Naime, u okviru ovog istraživanja prevedena su tri instrumenta. Provjerene su metrijske ovih instrumenata: ***Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške*** (samoprocjena osobe oboljele od depresije, Zimet, Dahlem, Zimet i Farley, 1988., *Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPPS* – 12 čestica), ***Upitnik za procjenu funkcionalnosti u depresiji*** (samoprocena osobe oboljele od depresije, Darrow i Follette, 2011. *Functional Assessment of Depression – FAD* – 48 čestica), ***Upitnik nepovoljnih iskustava u djetinjstvu*** (samoprocjena osobe oboljele od depresije, Felitti i Anda, 1995., *Adverse childhood experience questionnaire - ACE* – 10 čestica). Nadalje, primjena ***Skala procjene individualnih čimbenika otpornosti*** (samoprocjena osobe oboljele od depresije, *Connor-Davidson Resilience Scale - CD – RISC-25* - 25 čestica) omogućuje usporedbu rezultata s dosadašnjim nalazima istraživanja provedenim s osobama oboljelima od depresije.

9. OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA

Istraživanje ima ograničenja u različitim aspektima. Jedno od ograničenja ovog istraživanja jest dob sudionika. U istraživanju su sudjelovali sudionici između 18 i 80 godina. Naime, s obzirom na specifičnosti mladih u dobi kasne adolescencije oboljelih od depresije potrebno je budućim istraživanjima ciljano obuhvatiti ovu skupinu kao onu koja je još uvijek u razvoju, te kod koje se najčešće ne radi o kroničnom obliku bolesti, odnosno riječ je o populaciji koja se svojom razvojnom dobi, resursima koje posjeduje, te životnim tranzicijama kroz koje prolazi, bitno razlikuje od populacije odraslih oboljelih od depresije.

Sudionici istraživanja u vrijeme sudjelovanja u istraživanju participirali su u jednom od tri oblike tretmana (hospitalnom, dnevnobolničkom ili ambulantnom). Osim medikamentozne terapije, mnogi sudionici sudjelovali su nekom obliku individualne ili grupne psihoterapije, socioterapijskih postupaka, treningu socijalnih vještina, radnoj terapiji, te bi stoga u budućim istraživanjima bilo bi važno provjeriti predloženi model u okviru tretmana.

Bitnim se čini i uvažiti postojanje velikog broja komorbiditeta u sudionika istraživanja. Činjenica kako čak 58% sudionika oboljelih od depresije za komorbidnu dijagnozu ima neki oblik poremećaja ličnosti, ukazuje na to kako bi buduća istraživanja individualnih čimbenika otpornosti mogla razjasniti iste, upravo za osobe oboljele od poremećaja ličnosti, te smjernicama za jačanje specifičnih individualnih čimbenika otpornosti u okviru tretmana osnažiti i njihovo socijalno funkcioniranje.

Sve navedeno zapravo govori o velikoj heterogenosti uzorka što je moglo utjecati na dobivene rezultate. Izazovi znanstvenih istraživanja na kliničkom uzorku su često vezani za heterogenost uzorka (dob, spol, tip tretmana, komorbiditet), odnosno male uzroke ukoliko se želi osigurati veća heterogenost uzorka sudionik istraživanja.

Nadalje, dio prikupljanja podataka odnosio se na autoričino prikupljanje podataka iz postojeće medicinske dokumentacije (povijesti bolesti) sudionika istraživanja. Unatoč postojanju jasne i relativno dosljedne logike u vođenju dokumentacije, ipak treba akceptirati heterogenost stilova vođenja dokumentacije, a koja najčešće proizlazi iz različitosti pisanja, obimu prikupljenih podataka, edukaciji stručnjaka koji vodi dokumentaciju i slično.

Slijedeći izvor nedostataka su primijenjeni instrumenti. Vrlo često navodi se kako skale samoprocjene nisu odraz pravog stanja sudionika istraživanja jer odgovori ovise o tome koliko

dobro sudionici poznaju sebe i koliko uopće imaju uvid u svoje misli, osjećaje i ponašanje. Na odgovore može utjecati socijalna poželjnost nekog odgovora kao i razina intimnosti postavljenih pitanja kao i okolnosti u kojima se obavlja testiranje ili istraživanje (Jackson, 2020). Uvid u dokumentaciju sudionika istraživanja koje je koristila istraživačica u svrhu prikupljanja sociodemografskih podataka sudionika, predstavlja naredno ograničenje istraživanja. S obzirom na relativnu usklađenost dostupne medicinske dokumentacije sudionika istraživanja, kao i pojavu varijacija u praksi vođenja kliničke dokumentacije bilo je potrebno provesti kritičnu procjenu i postaviti rigorozne kriterije prikupljanja podataka uvidom u dokumentaciju.

Uz navedeno, ograničenje istraživanja u smislu istraživanja prirode povezanosti rizika, zaštitnih čimbenika i ishoda (dalje procesa) je činjenica da je ono napravljeno u jednoj točci mjerenja. Istraživanje koje bi bilo longitudinalno postavljeno, i uzelo u obzir učinak tretmana, mogli bi dati dodatne spoznaje o istraživanim procesima.

10. ZAKLJUČAK

Depresija je učestala bolest koju karakteriziraju poremećaji raspoloženja (afektivni poremećaji). Trajna tuga i gubitak interesa za aktivnosti u kojima je osoba do sada uživala kao i nesposobnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti (smanjenje energije i povećan umor) kroz najmanje dva tjedna glavna su obilježja depresije odnosno depresivne epizode.

Kompleksni koncepti kao što su otpornost i depresija traže široka znanja i uvid u niz rizičnih i zaštitnih čimbenika s kojima je osoba suočena. Čini se bitnim istaknuti dinamičnu prirodu procesa otpornosti u oporavku oboljelih od depresije. Iako neke studije opisuju učinak otpornosti na osobu po završenom sudjelovanju u određenom programu, ostaje za istražiti učinak otpornosti na poboljšanje simptoma depresije nakon psihoterapijskih intervencija ili intervencija na razini obitelji. Depresija danas ima visoku prevalenciju u cjelokupnoj svjetskoj populaciji, vodeći je javnozdravstveni problem, te je jedna od najčešće dijagnosticiranih bolesti 21.stoljeća. Depresiji se mogu pridružiti i druge vrste bolesti u formi komorbiditeta, kako somatskih bolesti (infarkt miokarda, onkološke bolesti, CVI) tako i onih psihičkih. Naime, komorbiditet depresije i drugih psihičkih poremećaja prisutan je u 74% oboljelih, među kojima su najčešći anksiozni poremećaji, alkoholizam, poremećaji ličnosti, te poremećaji prehrane. Primjerice, za populaciju odraslih oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja važan je podatak (Davidson i sur. 2005) kako su promjene u otpornosti nakon sudjelovanja u liječenju i programu otpornosti, bile su statistički značajne. Čimbenici koji su pokazali najveću promjenu odnosili su se na samopouzdanje, kontrolu, suočavanje, samopomoć i prilagodljivost. Čimbenici koji pokazuju najmanje promjena odnose se na duhovne i egzistencijalne aspekte otpornosti, motivaciju, donošenja odluka i ciljeva.

Razumijevanje teorijskog utemeljenja programa, konačno, pomaže u planiranju programa, provedbi, upravljanju, evaluaciji i izvještavanju.

Mnogo je razloga zašto razvijati programe otpornosti u okviru mentalnog zdravlja za odrasle oboljele od depresije. Ovisno o javnoj politici čiji je navedeno interes, razloge nalazimo u javnom zdravstvu, financijskom aspektu tretmana, osiguravanju resursa zajednice i drugima Osim na razini cjelokupnog zdravlja pojedinca i njegova/njezina funkcionalnog oporavka, ulaganje u navedene programe ima i važne dobrobiti na razini obitelji i zajednice. Jasno je kako se mnoga djeca u suvremenim društvima suočavaju s višestrukim i akumulirajućim rizicima koji zahtijevaju višestruke zaštitne intervencije i sveobuhvatne napore kako bi se spriječio ili

umanjio rizik i razvojne posljedice nepovoljnih iskustava za djecu i njihove obitelji (Masten i Barnes, 2018; Shonkoff, Boyce i McEwen, 2009). Rano djetinjstvo presudna je prilika za obitelji i društva da osiguraju djeci resurse i zaštitu potrebne za razvijanje alata za adaptaciju i razvoj kvalitetnih odnosa koji će im trebati kao dobra pripremljenost za budućnost (Masten, 2011).

Ferić (2015) naglašava kako s obzirom da zdravlje i pozitivan razvoj zajednice ovise o mnogo čimbenika, intervencije usmjerene samo na jedno specifično područje nisu dovoljne. Intervencije za određeno zdravstveno ili razvojno pitanje povezane su i utječu na niz drugih polja u različitim dijelovima zajednice. Zdravlje i snaga zajednice, kao i njen sam razvoj, uključuje međuovisne odnose mnogih dionika u kojima su participativnost i suradnja ključni.

Termin sustav podrške za oboljele od depresije danas se koristi kako bi se opisale sve usluge i programi kroz koje se pruža podrška oboljelima u različitim životnim fazama i okolnostima, kao i u zadovoljavanju njihovih različitih potreba. Sustav podrške za oboljele od depresije danas je često orijentiran na krizu ili kriznu situaciju. Usluge u zajednici mogu igrati presudnu ulogu u promicanju svijesti o mentalnom zdravlju, smanjenju stigme i diskriminacije, potpori oporavku i socijalnoj uključenosti te prevenciji mentalnih poremećaja (Evans-Lacko i sur., 2014; Jorm, 2012; Brekke i sur, 2005). Iz toga slijedi da međunarodni akcijski planovi i smjernice ističu brigu o mentalnom zdravlju u zajednici. Akcijski plan za mentalno zdravlje Svjetske zdravstvene organizacije (WHO, 2013b) za razdoblje 2013. - 2020. poziva na pružanje sveobuhvatne, integrirane zaštite mentalnog zdravlja i socijalne skrbi, uključujući programe promocije i prevencije u zajednicama koji pak integriraju perspektive i angažman korisnika usluga i obitelji (WHO, 2013a).

Model 1. Odnos pojedinca, obitelji, zajednice, sustava podrške i legislativnog okvira zemlje (Ferić, 2015).

Kako je vidljivo u predloženom modelu odnos pojedinca s njegovim/njezinim osobnim značajkama nedjeljivo je povezan s obitelji koja, nadalje, ima svoju unutarnju dinamiku, strukturu i karakteristike. Obitelj pojedinca čini dio zajednice u kojoj živi, a koju je moguće opisati okruženjem odnosno svim institucijama s kojima je pojedinac u interakciji i koje predstavljaju resurse zajednice, odnosima institucija, te tzv. "višim redom" koji podrazumijeva osjećaj pripadnosti, zajednička iskustva i vrijednosti zajednice. Zajednicu podržava sustav pomoći i podrške s ciljem osiguravanja uvjeta kvalitete života članova zajednice. Svemu tome pomaže jasan zakonski okvir pojedine zajednice. Ovako predložen, model odnosa pojedinca, obitelji, zajednice, sustava podrške i legislativnog okvira zemlje zorno predočuje kompleksnost veza i potrebu suradnje svih opisanih aktera. Ekološka perspektiva okolinu promatra kao niz povezanih struktura u kojima se odvija čovjekov svakodnevni život, a ima značajan utjecaj na razvoj. Ovaj rad temelji se na modelu koji u svojoj osnovi sagledava okolinu kroz opisanu perspektivu.

Zdravstvena politika tek je jedna u nizu politika neka države. Međutim, značenje zdravstvene politike je, kako za građane, tako i za zajednicu, iznimno važno i predmetom je čestih rasprava stručne i šire javnosti. Polazno načelo zdravstvene politike Vlade Republike Hrvatske[10] je *kvalitetn*a zdravstvena zaštita dostupna svima, prema načelu *sveobuhvatnosti, dostupnosti i solidarnosti.* Univerzalno pravo na zdravstvenu zaštitu u Hrvatskoj je zajamčeno Ustavom[11] *("Svakom se jamči pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom", članak 58).* Sudionici zdravstvene politike su brojni – ministar, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, ravnatelji zdravstvenih ustanova, brojne udruge i društva u zdravstvu, sindikati zaposlenih u zdravstvu, sveučilišni kolegiji i drugi. Zanimljivo je da postoje mnoge zainteresirane strane u zdravstvenoj politici. Naime, ista se nerijetko odnosi na održavanje postojećeg stanja i, kako je naziva Colebatch (2004) „industriju bolesti". Zdravstvena politika velik je trošak za državu, tim više što kako navodi Richardson (1984, prema Colebatch, 2004) izdaci u zdravstvu tijekom godina rastu s 4%.

Mihaljek (2006) navodi da Hrvatska godišnje troši otprilike 8% BDP-a za zdravstvenu zaštitu, dok je Europski prosjek između 7,1% - 8,8% BDP-a u 2003. godini. Oko 84% troškova zdravstvene zaštite pokriva se sredstvima javnoga sektora, a 16% privatnim sredstvima, prema navodima istog autora. Unutar javnoga sektora na Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

[10] Dostupno na: https://vlada.gov.hr/program-vlade-republike-hrvatske-za-mandat-2011-2015/9-zdravstvena-politika/14912
[11] Dostupno na: https://www.zakon.hr/z/94/Ustav-Republike-Hrvatske

(HZZO, 2020) otpada više od 95% potrošnje opće države na zdravstvenu zaštitu. Osim u financiranju zdravstvene zaštite, HZZO ima ključnu ulogu i u ponudi jer utvrđuje standarde zdravstvenih usluga i ugovara opseg i cijene usluga sa zdravstvenim ustanovama. Ekonomski utjecaj depresije ima široke reperkusije na cjelokupno funkcioniranje neke države. Depresija je vodeći uzrok invaliditeti u svijetu i glavni je doprinos ukupnom globalnom teretu bolesti (WHO, 2017a). Depresija doprinosi procijenjenim godišnjim troškovima depresije za američke poslodavce od 100 milijardi dolara, uključujući 44 milijarde dolara godišnje samo izgubljene produktivnosti (Stewart i sur., 2003).

Jaz između tereta psihičkih poremećaja i dostupnih usluga utemeljenih na dokazima zapanjujući je u državama niskih i srednjih prihoda. Dok jedna od pet osoba oboljelih od depresije prima minimalno odgovarajuću njegu u zemljama visokih prihoda, samo jedna od 10 osoba ima njegu u zemljama s višim srednjim dohotkom, a jedna od 27 u zemljama s nižim srednjim ili niskim dohotkom (Thornicroft i sur., 2017).

Ulažu se znatni napori kako bi se liječenja učinila dostupnima za depresiju, no relativno su ograničeni napori sprječavaju priljev novih slučajeva depresije. Prema jednom australskom istraživanju (Andrews i sur., 2004) prevencija depresije je važna jer trenutne mogućnosti liječenja mogu samo smanjiti teret bolesti depresije za 34%, čak i ako bi svi pacijenti koji pate od depresije dobili liječenje temeljeno na dokazima. Realnije, kada bi se prilagodio ovaj hipotetski scenarij trenutnim razinama na kojima se nude liječenja temeljena na dokazima, postotak izbjegnutog tereta bolesti pao bi na oskudnih 16%. Slični zaključci izvedeni su iz nalaza europske regije Svjetske zdravstvene organizacije. Ova otkrića ukazuju na važnost pružanja preventivnih intervencija zajedno s liječenjem temeljenim na dokazima kako bi se smanjio teret bolesti.

Preventivne intervencije razvijene su za niz ciljnih skupina i za različita okruženja. Depresija se može dijagnosticirati tijekom čitavog životnog vijeka. Smit, Shields i Petrea (2016) daju primjere rizika obolijevanja od depresije u određenoj životnoj dobi. Na primjer, tijekom adolescencije postoji razdoblje povišenog rizika za prvu depresiju. Isto tako, mlade majke mogu imati povišen rizik od postporođajne depresije. Nadalje, ljudi u radnoj dobnoj skupini mogu biti izloženi riziku od izgaranja, anksioznosti i depresivnih poremećaja. Starija populacija se, zatim, suočava s mnogim čimbenicima rizika za depresiju kao što su ožalošćenost, tjelesna oštećenja i usamljenost.

Vlade bi trebale poticati i razvijati nacionalnu i lokalnu infrastrukturu koja podupire promicanje mentalnog zdravlja i prevenciju psihičkih poremećaja i koje djeluju u suradnji u okviru drugih platformi javnog zdravstva i javnih politika. Vlade i društva za zdravstveno osiguranje trebaju izdvojiti odgovarajuće resurse za širenje i provedba dostupnih programa i politika utemeljenih na dokazima unutar zajednica i na nacionalnoj razini. Povećane resurse treba rasporediti na (A) podržavanje izgradnje kapaciteta u više sektora, (B) financiranje edukacija vezanih uz promicanje i prevenciju mentalnog zdravlja, (C) financiranje provedbe programa u partnerstvu s evaluacijskim istraživanjima, (D) poticanje na lokalnoj i nacionalnoj razini razvoja koordiniranog tijela različitih strana koje su uključene u programiranje mentalnog zdravlja, prevenciju i politiku.

Pojedinci oboljeli od depresije dio su obitelji, pa konačno i zajednice. Kada je riječ o obiteljima u riziku (Ajduković, 2006) važno mjesto u smanjivanju rizika zauzimaju ranointervencijski programi za potporu obitelji. Oni su usmjereni na osnaživanje nasuprot usmjerenosti na probleme, nadalje usmjereni su na snage obitelji i zajednice, „vršnjačku“ potporu, destigmatizaciju, prevenciju nasuprot radu u krizi, radu s cijelom obitelji, kao i uslugama koje se pružaju u obitelji ili/i zajednici. Patterson, DeBaryshe i Ramsey (2000) navode da uspješni sveobuhvatni programi uključuju trening roditelja, trening socijalnih vještina i akademsku pomoć.

Budući da su utjecaji obitelji veoma važni u oblikovanju ponašanja adolescenata, mnoga su istraživanja usmjerena smanjivanju rizika kroz intervencije usmjerene obiteljima. Prema Beardslee i suradnicima (2005) tijekom više od dvadeset godina istraživači diljem svijeta razvijaju širok raspon intervencija s ciljem prevencije transgeneracijskog prijenosa psihičkog poremećaja ili bolesti, na način da istražuju rizične i zaštitne čimbenike na razini djeteta i njegove obitelji. Istraživanja se bave obiteljskim poznavanjem psihičke bolesti, otpornosti djece, interakcijama roditelj – dijete i obitelj, stigmom i socijalnom mrežom podrške. Djeca psihički bolesnih roditelja predstavljaju populaciju u najvišem riziku za obolijevanje od psihijatrijskih bolesti (Van Zoonen i sur., 2014). Na primjer, djeca depresivnih roditelja su u 50% većem riziku da razviju depresivni poremećaj prije dvadesete godine, nego njihovi vršnjaci koji odrastaju s roditeljima očuvanog psihičkog zdravlja (Hosman, Jane-Llopis i Saxena, 2005).

U Hrvatskoj postoji siromašna ponuda intervencija usmjerenih obiteljima u kojima je roditelju (ili roditeljima) dijagnosticirana psihička bolest. Slijedom navedenog, djeca ovih roditelja nisu obuhvaćena potrebnim intervencijama kako se postojeći rizik kojem su izložena ne razvije u poremećaje u ponašanju ili neki od psihičkih poremećaja ili bolesti.

Depresija je jedan od najčešćih problema psihičkog zdravlja u svijetu i predstavlja značajan teret za pojedince, obitelji, zajednice i zemlje. Budući da je depresija povezana sa smanjenom produktivnošću i povećanim izostancima, kao takva ima direktan negativan utjecaj na gospodarstvo. S obzirom na gore spomenuti teret, potrebno je poduzeti mjere za borbu protiv depresije. Depresija ne utječe samo na zdravstveni sektor; utječe na sektor rada i zaposlenost (smanjena produktivnost, izostajanje s posla), kao i na socijalne beneficije i socijalnu skrb, na gospodarski sektor (troškovi skrbi za gospodarstvo i udio u BDP-u koji kupira depresija i njezine posljedice), kao i na sektor obrazovanja. Stoga je suzbijanje depresije postao prioritet javnozdravstvenog imperativa u Europi.

Sukladno ranije predloženom modelu, neizostavan dio u izgradnji sveobuhvatnog sustava podrške odraslima oboljelima od depresije je intersektorska suradnja koja, kako u našoj zemlji, tako i u drugim zemljama Europske unije (Cuijpers i sur., 2016, WHO, 2004) nerijetko nedostaje. Akcije protiv depresije zahtijevaju intervenciju na različitim razinama, kako na zdravstvenom tako i na širem socijalnom planu. Na europskoj razini, to je u skladu sa socijalnim i ekonomskim koristima predviđenim Lisabonskim planom (Purebl i sur., 2015), jačajući oboje kvaliteta života i smanjenje ostalih nepovoljnih društveno-ekonomskih posljedica. Poduzimanje akcije protiv depresije pomoći će u prevenciji i prepoznavanju drugih problema povezanih s mentalnim zdravljem (ekonomski status, siromaštvo, razvoj institucija civilnog društva, pristup sustavima socijalne skrbi i dr.). U okviru izgradnje sustava podrške odraslima oboljelima od depresije neizostavno je važno potaknuti suradnju između nevladinih i vladinih organizacija za potporu rizičnim skupinama (Kloppenburg i sur., 2004).

Prioritet javnog zdravstva, nacionalne strategije i akcijskih planova treba biti angažiranje kreatora politika da ažuriraju zdravstveno zakonodavstvo na način da se depresiju uvrsti u prioritet javnog zdravstva. Potrebno je, nadalje, potaknuti dionike u državama članicama da razviju nacionalnu strategiju protiv depresije i uključe jasne ciljeve. Poticanje, zatim, dionika u državama članicama na razvijanje jasnih akcijskih planova za suzbijanje depresije, uključujući jasne ciljeve i jasne vremenske okvire, osigurava provedbu potrebnih mjera. Nužno je uključivanje klauzule u zakone o zdravstvu i socijalnoj skrbi koje štite osobe s depresijom (psihičkom bolesti) i podržavajući njihov povratak na radno mjesto. Na taj se način poduzimaju mjere protiv ekonomske isključenosti i promiče socijalno sudjelovanje pojedinaca sa psihičkim teškoćama u zajednici.

Cuijpers i sur. (2016) u dokumentu o prevenciji depresije u Europi objašnjavaju kako je depresija prepoznata, ali nedovoljno sustavno liječena. Osobitu važnost u prevenciji i liječenju depresije ima destigmatizacija. Navedenim dokumentom, stoga, se predlaže promovirati i provoditi programe koji dovode do većeg znanja o depresiji i smanjenoj stigmatizaciji ovog i drugih psihičkih teškoća u široj javnosti, što se može provoditi kontinuiranom psihoedukacijom, kreiranjem uspješnih medijskih kampanja, te podizanjem svijesti o dostupnosti web stranica sa psihoedukativnim sadržajem za pojedinca i njegovu/njezinu obitelj.

Depresivni poremećaj u odraslih nadmašuje pitanje zdravstva i zdravstvene skrbi, štoviše, ono ima direktni utjecaj, osim na samog pojedinca, na obiteljsko funkcioniranje, te pitanje psihosocijalnog, laboralnog, zakonodavnog, socio-ekonomskog i uopće participativnog aspekta u zajednici. Mnoge intervencije na razini pojedinca, kako u našoj zemlji, tako i drugim zemljama Europske unije, postoje i učinkovite su, no primjećuje se da nisu sveobuhvatne niti svima dostupne. Učinkovito javnozdravstveno djelovanje prevencije depresije zahtijeva međusektorski okvir politike na svim razinama, jer su mnoge odrednice depresije sadržane u domeni nezdravstvenih sektora. Sve zemlje u Europi, kako potiče izvješće projekta *PHASE-Public Health Actions for a Safer Europe* (Europska komisija, 2008) Europske komisije, trebale bi imati nacionalnu strategiju i akcijski plan za mentalno zdravlje uz prevenciju depresije kao ključnu komponentu.

Nedostatak političke podrške, neadekvatno upravljanje, preopterećene zdravstvene usluge i stigma koče razvoj sveobuhvatnog sustava podrške odraslih oboljelih od depresije. Nužnost je uključivanje mentalnog zdravlja u zdravstvene i socijalne politike, te zakonodavne okvire, uz potporu višeg rukovodstva, odgovarajućih resursa i kontinuiranog monitoringa. Dostupnost preventivnih intervencija, osobito s obzirom na pandemiju uzrokovanu virusom Covid-19, može se poboljšati rješenjima o e-zdravstvu. Uspješna prevencija depresije i prevencija relapsa zahtijeva kontinuirano ulaganje u istraživanje i praćenje mentalnog zdravlja, intersektorsku suradnju i koordinaciju različitih politika u zajednici.

11. SAŽETAK

Depresija je ozbiljno zdravstveno stanje u kojem oboljele osobe doživljavaju trpnju, te nisu sposobne funkcionirati adekvatno u poslovnom, obrazovnom i obiteljskom okruženju. Istraživanja individualnih čimbenika otpornosti, socijalne podrške i strategija suočavanja sa stresom danas donose nova znanja o psihološkom, socijalnom i neurobiološkom funkcioniranju osoba u riziku. Cilj ovog istraživanja jest istražiti doprinos čimbenika individualne otpornosti, percipirane socijalne podrške i strategija suočavanja sa stresom (zaštiti čimbenici) i socijalne funkcionalnosti (ishod) oboljelih od depresije (rizik). U istraživanje je uključeno 310 sudionika kojima je dijagnoza depresije prva dijagnoza, te se liječe u Zavodu za afektivne poremećaje i Zavodu za psihoterapiju Klinike za psihijatriju Vrapče, u razdoblju između listopada 2019. i prosinca 2019. godine. Sudionici istraživanja liječili su se u hospitalnom, dnevnobolničkom i ambulantnom tretmanu. Za mjerenje rizika korišten je Beckov inventar depresije (BDI-II) i Upitnik nepovoljnih iskustava u djetinjstvu (ACE). Za mjerenje zaštitnih čimbenika korišteni su: Skala procjene čimbenika individualne otpornosti (CD-RISC-25), Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške (MSPPS) i Upitnik strategija suočavanja sa stresom (COPE). Ishod oboljelih od depresije mjeren je Upitnikom za procjenu funkcionalnosti u depresiji (FAD).

U skladu s istraživačkim pitanjima važno je istanuti sljedeće:

1. Istražen je odnos između razina depresije i nepovoljnih iskustava u djetinjstvu. Rezultati su pokazali kako pojedinci koji su imali više nepovoljnih iskustava u djetinjstvu u kasnijem životu imaju višu razinu depresije. Razlike među grupama sudionika različite razine depresije su statistički značajne. Pojedinci s teškom depresijom naveli su da su tijekom djetinjstva prosječno doživjeli 3,50 nepovoljnih iskustava, dok su pojedinci s nižim razinama depresije naveli da su doživjeli između 2,09 i 2,50 nepovoljna iskustva u djetinjstvu.

2. Istražen je odnos između strategija suočavanja sa stresom, individualnih čimbenika otpornosti i percipirane socijalne podrške kod oboljelih od depresije. Rezultati ukazuju kako postoji povezanost između individualnih čimbenika otpornosti pojedinca i percipirane socijalne podrške. Povezanost različitih oblika socijalne podrške (podrška obitelji, podrška prijatelja, podrška značajnih drugih, te ukupna socijalna podrška) i razine individualnih čimbenika

otpornosti je niska do umjerena. Pojedinci koji doživljavaju veću razinu svih oblika socijalne podrške ujedno izvještavaju i o više čimbenika otpornosti. Kao najbolji prediktori ističu se podrška značajnih drugih i podrška prijatelja, dok se podrška obitelji nije pokazala značajnom odrednicom otpornosti.

Nadalje, rezultati pokazuju kako postoji visoka povezanost između proaktivnih strategija suočavanja sa stresom i čimbenicima otpornosti. Pojedinci koji koriste proaktivne strategije suočavanja sa stresom, odnosno suočavanje usmjereno na problem (facet: pozitivna interpretacija i rast ličnosti, aktivno suočavanje, planiranje, prihvaćanje, obuzdavanje suočavanja, te potiskivanje kompeticijskih aktivnosti) ujedno imaju i višu razinu individualnih čimbenika otpornosti. Pojedinci s više individualnih čimbenika otpornosti ujedno koriste i proaktivnije strategije suočavanja sa stresom.

3. Istražena je povezanost razine depresije i nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i socijalnog funkcioniranja oboljelih od depresije. Koeficijent korelacije smanjene kvalitete socijalnog funkcioniranja i razine depresije ukazuje kako sudionici istraživanja koji imaju lošiju kvalitetu socijalnog funkcioniranja ujedno imaju i višu razinu depresije, odnosno sudionici svrstani u kategorije više razine depresije imaju i više poteškoća u socijalnom funkcioniranju. Nadalje, sudionici koji imaju lošiju kvalitetu socijalnog funkcioniranja ujedno izvještavaju i o većem broju nepovoljnih iskustava u djetinjstvu.

4. Ispitano je kojim putevima individualni čimbenici otpornosti, percipirana socijalna podrška i strategije suočavanja sa stresom ostvaruju medijatorski efekt u odnosu između razine depresije/ intenziteta nepovoljnih iskustva iz djetinjstva i kvalitete funkcioniranja oboljelih od depresije. Provedena je hijerarhijska regresijska analiza, te je potvrđen <u>djelomičan</u> medijacijski utjecaj individualnih čimbenika otpornosti, socijalne podrške i proaktivnih strategija suočavanja sa stresom na odnos depresije i kvalitete funkcioniranja u depresiji. Djelomičan medijacijski utjecaj ostvaren jedino preko socijalne podrške jer z-vrijednost utvrđena za taj medijator nadilazi graničnu vrijednost od $z_{gr} =$ 1,96. Percipirana socijalna podrška je jedini značajan medijator preko kojeg se ostvaruje efekt depresivnosti na kvalitetu funkcioniranja u depresiji. Depresivnost djeluje <u>izravno</u> na kvalitetu funkcioniranja u depresiji, ali i <u>posredno</u>, preko socijalne podrške. Pojedinci s izraženijom depresijom imaju i sniženu kvalitetu funkcioniranja u depresiji. Sama depresivnost može biti direktno odgovorna za lošiju kvalitetu funkcioniranja u depresiji (izravan put), ali ipak se dio tog efekta ostvaruje se i kroz socijalnu podršku, na način da depresivnost umanjuje socijalnu podršku, koja potom dovodi i do

smanjenja kvalitete funkcioniranja u depresiji (medijatorski efekt). Nadalje, nije potvrđen medijacijski utjecaj individualnih čimbenika otpornosti, socijalne podrške i proaktivnih strategija suočavanja sa stresom na odnos nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i kvalitete funkcioniranja u depresiji. Efekt nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i kvalitete funkcioniranja u depresiji je izravan te ne ovisi o utjecaju medijacijskih varijabli. Nepovoljna iskustava u djetinjstvu imaju izravan učinak na smanjenje kvalitete funkcioniranja u depresiji.

Predlažu se nova istraživanja koja bi detaljnije i longitudinalno provjeravala utjecaj individualnih čimbenika otpornosti, socijalne podrške i strategija suočavanja sa stresom na ishode hospitalnog, dnevnobolničkog i/ili ambulantnog tretmana. Rezultati takvih istraživanja dali bi nove spoznaje koje bi se mogle implementirati u razvoj intervencija/kliničkih praksi utemeljenih na dokazima kao i razvoj intervencija utemeljenih na dokazima u području prevencije depresije.

Ključne riječi: individualni čimbenici otpornosti, socijalna podrška, strategije suočavanja sa stresom, depresija, socijalna funkcionalnost

12. ABSTRACT

Depression is a serious condition in which patients experience suffering and are unable to function at work, in the educational environment or in a family. Research of individual resilience factors, social support and coping strategies provide us with new knowledge of psychological, social and neurobiological functioning of persons at risk. The objective of this research is to examine the contribution of the factors of individual resilience, perceived social support, stress coping strategies (protective factors) and social functionality (outcome) of the patients suffering from depression (risk). The research included 310 participants with depression as their primary diagnosis, who received treatment at the Department of Affective Disorders and the Department of Psychotherapy of Vrapče University Psychiatric Hospital, between October 2019 and December 2019. Research participants were treated as hospital patients, day hospital patients and outpatients. For the purpose of measuring risk, Beck's Depression Inventory (BDI-II) was used, as well as an Adverse Childhood Experience (ACE) Questionnaire. For measuring protective factors, the following was used: Connor – Davidson Resilience Scale (CD-RISC-25), Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPPS) and the Coping Orientation to Problems Experienced (COPE). The outcome of patients suffering from depression was measured using the Functional Assessment of Depression Questionnaire (FAD).

In line with the research questions, the following conclusions have been made:

1. The relation between depression levels and adverse childhood experiences was studied. The results have shown that individuals who had more adverse experience in their childhood experienced greater levels of depression later on in their lives. The differences between participant groups with different depression levels are statistically significant. Individuals suffering from severe depression reported 3.5 adverse experiences in their childhood on average, whereas those with lower level depressions experienced between 2.09 and 2.50 such experiences.

2. The relationship between stress coping strategies, individual resilience factors and perceived social support among patients suffering from depression was examined. The results point to a connection between individual's resilience factors and the perceived social support. The connection between different types of social support (the support of the family, friends, significant others, and overall social support) and the level of individual resilience factors is

low to moderate. Individuals experiencing greater level of all types of social support reported more resilience factors as well. The best predictors are the support received from significant others and friends, whereas family support did not prove to be a significant factor of resilience. Furthermore, the results point to a great connection between proactive stress coping strategies and resilience factors. Individuals who use proactive stress coping strategies, that is, face the problem directly (facet: positive reinterpretation and personality growth, active coping, planning, acceptance, restraint and supressing competing activities) also had a greater level of individual resilience factors. Those individuals also used more proactive stress coping strategies.

3. The connection between depression levels, adverse childhood experience and social functioning of the patients suffering from depression was also examined. The correlation coefficient of lower quality of social functionality and depression level indicates that research participants with lower quality of social functionality demonstrated a higher depression level, and also had greater difficulty in social functionality. In addition, participants with lower quality of social functionality reported a greater number of adverse childhood experiences.

4. The paths of individual resilience factors, the perceived social support and stress coping strategies achieve a mediator effect in the relations between depression levels / intensity of adverse childhood experience and the quality of functioning of the patients suffering from the depression. A hierarchical regression analysis was carried out, and the partial mediation impact of individual resilience factors, social support and proactive stress copping strategies was confirmed in the relation between depression and the quality of functioning in the depression. A partial mediation impact was achieved only through social support, as the z-score determined for that mediator exceeds the limit value of $z_{gr} = 1.96$. It can therefore be concluded that the perceived social support is the only significant mediator that achieves the effect of depression on the quality of functioning in depression. Depression has a direct impact on the quality of functioning, as well as an indirect one, through social support. Individuals with emphasised depression showed a lower quality of functioning in depression. The depression itself can be directly responsible for a poorer quality of functioning (direct path), but a part of the effect is also achieved through social support, in the way that depression reduces such support, which in turn leads to the reduced quality of functioning (mediator effect). Furthermore, the mediation effect of individual resilience factors, social support and proactive stress coping strategies on the relations between adverse childhood experience and the quality of functioning in depression has not been confirmed. The effects of adverse childhood experiences and the quality of functioning in depression is direct and does not depend on the impact of mediation variables.

Adverse childhood experiences have a direct impact on the reduced quality of functioning in depression.

It is proposed to conduct a new research that would examine longitudinally and in more detail the impact of individual resilience factors, social support and stress coping strategies on the outcomes of hospital, day hospital and/or outpatient treatment. The results of research would provide new insights that could be implemented in the development of evidence-based interventions/clinical practice, as well as the development of interventions based on evidence in the area of depression prevention.

Key words: individual resilience factors, social support, stress coping strategies, depression, social functionality

13. LITERATURA

1. ACE, W. A. C. E. (2018). Sources of resilience and their moderating relationships with harms from adverse childhood experiences. Dostupno na: https://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/about.html pristupljeno 18.10.2020.
2. Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Taillieu, T., Turner, S., Cheung, K., Sareen, J., Boyle, M. H. (2016). Individual- and Relationship-Level Factors Related to Better Mental Health Outcomes following Child Abuse: Results from a Nationally Representative Canadian Sample. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, *61*(12),776–788. https://doi.org/10.1177/0706743716651832
3. Afifi, T.O., Macmillan, H.L. (2011). Resilience following child maltreatment: a review of protective factors. *Can J Psychiatry.* 56(5), 266-272. https://doi.org/10.1177/070674371105600505. PMID: 21586192.
4. Ainsworth, M. D. S. (1991). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. U: C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde i P. Marris (ur.), Attachment across the lifecycle. New York: Rutledge, 33-51.
5. Ajduković, M. (2000). Ekološki multidimenzionalni pristup sagledavanju činitelja rizika i zaštite u razvoju poremećaja u ponašanju djece i mladeži. U: Bašić, J. i Janković, J. (ur.), Rizični i zaštitni čimbenici u razvoju poremećaja u ponašanju djece i mladeži. Zagreb: Povjerenstvo Vlade Republike Hrvatske za prevenciju poremećaja u ponašanju djece i mladeži i zaštitu djece s poremećajima u ponašanju, 47-62.
6. Ajduković, M. (2006). Rane intervencije kao podrška roditeljima pod socijalnim rizicima. *Dijete i društvo, 8(*1), 35-62.
7. Al Shawi, A.F., Sarhan, Y.T. Altaha, M.A. (2019). Adverse childhood experiences and their relationship to gender and depression among young adults in Iraq: a cross-sectional study. *BMC Public Health 19*, 1687 https://doi.org/10.1186/s12889-019-7957-9
8. Alim, T.N., Feder, A., Graves, R.E., Wang, Y., Weaver, J., Westphal, M., Alonso, A., Aigbogun, N.U., Smith, B.W., Doucette, J.T., Mellman, T.A., Lawson, W.B., Charney, D.S. (2008). Trauma, resilience, and recovery in a high-risk African-American population. *Am J Psychiatry. 165,*1566–1575.
9. Alloy, L., Abramson, L., Hogan, M., Whitehouse, W., Rose, D., Robinson, M., Kim, R., Lapkin, J. (2000). The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression Project: Lifetime history of Axis I psychopathology in individuals at high and low

cognitive risk for depression. Journal of abnormal psychology. 109. 403-18. https://doi.org/10.1037//0021-843X.109.3.403.

10. Almuneef, M., Hollinshead, D., Saleheen, H., AlMadani, S., Derkash, B., AlBuhairan, F., Al-Eissa, M., Fluke, J. (2016). Adverse childhood experiences and association with health, mental health, and risky behavior in the kingdom of Saudi Arabia. *Child Abuse Negl., 60,* 10-17. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.09.003. Epub 2016 Sep 20. PMID: 27662614.
11. Alonso, J., Lépine, J.P., ESEMeD/MHEDEA Scientific Committee (2000). Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *J Clin Psychiatry.* 2007, 68 Suppl 2:3-9. PMID: 17288501.
12. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - V.* Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
13. American Psychological Association. (2020). Dostupno na: https://dictionary.apa.org pristupljeno 28.10.2020.
14. Anda, R.F., Croft, J.B., Felitti, V.J., Nordenberg, D., Giles, W.H., Williamson, D.F., Giovino, G.A. (1999). Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. J Am Med Assoc 282,1652
15. Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., Lapsley, H. (2004). Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. British *Journal of Psychiatry*, 184, 526–33.
16. Asami, Y., Goren, A., Okumura, Y. (2015). Work productivity loss with depression, diagnosed and undiagnosed, among workers in an Internet-based survey conducted in Japan. *J Occup. Environ. Med 57,* 105-110.
17. Ashman, S.B., Dawson, G., Panagiotides, H. (2008). Trajectories of maternal depression over 7 years: relations with child psychophysiology and behavior and role of contextual risks. Dev Psychopathol. 20(1),55-77. https://doi.org/10.1017/S0954579408000035. PMID: 18211728.
18. Aspinwall, L. G.,Taylor, S. E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin, 121(*3), 417–436. https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.3.417
19. Aymanns, P., Filipp, S.H., Klauer, T. (1995). Family support and coping with cancer: some determinants and adaptive correlates. Br J Soc Psychol. 34(1),107-24. https://doi.org/10.1111/j.2044-8309.1995.tb01051.x. PMID: 7735729.

20. Balić, L. (2015). Povezanost kvalitete života, socijalne podrške i depresivnosti u rodilja. Diplomski rad. Filozofski fakultet Sveučilište J. J. Strossmayer u Osijeku
21. Bandura, A. (1989). Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. Developmental Psychology, 25, 729–735.
22. Baron, R. M., Kenny, D. A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research – Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations, *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(6), 1173–1182.
23. Bašić, J. (2009). *Teorije prevencije.* Zagreb: Školska knjiga.
24. Baumgartner, J.N., Susser, E. (2013). Social integration in global mental health: What is it and how can it be measured?. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 22(1), 29–37. https://doi.org/10.1017/S2045796012000303
25. Beardslee, W. R., Hosman, C., Solantaus, T., van Doesum, K., Cowling, V. (2005). Children of mentally ill parents: An opportunity for effective prevention all too often neglected. *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options*.
26. Beardslee, W. R., Keller, M. B., Lavori, P. W., Staley, J. E., Sacks, N. (1993). The impact of parental affective disorder on depression in offspring: A longitudinal follow-up in a nonreferred sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 32*(4), 723–730. https://doi.org/10.1097/00004583-199307000-00004
27. Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Meridian
28. Beck, A. T., Steer, R. A., Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*(1), 77–100. https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5
29. Beck, A., Crain, A.L., Solberg, L.I., Unutzer, J., Glasgow, R.E., Maciosek, M.V., Whitebird, R., (2011). Severity of depression and magnitude of productivity loss. *Ann Fam. Med 9,* 305-311.
30. Begić, D. (2011). Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada
31. Beidel, D., Turner, S. (2007). Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social anxiety disorders. https://doi.org/101037/11533-000.
32. Berc, G. (2012). Obiteljska otpornost – teorija i primjena koncepta u socijalnom radu. *Ljetopis socijalnog rada, 19* (1), 145-167.
33. Berlanga, C., Heinze, G., Torres, M., Apiquian, R., Caballero, A. (1999). Personality and clinical predictors of recurrence of depression. Psychiatric Services. 50(3),376–380.

34. Beutel, M.E., Tibubos, A.N., Klein, E.M., Schmutzer, G., Reiner, I., Kocalevent, R.D., Brähler, E. (2017). Childhood adversities and distress - The role of resilience in a representative sample. *PLoS One. 12,3,* e0173826. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173826. PMID: 28296938; PMCID: PMC5351992.
35. Bijl, R.V., Ravelli, A. (2000). Current and residual functional disability associated with psychopathology: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychol Med. 5,* 30(3), 657–668.
36. Blažević, S. (2012): Komponente obiteljske otpornosti. Specijalistički rad. Sveučilište u Zagrebu. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet
37. Bloom, D.E., Cafiero, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., Feigl, A.B., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A., Weinstein, C. (2011). The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. Geneva: World Economic Forum.
38. Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist, 59(*1), 20-28.
39. Bonanno, G. A., Mancini, A. D. (2012). Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. *Psychological trauma: Theory, research, practice, and policy, 4*(1), 74.
40. Bonanno, G.A. (2013). Meaning making, adversity, and regulatory flexibility. Memory. 21, 150–156.
41. Bonanno, G.A., Burton, C.L. (2013). Regulatory flexibility: an individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspect Psychol Sci. 8,* 591–612.
42. Bosc, M. (2000). Assessment of social functioning in depression. *Compr Psychiatry 41*, 63–69.
43. Bovasso, G.B. (2001). Cannabis abuse as a risk factor for depressive symptoms. Am J Psychiatry. 158(12), 2033-2037. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.12.2033. PMID: 11729021.
44. Bowlby, J. (1969). Attachment and loss. Vol. 1, Attachment. New York: Basic Books.
45. Brandt, P. A., Weinert, C. (1981). The PRQ: A social support measure. *Nursing Research, 30*(5), 277–280. https://doi.org/10.1097/00006199-198109000-00007
46. Brečić, P. (2017). Suicidalnost u psihijatrijskim poremećajima. *Medicus*, 26(2),173-183173-183

47. Brečić, P., Ostojić, D., Glavina, T. (2012). Neke pravno etičke implikacije suicidalnosti u svakodnevnom psihijatrijskom radu. Socijalna psihijatrija, 40, 254–258.
48. Brekke, J., Kay, D.D., Lee, K.S., Green, M.F. (2005). Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 80, 213–225. https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.07.008.
49. Brodsky, B. S., Oquendo, M., Ellis, S. P., Haas, G. L., Malone, K. M., Mann, J. J. (2001). The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *Am. J. Psychiatr.* 58, 1871–1877. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1871
50. Brown, G. W., Andrews, B., Harris, T., Adler, Z., Bridge, L. (1986). Social support, self-esteem and depression. *Psychological Medicine*, *16*(4), 813–31.
51. Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C., Seedat, S. (2008). *Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. Comprehensive Psychiatry, 49(2), 195–201*. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2007.09.002
52. Burns, S.B., Szyszkowicz, J.K., Luheshi, G.N., Lutz, P.E., Turecki, G. (2018). Plasticity of the epigenome during early-life stress. Seminar sin Cell & Developmental Biology, 77, 115-132, ISSN 1084-9521, http://doi.org/10.1016/j.semcdb.2017.09.033.
53. Butler, A.C., Hokanson, J.E., Flynn, H.A. (1994). A comparison of self-esteem lability and low trait self-esteem as vulnerability factors for depression. J Pers Soc Psychol. 66(1), 166-177. https://doi.org/10.1037//0022-3514.66.1.166. PMID: 8126646.
54. Cacioppo, J.T., Hughes, M.E., Waite, L.J., Hawkley, L.C., Thisted, R.A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol Aging*, *21*,140–151
55. Camardese G, (2007). Predicting response in difficult-to-treat depressed patients. Eur Neuropsychopharmacology, Suppl 4: S 326-327 (Abstract).
56. Camera, P., Molino, C., Girardi, L., Gattoni, E., Feggi, A., Gramaglia, C., Zeppegno, P., (2016). The role of resilience and coping strategies in different psychiatric diseases: a comparison among schizophrenic spectrum, depression and personality disorders. Evidence-based Psychiatric Care. 2, 123-126
57. Campbell-Sills, L., Cohan, S.L., Stein, M.B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research & Therapy. 44*, 585–599.

58. Canvin, K., Marttila, A., Burstrom, B., Whitehead, M. (2009) 'Tales of the unexpected? Hidden resilience in poor households in Britain', Social Science & Medicine 69(2), 238–45. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.009.
59. Carver, C., Scheier, M.F., Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56,* 267-283
60. Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine, 4*(1), 92–100.
61. Cathomas, F., Murrough, J.W., Nestler, E.J., Han,M.-H., Russo, S.J. (2019). Neurobiology of Resilience: Interface Between Mind and Body. Biological Psychiatry, 86(6), 410-420, ISSN 0006-3223, https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.04.011.
62. Centers for Disease Control and Prevention (2019). Preventing Adverse Childhood Experiences: Leveraging the Best Available Evidence. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
63. Centers for Disease Control and Prevention. (2016). ACEs in young children involved in the child welfare system. Dostupno na: http://www.flcourts.org/core/fileparse.php/517/urlt/ACEsInYoungChildrenInvolvedInTheChildWelfareSystem.pdf , pristupljeno 18.10.2020.
64. Centers for Disease Control and Prevention. (2016). *About the CDC-Kaiser ACE study: Major findings*. https://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/about.html.
65. Chang, E. C. (1998). Does dispositional optimism moderate the relation between perceived stress and psychological well-being?: A preliminary investigation. *Personality and Individual Differences, 25*(2), 233–240. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00028-2
66. Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., Anda, R. F. (2004). *Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. Journal of Affective Disorders, 82(2), 217–225.* https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.12.013
67. Charney, D.S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *Am J Psychiatry, 161*(2), 195–216.
68. Cheng, C., Lau, H.B., Chan, M.S. (2014). Coping flexibility and psychological adjustment to stressful life changes: a meta-analytic review. *Psychol Bull. 140,* 1528–1607.

69. Chesney, E., Goodwin, G.M., Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. World Psychiatry, 13, 153–160.
70. Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. Lancet Psychiatry. 3(5), 415-424. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4.
71. Cicchetti D. (2010). Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. *World Psychiatry*. 9(3),145-154. https://doi.org/0.1002/j.2051-5545.2010.tb00297.x
72. Cicchetti, D., Rogosch, F.A., Toth, S.L. (1998). Maternal depressive disorder and contextual risk: contributions to the development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood. Dev Psychopathol. 10(2),283-300. https://doi.org/10.1017/s0954579498001618. PMID: 9635225.
73. Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(5), 300- 314.
74. Cohen, S., Janicki-Deverts, D. (2009). Can we improve our physical health by altering our social networks?. *Perspect Psychol Sci*. 4(4), 375–378. https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01141.x
75. Cohen, S., Underwood, L. G., Gotlieb, B. H. (2000). Social support measurement and intervention. Oxford, New York: Oxford, University press.
76. Cohen, S., Wills, T. A. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310-357.
77. Colebatch, H.K. (2004) *Policy*. Zagreb: Fakultet političkih znanosti Sveučilišta u Zagrebu
78. Collazzoni, A., Stratta, P., Pacitti, F., Rossi, A., Santarelli, V., Bustini, M., Talevi, D., Socci, V., Rossi, R. (2020). Resilience as a Mediator Between Interpersonal Risk Factors and Hopelessness in Depression. *Frontiers in psychiatry*, 11, 10. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00010
79. Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, *31*(3), 211–229. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.02.004

80. Connor, K. M., Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, *18*(2), 76–82. https://doi.org/10.1002/da.10113
81. Coutu, D. L. (2002). How resilience works. *Harvard business review*, *80*(5), 46-56.
82. Cuijpers, P., Shields-Zeeman, L., Hipple Walters, B., Petrea, I. (2016). *Prevention of Depression and Promotion of Resilience – Consensus Paper*. European Union
83. Cusin, C., Yang, H., Yeung, A., Fava, M. (2009). Rating Scales for Depression. https://doi.org/10.1007/978-1-59745-387-5_2.
84. Danese, A., Moffitt, T.E., Pariante, C.M., Ambler, A., Poulton, R., Caspi, A. (2008). Elevated inflammation levels in depressed adults with a history of childhood maltreatment. Arch Gen Psychiatry. 65(4),409-415. https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.4.409.
85. Darrow, S. M., Follette, W. C. (2011). Starting a Functional Assessment of Depression (FAD): Development of a FAD. *Behavior Modification*, *35*(2), 201–229. https://doi.org/10.1177/0145445510393729
86. Davidson, J.R., Payne, V.M., Connor, K.M., Foa, E.B., Rothbaum, B.O., Hertzberg, M.A., Weisler, R.H. (2005). Trauma, resilience and saliostasis: effects of treatment in post-traumatic stress disorder. *Int Clin Psychopharmacol.* 20(1),43-48. https://doi.org/10.1097/00004850-200501000-00009. PMID: 15602116.
87. Davidson, R. (2000). Affective style, psychopathology, and resilience: Brain mechanisms and plasticity. The American psychologist. 55. 1196-214. https://doi.org/10.1037//0003-066X.55.11.1196.
88. DBSA – Depression and Bipolar Support Alliance (2020a). Risk factors, dostupno na: https://www.dbsalliance.org/education/depression/risk-factors/, pristupljeno 2.12.2020.
89. DBSA – Depression and Bipolar Support Alliance (2020b). Depression Across the Lifespan, dostupno na: https://www.dbsalliance.org/education/depression/depression-across-the-lifespan/, pristupljeno 2.12.2020.
90. Dean, A., Lin, N. (1978). The Stress-Buffering Role of Social Support: Problems and Prospects for Systematic Investigation. *The Journal of nervous and mental disease*. 165. 403-17.
91. Demetriou, L., Drakontaides, M., Hadjicharalambous, D., Demetriou, L. (2020). Psychological Resilience, Hope, and Adaptability as Protective Factors in Times of Crisis: A Study in Greek and Cypriot Society During the Covid-19 Pandemic. Social Education Research. 2. 20-34. https://doi.org/10.37256/ser.212021618.

92. Dodding, C.J., Nasel, D.D., Murphy, M., Howell, C. (2008). All in for mental health: a pilot study of group therapy for people experiencing anxiety and/or depression and a significant other of their choice. Mental Health in Family Medicine. 5: 41-49.
93. Dodge, K. A. (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. Annual Review of Psychology, 44, 559–584
94. Doležal, D. (2006). Otpornost i prevencija poremećaja u ponašanju. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 42*(1), 87-103.
95. Domitrovich, C.E., Gest, S.D., Jones, D., Gill, S., Sanford DeRousie, R.M. (2010). Implementation Quality: Lessons Learned in the Context of Head Start REDI Trial. *Early Childhood Research Quarterly*, *25*, 284-298.
96. Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Findings based on patient interviews and their implications. *Journal of Social Issues, 40*(4), 77–98. https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1984.tb01108.x
97. Dunn, E.C., McLaughlin, K.A., Slopen, N., Rosand, J., Smoller, J.W. (2013). Developmental timing of child maltreatment and symptoms of depression and suicidality in young adulthood: Results from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Depress Anxiety 30*, 955–964. https://doi.org/10.1002/da.22102
98. Durlak, J. A. (1998). Why program implementation is important. *Journal of Prevention & Intervention in the Community,17*(2), 5-18.
99. Echezarraga A, Las Hayas C, López de Arroyabe E, Jones SH. Resilience and Recovery in the Context of Psychological Disorders. Journal of Humanistic Psychology. May 2019. https://doi.org/10.1177/0022167819851623
100. EHIS - European Health Intervju Survey. (2014). Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth_det_esms.html, posjećeno 5.11.2020.
101. Elbau, I.G., Cruceanu, C., Binder, E.B. (2019). Genetics of Resilience: Gene-by-Environment Interaction Studies as a Tool to Dissect Mechanisms of Resilience. Biological Psychiatry, 86(6), 433-442, ISSN 0006-3223, https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.04.025.
102. Endicott, J., Dorries, K. (2009). Functional outcomes in MDD: established and emerging assessment tools. *The American journal of managed care, 15*. S328-34.
103. EUFAMI - European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness. (2011). Basel Declaration on Community Care. Dostupno na:

http://eufami.org/wp-content/uploads/2017/03/basel-declaration-on-community-care.pdf , posjećeno 1.12.2020.

104. Europska komisija. (2008). *Policy briefs – Improving Mental Health in the Population.* Dostupno na: https://www.eurosafe.eu.com , pristupljeno 28.10.2020.

105. Evans-Lacko, S., Corker, E., Williams, P., Henderson, C., Thornicroft, G. (2014). Effect of the Time to Change anti-stigma campaign on trends in mental-illness-related public stigma among the English population in 2003–13: An analysis of survey dana. *Lancet Psychiatry*.1, 121–128. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70243-3.

106. Feder, A., Fred-Torres, S., Southwick, S.M., Charney, D.S. (2019). The Biology of Human Resilience: Opportunities for Enhancing Resilience Across the Life Span. *Biol Psychiatry, 86(6),* 443-453. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.07.012. PMID: 31466561.

107. Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACEs) study. *Am J Prev Med, 14,* 245-258

108. Ferić, M. (2015). *Razvoj sveobuhvatnog sustava podrške obiteljima: prilike i izazovi. (u*:) Kaljača, S., Nikolić, M. (ur.) Unaprjeđenje kvalitete života djece i mladih. Predavanje, Ohrid, Makedonija.

109. Ferić, M., Maurović, I. i Žižak, A. (2016). Izazovi istraživanja otpornosti obitelji. *Kriminologija & socijalna integracija, 24* (1), 3-25. https://doi.org/10.31299/ksi.24.1.1

110. Ferić, M., Maurović, I. i Žižak, A. (2016). Metrijska obilježja instrumenta za mjerenje komponente otpornosti obitelji: Upitnik za procjenu otpornosti obitelji (FRAS). *Kriminologija & socijalna integracija, 24* (1), 26-49. https://doi.org/10.31299/ksi.24.1.2

111. Fleishman, J.A., Sherbourne, C.D., Crystal, S. (2000). Coping, Conflictual Social Interactions, Social Support, and Mood Among HIV-Infected Persons. *Am J Community Psychol* 28, 421–453. https://doi.org/10.1023/A:1005132430171

112. Fletcher, D., Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. European Psychologist. 18, 12-23. https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124.

113. Folkman, S., Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21,* 219-239.

114. Fujiwara T. (2009). Is altruistic behavior associated with major depression onset?. *PloS one*, *4*,2, e4557. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0004557

115. Futa, K., Nash, C., Hansen, D., Garbin, C. (2003). Adult Survivors of Childhood Abuse: An Analysis of Coping Mechanisms Used for Stressful Childhood Memories and Current Stressors. *Journal of Family Violence.* 18. https://doi.org/10.1023/A:1024068314963.

116. Gariépy, G., Honkaniemi, H., Quesnel-Vallée, A. (2016). Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *Br J Psychiatry. 209(4)*,284-293. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.169094. Epub 2016 Jul 21. PMID: 27445355.

117. Garmezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatrics, 20,* 459–466.

118. Garmezy, N., Masten, A. S., Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development, 55(*1), 97–111. https://doi.org/10.2307/1129837

119. Gee, D. G., Casey, B. J. (2015). The impact of developmental timing for stress and recovery. *Neurobiology of Stress, 1,* 184–194. https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2015.02.001

120. Gilbert, R., Widom, C.S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet, 373,9657, 68–81. Epub 2008/12/06.

121. Gillespie, B., Chaboyer, W., Wallis, M. (2007). Development of a theoretically derived model of reslience through concept analysis. Contemporary nurse. 25. 124-35. https://doi.org/10.5172/conu.2007.25.1-2.124.

122. Gong, G., Mao, J. (2016). Health-Related Quality of Life Among Chinese Patients With Rheumatoid Arthritis: The Predictive Roles of Fatigue, Functional Disability, Self-Efficacy, and Social Support. *Nurs Res., 65(1),* 55-67. https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000137 PMID: 26657481.

123. Goodman, S. H., Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review, 106*(3), 458–490. https://doi.org/10.1037/0033-295X.106.3.458

124. Gotlib, I. H., Lee, C. M. (1989). The social functioning of depressed patients: A longitudinal assessment. *Journal of Social and Clinical Psychology, 8*(3), 223–237. https://doi.org/10.1521/jscp.1989.8.3.223

125. Gottschalk, M. G., Domschke, K., Schiele, M. A. (2020). Epigenetics Underlying Susceptibility and Resilience Relating to Daily Life Stress, Work Stress, and Socioeconomic Status. *Frontiers in psychiatry*, *11*, 163. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00163

126. Grabe, H.J., Schulz, A., Schmidt, C.O., Appel, K., Driessen, M., Wingenfeld, K. (2012). A brief instrument for the assessment of childhood abuse and neglect: the childhood trauma screener (CTS). *Psychiatrische Praxis. 39(*3),109–115. Epub 2012/03/17. pmid:22422160

127. Graber, R., Pichon, F., Carabine, E. (2015). Psychological resilience. *London: Overseas Development Institute*.

128. Grav, S., Hellzèn, O., Romild, U., Stordal, E. (2012). Association between social support and depression in the general population: The HUNT study, a cross-sectional survey. *J Clin Nurs*., 21(1-2), 111-20. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03868.x

129. Green, J.G., McLaughlin, K.A., Berglund, P.A. (2010). Childhood Adversities and Adult Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey Replication I: Associations With First Onset of *DSM-IV* Disorders. *Arch Gen Psychiatry., 67(*2), 113–123. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.186

130. Greenberg, M.T., Domitrovich, C. E., Grazyk, P.A., Zins, J.E. (2005). *The Study of Implementation in School Based Preventive Interventions: Theory Research and Practice*. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

131. Greer, T.L., Kurian, B.T., Trivedi, M.H. (2010). Defining and measuring functional recovery from depression. CNS Drugs 24, 267–284.

132. Gresham, F.M., Elliott, S.N. (1987). The Relationship Between Adaptive Behavior and Social Skills: Issues in Definition and Assessment. The Journal of Special Education. 21(1), 167-181. https://doi.org/10.1177/002246698702100115

133. Guo, Y. F., Luo, Y. H., Lam, L., Cross, W., Plummer, V., Zhang, J. P. (2018). Burnout and its association with resilience in nurses: A cross-sectional study. *Journal of clinical nursing*, *27*(1-2), 441-449.

134. Gutiérrez-Zotes, A., Labad, J., Martín-Santos, R., García-Esteve, L., Gelabert, E., Jover, M., Guillamat, R., Mayoral, F., Gornemann, I., Canellas, F., Gratacós, M.,

Guitart, M., Roca, M., Costas, J., Ivorra, J.L., Navinés, R., de Diego-Otero, Y., Vilella, E., Sanjuan, J. (2016). Coping strategies for postpartum depression: a multi-centric study of 1626 women. Arch Womens Ment Health. 19(3), 455-61. https://doi.org/10.1007/s00737-015-0581-5. 23. PMID: 26399872.

135. Hair, E., Jager, J., Garrett, S. (2002). Helping Teens Develop Healthy Social Skills and Relationships: What the Research Shows about Navigating Adolescence. American Teens. Child Trends Research Brief.

136. Hammen, C. (2005). Stress and Depression. *Annual review of clinical psychology. 1,* 293-319. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938.

137. Hansell, L., Damour, L. (2005). *Abnormal Psychology*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.

138. Hao, S., Hong, W., Xu, H., Zhou, L., Xie, Z. (2015). Relationship between resilience, stress and burnout among civil servants in Beijing, China: Mediating and moderating effect analysis. *Personality and Individual Differences. 83.* https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.03.048.

139. Hardeveld, F., Spijker, J., De Graaf, R., Nolen, W.A., Beekman, A.T.F. (2013). Recurrence of major depressive disorder and its predictors in the general population: Results from the netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS). *Psychol Med 43,* 39–48.

140. Harkness, K.L., Bagby, R.M., Kennedy, S.H. (2012). Childhood maltreatment and differential treatment response and recurrence in adult major depressive disorder. *J Consult Clin Psychol 80,* 342–353.

141. Hartsough, D., Myers, D. (1985). Disaster work and mental health: Prevention and control of stress among workers. Washington DC: NIMH, Center for Mental Health Studies of Emergencies

142. Haynes, J., Farrell, M., Singleton, N., Meltzer, H., Araya, R., Lewis, G., Wiles, N. (2008). Alcohol consumption as a risk factor for non-recovery from common mental disorder: Results from the longitudinal follow-up of the National Psychiatric Morbidity Survey. *Psychological Medicine, 38(*3), 451-455. https://doi.org/10.1017/S0033291707002000

143. Heim, C., Newport, D.J., Heit, S., Graham, Y.P., Wilcox, M., Bonsall, R., Miller, A.H., Nemeroff, C.B. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA. 2,284,*5, 592-7. https://doi.org/10.1001/jama.284.5.592. PMID: 10918705.

144. Helgeson, V. S. (1993). Two important distinctions in social support: Kind of support and perceived versus received. *Journal of Applied Social Psychology, 23(*10), 825–845. https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1993.tb01008.x

145. Hewitt, P. L., Flett, G. L., Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology, 105*(2), 276–280. https://doi.org/10.1037/0021-843X.105.2.276

146. Hirschfeld, R. M. A., Montgomery, S. A., Keller, M. B., Kasper, S., Schatzberg, A. F., Möller, H.-J., Healy, D., Baldwin, D., Humble, M., Versiani, M., Montenegro, R., Bourgeois, M. (2000). Social functioning in depression: A review. *The Journal of Clinical Psychiatry, 61*(4), 268–275. https://doi.org/10.4088/JCP.v61n0405

147. Hobfoll, S.E., Mancini, A.D., Hall, B.J., Canetti, D., Bonanno, G.A. (2011). The limits of resilience: distress following chronic political violence among Palestinians. *Soc Sci Med. 72*,81400-8. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.022.

148. Hohn, P., Menne-Lothmann, C., Peeters, F., Nicolson, N. A., Jacobs, N., Derom, C. (2013). Moment-to-moment transfer or positive emotions in daily life predicts future course of depression in both general population and patient samples. *PLoS One, 8(9),* e75655.

149. Holahan, C. J., Moos, R. H. (1987). Risk, resistance, and psychological distress: A longitudinal analysis with adults and children.*Journal of Abnormal Psychology, 96*, 3-13.

150. Holling, C. S. (1973). Resilience and Stability of Ecological Systems. Annual Review of Ecology and Systematics, 4, 1-23

151. Holubova, M., Prasko, J., Ociskova, M., Kantor, K.,Vanek, J., Slepecky, M., Vrbova, K. (2019). Quality of life, self-stigma, and coping strategies in patients with neurotic spectrum disorders: A cross-sectional study. *Psychology Research and Behavior Management, 12*, 81-95. https://doi.org/10.2147/PRBM.S179838.

152. Hosman, C., Engels, C. (1999). The value of model programs in mental health promotion and mental disorder prevention. *International Journal of Mental Health Promotion, 1*, 4-14.

153. Hosman, C., Jane-Llopis, E., Saxena, S. (2005). *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options.* Oxford, Oxford University Press.

154. Hosman, C., van Doesum K., van Santvoort, F. (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risk in children of parents with a mental illness in the

Netherlands: I. The scientific basis to a comprehensive approach. *Australian Network for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health*, 8(3), 250–263.

155. Hotujac, Lj., Filipčić, I., Grubišin, J., Marčinko, D. (2003). Živjeti s depresijom. Zagreb: PLIVA
156. Hovens, J.G.F.M., Wiersma, J.E., Giltay, E.J., van Oppen, P., Spinhoven, P. (2010). Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatr Scand 122*, 66–74.
157. Howe, A., Smajdor, A., Stöckl, A. (2012). Towards an understanding of resilience and its relevance to medical training. *Med Educ., 46,* 4, 349-56. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04188.x. PMID: 22429170.
158. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. (2020). Dostupno na: https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/depresija , pristupljeno 8.10.2020.
159. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. (2020). Dostupno na: www.hzzo.hr , pristupljeno 26.10.2020.
160. Hu, T., Xiao, J., Peng, J., Kuang, X., He, B. (2018). Relationship between resilience, social support as well as anxiety/depression of lung cancer patients: A cross-sectional observation study. *J Cancer Res Ther., 14(1)*,72-77. https://doi.org/10.4103/jcrt.JCRT_849_17. PMID: 29516963.
161. Hudek-Knežević, J., Kardum, I. (1993). Upitnik dispozicijskog i situacijskog suočavanja sa stresom i njihove psihometrijske značajke, *Godišnjak Zavoda za psihologiju*, 43-60
162. HZJZ – Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2015). Hrvatski zdravstveno – statistički ljetopis za 2015. godinu. Dostupno na: Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2015. godinu. https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2017/09/Ljetopis_2015_IX.pdf , posjećeno 25.11.2020.
163. Ingram, R.E., Luxton, D.D. (2005). Vulnerability-stress models. *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective*, 32-46.
164. Ioannidis, K., Askelund, A.D., Kievit, R.A. (2020). The complex neurobiology of resilient functioning after childhood maltreatment. *BMC Med* 18, 32. https://doi.org/10.1186/s12916-020-1490-7
165. Ivanušić, J., Degmenčić, D. (2013). Klinička slika, dijagnoza i diferencijalna dijagnoza depresivnih poremećaja. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, *19*(106).
166. Jackson, C. (2020). Psihologijsko testiranje. Zagreb: Naknada Slap.

167. Jakovljević, M. (2004). Depresivni poremećaji: od ranog prepoznavanja do uspješnog liječenja. Pro Mente d.o.o., Zagreb.

168. Jané-Llopis, E. (2002). What makes the ounce of prevention effective? A meta-analysis of mental health promotion and mental disorder prevention programmes. Doktorska disertacija. Nijmegen: University of Nijmegen.

169. Jané-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C., Patel, V. (2005). Mental health promotion works: a review. *Promotion & Education*. 12 (2_suppl): 9 - 25. https://doi.org/10.1177/10253823050120020103

170. Jendričko, T. (2012). Razvoj psihičkih poremećaja u bolesnika s akutnim koronarnim sindromom. Doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet.

171. Jooyoung, J. (2012). The effect of social support type on resilience. Diplomski rad. University of Alabama

172. Jorm, A.F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *Am. Psychol*. 67, 231–243. https://doi.org/10.1037/a0025957

173. Joyce, S., Shand, F., Tighe, J., Laurent, S., Bryant, R., Harvey, S. (2018). Road to resilience: A systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. *BMJ Open. 8*. e017858. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017858.

174. Judd, L.L., Schettler, P.J., Solomon, D.A., Maser, J.D., Coryell, W., Endicott, J., Akiskal, H.S., (2008). Psychosocial disability and work role function compared across the longterm course of bipolar I, bipolar II and unipolar major depressive disorders. *J Affect. Disord 108,* 49-58.

175. Jurgensen, M. (2019). The Mediating Role of Resilience in the Relationship Between Attachment Style and Symptoms of Depression and Anxiety. *Honors Undergraduate Theses*. 564. https://stars.library.ucf.edu/honorstheses/564

176. Karatsoreos, I.N., McEwen, B.S. (2011). Psychobiological allostasis: resistance, resilience and vulnerability. Trends Cogn Sci. 15(12), 576-84. https://doi.org/10.1016/j.tics.2011.10.005 Epub 2011 Nov 9. PMID: 22078931.

177. Karatzias, T., Jowett, S., Yan, E., Raeside, R., Howard, R. (2017). Depression and resilience mediate the relationship between traumatic life events and ill physical health: results from a population study. Psychol Health Med. 22(9), 1021-1031. https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1257814. Epub 2016 Nov 10. PMID: 27832708.

178. Kato, T. (2015). The impact of coping flexibility on the risk of depressive symptoms. *PloS one*, *10*(5), e0128307. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128307

179. Kessler, R.C., Akiskal, H.S., Ames, M., Birnbaum, H., Greenberg, P., Hirschfeld, R.M., Jin, R., Merikangas, K.R., Simon, G.E., Wang, P.S. (2006). Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. *Am. J. Psychiatry 163*, 1561-1568

180. Kessler, R.C., Avenevoli, S., Costello, E.J., Georgiades, K., Green, J.G., Gruber, M.J., He, J.P., Koretz, D., McLaughlin, K.A., Petukhova, M., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., Merikangas, K.R. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry, 69(*4), 372–380.

181. Kessler, R.C., Heeringa, S., Lakoma, M.D., Petukhova, M., Rupp, A.E., Schoenbaum, M., Wang, P.S., Zaslavsky, A.M. (2008). Individual and societal effects of mental disorders on earnings in the United States: results from the national comorbidity survey replication. *Am. J. Psychiatry 165*, 703-711.

182. Kessler, R.C., McLaughlin, K.A., Green, J.G., Gruber, M.J., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., (2010) Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Brit J Psychiat 197*, 378–385. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499

183. Kilmer, R. P., Cowen, E. L., Wyman, P. A. (2001). A micro-level analysis of developmental, parenting, and family milieu variables that differentiate stress-resilient and stress-affected children. *Journal of Community Psychology, 29*(4), 391–416. https://doi.org/10.1002/jcop.1025

184. Kjaergaard, M., Arfwedson, Wang, C.E., Waterloo, K., Jorde, R. (2014). A study of the psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II, the Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale, and the Hospital Anxiety and Depression Scale in a sample from a healthy population. Scand J Psychol. 55,1,83-9. https://doi.org/10.1111/sjop.12090. Epub 2013 Nov 21. PMID: 24256317.

185. Klein, D. N., Arnow, B. A., Barkin, J. L., Dowling, F., Kocsis, J. H., Leon, A. C., et al. (2009). Early adversity in chronic depression: clinical correlates and response to pharmacotherapy. *Depress Anxiety* 26, 701–710. https://doi.org/10.1002/da.20577

186. Kleinberg, A., Aluoja, A., Vasar, V. (2013). Social support in depression: Structural and functional factors, perceived control and help-seeking. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 22*(4), 345-353. https://doi.org/10.1017/S2045796013000504

187. Kloppenburg, H., Gaebel, W., Hegerl, U., Henderson, G., Henderson, J., Kuhn, K., Lavikainen, J., McDaid, D., Meulenbergs, L., Rutz, W., Scheftlein, J., Schmidtke, A. (2004). Actions against depression Improving mental health and well-being by combating the adverse health, social and economic consequences of depression. Luxembourg: European Commission

188. Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology, 37(*1), 1–11. https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.1.1

189. Koenig, H.G., George, L.K., Peterson, B.L. (1998). Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. Am J Psychiatry. 155(4), 536-542. https://doi.org/10.1176/ajp.155.4.536. PMID: 9546001.

190. Kok, G., van Rijsbergen, G., Burger, H., Elgersma, H., Riper, H., Cuijpers, P., Dekker, J., Smit, F., Bockting, C. (2014). The scars of childhood adversity: minor stress sensitivity and depressive symptoms in remitted recurrently depressed adult patients. *PloS one*, *9*(11), e111711. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111711

191. Konradt, C.E., Cardoso, T.A., Mondin Campos, T., Souza Dias de Mattos, L., Kapczinski, Flavio, Azevedo da Silva, R., Jansen, K. (2018). Impact of resilience on the improvement of depressive symptoms after cognitive therapies for depression in a sample of young adults. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *40*(3), 226-231. https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-00477

192. Koverola, C., Pound, J., Heger, A., Lytle, C. (1993). Relationship of child sexual abuse to depression. Child Abuse Negl. 17,3,393-400. https://doi.org/10.1016/0145-2134(93)90062-a. PMID: 8330226.

193. Krause, A., Leskovec, J., Guestrin, C., VanBriesen, J., Faloutsos, C. (2008). Efficient sensor placement optimization for securing large water distribution networks. *J. Water Resour. Plann. Manage., 134(*6), 516–526.

194. Kupferberg, A., Bicks, L., Hasler, G. (2016). Social functioning in major depressive disorder. *Neurosci Biobehav Rev., 69,* 313-32. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.07.002 Epub 2016 Jul 6. PMID: 27395342.

195. Lacey, R. E., Pinto Pereira, S. M., Li, L., Danese, A. (2020). Adverse childhood experiences and adult inflammation: Single adversity, cumulative risk and latent class approaches. *Brain, behavior, and immunity, 87,* 820–830. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.017

196. Laird, K.T., Krause, B., Funes, C., Lavretsky, H. (2019). Psychobiological factors of resilience and depression in late life. *Transl Psychiatry* 9, 88. https://doi.org/10.1038/s41398-019-0424-7

197. Lam, R.W., Filteau, M.J., Milev, R. (2011). Clinical effectiveness: the importance of psychosocial functioning outcomes. *Journal of Affective Disorders 132*(Suppl 1), S9–S13.

198. Lam, R.W., Michalak, E.E., Bond, D.J., Tam, E.M., Axler, A., Yatham, L.N. (2012). Which depressive symptoms and medication side effects are perceived by patients as interfering most with occupational functioning? *Depress. Res Treat*, 630206.

199. Lavretsky, H., Siddarth, P., Irwin, M. R. (2010). Improving Depression and Enhancing Resilience in Family Dementia Caregivers: A Pilot Randomized Placebo-Controlled Trial of Escitalopram. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *18*(2), 154–162. https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181beab1e

200. Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping.* New York, NY: Springer.

201. Lee, D., Yu, E.S., Kim, N. (2020). Resilience as a mediator in the relationship between posttraumatic stress and posttraumatic growth among adult accident or crime victims: the moderated mediating effect of childhood trauma. *European Journal of Psychotraumatology*, *11*. 1704563. https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1704563.

202. Lee, J.-S. (2019). Perceived social support functions as a resilience in buffering the impact of trauma exposure on PTSD symptoms via intrusive rumination and entrapment in firefighters. *PLOS ONE. 14*. e0220454. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220454.

203. Leinonen, J.A., Solantaus, T.S., Punamäki, R.L. (2003). Parental mental health and children's adjustment: the quality of marital interaction and parenting as mediating factors. J Child Psychol Psychiatry. 44(2), 227-41. https://doi.org/10.1111/1469-7610.t01-1-00116 PMID: 12587859.

204. Leppin, A. L., Bora, P. R., Tilburt, J. C., Gionfriddo, M. R., Zeballos-Palacios, C., Dulohery, M. M., Erwin, P.J., Brito, J.P., Boehmer, K.R., Montori, V. M. (2014). *The Efficacy of Resiliency Training Programs: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials. PLoS ONE, 9(10), e111420.* https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111420

205. Leutar, Z., Oršulić, V. (2015). Povezanost socijalne podrške i nekih aspekata roditeljstva u obiteljima s djecom s teškoćama u razvoju. *Revija Za Socijalnu Politiku*. *22*(2). https://doi.org/10.3935/rsp.v22i2.1219

206. Levine, S. (2003). Psychological and social aspects of resilience: a synthesis of risks and resources. *Dialogues in clinical neuroscience*, *5*(3), 273–280. https://doi.org/10.31887/DCNS.2003.5.3/slevine

207. Levinson, D., Lakoma, M., Petukhova, M., Schoenbaum, M., Zaslavsky, A., Angermeyer, M., Kessler, R. (2010). Associations of serious mental illness with earnings: Results from the WHO World Mental Health surveys. *British Journal of Psychiatry*, *197*(2), 114-121. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.073635

208. Lewinsohn, P.M., Rohde, P., Seeley, J.R., Klein, D.N., Gotlib, I.H. (2000). Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: Predictors of recurrence in young adults. American Journal of Psychiatry. 157,1584–1591.

209. Lin, H.S., Probst, J.C., Hsu, Y.C. (2010). Depression among female psychiatric nurses in southern Taiwan: main and moderating effects of job stress, coping behaviour and social support. *J Clin Nurs. 19(15–16)*, 2342–2354.

210. Liu, Y., Wang, Z.H., Li, Z.G. (2012). Affective mediators of the influence of neuroticism and resilience on life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, *52(*7), 833-838. https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.01.017

211. Lochman, J.E., Salekin, R.T. (2003). Introduction prevention and intervention with aggressive and disruptive children: Next steps in behavioral intervention research, Behavior Therapy,34,4,413-419, ISSN 0005-7894, https://doi.org/10.1016/S0005-7894(03)80027-8.

212. Lorant, V., Croux, C., Weich, S., Deliège, D., Mackenbach, J., Ansseau, M. (2007). Depression and socio-economic risk factors: 7-Year longitudinal population study. The British journal of psychiatry : the journal of mental science. 190. 293-8. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.020040.

213. Luthar, S. S., Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: implications for interventions and social policies. Development and Psychopathology, 12(4), 857–885.

214. Luthar, S. S., Cicchetti, D., Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, *71*(3), 543–562.

215. Luthar, S. S., Shoum, K. A., Brown, P. J. (2006). Extracurricular involvement among affluent youth: A scapegoat for "ubiquitous achievement pressures"? *Developmental Psychology*, *42*(3), 583–597. https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.3.583

216. Luthar, S. S., Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry, 61(*1), 6–22. https://doi.org/10.1037/h0079218

217. MacKinnon, D. P. (2008). *Introduction to Statistical Mediation Analysis*. New York: Erlbaum.

218. Maj, M., Sartorius, N. (1999). Depressive Disorders. Chichester: John Wiley & Sons.

219. Markuš, M. (2010). Socijalna kompetentnost – jedna od ključnih kompetencija. *Napredak, 151*(3-4), 432-444.

220. Masten, A. (2001). Ordinary Magic. Resilience Processes in Development. *American Psychologist, 56,* 3, 227-238.

221. Masten, A. S. (2014). *Ordinary magic: Resilience in development.* Guilford Press.

222. Masten, A. S., Barnes, A. J. (2018). Resilience in Children: Developmental Perspectives. *Children (Basel, Switzerland), 5*(7), 98. https://doi.org/10.3390/children5070098

223. Masten, A. S., O'Dougherty-Wright, M. (2010). *Resilience over the lifespan: Developmental perspectives on resistance, recovery, and transformation.* U: J. W. Reich, A. J. Zautra, J. S. Hall (ur.), *Handbook of adult resilience*, 213–237. The Guilford Press.

224. Masten, A., Coatsworth, J.D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist, 53,* 205–220.

225. Masten, A.S. (1989). Resilience in development: Implications of the study of successful adaptation for developmental psychopathology. U: D. Cicchetti (ur.) Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1, 261–294.

226. Masten, A.S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. Development and Psychopathology, 19, 921-930.

227. Masten, A.S. (2011) Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and Psychopathology*, 23, 141-154.

228. Masten, A.S. (2013). Risk and resilience in development. U: Zelazo, P.D., (ur.) . New York: Oxford University Press, 579-607. Oxford Handbook of Developmental Psychology.Vol.2. Self and other

229. Mataga Tintor, A. (2011): Ostvarivanje prava djeteta u funkciji izgradnje otporne lokalne zajednice. Doktorski rad. Sveučilište u Zagrebu. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.

230. Maurović, I. (2015). Otpornost adolescenata u dječjim domovima. Doktorska disertacija. Zagreb: Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada Sveučilišta u Zagrebu

231. McAslan, A. (2010). The Concept of Resilience. Torrens Resilience Institute, 1-13.

232. McCullough, M.E., Larson, D.B. (1999). Religion and depression: a review of the literature. Twin Res. 2(2), 126-136. https://doi.org/10.1375/136905299320565997. PMID: 10480747.

233. McLaughlin, K.A., Green, J.G., Gruber, M.J., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., Kessler, R.C. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) III: associations with functional impairment related to DSM-IV disorders. *Psychol Med 40,* 847–859. https://doi.org/10.1017/S0033291709991115

234. McWhriter, R., McWhriter, B., McWhriter, A., McWhriter, E. (1993). At-Risk Youth: A Comprehensive Response. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.

235. Mealer, M., Jones, J., Newman, J., McFann, K.K., Rothbaum, B., Moss, M. (2012). The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: results of a national survey. *Int J Nurs Stud. 49(3),* 292–299.

236. Metalsky, G.I., Joiner, T.E. Jr, Hardin, T.S., Abramson, L.Y. (1993). Depressive reactions to failure in a naturalistic setting: a test of the hopelessness and self-esteem theories of depression. J Abnorm Psychol. 102,1,101-9. https://doi.org/10.1037//0021-843x.102.1.101. PMID: 8436686.

237. Mihaljek, D. (2006). Zdravstvena politika i reforma u Hrvatskoj: Kako vidjeti šumu od drveća? (u:) Ott, K. (ur.) *Pridruživanje Hrvatske Europskoj uniji.* Zagreb: Institut za javne financije

238. Mihaljević-Peleš, A., Šagud, M. (2013). Psihofarmakološke smjernice za liječenje depresije. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, *19*(106).

239. Miller, A.M., Chandler, P.J. (2002). Acculturation, resilience, and depression in midlife women from the former Soviet Union. Nurs Res., 51(1), 26-32. https://doi.org/10.1097/00006199-200201000-00005. PMID: 11822566.

240. Mills, R. C. (1991). A new understanding of self: The role of affect, state of mind, self-understanding, and intrinsic motivation. *The journal of experimental education*, *60*(1), 67-81.

241. Min, J., Jung, Y., Kim, D., Yim, H., Kim, J., Kim, T., Chae, J. (2013). Characteristics associated with low resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Quality of Life Research*, *22*(2), 231-241.

242. Min, J.-A., Lee, N.-B., Lee, C.-U., Lee, C., Chae, J.-H. (2012). Low trait anxiety, high resilience, and their interaction as possible predictors for treatment response in patients with depression. *Journal of Affective Disorders*, *137*(1–3), 61–69. https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.026

243. Miniati, M., Rucci, P., Benvenuti, A., Frank, E., Buttenfield, J., Giorgi, G., et al. (2010). Clinical characteristics and treatment outcome of depression in patients with and without a history of emotional and physical abuse. *J. Psychiatr. Res.* 44, 302–309. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.09.008

244. Monroe, S.M., Peterman, A.M. (1988). Life stress and psychopathology. U: L. Cohen (ur.), Research on stressful life events: Theoretical and methodological issues (31–63). Newbury Park, CA: Sage

245. Monroe, S.M., Simons, A.D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life-stress research: Implications for the depressive disorders. Psychological Bulletin, 110, 406–425.

246. Moos, R.H. (1979). Evaluating family and work settings. U: Ahmed, P. I., Coelho, G. V. (ur.),*Toward a New Definition of Health*, Plenum, New York.

247. Moos, R.H. (1994). *Family environment scale manual: Development, applications, research*. Consulting Psychologists Press.

248. Mowbray, D. (2014). Strengthening personal resilience. *Management Advisory Service. April*, *24*, 24.

249. Müller, R., Peter, C., Cieza, A., Geyh, S. (2012). The role of social support and social skills in people with spinal cord injury--a systematic review of the literature. Spinal Cord. 50(2), 94-106. https://doi.org/10.1038/sc.2011.116. Epub 2011 Oct 18. PMID: 22006079.

250. Murphy, B., Bates, G. W. (1997). Adult attachment style and vulnerability to depression. *Personality and Individual Differences*, *22*(6), 835–844. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(96)00277-2

251. Murrough, J.W., Russo, S.J. (2019). The Neurobiology of Resilience: Complexity and Hope. Biological Psychiatry, 86(6), 406-409, ISSN 0006-3223, https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.07.016.

252. Nanni, V., Uher, R., and Danese, A. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *Am. J. Psychiatr.* 169, 141–151. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11020335

253. Netuveli, G., Wiggins, R.D., Montgomery, S.M., Hildon, Z., Blane, D. (2008) Mental health and resilience at older ages: Bouncing back after adversity in the British Household Panel Survey. Journal of Epidemiology and Community Health 62(11), 987–991, https://doi.org/10.1136/jech.2007.069138.

254. Newman, R. (2003). In the wake of disaster: building the resilience initiative of. APA's Public education campaign. U: E. H. Grotberg (ur.), *Resilience for today: Gaining strength from adversity.* Westport, Conn: Praeger. 211-240.

255. Newman, T. (2002). Promoting Resilience: A Review of Effective Strategies for Child Care Service. Exter: Centre for Evidence Based Social Services: University of Exeter

256. Ng, Y.Y., Sulaiman, W.S. (2017). Resilience as mediator in the relationship between family functioning and depression among adolescents from single parent families. *Akademika, 87,* 111-122.

257. Nomura, Y., Wickramaratne, P.J., Warner, V., Mufson, L., Weissman, M.M. (2002). Family discord, parental depression, and psychopathology in offspring: ten-year follow-up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 41(4), 402-9. https://doi.org/10.1097/00004583-200204000-00012. PMID: 11931596.

258. Norris, F.H., Tracy, M., Galea, S. (2009). Looking for resilience: understanding the longitudinal trajectories of responses to stress. Soc Sci Med. 68(12), 2190-2198. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.03.043. Epub 2009 May 4. PMID: 19403217.

259. Novak, M., Ferić, M., Kranželić, V., Mihić, J. (2019). Konceptualni pristupi pozitivnom razvoju adolescenata. *Ljetopis socijalnog rada, 26* (2), 155-184. https://doi.org/10.3935/ljsr.v26i2.294

260. Nrugham, L., Holen, A., Sund, A.M. (2010). Associations between attempted suicide, violent life events, depressive symptoms, and resilience in adolescents and young adults. J Nerv Ment Dis. 198(2), 131-6. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181cc43a2.

261. Nrugham. L., Holen, A., Sund, A.M. (2010). Associations between attempted suicide, violent life events, depressive symptoms, and resilience in adolescents and young adults. J Nerv Ment Dis, 198, 131-136.

262. O'Leary, D.A., Lee, A.S. (1996). Seven year prognosis in depression: Mortality and readmission risk in the Nottingham ECT cohort. British Journal of Psychiatry. 169,423–429.

263. O'Dougherty Wright, M., Masten, A., Narayan, A. (2013). Resilience Processes in Development: Four Waves of Research on Positive Adaptation in the Context of Adversity. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3661-4_2.

264. Ong, A.D., Bergeman, C.S., Bisconti, T.L., Wallace, K.A. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. J Pers Soc Psychol. 91(4),730-49. https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.4.730. PMID: 17014296.

265. Ong, A.D., Bergeman, C.S., Boker, S.M. (2009), Resilience Comes of Age: Defining Features in Later Adulthood. Journal of Personality, 77, 1777-1804. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00600.x

266. Orzechowska, A., Zajączkowska, M., Talarowska, M., Gałecki, P. (2013). Depression and ways of coping with stress: a preliminary study. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, *19*, 1050–1056. https://doi.org/10.12659/MSM.8897788

267. Oshio, A., Taku, K., Hirano, M., Saeed, G. (2018). Resilience and Big Five personality traits: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, *127*, 54 – 60.

268. Osório, C., Probert, T., Jones, E., Young, A.H., Robbins, I. (2016). Adapting to Stress: Understanding the Neurobiology of Resilience, Behavioral Medicine, https://doi.org/10.1080/08964289.2016.1170661

269. Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan, C. A., Charney, D., Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. *Psychiatry (Edgmont (Pa. : Township))*, *4*(5), 35–40.

270. Papakostas, G.I. (2009). Major depressive disorder: psychosocial impairment and key considerations in functional improvement. *Am J Manag Care. 12*, 15(11 Suppl), S316–S321.

271. Pardeller, S., Kemmler, G., Hoertnagl, C. M., Hofer, A. (2020). *Associations between resilience and quality of life in patients experiencing a depressive episode. Psychiatry Research, 292, 113353.* https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113353

272. Patterson, G.R., DeBaryshe, B.D., Ramsey, E. (2000). Development of Antisocial Behavior. (u:) Craig, W. (ur.) *Childhood Social Development: The Essential Reading*. Malden, MA: Blackwell Publishers. 331-348.

273. Pečjak, S., Kolić-Vehovec, S., Rončević Zubković, B., Ajdišek, N. (2009). (Meta) kognitivni i motivacijski prediktori razumijevanja teksta adolescenata u Hrvatskoj i Sloveniji. *Suvremena psihologija*, *12*(2), 257-269.

274. Pereira, L., Matos, A., Rosario, M., Costa, J. (2016). Resilience and Depressive Symptomatology in Adolescents: The Moderator Effect of Psychosocial Functioning:. 72-86. https://doi.org/10.15405/epsbs.2016.07.02.7.

275. Pietrzak, R. H., Johnson, D. C., Goldstein, M. B., Malley, J. C., Southwick, S. M. (2009). Psychological resilience and postdeployment social support protect against traumatic stress and depressive symptoms in soldiers returning from Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *Depression and Anxiety*, *26(*8), 745–751. https://doi.org/10.1002/da.20558

276. Poole, J.C., Dobson, K.S., Pusch, D. (2017). Childhood adversity and adult depression: The protective role of psychological resilience. Child Abuse Negl., 64,89-100. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.12.012 Epub 2017 Jan 2. PMID: 28056359.

277. Price, R. H. (2004). Cultural collaboration for prevention and promotion: Implementing the JOBS program in China, California and Finland. U: E. Berger and I. Saunders Goldstein (ur.). *US Department of Health and Human Services Developing partnerships: Science, policies and programs across cultures. Proceedings of the Second World Conference on the Promotion and Prevention of Mental and Behavioral Disorders.* Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services. 121-126.

278. Procidano, M. E., Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, *11*(1), 1–24. https://doi.org/10.1007/BF00898416

279. Purebl, G., Petrea, I., Shields, L., Tóth, M.D., Székely, A., Kurimay, T., McDaid, D., Arensman, E., Granic, I., Martin Abelo, K. (2015). *Depression, suicide prevention and e-health: situation analysis and recommendations for action.* The Joint Action on Mental Health and Well-being, Lisabon, Portugal.

280. Radloff, L.S., Rae, D.S. (1979). Susceptibility and precipitating factors in depression: Sex differences and similarities. *Journal of Abnormal Psychology*, *88*, 174-181.

281. Rayburn, N.R., Wenzel, S.L., Elliott, M.N., Hambarsoomians, K., Marshall, G.N., Tucker, J.S. (2005). Trauma, depression, coping, and mental health service seeking among impoverished women. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73, 667–677.

282. Rehan, W., Antfolk, J., Johansson, A., Jern, P., Santtila, P. (2017). Experiences of severe childhood maltreatment, depression, anxiety and alcohol abuse among adults in Finland. *PLoS One, 8,12(5)*:e0177252. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177252.

283. Reite, M., Short, R., Seiler, C., Pauley, J. D. (1981). Attachment, loss, and depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *22*(2), 141-169.

284. Reivich, K., Shatté, A. (2002). *The resilience factor: 7 essential skills for overcoming life's inevitable obstacles*. Broadway books.

285. Ren, J., Jiang, X., Yao, J., Li, X., Liu, X., Pang, M., Chiang, C.L. (2015). Depression, Social Support, and Coping Styles among Pregnant Women after the Lushan Earthquake in Ya'an, *China. PLoS One, 10,* 8, e0135809. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135809 PMID: 26270035; PMCID: PMC4535859.

286. Renn, B. N., Hoeft, T. J., Lee, H. S., Bauer, A. M., Areán, P. A. (2019). Preference for in-person psychotherapy versus digital psychotherapy options for depression: Survey of adults in the U.S. *Nature Partner Journals Digital Medicine, 2*. https://www.nature.com/articles/s41746-019-0077-1

287. Renner, F., Cuijpers, P., Huibers, M.J.H. (2014) The effect of psychotherapy for depression on improvements in social functioning: a meta-analysis. *Psychol Med.* 1–14. https://doi.org/10.1017/S0033291713003152

288. Resilience Treatment Center. (2020). Dostupno na: https://resiliencetreatment.com/treatments , pristupljeno 8.10.2020.

289. Rhebergen, D., Beekman, A.T.F., Graaf, R., Nolen, W.A., Spijker, J., Hoogendijk, W.J., Penninx, B.W.J.H. (2010). Trajectories of recovery of social and physical functioning in major depression, dysthymic disorder and double depression: a 3-year follow-up *J. Affect. Disord., 124*, 148-156, https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.10.029

290. Rimac, I., Ogresta, J. (2012): Etički standardi primjene fokusnih grupa u istraživanju nasilja nad djecom u obitelji. Ljetopis socijalnog rada. 1(3), 479–514.

291. Ritchie, K., Jaussent, I., Stewart, R., Dupuy, A.M., Courtet, P., Ancelin, M.L., Malafosse, A. (2009). Association of adverse childhood environment and 5-HTTLPR Genotype with late-life depression. *J Clin Psychiatry. 70*,9, 1281-1288.

https://doi.org/10.4088/JCP.08m04510 Epub 2009 Jun 30. PMID: 19573496; PMCID: PMC3078522.

292. Rizvi, S.J., Cyriac, A., Grima, E., Tan, M., Lin, P., Gallaugher, L.A., Mcintyre, R.S., Kennedy, S.H. (2015). Depression and employment status in primary and tertiary care settings. *Can. J. Psychiatry Rev. Can. Psychiatr.*, *60*, 14-22.

293. Roberts, J. E., Monroe, S. M. (1992). Vulnerable self-esteem and depressive symptoms: Prospective findings comparing three alternative conceptualizations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *62*(5), 804–812. https://doi.org/10.1037/0022-3514.62.5.804

294. Roohafza,, H.R., Afshar, H., Keshteli, A.H., Mohammadi, N., Feizi, A., Taslimi, M., Adibi, P. (2014). What's the role of perceived social support and coping styles in depression and anxiety?. *Journal of research in medical sciences : the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, *19(*10), 944–949.

295. Roy, A., Sarchiapone, M., Carli, V. (2007). Low Resilience in Suicide Attempters. *Archives of Suicide Research*, *11*(3), 265–269. https://doi.org/10.1080/13811110701403916

296. Rudnicki, S.R., Graham, J.L., Habboushe, D.F., Ross, R.D. (2001). Social support and avoidant coping: correlates of depressed mood during pregnancy in minority women. *Women Health*, *34*, 3, 19-34. https://doi.org/10.1300/J013v34n03_02. PMID: 11708685.

297. Russo, S. J., Murrough, J. W., Han, M.-H., Charney, D. S., Nestler, E. J. (2012). Neurobiology of resilience. *Nature Neuroscience*, *15*(11), 1475–1484. https://doi.org/10.1038/nn.3234

298. Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, *147*, 598–611. https://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598

299. Rutter, M. (1990). Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms. U: J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, S. Weintraub (Ur.), Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology, 181-214. New York: Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511752872.013

300. Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, *24*(02), 335–344. https://doi.org/10.1017/S0954579412000288

301. Salloum, A., Lewis, M. (2010) An exploratory study of African American parent-child coping strategies postHurricane Katrina. Traumatology 16, 31-41.

302. Sanković, K. (2005). Ispitivanje razlika u percepciji roditeljskog prihvaćanja i odbijanja kod studenata različite privrženosti u ljubavnim vezama. Neobjavljeni diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.

303. Santini, Z.I., Koyanagi, A., Tyrovolas, S., Mason, C., Haro, J.M. (2015). The association between social relationships and depression: a systematic review. *J Affect Disord*, 175, 53–65.

304. Sarason, I. G., Kvine, H. M., Basham, R. B., Sarason, B. R. (1983). Assessing social supporr: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personplity ad Social Psychology, 44,* 127-139.

305. Saris, I.M.J., Aghajani, M., van der Werff, S.J.A., van der Wee, N.J.A., Penninx, B.W.J.H. (2017). Social functioning in patients with depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand., 136(4),*352-361. https://doi.org/10.1111/acps.12774. Epub 2017 Aug 2. PMID: 28767127; PMCID: PMC5601295.

306. Sarkar, M., Fletcher, D. (2017). How resilience training can enhance wellbeing and performance. U: M. F. Crane (Ur.), *Managing for resilience: A practical guide for employee wellbeing and organizational performance*. London, UK: Routledge. 227-237

307. Sarrionandia, A., Ramos-Díaz, E., Fernández-Lasarte, O. (2018). Resilience as a Mediator of Emotional Intelligence and Perceived Stress: A Cross-Country Study. *Frontiers in psychology, 9,* 2653. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02653

308. Schaefer, C., Coyne, J.C., Lazarus, R.S. (1981). The health-related functions of social support. J Behav Med. 4,4,381-406. https://doi.org/10.1007/BF00846149. PMID: 7338894.

309. Schuster, R., Kalthoff, I., Walther, A., Köhldorfer, L., Partinger, E., Berger, T., Laireiter, A. (2019). Effects, adherence, and therapists' perceptions of web- and mobile-supported group therapy for depression: Mixed-methods study. *Journal of Medical Internet Research, 21,* e11860. https://doi.org/10.2196/11860

310. Schwarzer R., Weiner B. (1991). Stigma controllability and coping as predictors of emotions and social support. *J. Soc. Pers. Relat.* 8, 133–140.

311. Scott, K.M., McLaughlin, K.A., Smith, D.A., Ellis, P.M. (2012). Childhood maltreatment and DSM-IV adult mental disorders: comparison of prospective and retrospective findings. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science. 200*(6), 469–475. Epub 2012/06/05.

312. Scott, K.M., Smith, D.R., Ellis, P.M. (2010). Prospectively ascertained child maltreatment and its association with DSM-IV mental disorders in young adults. *Archives of general psychiatry. 67(*7), 712–719. Epub 2010/07/07. pmid:20603452

313. Segrin, C., Flora, J. (2000). Poor social skills are a vulnerability factor in the development of psychosocial problems. *Human Communication Research, 26*(3), 489–514. https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.2000.tb00766.x

314. Selye, H. (1970). The evolution of the stress concept: Stress and cardiovascular disease. The American Journal of Cardiology, 26(3), 289-299.

315. Seok, J.-H., Lee, K.-U., Kim, W., Lee, S.-H., Kang, E.-H., Ham, B.-J., Yang, J.-C., Chae, J.-H. (2012) Impact of early-life stress and resilience on patients with major depressive disorder. Yonsei Medical Journal, 1093-1098.

316. Sha, T. (2006). Optimism, Pessimism and Depression; The Relations and Differences by Stress Level and Gender. *Acta Psychologica Sinica, 38*(6), 886–901.

317. Shapero, B.G., Farabaugh, A., Terechina, O., DeCross, S., Cheung, J.C., Fava, M., Holt, D.J. (2019). Understanding the effects of emotional reactivity on depression and suicidal thoughts and behaviors: Moderating effects of childhood adversity and resilience. J Affect Disord. 45,419-427. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.033 Epub 2018 Nov 5. PMID: 30423470.

318. Sharpley, C.F., Bitsika, V., Jesulola, E., Fitzpatrick, K., Agnew, L.L. (2016). The association between aspects of psychological resilience and subtypes of depression: implications for focussed clinical treatment models. *Int J Psychiatry Clin Pract.*, 20(3), 151-6. https://doi.org/10.1080/13651501.2016.1199810 Epub 2016 Jun 22. PMID: 27332989.

319. Shastri, P.C. (2013). Resilience: Building immunity in psychiatry. *Indian J Psychiatry. 55*,3, 224-34. https://doi.org/10.4103/0019-5545.117134. PMID: 24082242; PMCID: PMC3777343.

320. Sheehan, D.V., Harnett-Sheehan, K., Raj, B.A**.** (1996). The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol*, 11(suppl 3), 89-95.

321. Sheehan, K.H., Sheehan, D.V. (2008). Assessing treatment effects in clinical trials with the discan metric of the Sheehan Disability Scale. Int Clin Psychopharmacol. 23,2, 70-83. https://doi.org/10.1097/YIC.0b013e3282f2b4d6 . PMID: 18301121.

322. Shin, Y. C., Kim, S. M., Kim, H., Min, K. J., Yoo, S. K., Kim, E. J., Jeon, S. W. (2019). Resilience as a Protective Factor for Depressive Mood and Anxiety among Korean

Employees. *Journal of Korean medical science*, *34*(27), e188. https://doi.org/10.3346/jkms.2019.34.e188

323. Shonkoff, J.P., Boyce, T.W., McEwen, B.S. (2009). Neurcoscience, Molecular Biology, and Childhood Roots of Health Disparities: Building a New Framework for Health Promotion and Disease Prevention. *The Journal of the American Medical Association*, 301(21), 2252-2259.
324. Shrivastava, A., Desousa, A. (2016). Resilience: A psychobiological construct for psychiatric disorders. *Indian journal of psychiatry*, *58(1)*, 38–43. https://doi.org/10.4103/0019-5545.174365
325. Siebert, A. (2010). Survivor Personality: Why Some People Are Stronger, Smarter, and More Skillful at Handling Life's Difficulties... and How You Can Be, Too. The Resiliency Centre, Perigee Books/Berkley Publishing Group
326. Silobrčić Radić, M., Hrabak-Žerjavić, V. (2013). Epidemiološki prikaz depresivnih poremećaja u Hrvatskoj. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, *19*(106).
327. Silobrčić Radić, M., Jelavić, M. (2011). *Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj.* Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
328. Silobrčić Radić, M., Vrbanec, I. (2018). Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
329. Simon, G.E. (2001). Treating depression in patients with chronic disease: recognition and treatment are crucial; depression worsens the course of a chronic illness. *The Western journal of medicine*, *175*(5), 292–293. https://doi.org/10.1136/ewjm.175.5.292
330. Sippel, L. M., R. H. Pietrzak, D. S. Charney, L. C. Mayes, and S. M. Southwick. (2015). How does social support enhance resilience in the trauma-exposed individual? *Ecology and Society* 20(4),10. http://dx.doi.org/10.5751/ES-07832-200410
331. Skapinakis, P., Bellos, S., Oikonomou, A., Dimitriadis, G., Gkikas, P., Perdikari, E., Mavreas, V. (2020). Depression and Its Relationship with Coping Strategies and Illness Perceptions during the COVID-19 Lockdown in Greece: A Cross-Sectional Survey of the Population. Depression Research and Treatment. 1-11. https://doi.org/10.1155/2020/315854.
332. Skodol, A. E. (2010). The resilient personality. U: Reich, J.W., Zautra, A.J., Hall, J.S. (ur.), *Handbook of adult resilience*. New York, NY, US: Guilford Press. 112-125
333. Smit, F., Shields, L., Petrea, I. (2016). *Preventing Depression In the WHO European Region.* Utrecht: Trimbos Instituut.

334. Snow, D.L., Swan, S.C., Raghavan, C., Connell, C.M., Klein, I. (2003). The relationship of work stressors, coping and social support to psychological symptoms among female secretarial employees. *Work Stress. 17(3),* 241–263.

335. Söllner, W., Zschocke, I., Zingg-Schir, M., Stein, B., Rumpold, G., Fritsch, P., Augustin, M. (1999). Interactive patterns of social support and individual coping strategies in melanoma patients and their correlations with adjustment to illness. *Psychosomatics, 40(*3), 239-50. https://doi.org/10.1016/S0033-3182(99)71241-7. PMID: 10341537.

336. Southwick, S., Vythilingam, M., Charney, D. (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annual review of clinical psychology, 1,* 255-91. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143948

337. Southwick, S.S., Charney, D.S. (2012). The science of resilience: implications for the prevention and treatment of depression. *Science.* 338(6103), 79–82. https://doi.org/10.1126/science.1222942

338. Stainton, A., Chisholm, K., Kaiser, N. (2019). Resilience as a multimodal dynamic process. *Early Intervention in Psychiatry*. 13**,** 725– 732. https://doi.org/10.1111/eip.12726

339. Steese, S., Dollette, M., Phillips, W., Hossfeld, E., Matthews, G., Taormina, G. (2006). Understanding Girls' Circle as an intervention on perceived social support, body image, self-efficacy, locus of control, and self-esteem. Adolescence. 41, 55–74.

340. Stern, A.E., Lynch, D.L., Oates, R.K., O'Toole, B.I., Cooney, G. (1995). Self esteem, depression, behaviour and family functioning in sexually abused children. *J. Child Psychol. Psychiatry 36,* 1077 – 1089.

341. Stewart, W.F., Ricci, J.A., Chee, E., Hahn, S.R., Morganstein, D. (2003). Cost of lost productive work time among US workers with depression. *JAMA 289,* 3135-3144.

342. Straus, M. A., Kantor, G. K. (1994). Corporal punishment of adolescents by parents: A risk factor in the epidemiology of depression, suicide, alcohol abuse, child abuse, and wife beating. *Adolescence, 29(*115), 543–561.

343. Strickland, B.R. (1992). Women and Depression. Current Directions in Psychological Science. 1,4, 132-135. https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10769766

344. Stump, K., Ratliff, J. Wu, Y., Hawley, P.H. (2009). Theories of Social Competence from the Top-Down to the Bottom-Up: A Case for Considering Foundational Human Needs. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-0234-4_2.

345. Tadinac, M., Jokić-Begić, N., Hromatko, I., Kotrulja, L., Lauri Korajlija, A. (2006). Kronična bolest, depresivnost i anksioznost. *Socijalna psihijatrija, 34(4),* 169-174

346. Taylor, S. E., Aspinwall, L. G. (1996). *Mediating and moderating processes in psychosocial stress: Appraisal, coping, resistance, and vulnerability.* U: H. B. Kaplan (ur.), *Psychosocial stress: Perspectives on structure, theory, life-course, and methods* (71–110). Academic Press.

347. Teicher, M. H., Samson, J. A. (2016). Annual research review: enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of child psychology and psychiatry*, *57(*3), 241-266.

348. Teoh, H.J., Rose, P. (2001) Child Mental Health: Integrating Malaysian Needs with International Experiences, U: Amber, H. (ur.), *Mental Health in Malaysia: Issues and Concerns.* Kuala Lumpur: University Malaya Press.

349. Thompson, G., McBride, R.B., Hosford, C.C., Halaas, G. (2016). Resilience Among Medical Students: The Role of Coping Style and Social Support. *Teach Learn Med., 28(*2), 174-82. https://doiorg/10.1080/10401334.2016.1146611. PMID: 27064719.

350. Thornicroft, G., Chatterji, S., Evans-Lacko, S., Gruber, M., Sampson, N., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L., Borges, G. (2017). Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *Br.J. Psychiatry, 210,* 119–124. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.188078.

351. Tobler, N. S., Stratton, H. H. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: A meta-analysis of the research. *The Journal of Primary Prevention, 18*(1), 71–128. https://doi.org/10.1023/A:1024630205999

352. Tsehay, M., Necho, M., Mekonnen, W. (2020). The Role of Adverse Childhood Experience on Depression Symptom, Prevalence, and Severity among School Going Adolescents. Depress Res Treat. 18, 5951792. https://doi.org/10.1155/2020/5951792. PMID: 32257437; PMCID: PMC7104267.

353. Tugade, M. M., Fredrickson, B. L. (2004). Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back From Negative Emotional Experiences. *Journal of Personality and Social Psychology, 86*(2), 320–333. https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.320

354. Turecki, G., Brent, D.A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. Lancet, 387, 1227–1239. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2

355. Ullman, S.E., Filipas, H.H., Townsend, S.M., Starzynski, L.L. (2007). Psychosocial correlates of PTSD symptom severity in sexual assault survivors. J Trauma Stress. 20(5),821-31. https://doi.org/10.1002/jts.20290. PMID: 17955534.

356. Um, Y.-H., Huh, H.-J., Kim, S.-J., Chae, J.-H. (2014). Possible cultural effects on the increments of somatic symptoms in subjectively resilient depressed patients. Asia-Pacific Psychiatry, 1-6. https://doi.org/10.1111/appy.12143.

357. Ungar, M. (2011). *The social ecology of resilience: A handbook of theory and practice*. Springer Science & Business Media.

358. Ungar, M. (2018). What works. A manual for Designing Programs that Build Resilience. Halifax: Resilience Research Centre

359. Ungar, M.,Theron, L. (2019). Resilience and mental health: how multisystemic processes contribute to positive outcomes. *The Lancet Psychiatry*. 7. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30434-1.

360. Vahia, I.V., Meeks, T.W., Thompson, W.K., Depp, C.A., Zisook, S., Allison, M., Judd, L.L., Jeste, D.V. (2010). Subthreshold depression and successful aging in older women. Am J Ger Psychiatry, 18, 212-220.

361. Van Berkel, H. (2014). The relationship between personality, coping styles and stress, anxiety and depression. Dostupno na: https://ir.canterbury.ac.nz/handle/10092/2612 , pristupljeno 8.10.2020.

362. Van Doesum K. T. H., Hosman, C. M. H. (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: II. Interventions. *Australian Network for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health*, 8(3), 264-276.

363. Van Zoonen, K., Buntrock, C., Ebert, D.D., Smit, F., Reynolds, C., Beekman, A.T.F., Cuijpers, P. (2014). Preventing the onset of major depressive disorder: a meta-analytic review of psychological interventions. *International Journal of Epidemiology*, 43, 318-329.

364. Vanderbilt-Adriance, E., Shaw, D. S. (2008). Conceptualizing and re-evaluating resilience across levels of risk, time, and domains of competence. *Clinical child and family psychology review*, *11*(1-2), 30–58. https://doi.org/10.1007/s10567-008-0031-2

365. VanTieghem, M.R., Tottenham, N. (2018). Neurobiological programming of early life stress: Functional development of amygdala-prefrontal circuitry and vulnerability for stress-related psychopathology. *Curr Top Behav Neurosci 38*, 117–136.

366. Vlada Republike Hrvatske. Dostupno na: www.vlada.hr pristupljeno 26.10.2020.

367. Vranko, M., Velimirović, I. i Jendričko, T. (2021). Perceived Social Support of Patients Involved in the Psychotherapeutic Treatment. *Archives of Psychiatry Research, 57*(1), 53-60. https://doi.org/10.20471/may.2021.57.01.05

368. Wada, K., Arakida, M., Watanabe, R., Negishi, M., Sato, J., Tsutsumi, A. (2013). The economic impact of loss of performance due to absenteeism and presenteeism caused by depressive symptoms and comorbid health conditions among Japanese workers. *Ind. Health 51*, 482-489

369. Walsh, F. (1998). *The Guilford family therapy series. Strengthening family resilience.* Guilford Press.

370. Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R., & Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC psychiatry*, *18*(1), 156. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5

371. Wang, L., Xu, B., Gu, Y., Zhu, J., Liang, Y. (2019). The mediating and moderating effects of resilience on the relationship between perceived stress and depression in heroin addicts. *J Community Psychol*., 47, 495– 503. https://doi.org/10.1002/jcop.22133

372. Wang, M.C., Nyutu, P., Tran, K., Spears, A. (2015). Finding Resilience: The Mediation Effect of Sense of Community on the Psychological Well-Being of Military Spouses. *Journal of Mental Health Counseling*, 37, 164-174. https://doi.org/10.17744/mehc.37.2.07054x614489204m.

373. Wang, Z., Fu, Y. (2015). Social support, social comparison, and career adaptability: A moderated mediation model. *Social Behavior and Personality: An international journal*, *43(4)*, 649-660.

374. Waugh, C.E., Koster, E.H. (2015). A resilience framework for promoting stable remission from depression. *Clin Psychol Rev. 41*, 49-60. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.004. Epub 2014 May 29. PMID: 24930712.

375. Weissman, M. M., Klerman, G. L. (1977). Sex differences and the epidemiolog~ of depression. *Archives of General Psychiatry, 34*, 98-1 11.

376. Weissman, M., Wickramarante, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D., Verdeli, H. (2006). Offspring of Depressed Parents: 20 Years Later. The American journal of psychiatry, 163. https://doi.org/1001-8.10.1176/appi.ajp.163.6.1001

377. Wells, M., Avers, D., Brooks, G. (2012). Resilience, physical performance measures, and self-perceived physical and mental health in older Catholic nuns. J Geriatr Phys

Ther. 35(3),126-131. https://doi.org/10.1519/JPT.0b013e318237103f. PMID: 22107953.

378. Wermelinger Ávila, M.P., Lucchetti, A.L., Lucchetti, G. (2017). Association between depression and resilience in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry, 32(3)*, 237–246.

379. Werner, E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology, 5(*4), 503-515.

380. Werner, E. E. (2000). *Protective factors and individual resilience.* U: J. P. Shonkoff, S. J. Meisels (ur.), *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge University Press, 115-132. https://doi.org/10.1017/CBO9780511529320.008

381. Werner, E.E., Smith, R.S. (1992). Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood. Ithaca, NY: Cornell University Press

382. Whisman, M. A., Kwon, P. (1993). Life stress and dysphoria: The role of self-esteem and hopelessness. *Journal of Personality and Social Psychology, 65(*5), 1054–1060. https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.5.1054

383. WHO - World Health Organization. (2013b). *Mental Health Action Plan 2013–2020.* Geneva, WHO,Switzerland. Dostupno na: https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021 , posjećeno 16,7.2020.

384. WHO – World Health Organization. (2001). The World Health Report 2001: Mental Disorders affect one in four people. Dostupno na: https://www.who.int/whr/2001/media_centre/en/ , posjećeno 1.10.2020.

385. WHO – World Health Organization. (2004). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report. Dostupno na: https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf, posjećeno 25.11.2020.

386. WHO - World Health Organization. (2013a). Izvješće o ukupnom opterećenju bolestima. Dostupno na: . https://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/countries/situation_trends_dalys/en/, posjećeno 20.11.2020.

387. WHO – World Health Organization. (2014). Preventing suicide, A global imperative. Dostupno na: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=23BEE0599D058CAA7A73C02BA8872022?sequence=1, posjećeno 5.11.2020.

388. WHO – World Health Organization. (2017a). Depression. Fact Sheet. Dostupno na: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/, posjećeno 25.11.2020.

389. WHO – World Health Organization. (2017b). Strengthening resilience: a priority shared by Health 2020 and the Sustainable Development Goals. Dostupno na: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/351284/resilience-report-20171004-h1635.pdf, posjećeno 6.10.2020.

390. WHO World Helth Organization. (1992). ICD 10 Chapter V (F) Mental and behavioral disorders, clinical descriptinos and diagnsotic guidelines. Geneva: WHO

391. Wickramarante, P.J. i Weissman, M.M. (1998). Onset pf psychopathology in offspring by developmental phase and parental depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(9), 933–942.

392. Wiersma, J.E., Hovens, J.G.F.M., van Oppen, P., Giltay, E.J., van Schaik, D.J.F. (2009). The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults. *J Clin Psychiatry 70*, 983–989.

393. Wilcox, B. L. (1981). Social support, life stress, and psychological adjustment: A test of the buffering hypothesis. *American Journal of Community Psychology*, *9*(4), 371–386. https://doi.org/10.1007/BF00918169

394. Wingo, A. P., Wrenn, G., Pelletier, T., Gutman, A. R., Bradley, B., Ressler, K. J. (2010). Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. *Journal of affective disorders*, *126*(3), 411–414. https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.04.009

395. Wolin, S. J., Wolin, S. (1993). The Resilient Self: How Survivors of Troubled Families Arise above Adversity. New York: Villard Books.

396. Wong, P. T., Wong, L. C. (2012). A meaning-centered approach to building youth resilience. *The human quest for meaning: Theories, research, and applications*, *2*, 585-617.

397. World Health Organization Dept. of Mental Health and Substance Abuse, Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. (2004). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options summary report.* Geneva: World Health Organization.

398. World Health Organization. (2001). The World health report 2001: mental health: new understanding, new hope. Switzerland: World Health Organization.

399. World Helath Organization. (1992). ICD 10 Chapter V (F) Mental and behavioral disorders, clinical descriptinos and diagnsotic guidelines. Geneva: World Health Organization.

400. Wu, G., Feder, A., Cohen, H., Kim, J. J., Calderon, S., Charney, D. S., Mathé, A. A. (2013). Understanding resilience. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *7*, 10. https://doi.org/10.3389/fnbeh.2013.00010

401. Wu, Y., Yu, W., Wu, X., Wan, H., Wang, Y., Lu, G. (2020). Psychological resilience and positive coping styles among Chinese undergraduate students: a cross-sectional study. *BMC Psychol* 8, 79. https://doi.org/10.1186/s40359-020-00444-y

402. Xu, N., Zhao, S., Xue, H., Fu, W., Liu, L., Zhang, T., Huang, R., Zhang, N. (2017). Associations of perceived social support and positive psychological resources with fatigue symptom in patients with rheumatoid arthritis. *PLoS One. 2017 12(3):*e0173293. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173293. PMID: 28291837; PMCID: PMC5349444.

403. Yang, C., Xia, M., Han, M., Liang, Y. (2018). Social Support and Resilience as Mediators Between Stress and Life Satisfaction Among People With Substance Use Disorder in China. *Frontiers in psychiatry*, *9*, 436. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00436

404. Zannas A.S., West A.E. (2014). Epigenetics and the regulation of stress vulnerability and resilience. Neuroscience 4. 264, 157-70. https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2013.12.003.

405. Zhang, H., Zhao, Q., Cao, P., Ren, G. (2017). Resilience and Quality of Life: Exploring the Mediator Role of Social Support in Patients with Breast Cancer. *Medical Science Monitor*. 23. 5969-5979. https://doi.org/10.12659/MSM.907730.

406. Zhang, J, Yang, Z, Wang, X., Li, J., Dong, L., Wang, F., Li, Y., Wei, R., Zhang, J. (2020). The relationship between resilience, anxiety and depression among patients with mild symptoms of COVID-19 in China: A cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 29, 4020– 4029. https://doi.org/10.1111/jocn.15425

407. Zhang, J., Yang, Z., Wang, X., (2020). The relationship between resilience, anxiety and depression among patients with mild symptoms of COVID-19 in China: A cross-sectional study. *J Clin Nurs*., 29, 4020– 4029. https://doi.org/10.1111/jocn.15425

408. Zhao, X., Sun, M. & Yang, Y. (2021). Effects of social support, hope and resilience on depressive symptoms within 18 months after diagnosis of prostate cancer. *Health Qual Life Outcomes* **19,** 15. https://doi.org/10.1186/s12955-020-01660-1

409. Zhou, J., Feng, L., Hu, C., Pao, C., Xiao, L., Wang, G. (2019). Associations Among Depressive Symptoms, Childhood Abuse, Neuroticism, Social Support, and Coping Style in the Population Covering General Adults, Depressed Patients, Bipolar Disorder Patients, and High Risk Population for Depression. *Frontiers in psychology*, *10*, 1321. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01321

410. Ziaian, T., Anstiss, H., Antoniou, G., Baghurst, P., Sawyer, M. (2012). Resilience and its Association with Depression, Emotional and Behavioural Problems, and Mental Health Service Utilisation among Refugee Adolescents Living in South Australia. *International Journal of Population Research*, https://doi.org/10.1155/2012/485956

411. Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41

412. Zlotnick, C., Mattia, J., and Zimmerman, M. (2001). Clinical features of survivors of sexual abuse with major depression. *Child Abuse Negl.* 25, 357–367.

413. Zvizdić, S. I. B. E. L. A. (2015). Socijalna podrška i rezilijencija kod djece i adolescenata. Filozofski fakultet u Sarajevu Provjera metrijskih karakteristika i faktorska analiza skale procjene socijalne podrške SS-A.

Lista tablica

Tablica 1. Najčešće istraživani rizični čimbenici za pojavu depresije 7

Tablica 2. Socijalne vještine s obzirom na svrhu 40

Tablica 3. Kvote sudionika u predistraživanju 53

Tablica 4. Kvote sudionika u glavnom istraživanju 55

Tablica 5. Mjerni instrumenti 57

Tablica 6. Uporaba Upitnika CD-RISC 25 u oboljelih od depresije 60

Tablica 7. Testiranje razlika u broju nepovoljnih iskustava u djetinjstvu kod pojedinaca različitih stupnjeva depresije: deskriptivna statistika, ANOVA i post-hoc test 75

Tablica 8. Povezanost percipirane socijalne podrške i razine individualnih čimbenika otpornosti: Pearsonovi koeficijenti korelacije 77

Tablica 9. Doprinos različitih aspekata socijalne podrške za objašnjenje varijance individualnih čimbenika otpornosti: Rezultati regresijske analize 78

Tablica 10. Povezanost proaktivnih strategija suočavanja sa stresom sa percipiranom socijalnom podrškom i razinom individualnih čimbenika otpornosti: Pearsonovi koeficijenti korelacije 79

Tablica 11. Doprinos različitih aspekata socijalne podrške i individualnih čimbenika otpornosti za objašnjenje varijance proaktivnih strategija suočavanja sa stresom: Rezultati regresijske analize 79

Tablica 12. Testiranje razlika u poteškoćama u socijalnom funkcioniranju kod pojedinaca različitih stupnjeva depresije: deskriptivna statistika, ANOVA i post-hoc test 81

Tablica 13. Povezanost loše kvalitete funkcioniranja oboljelih od depresije, razine depresije, individualne otpornosti, percipirane socijalne podrške i strategija suočavanja sa stresom: Pearsonovi koeficijenti korelacije 85

Tablica 14. Testiranje medijacijskog učinka individualne otpornosti, socijalne podrške i proaktivnih strategija suočavanja sa stresom na odnos depresije i kvalitete funkcioniranja u depresiji: Rezultati hijerarhijske regresijske analize 86

Tablica 15. Povezanost loše kvalitete funkcioniranja u depresiji, intenziteta nepovoljnih iskustava u djetinjstvu, individualne otpornosti, socijalne podrške i proaktivnih strategija suočavanja sa stresom: Pearsonovi koeficijenti korelacije 87

Tablica 16. Testiranje medijacijskog učinka individualne otpornosti, socijalne podrške i proaktivnih strategija suočavanja sa stresom na odnos nepovoljnih iskustava u djetinjstvu i kvalitete funkcioniranja u depresiji: Rezultati hijerarhijske regresijske analize 88

Tablica 17. Saturacije čestica skale CD-RISC-25 na prvoj glavnoj komponenti 165

Tablica 18. Saturacije čestica Multidimenzionalne skale percipirane socijalne podrške na tri dimenzije: podrška obitelji, podrška prijatelja i podrška značajnih drugih 167

Tablica 19. Saturacije čestica Beckovog inventara depresije na prvoj glavnoj komponenti 168

Tablica 20. Saturacije čestica Upitnika za procjenu funkcionalnosti u depresiji na prvoj glavnoj komponenti 170

Tablica 21. Saturacije čestica Upitnika nepovoljnih događaja u djetinjstvu na prvoj glavnoj komponenti 173

Tablica 22. Saturacije čestica skale COPE na tri dimenzije: suočavanje usmjereno na problem, suočavanje usmjereno na emocije i izbjegavanje suočavanja 175

Lista shema

Shema 1. Medijacijski model otpornosti (Masten, 2014)..... 24

Shema 2. Medijacijski modeli pokazuju indirektan negativan efekt čimbenika rizika na pozitivan ishod i njegov utjecaj na treću varijablu..... 25

Shema 3. Model moderatorskog učinka – jedan pokrenut samim rizikom, a drugi ne. Oba moderatora mijenju utjecaj faktora rizika na ishod..... 26

Shema 4. Model socijalne kompetencije prema Stamp i suradnici (2009)..... 39

Shema 5. Model socijalne kompetencije (Gresham i Elliot, 1987)..... 39

Lista modela

Model 1. Odnos pojedinca, obitelji, zajednice, sustava podrške i legislativnog okvira zemlje (Ferić, 2015)..... 107

Lista grafova

Graf 1. Spol sudionika istraživanja (%) 46

Graf 2. Bračni status sudionika istraživanja (%)..... 46

Graf 3. Tip obitelji u kojoj sudionici istraživanja žive (%)..... 47

Graf 4. Stanovanje sudionika istraživanja (%)..... 47

Graf 5. Mjesto stanovanja sudionika istraživanja (%) 48

Graf 6. Radni status/školovanje sudionika istraživanja (%)..... 48

Graf 7. Stručna sprema sudionika istraživanja (%)..... 49

Graf 8. Komorbiditet depresije sudionika istraživanja (%)..... 50

Graf 9. Pokušaj suicida sudionika istraživanja (%)..... 50

Graf 10. Broj pokušaja suicida sudionika istraživanja (%) 51

Graf 11. Psihijatrijsko liječenje roditelja sudionika istraživanja (%)..... 51

Graf 12. Psihička bolest majke i/ili oca..... 52

Graf 13. Broj nepovoljnih iskustava u djetinjstvu u odnosu na razinu depresije sudionika istraživanja 74

Graf 14. Poteškoće u socijalnom funkcioniranju u odnosu na razinu depresije sudionika istraživanja 81

Lista slika

Slika 1. Prikaz karakterističnih korijena za komponente skale CD-RISC-25 165

Slika 2. Prikaz karakterističnih korijena komponenata skale MSPSS..... 167

Slika 3. Prikaz karakterističnih korijena komponenata skale Beckovog inventara depresije 168

Slika 4. Prikaz karakterističnih korijena komponenata Upitnika za procjenu funkcionalnosti u depresiji 170

Slika 5. Prikaz karakterističnih korijena komponenata Upitnika nepovoljnih događaja u djetinjstvu 173

Slika 6. Prikaz karakterističnih korijena komponenata skale COPE 175

14. ŽIVOTOPIS

Mirta Vranko rođena je 6. listopada 1984. u Zagrebu, gdje je polazila osnovnu školu i opću gimnaziju. Diplomirala je Edukacijsko – rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu 2009.godine, te stekla naziv magistre socijalne pedagogije. Pripravnički staž odradila je u Klinici za psihijatriju Vrapče, nakon čega se zapošljava kao socijalna pedagoginja u istoj instituciji. Voditeljica je Odjela za socijalnu pedagogiju Klinike za psihijatriju Vrapče, te radi u Zavodu za afektivne poremećaje i Zavodu za psihoterapiju. Godine 2012. upisala je poslijediplomski doktorski sveučilišni studij „Prevencijska znanost i studij invaliditeta" Edukacijsko – rehabilitacijskog fakulteta, a dana 17. rujna 2018. godine na javnoj obrani prihvaćena joj je tema doktorske disertacije „Doprinos čimbenika individualne otpornosti, percipirane socijalne podrške i strategija suočavanja sa stresom u objašnjenju socijalne funkcionalnosti oboljelih od depresije" uz mentorstvo prof. dr. sc. Martine Ferić i sumentorstvo doc. dr. sc. Petrane Brečić.

Završila je trogodišnji sveučilišni program Instituta za kulturu Sophia (Italija) u području interkulturalnosti i pedagogije, čija je stipendistica od 2004. – 2006. U razdoblju od 2007. – 2008. godine polaznica je sveučilišnog specijalističkog studija „Pedagogija zajedništva i Agazzi metoda" pri Učiteljskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu.

Godine 2010. upisala je psihoterapijsku edukaciju pri Udruzi za realitetnu terapiju Republike Hrvatske, koju je uspješno završila 2018. godine, te stekla naziv psihoterapeuta s europskim certifikatom. Iste godine u organizaciji Europskog instituta za realitetnu terapiju upisuje edukaciju edukatora realitetne terapije.

Dobitnica je regionalne nagrade Zonta Young Woman in Public Affairs 2003. godine za uključenost mladih žena u društvo, kao i dvostruke stipendije Europskog društva za prevencijsku znanost za mlade istraživače (2016., 2018. godine).

Aktivno je sudjelovala na više znanstvenih i stručnih kongresa, radionica, simpozija u zemlji i inozemstvu. Autorica je i koautorica više znanstvenih i stručnih radova, te je redovita gošća predavačica u nastavi kolegija „Nasilje u obitelji", „Grupni pristup u socijalnopedagoškim intervencijama", kao i mentorica studentima Edukacijsko – rehabilitacijskog fakulteta u provođenju studentske prakse, te studentskih vježbi. Članica je Europskog udruženja za istraživanja u prevenciji (EUSPR), Internacionalne asocijacije za socijalnu pedagogiju (SPA),

Hrvatske udruge za realitetnu terapiju (HURT), Europskog Instituta za realitetnu terapiju (EIRT), Europske asocijacije za psihoterapiju (EAP) i Hrvatske komore psihoterapeuta. Niz godina volontira u Udruzi Mladi za ujedinjeni svijet, Udruzi Betlehem, Udruzi Na drugi način, te Udruzi za psihosocijalnu pomoć i rehabilitaciju Zagreb.

Uz niže priložen popis znanstvenih i stručnih radova, autorica je brojnih kongresnih priopćenja.

Vranko, M., Velimirović, I. i Jendričko, T. (2021). Perceived Social Support of Patients Involved in the Psychotherapeutic Treatment. *Archives of Psychiatry Research, 57* (1), 53-60. https://doi.org/10.20471/may.2021.57.01.05

Vranko, M. (2020). Specifičnosti u radu socijalnih pedagoga online. U: Žegura, I., Jendričko, T. (ur.) Priručnik o online terapiji. Zagreb: Klinika za psihijatriju Vrapče

Vranko, M. (2020). Primjena koncepta otpornosti u posvojenju. Zbornik radova o posvojenju. U: Blažeka Kokorić, S. (ur.) Posvojenje – različite perspektive, isti cilj. Zagreb: Na drugi način. 160 - 177

Velimirović, I., Vranko, M. Ferić, M., Jendričko, T. (2017). Burnout Syndrome in Mental Health Professionals: psychiatric hospital setting. Alcoholism and psychiatry research, 53,1 123-138 https://doi.org/10.20471/dec.2017.53.02.03

Vranko, M., Ferić, M. (2018). Prikaz skupa: 9. međunarodna konferencija i sastanak članova Europskog društva za prevencijska istraživanja. Kriminologija & socijalna integracija: časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju, 26,2, 258-261.

Jerković, D., Velimirović, I., Vranko, M. (2016). Prikaz skupa: 7. međunarodna konferencija i sastanak članova Europskog društva za prevencijska istraživanja. Kriminologija & socijalna integracija: časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju, 24,2, 202-205.

Grgec-Petroci, V., Vranko, M., Rebac, J. (2009). Igra i dijete, dijete i igra. Zagreb: Obiteljski centar.

15. PRILOZI

Prilog 1. Statistički pokazatelji metrijskih karakteristika korištenih mjernih Instrumenata

Prilog 2. Mišljenje Etičkog povjerenstva Edukacijsko – rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

Prilog 3. Mišljenje Etičkog povjerenstva Klinike za psihijatriju Vrapče

Prilog 4. Informirani pristanak i suglasnost sudionika istraživanja

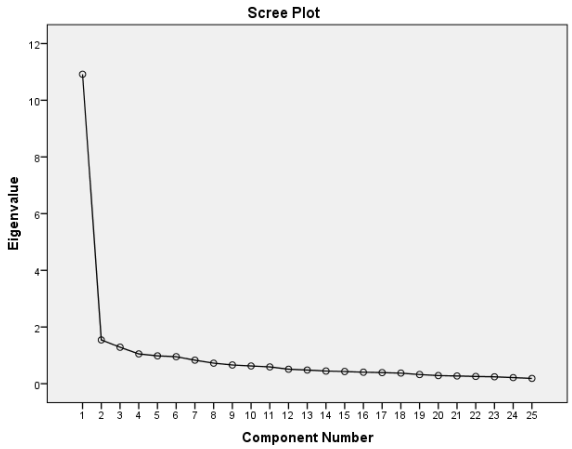
Prilog 5. Instrumentarij istraživanja

- Sociodemografski upitnik,
- Skala procjene individualnih čimbenika otpornosti,
- Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške,
- Beckov inventar depresije,
- Upitnik za procjenu funkcionalnosti u depresiji,
- Upitnik nepovoljnih događaja u djetinjstvu,
- Upitnik strategija suočavanja sa stresom

15.1. Prilog 1

Statistički pokazatelji metrijskih karakteristika korištenih mjernih instrumenata

Skala procjene individualnih čimbenika otpornosti (CD-RISC-25)



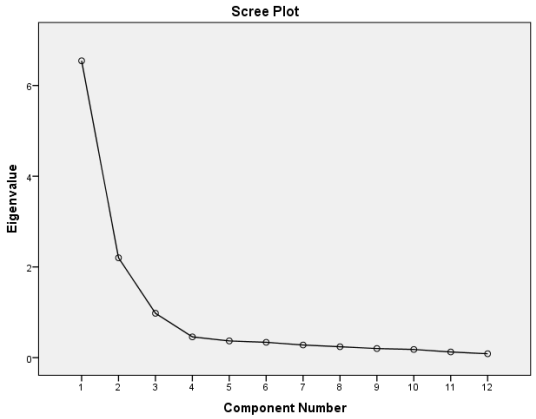
Slika 1. Prikaz karakterističnih korijena za komponente skale CD-RISC-25

Tablica 17. Saturacije čestica skale CD-RISC-25 na prvoj glavnoj komponenti

Sposoban sam prilagoditi se na promjene.	0,71
Imam barem jedan blizak i siguran odnos koji mi je izvor pomoći kad sam pod stresom.	0,46
Kada nema jasnih rješenja za moje probleme, ponekad sudbina ili Bog mogu pomoći.	0,23
Mogu se dobro nositi s bilo kakvim izazovima.	0,78
Prošli neuspjesi daju mi samopouzdanja za nošenje s novim izazovima i problemima.	0,79
Pokušavam vidjeti humorističnu stranu stvari kad sam suočen s problemima.	0,63
Nošenje sa stresovima može me učiniti jačim.	0,74
Obično se dobro oporavim nakon bolesti, ozljeda ili drugih teškoća.	0,64
Vjerujem da se većina stvari događa s razlogom, bez obzira bile one dobre ili loše.	0,37
Dajem sve od sebe bez obzira kakav će ishod biti.	0,53
Vjerujem da mogu ostvariti svoje ciljeve čak i kad postoje prepreke.	0,78
Ne odustajem čak ni kad se stvari čine beznadnima.	0,70
Za vrijeme stresnih/kriznih vremena, znam gdje mogu potražiti pomoć.	0,48
Kad sam pod pritiskom, ostajem usredotočen i jasno razmišljam.	0,71
Radije preuzmem vodstvo prilikom rješavanja problema nego da drugi donose sve odluke.	0,74
Neuspjesi me ne mogu lako obeshrabriti.	0,63

Mislim da sam snažna osoba prilikom rješavanja životnih izazova i problema.	0,81
Ako je potrebno, mogu donijeti nepopularne ili teške odluke koje utječu na druge ljude.	0,60
Mogu se nositi s neugodnim ili bolnim osjećajima poput tuge, straha i ljutnje.	0,68
Kod rješavanja životnih problema, ponekad trebaš djelovati na temelju predosjećaja bez da znaš zašto.	0,55
Imam snažan osjećaj svrhovitosti svog života.	0,73
Osjećam da imam kontrolu nad svojim životom.	0,75
Volim izazove.	0,72
Trudim se ostvariti svoje ciljeve bez obzira na prepreke na tom putu.	0,73
Ponosim se svojim uspjesima.	0,67

Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške (Zimet, Dahlem, Zimet i Farley, 1988., *Multidimensional Scale of Perceived Social Support - MSPSS*)



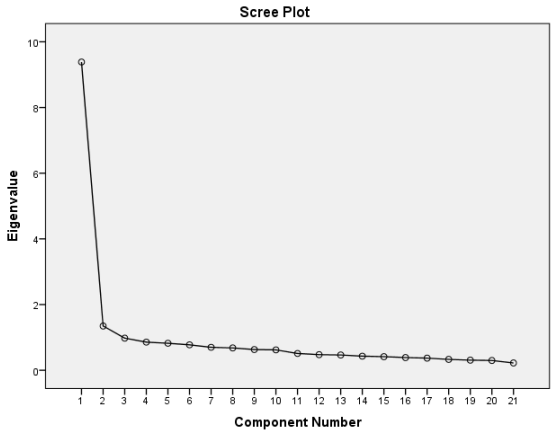
Slika 2. Prikaz karakterističnih korijena komponenata skale MSPSS

Tablica 18. Saturacije čestica Multidimenzionalne skale percipirane socijalne podrške na tri dimenzije: podrška obitelji, podrška prijatelja i podrška značajnih drugih

	F1	F2	F3
Postoji osoba koja je uz mene kada mi je potrebno.	0,61	0,35	**-0,87**
Postoji osoba s kojom mogu podijeliti sreću i tugu.	0,56	0,45	**-0,90**
Moja obitelj se doista trudi pomoći mi.	**0,95**	0,30	-0,60
Moja obitelj mi pruža emocionalnu podršku i pomoć.	**0,95**	0,30	-0,61
Postoji osoba koja mi pruža utjehu.	0,54	0,46	**-0,87**
Moji prijatelji se doista trude pomoći mi.	0,37	**0,90**	-0,48
Mogu računati na moje prijatelje kad je teško.	0,36	**0,94**	-0,45
S obitelji mogu razgovarati o svojim problemima.	**0,90**	0,37	-0,63
Imam prijatelje s kojima mogu podijeliti sreću i tugu.	0,30	**0,91**	-0,47
Postoji osoba kojoj je stalo do mojih osjećaja.	0,54	0,49	**-0,79**
Moja obitelj mi pomaže u donošenju odluka.	**0,89**	0,33	-0,57
S prijateljima mogu razgovarati o svojim problemima.	0,28	**0,90**	-0,45

Napomena. Masnim tiskom prikazane su najveće saturacije.

Beckov inventar depresije (Beck, 1996., Beck's depression inventory – BDI – II)



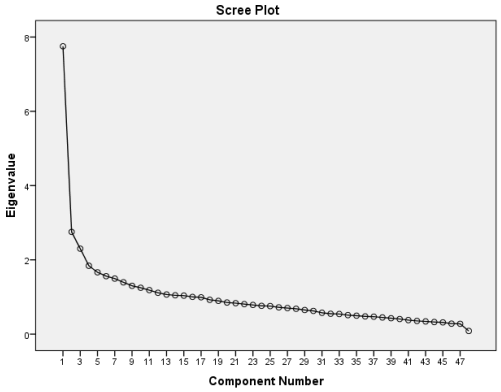
Slika 3. Prikaz karakterističnih korijena komponenata skale Beckovog inventara depresije

Tablica 19. Saturacije čestica Beckovog inventara depresije na prvoj glavnoj komponenti

BDIII_1_Žalost	0,73
BDIII_2_Pesimizam	0,63
BDIII_3_Prošli_neuspjesi	0,56
BDIII_4_Gubitak_užitka	0,75
BDIII_5_Osjećaj_krivnje	0,68
BDIII_6_Osjećaj_kažnjavanja	0,54
BDIII_7_Nesklonost_prema_sebi	0,69
BDIII_8_Samoprigovaranje	0,68
BDIII_9_Suicidalne_misli_ili_želje	0,63
BDIII_10_Plačljivost	0,64
BDIII_11_Uznemirenost	0,65
BDIII_12_Gubitak_interesa	0,77
BDIII_13_Neodlučnost	0,78
BDIII_14_Bezvrijednost	0,74
BDIII_15_Gubitak_energije	0,77
BDIII_16_Promjene_u_obrascu_spavanja	0,44
BDIII_17_Razdražljivost	0,68

BDIII_18_Promjene_apetita	0,52
BDIII_19_Teškoće_s_koncentracijom	0,74
BDIII_20_Umor_ili_iscrpljenost	0,70
BDIII_21_Gubitak_interesa_za_seks	0,60

Upitnik za procjenu funkcionalnosti u depresiji (Darrow i Follette, 2011., *Functional Assessment of Depression - FAD*)



Slika 4. Prikaz karakterističnih korijena komponenata Upitnika za procjenu funkcionalnosti u depresiji

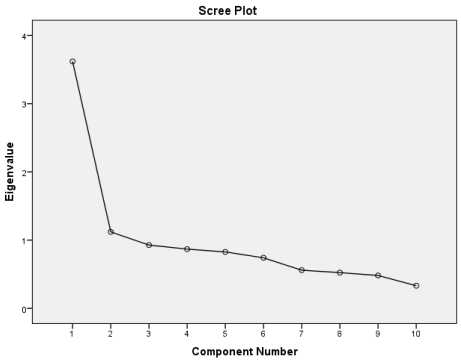
Tablica 20. Saturacije čestica Upitnika za procjenu funkcionalnosti u depresiji na prvoj glavnoj komponenti

Vaš budžet sprječava Vas da napravite važne stvari koje biste željeli učiniti.	0,36
Često se ispričavate tijekom razgovora.	0,37
Izbjegavate situacije u kojima niste sigurni u ishod.	0,40
Osjećate kao da ljudi oko Vas ne razumiju ono što Vam je važno.	0,50
S drugim ljudima uvijek ponavljam iste pogreške.	0,47
Nedavno ste promijenili posao, započeli ili prekinuli školovanje.	-0,05
Izgubili ste kontakt s nekim tko Vam je davao veliku podršku.	0,38
Spriječeni ste sudjelovati u aktivnostima koje ste voljeli zbog svog mentalnog zdravlja.	0,47
Postoji puno aktivnosti u kojima uživate, ali VAm mogućnosti ne dopuštaju sudjelovati u istima.	0,48
Imate osjećaj da Vas ljudi izbjegavaju.	0,60
Imate osjećaj da ljudi oko Vas razumiju što želite.	0,44
Spriječeni ste sudjelovati u aktivnostima koje ste voljeli zbog svojih fizičkih ograničenja.	0,39
Osjećate se kao da ste ostali bez društvenih događaja.	0,55
Vi i Vaš partner često se svađate.	0,32

Često ponavljate iste greške u odnosima.	0,34
Osjećate da imate smisao u životu.	0,45
Vaše su se odgovornosti naglo promijenile.	0,31
Spriječeni ste sudjelovati u aktivnostima koje ste voljeli zbog zdravstvenih problema.	0,43
Odbijate isprobati nove aktivnosti jer se bojite da ih nećete moći ispravno raditi.	0,62
Vi i Vaš partner se ne slažete s Vašim odgovornostima.	0,37
Osjećate se nestrpljivo u razgovorima.	0,46
Postoji mnogo aktivnosti koje smatrate ugodnima, ali za njih nemate vremena.	0,11
Žalite za odnosima koje ste imali.	0,42
Dobivate manje pozitivnih povratnih informacija od drugih nego što biste željeli.	0,49
Nedavno ste se preselili u drugi grad.	0,18
Lakše Vam je popustiti partnerovim željama, nego raspravljati o tome.	0,26
Uzimate lijekove koji Vam pomažu upravljati lošim osjećajima.	0,26
Neugodno Vam je kada drugi ljudi govore o tome kako se osjećaju.	0,28
Lako Vam je opisati ono što vam je potrebno.	0,38
Odlučujete ne govoriti o tome kako se osjećate.	0,47
Teško Vam je odlučiti s kime biti prijatelj.	0,50
Vaš partner Vas zlostavlja.	0,16
Osjećate da imate podršku Vašeg partnera.	0,16
Posao ili školu smatrate zanimljivim ili izazovnim.	0,30
Netko tko Vam daje podršku je odselio.	0,17
Lako započinjete razgovore u društvu.	0,24
Osjećate ograničenja u aktivnostima kojima biste se bavili zbog mjesta gdje živite.	0,32
Uglavnom uživate u druženju sa drugima.	0,40
Povučete se kada ste u blizini drugih ljudi.	0,49
Osjećate da znate što želite od života.	0,36
Teško je znati kada razgovarati o tome kako se osjećate.	0,50
Teško Vam je sudjelovati u čavrljanjima.	0,52
Teško Vam je tražiti nešto što trebate ili želite.	0,58
Teško upoznajete nove prijatelje.	0,57
Imate dojam da ljudi ne žele slušati Vaše probleme.	0,54

Obično ste boljeg raspoloženja kada stupite u interakciju s drugima.	0,05
Ranije Vam je bilo teško uključiti se u nove ugodne aktivnosti.	0,26
Besmisleno je tražiti što trebate ili želite.	0,37

Upitnik nepovoljnih događaja u djetinjstvu (Felitti i Anda, 1995., *Adverse Childhood Experience questionnaire – ACE*)



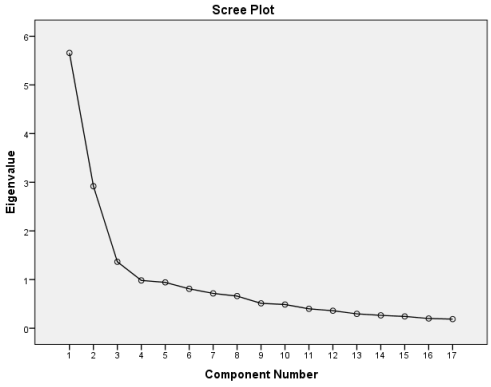
Slika 5. Prikaz karakterističnih korijena komponenata Upitnika nepovoljnih događaja u djetinjstvu

Tablica 21. Saturacije čestica Upitnika nepovoljnih događaja u djetinjstvu na prvoj glavnoj komponenti

	F1
Je li Vaš roditelj ili druge odrasle osobe u vašem kućanstvu često psovao, vrijeđao Vas, omalovažavao Vas, ponižavao Vas ili se ponašao na način da Vas je bilo strah kako bi vas mogao/la fizički ozlijediti?	0,73
Je li Vas Vaš roditelj ili druge odrasle osobe u vašem kućanstvu često gurao, hvatao, udario, bacao nešto na Vas ili Vas ikada udario tako snažno da ste imali masnice ili bili ozlijeđeni?	0,75
Je li Vas odrasla osoba ili osoba najmanje 5 godina starija od vas ikad dirala ili milovala, ili ste Vi dodirivali njihovo tijelo u seksualnom smislu? Je li odrasla osoba pokušavala ili zapravo imala oralni, analni ili vaginalni spolni odnos s Vama?	0,45
Jeste li često osjećali da Vas nitko iz Vaše obitelji ne voli ili misli da ste važni ili posebni? Jeste li često osjećali da članovi Vaše obitelji ne brinu jedni za druge, ne osjećaju bliskost ili podržavaju jedni druge?	0,69
Jeste li često osjećali da niste imali dovoljno za jelo, morali nositi prljavu odjeću i niste imali nekoga da Vas zaštiti? Jesu li Vaši roditelji bili u alkoholiziranom stanju ili pod utjecajem droga te Vas nisu mogli odvesti doktoru ukoliko ste ga trebali?	0,64
Jesu li se Vaši roditelji ikada razdvojili ili razveli?	0,43
Je li Vaša majka ili pomajka bila često gurana, hvatana, udarana ili je nešto bilo na nju bacano, odnosno je li ponekad ili često udarena nogom, pretučena, udarena šakom ili udarena tvrdim predmetom, tj. je li ikada uzastopno udarana u nekoliko minuta?	0,71

Jeste li živjeli s nekim tko je alkoholičar ili ima problema sa alkoholom ili je koristio/la droge?	0,65
Je li neki član Vašeg kućanstva bio depresivan ili na drugi način psihički bolestan ili je pokušao/la suicid?	0,43
Je li netko iz Vašeg kućanstva bio u zatvoru?	0,39

COPE UPITNIK – hrvatska verzija



Slika 6. Prikaz karakterističnih korijena komponenata skale COPE

Tablica 22. Saturacije čestica skale COPE na tri dimenzije: suočavanje usmjereno na problem, suočavanje usmjereno na emocije i izbjegavanje suočavanja

	F1	F2	F3
1. Pozitivna interpretacija i rast ličnosti	**0,83**	-0,19	0,18
2. Aktivno sučeljavanje	**0,78**	-0,29	0,29
3. Planiranje	**0,77**	-0,18	0,34
4. Prihvaćanje	**0,78**	0,02	0,13
5. Obuzdavanje sučeljavanja	**0,71**	-0,05	0,39
6. Potiskivanje kompeticijskih aktivnosti	**0,66**	0,08	0,16
7. Negiranje	0,18	**0,72**	-0,01
8. Ponašajno izbjegavanje	-0,19	**0,81**	0,08
9. Mentalno izbjegavanje	0,40	**0,44**	0,23
10. Traženje socijalne podrške zbog emocionalnih razloga	0,28	-0,11	**0,83**
11. Traženje socijalne podrške zbog instrumentalnih razloga	0,35	-0,06	**0,80**
12. Ventiliranje emocija	0,18	-0,07	**0,80**
13. Humor	**0,52**	**0,39**	0,06
14. Alkohol	-0,09	**0,57**	0,09
15. Religija	0,10	0,10	**0,37**

16. Fizička izolacija	-0,22	**0,70**	-0,14
17. Potiskivanje emocija	0,01	**0,70**	-0,29

Napomena. Masnim tiskom prikazane su najveće saturacije.

15.2. Prilog 2

Mišljenje Etičkog povjerenstva Edukacijsko – rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet
Etičko povjerenstvo

Klasa: 602-04/2018-48/25
Ur.broj: 251-74/2018-07/2
Zagreb, 01.06.2018.

Mirta Vranko
Klinika za psihijatriju Vrapče
Zavod za afektivne poremećaje i Zavod za psihoterapiju
Bolnička cesta 32, 10090 Zagreb

Predmet: Mišljenje Etičkog povjerenstva o usklađenosti nacrta istraživanja doktorskog rada „Doprinos čimbenika individualne otpornosti, percipirane socijalne podrške i strategija suočavanja sa stresom u objašnjenju socijalne funkcionalnosti oboljelih od depresije" pristupnice Mirte Vranko s Etičkim kodeksom Sveučilišta u Zagrebu

Etičko povjerenstvo Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu pregledalo je dokumentaciju priloženu uz zahtjev za davanjem mišljenja o usklađenosti nacrta istraživanja s Etičkim kodeksom Sveučilišta u Zagrebu. Pristupnica je Etičkom povjerenstvu dostavila: ispunjen obrazac nacrta istraživanja, obrazac prijave teme doktorskog rada, obrazac informiranog pristanka sudionika, te primjerke upitnika koji će biti korišteni u istraživanju.

Cjelokupno istraživanje provest će sama pristupnica, socijalna pedagoginja Mirta Vranko. Istraživanjem će biti obuhvaćeno 813 sudionika oboljelih od depresije, dobi 18-60 godina (213 sudionika predistraživanja i 600 sudionika istraživanja), koji se liječe u okviru Klinike za psihijatriju Vrapče. Ispitivanje će biti provedeno grupno na način da će sudionici samostalno ispunjavati nekoliko upitnika (metoda samoiskaza).

Temeljem uvida u dostavljenu dokumentaciju, Etičko povjerenstvo zaključuje da planirano istraživanje uključuje poštivanje etičkih standarda u istraživanjima te da je usklađeno s Etičkim kodeksom Sveučilišta u Zagrebu i Poslovnikom o radu Etičkog povjerenstva ERF-a:

- Istraživanje će biti pokrenuto tek po ishodovanju suglasnosti Etičkog povjerenstva Klinike za psihijatriju Vrapče ;
- Sudionici istraživanja bit će usmeno i pisano informirani o ciljevima i tijeku istraživanja, kao i o dobrovoljnosti sudjelovanja i mogućnosti odustajanja od sudjelovanja bez posljedica;
- Svi sudionici će potpisati informirani pristanak na sudjelovanje u istraživanju koji je usklađen sa Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama;
- Svim sudionicima zagarantirana je anonimnost (upitnici se popunjavaju pod šiframa, a identitet sudionika bit će poznat samo istraživačici; također, podaci će se obrađivati skupno, te će takvi biti i prezentirani;
- Svi dobiveni podaci čuvat će se najdulje 48 mjeseci od dana ispunjavanja upitnika na sigurnome mjestu, u skladu sa smjernicama o zaštiti podataka; po isteku tog roka, podaci će biti uništeni
- Po završetku istraživanja sudionici će imati prilike obratiti se istraživačici s eventualnim pitanjima vezanim uz sam postupak istraživanja ili rezultate

Temeljem navedenoga Etičko povjerenstvo Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta zaključuje da je nacrt istraživanja usklađen s Etičkim kodeksom Sveučilišta u Zagrebu te potvrđuje suglasnost za provođenje ovog istraživanja.

Predsjednica Etičkog povjerenstva

Prof.dr.sc. Marija Lebedina Manzoni

15.3. Prilog 3

Mišljenje Etičkog povjerenstva Klinike za psihijatriju Vrapče

KLINIKA ZA PSIHIJATRIJU VRAPČE
ETIČKO POVJERENSTVO

Zagreb, 25. svibnja 2018.
Ur. br. 23-245/2018

Mirta Vranko, prof.
Klinika za psihijatriju Vrapče

Predmet: Odobrenje Etičkog povjerenstva za istraživanje u Klinici za psihijatriju Vrapče

Potvrđujemo primitak Vašeg zahtjeva od 17. svibnja 2018. godine u kojem tražite suglasnost za provođenje istraživanja u našoj Bolnici vezano za izradu doktorskog rada pod naslovom „Doprinos čimbenika individualne otpornosti, percipirane socijalne podrške i strategija suočavanja sa stresom u objašnjenju socijalne funkcionalnosti oboljelih od depresije".

Članovi Povjerenstva zaključili su da se u zahtjevu i priloženoj dokumentaciji ne nalaze elementi koji bi istraživanje etički dovodili u pitanje, odnosno koji bi bili u suprotnosti s posljednjom revidiranom verzijom Helsinške deklaracije i s načelima dobre kliničke prakse (*good clinical practice*), te su dali odobrenje da se istraživanje može provesti.

S poštovanjem,

Predsjednica Etičkog povjerenstva

prim. dr. sc. Mirna Sisek Šprem, dr. med.

KLINIKA ZA PSIHIJATRIJU VRAPČE ZAGREB Bolnička c. 32 1

prim.dr. sc. Mirna Sisek-Šprem
specijalist psihijatrije
124621

Bolnička cesta 32, 10090 Zagreb, MB 3221679, OIB 86937855002,
Kunski IBAN: HR6523600001101350295, Devizni IBAN: HR6323600001500268942
tel. 3780-666, fax: 3483-660, e-mail: bolnica@bolnica-vrapce.hr

15.4. Prilog 4

Informirani pristanak i suglasnost sudionika istraživanja

INFORMIRANI PRISTANAK ZA BOLESNIKA

DOPRINOS ČIMBENIKA INDIVIDUALNE OTPORNOSTI, PERCIPIRANE SOCIJALNE PODRŠKE I STRATEGIJA SUOČAVANJA SA STRESOM U OBJAŠNJENJU SOCIJALNE FUNKCIONALNOSTI OBOLJELIH OD DEPRESIJE

Istraživanje će se provoditi u Klinici za psihijatriju Vrapče, Zagreb.

Poštovana/poštovani,

Pozivamo Vas da sudjelujete u znanstvenom istraživanju koje će pokušati razjasniti neke popratne fenomene u bolesnika oboljelih od depresije. Ova obavijest će Vam pružiti podatke čija je svrha pomoći Vam odlučiti želite li sudjelovati u ovom znanstvenom istraživanju. Prije nego što odlučite, želimo da shvatite zašto se to istraživanje provodi i što ono uključuje. Zato Vas molimo da pažljivo pročitate ovu obavijest. Ukoliko u ovoj obavijesti ne razumijete neke riječi, slobodno pitajte istraživačicu koja sudjeluje u ovom znanstvenom istraživanju.

CILJ/SVRHA ZNANSTVENOG ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja je provjera doprinosa čimbenika individualne otpornosti, percipirane socijalne podrške i strategija suočavanja sa stresom u objašnjenju socijalne funkcionalnosti oboljelih od depresije.

VAŠA ULOGA U ISTRAŽIVANJU

Ukoliko pristanete sudjelovati u ovom ispitivanju biti ćete zamoljeni da samoprocjenite skale koje se odnose na socijalnu funkcionalnost, depresiju, socijalnu podršku, individualne čimbenike otpornosti i strategije suočavanja sa stresom, te ćemo Vas zamoliti da ispunite i neke sociodemografske podatke. Uključeni će biti psihijatrijski bolesnici koji se liječe u Klinici za psihijatriju Vrapče kod kojih je dijagnosticirana depresija. Svi podaci prikupljeni tijekom istraživanja, na temelju kojih Vas se može identificirati, ostati će povjerljivi u mjeri u kojoj to dopušta zakon. Ukoliko se išta dogodi ili se budete neugodno osjećali, uvijek se možete obratiti istraživačici (osobi za kontakt koja je navedena na kraju ovog lista).

KOJE SU MOGUĆE PREDNOSTI SUDJELOVANJA ZA ISPITANIKA

Ne postoji jamstvo da ćete Vi imati direktne koristi od sudjelovanja u ispitivanju ali moguća korist je bolje razumijevanje bolesti od koje bolujete, uloge otpornosti, socijalne podrške te strategija suočavanja sa stresom za kvalitetu socijalnog funkcioniranja.

MORA LI SE SUDJELOVATI

Na Vama je da odlučite želite li sudjelovati ili ne. Ako odlučite sudjelovati dobit ćete na potpis ovu obavijest (jedan primjerak zadržite). Vaše sudjelovanje je dobrovoljno i možete se slobodno i bez ikakvih posljedica povući u bilo koje vrijeme, bez obaveze navođenja razloga. Ukoliko se odlučite prekinuti sudjelovanje molimo Vas da obavijestite glavnog istraživača ili osobu za kontakt.

POVJERLJIVOST I UVID U DOKUMENTACIJU

Svi uključeni će se držati procedure predviđene za zaštitu osobnih podataka. Vaše ime nikada neće biti otkriveno a dokumentaciju će isključivo pregledavati glavna istraživačica. Pristup dokumentaciji mogu imati samo predstavnici Etičkog povjerenstva ustanove u kojoj se liječite. Podaci mogu biti od praktične i znanstvene važnosti te kao takvi korišteni u znanstvenim publikacijama a Vaš će identitet ostati anoniman. Dobiveni podatci obrađivat će se skupno, te će takvi biti i prezentirani u završnom izvješću stručnoj javnosti.

TKO JE PREGLEDAO OVO ISTRAŽIVANJE?

Ovo ispitivanje pregledalo je Etičko povjerenstvo Klinike za psihijatriju Vrapče i Etičko vijeće Edukacijsko – rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, koja su nakon uvida u određenu dokumentaciju odobrila istraživanje. Istraživanje se provodi u skladu sa svim primjenjivim smjernicama, čiji je cilj osigurati pravilno provođenje i sigurnost osoba koje sudjeluju u ovom znanstvenom istraživanju uključujući Osnove dobre kliničke prakse, Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama i Helsinšku deklaraciju.

KOGA KONTAKTIRATI ZA DALJNJE OBAVIJESTI?

Ako trebate dodatne podatke, slobodno se obratite voditeljici istraživanja i osobi za kontakt:

Voditelj istraživanja i osoba za kontakt:

Mirta Vranko, prof. socijalni pedagog

mirta.vranko@bolnica-vrapce.hr

O PISANOJ SUGLASNOSTI ZA SUDJELOVANJE U ISPITIVANJU

Presliku dokumenta (potpisne stranice) koji ćete potpisati ako želite sudjelovati u istraživanju, dobit ćete Vi i voditelj istraživanja a voditelj zadržava original.

SUGLASNOST ZA SUDJELOVANJE

1. Potvrđujem da sam pročitala/pročitao ovu obavijest za gore navedeno znanstveno istraživanje te sam imala/imao priliku postavljati pitanja.
2. Razumijem da je moje sudjelovanje dobrovoljno i da se mogu povući u bilo koje vrijeme, bez navođenja razloga i bez ikakvih posljedica po zdravstvenom ili pravnom pitanju.
3. Razumijem da mojoj medicinskoj dokumentaciji imaju pristup odgovorni pojedinci, tj. voditeljica ispitivanja, te članovi Etičkog povjerenstva ustanove u kojoj se istraživanje obavlja i koje je istraživanje odobrilo. Dajem dozvolu tim pojedincima za pristup mojoj medicinskoj dokumentaciji.
4. Razumijem da će svi podaci prikupljeni tijekom istraživanja, na temelju kojih me se može identificirati, ostati povjerljivi te dozvoljavam da se podaci koji mogu biti od praktične i znanstvene važnosti koriste u znanstvenim publikacijama pri čemu će moj identitet ostati anoniman.

Ime i prezime sudionika/sudionice istraživanja:

Potpis: _____

Ime i prezime: _____

Datum: _____

Osoba koja je vodila postupak obavijesti za ispitanika i suglasnosti za sudjelovanje:

Voditelj projekta:

Potpis: _____

Ime i prezime: _____

Datum: _____

15.5. Prilog 5

Instrumentarij istraživanja

- Sociodemografski upitnik,
- Skala procjene individualnih čimbenika otpornosti,
- Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške,
- Beckov inventar depresije,
- Upitnik za procjenu funkcionalnosti u depresiji,
- Upitnik nepovoljnih događaja u djetinjstvu,
- Upitnik strategija suočavanja sa stresom

SOCIODEMOGRAFSKI UPITNIK

Molimo Vas da na iduća pitanja upišete ili zaokružite odgovor koji opisuje Vas.

1. Dob:_____ **2. Spol:** M Ž

3. Bračni status: a) Neoženjen/neudata b) U braku/izvanbračna zajednica

c) Razveden/ad) Udovac/ica c) Samac

4. Tip obitelji u kojoj živite:

a) S roditeljima, bez vlastitih prihoda b) S roditeljima, s vlastitim prihodima

c) S proširenom obitelji d) S partnerom, bez djece

e) S partnerom i djecom f) Jednoroditeljska obitelj

g) Posvojiteljska obitelj h) Obitelj bez djece i) Samac

5. Imate li djece? a) Da _____ b) Ne

6. Gdje živite? a) selo b) grad c) prigradsko naselje

7. Zanimanje: _____

8. Godine radnog staža: _____

9. Poslovna sposobnost: a) Da b) Ne c) U segmentu

10. Živite u:

a) Kućib) Stanu c) Udomiteljskoj obitelji d) Socijalno zdravstvenoj ustanovi

11. Zaposlenje:

a) Da_____ (koje?) b) Ne

c) U mirovini d) Školujem se _____ (gdje?)

12. Radna sposobnost: a) Da b) Smanjena c) Oduzeta

13. Obrazovanje: a) NSS b) SSS c) VŠS d) VSS

14. U kojem tipu obitelji ste odrastali?

a) Uža primarna obitelj b) Proširena obitelj c) Udomiteljska obitelj

d) Posvojiteljska obitelj e) Dom f) Ostalo

15. Iznos mjesečnih primanja Vašeg kućanstva:

a) Manje od 2000 kn b) 2000 kn – 5000 kn
c) 5000 kn – 10000 kn d) Više od 10000 kn

16. Bolujete li trenutno od neke teže tjelesne bolesti?

1.) Zloćudni tumor a) Da b) Ne

2.) Ciroza jetre a) Da b) Ne

3.) Ozbiljnije bolesti srca a) Da b) Ne

4.) Neka druga ozbiljna bolest a) Da b) Ne

_____ (navesti)

17. Jeste li ikada bolovali od neke teže neurološke bolesti?

1.) Preboljeli moždani udar a) Da b) Ne

2.) Epilepsija a) Da b) Ne

3.) Neka druga bolest a) Da b) Ne

_____ (navesti)

18. Je li Vam ikada dijagnosticirana neka od sljedećih bolesti?

1.) Psihotični poremećaj (npr. shizofrenija, akutni psihotični poremećaj i sl.) a) Da b) Ne

2.) Poremećaj raspoloženja (npr. depresija, bipolarni afektivni poremećaj i sl.) a) Da b) Ne

3.) Anksiozni poremećaj (npr. PTSP, fobije; panični napadaji i sl.) a) Da b) Ne

4.) Ovisnost o alkoholu a) Da b) Ne

5.) Ovisnost o kockanju a) Da b) Ne

6.) Ovisnost o psihoaktivnim tvarima (npr. opijati, stimulansi i sl.) a) Da b) Ne

7.) Demencija (npr. Alzheimer, vaskularna, ostale i sl.) a) Da b) Ne

8.) Neka druga bolest, navesti _____ a) Da b) Ne

19. Jeste li ikada pokušali samoubojstvo? a) Da, koliko puta? _____ b) Ne

20. Jesu li se Vaši roditelji ikada psihijatrijski liječili?

a) Nitko se nije liječio b) Da, majka

c) Da, otac d) Da, i majka i otac su se psihijatrijski liječili

21. Ako ste na ranije pitanje odgovorili negativno preskočite ovo pitanje, a ako ste na ranije pitanje odgovorili potvrdno molimo odgovorite sljedeće:

a) Od čega se liječila Vaša majka? _____

b) Od čega se liječio Vaš otac? _____

22. Oblik tretmana u koji ste aktualno uključeni:

a) hospitalizacija u bolnici □ prva hospitalizacija □višekratno hospitalizacija

b) dnevna bolnica □ prvo liječenje u DB □višekratno liječenje u DB

c) ambulantno liječenje □ prvi put □višekratno

23. Molimo zaokružite sve oblike terapijskih postupaka u koje ste uključeni:

a) medikamentozna terapija b) grupna psihoterapija c) individualna psihoterapija

d) socioterapija e) trening socijalnih vještina f) radna terapija g) welness

h) savjetovanje

MSPSS

Iduća pitanja odnose se na podršku koju primate od drugih ljudi. S obzirom da ne postoje točni i netočni odgovori, molimo Vas da na sljedeća pitanja odgovorite označavajući kako se ona odnose na Vas.

	Tvrdnja	Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Djelomično se ne slažem	Niti se slažem niti se ne slažem	Djelomično se slažem	Slažem se	U potpunosti se slažem
1.	Postoji osoba koja je uz mene kada mi je potrebno.							
2.	Postoji osoba s kojom mogu podijeliti sreću i tugu.							
3.	Moja obitelj se doista trudi pomoći mi.							
4.	Moja obitelj mi pruža emocionalnu podršku i pomoć.							
5.	Postoji osoba koja mi pruža utjehu.							
6.	Moji prijatelji se doista trude pomoći mi.							
7.	Mogu računati na moje prijatelje kad je teško.							
8.	S obitelji mogu razgovarati o svojim problemima.							
9.	Imam prijatelje s kojima mogu podijeliti sreću i tugu.							
10.	Postoji osoba kojoj je stalo do mojih osjećaja.							
11.	Moja obitelj mi pomaže u donošenju odluka.							
12.	S prijateljima mogu razgovarati o svojim problemima.							

FAD

Iduća pitanja odnose se na Vaše funkcioniranje u svakodnevici. Molimo Vas da na sljedeća pitanja odgovorite označavajući kako se ona odnose na Vas. Ako je tvrdnja točna ili uglavnom točna označite "Točno". Ako je tvrdnja netočna ili uglavnom netočna označite "Netočno". Ako se tvrdnja ne odnosi na Vas ili ne znate odgovor označite "Ne znam".

	Tvrdnja	Točno	Netočno	Ne znam
1.	Vaš budžet sprječava Vas da napravite važne stvari koje biste željeli učiniti.			
2.	Često se ispričavate tijekom razgovora.			
3.	Izbjegavate situacije u kojima niste sigurni u ishod.			
4.	Osjećate kao da ljudi oko Vas ne razumiju ono što Vam je važno.			
5.	S drugim ljudima uvijek ponavljam iste pogreške.			
6.	Nedavno ste promijenili posao, započeli ili prekinuli školovanje			
7.	Izgubili ste kontakt s nekim tko Vam je davao veliku podršku.			
8.	Spriječeni ste sudjelovati u aktivnostima koje ste voljeli zbog svog mentalnog zdravlja.			
9.	Spriječeni ste sudjelovati u aktivnostima koje ste voljeli zbog svog mentalnog zdravlja.			
10.	Imate osjećaj da Vas ljudi izbjegavaju.			
11.	Imate osjećaj da ljudi oko Vas razumiju što želite			
12.	Spriječeni ste sudjelovati u aktivnostima koje ste voljeli zbog svojih fizičkih ograničenja.			
13.	Osjećate se kao da ste ostali bez društvenih događaja.			
14.	Vi i Vaš partner često se svađate.			
15.	Često ponavljate iste greške u odnosima			
16.	Osjećate da imate smisao u životu.			
17.	Vaše su se odgovornosti naglo promijenile.			
18.	Spriječeni ste sudjelovati u aktivnostima koje ste voljeli zbog zdravstvenih problema.			
19.	Odbijate isprobati nove aktivnosti jer se bojite da ih nećete moći ispravno raditi.			
20.	Vi i Vaš partner se ne slažete s Vašim odgovornostima.			
21.	Osjećate se nestrpljivo u razgovorima.			
22.	Postoji mnogo aktivnosti koje smatrate ugodnima, ali za njih nemate vremena.			
23.	Žalite za odnosima koje ste imali.			
24.	Dobivate manje pozitivnih povratnih informacija od drugih nego što biste željeli.			
25.	Nedavno ste se preselili u drugi grad.			
26.	Lakše Vam je popustiti partnerovim željama, nego raspravljati o tome.			
27.	Uzimate lijekove koji Vam pomažu upravljati lošim osjećajima.			
28.	Neugodno Vam je kada drugi ljudi govore o tome kako se osjećaju.			
29.	Lako Vam je opisati ono što vam je potrebno.			
30.	Odlučujete ne govoriti o tome kako se osjećate.			

	Tvrdnja	Točno	Netočno	Ne znam
31.	Teško Vam je odlučiti s kime biti prijatelj.			
32.	Vaš partner Vas zlostavlja.			
33.	Osjećate da imate podršku Vašeg partnera.			
34.	Posao ili školu smatrate zanimljivim ili izazovnim.			
35.	Netko tko Vam daje podršku je odselio			
36.	Lako započinjete razgovore u društvu.			
37.	Osjećate ograničenja u aktivnostima kojima biste se bavili zbog mjesta gdje živite.			
38.	Uglavnom uživate u druženju sa drugima.			
39.	Povučete se kada ste u blizini drugih ljudi.			
40.	Osjećate da znate što želite od života			
41.	Teško je znati kada razgovarati o tome kako se osjećate.			
42.	Teško Vam je sudjelovati u čavrljanjima.			
43.	Teško Vam je tražiti nešto što trebate ili želite.			
44.	Teško upoznajete nove prijatelje.			
45.	Imate dojam da ljudi ne žele slušati Vaše probleme.			
46.	Obično ste boljeg raspoloženja kada stupite u interakciju s drugima.			
47.	Ranije Vam je bilo teško uključiti se u nove ugodne aktivnosti.			
48.	Besmisleno je tražiti što trebate ili želite.			

Upitnik nepovoljnih iskustava iz djetinjstva

Tijekom Vaših prvih 18 godina života:

1. Je li Vaš roditelj ili druge odrasle osobe u vašem kućanstvu **često** psovao, vrijeđao Vas, omalovažavao Vas, ponižavao Vas ili se ponašao na način da Vas je bilo strah kako bi vas mogao/la fizički ozlijediti?

   DA NE **ako DA upišite 1 _____**
2. Je li Vas Vaš roditelj ili druge odrasle osobe u vašem kućanstvu **često** gurao, hvatao, udario, bacao nešto na Vas ili Vas **ikada** udario tako snažno da ste imali masnice ili bili ozlijeđeni?

   DA NE **ako DA upišite 1 _____**
3. Je li Vas odrasla osoba ili osoba najmanje 5 godina starija od vas **ikad** dirala ili milovala, ili ste Vi dodirivali njihovo tijelo u seksualnom smislu? Je li odrasla osoba pokušavala ili zapravo imala oralni, analni ili vaginalni spolni odnos s Vama?

   DA NE **ako DA upišite 1 _____**
4. Jeste li **često** osjećali da Vas nitko iz Vaše obitelji ne voli ili misli da ste važni ili posebni? Jeste li često osjećali da članovi Vaše obitelji ne brinu jedni za druge, ne osjećaju bliskost ili podržavaju jedni druge?

   DA NE **ako DA upišite 1 _____**
5. Jeste li **često** osjećali da niste imali dovoljno za jelo, morali nositi prljavu odjeću i niste imali nekoga da Vas zaštiti? Jesu li Vaši roditelji bili u alkoholiziranom stanju ili pod utjecajem droga te Vas nisu mogli odvesti doktoru ukoliko ste ga trebali?

   DA NE **ako DA upišite 1 _____**
6. Jesu li se Vaši roditelji **ikada** razdvojili ili razveli?

   DA NE **ako DA upišite 1 _____**
7. Je li Vaša majka ili pomajka bila **često** gurana, hvatana, udarana ili je nešto bilo na nju bacano odnosno je li **ponekad ili često** udarena nogom, pretučena, udarena šakom ili udarena tvrdim predmetom, tj. je li **ikada** uzastopno udarana u nekoliko minuta, ili su joj prijetili pištoljem ili nožem?

   DA NE **ako DA upišite 1 _____**
8. Jeste li živjeli s nekim tko je alkoholičar ili ima problema sa alkoholom ili je koristio/la droge?

   DA NE **ako DA upišite 1 _____**
9. Je li neki član Vašeg kućanstva bio depresivan ili na drugi način psihički bolestan ili je pokušao/la suicid?

   DA NE **ako DA upišite 1 _____**
10. Je li netko iz Vašeg kućanstva bio u zatvoru?

    DA NE **ako DA upišite 1 _____**

Sada zbrojite vaše **DA** odgovore: **_____,** to je Vaš **ACE SKOR**

COPE

Zanima nas što ljudi obično čine i što doživljavaju kada se suočavaju sa stresnim situacijama u svakodnevnom životu. Mnogo je takvih situacija. Živimo u vremenima koja obiluju zbivanjima koja se neposredno ili posredno odražavaju i u našem svakodnevnom životu. Sukobi unutar nas samih i s ljudima u našoj okolini dio su svakodnevnice. Ne samo tragična zbivanja, već i svakodnevne sitnice: žurba, želja da udovoljimo i sebi i drugima, trzavice u međuljudskim odnosima – sve to dovodi do stresa- neugodnog doživljaja koji štetno djeluje na naše fizičko i psihičko zdravlje. Ljudi se razlikuju po načinima kojima se suočavaju sa svakodnevnim situacijama koje izazivaju stres. Iako različiti događaji kod istog čovjeka dovode do različitih reakcija, ipak Vas molimo da razmislite o različitim neugodnim – stresnim situacijama u kojima ste Vi u sukobu ili sa samim sobom ili s ljudima oko Vas i o Vašim najčešćim reakcijama na takve situacije. Označite što Vi obično činite i proživljavate u konfliktnim stresnim situacijama.

Ovdje nema «dobrih» i «loših» odgovora. Zato odaberite onaj koji je za Vas najtočniji, a ne onaj koji je po Vašem mišljenju točan za «većinu ljudi».

Molimo Vas da označite što Vi obično činite i proživljavate u konfliktnim stresnim situacijama. Pri tome brojevi znače slijedeće:

0- nikada se tako ne ponašam 1 - katkada se tako ponašam 2- obično se tako ponašam
3 - često se tako ponašam 4 - uvijek se tako ponašam

	Tvrdnje	NIKADA se tako ne ponašam	KATKADA se tako ponašam	OBIČNO se tako ponašam	ČESTO se tako ponašam	UVIJEK se tako ponašam
1.	Takve situacije nastojim iskoristiti kao vrijedna životna iskustva.					
2.	Uznemiren/a sam i otvoreno iskazujem svoje osjećaje.					
3.	Obraćam se nekome za savjet o tome što da radim.					
4.	Svom snagom pokušavam učiniti nešto u vezi s tim problemima.					
5.	Sam/a sebe uvjeravam sa to nije istina, da to nije moguće.					
6.	Uzdam se u Boga.					
7.	Nastojim pronaći šaljivu stranu takvih situacija.					
8.	Priznajem si da to ne mogu riješiti, pa prestajem pokušavati.					
9.	Trudim se da ne reagiram prebrzo.					
10	Razgovaram sa nekim o svojim osjećajima.					

	Tvrdnje	NIKADA se tako ne ponašam	KATKADA se tako ponašam	OBIČNO se tako ponašam	ČESTO se tako ponašam	UVIJEK se tako ponašam
11.	Popijem alkoholno piće, pilule za smirenje ili uzmem drogu kako bih se bolje osjećao/la.					
12.	Pokušavam se priviknuti na nastale situacije.					
13.	Razgovaram sa nekim kako bih se bolje snašao/la.					
14.	Nastojim sa me ne ometaju misli i aktivnosti koje nisu u vezi s tim situacijama.					
15.	Maštam o drugim stvarima.					
16.	Nadam se božjoj pomoći.					
17.	Planiram različite postupke kojima bih uspio/la riješiti te probleme.					
18.	Prihvaćam da se to dogodilo (događaj) i da se ne može promijeniti.					
19.	Ne činim ništa dok to situacije ne dozvole.					
20.	Pokušavam dobiti emocionalnu podršku od rodbine i prijatelja.					
21.	Jednostavno odustajem od pokušaja da ostvarim svoje ciljeve.					
22.	Probleme pokušavam riješiti na druge načine.					
23.	Pokušavam se opustiti pa popijem piće, neku pilulu za smirenje ili uzmem drogu.					
24.	Jednostavno odbijam vjerovati da se to dogodilo.					
25.	Otvoreno iskazujem svoja osjećanja.					
26.	Pokušavam takve događaje sagledati u drugom svijetlu i učiniti da izgledaju povoljnije.					
27.	Pokušavam smisliti kako se ti problemi mogu riješiti na druge načine.					
28.	Koncentriram se na rješavanje tih problema i , ako je to potrebno, druge stvari ostavljam postrani					
29.	Tražim od nekog suosjećanje i razumijevanje.					
30.	Pijem alkohol, uzimam pilule za smirenje ili drogu kako bih o tim situacijama što manje razmišljao/la.					
31.	Šalim se na račun toga.					
32.	Odustajem od pokušaja da postignem ono što želim.					
33.	Pokušavam sagledati bolju stranu takvih situacija.					
34.	Razmišljam kako na najbolji način mogu riješiti te probleme.					
35.	Pravim se kao da se ništa nije dogodilo.					
36.	Ne reagiram prenaglo da probleme još više ne otežam.					
37.	Trudim se da me druge stvari ne ometaju pri rješavanju tih problema.					

	Tvrdnje	NIKADA se tako ne ponašam	KATKADA se tako ponašam	OBIČNO se tako ponašam	ČESTO se tako ponašam	UVIJEK se tako ponašam
38.	Idem u kino ili gledam TV kako bih što manje o tome razmišljao/la.					
39.	Prihvaćam realnosti takvih situacija.					
40.	Pitam ljude sa sličnim iskustvima što bi oni u takvim situacijama učinili.					
41.	Teško mi je i to jasno pokazujem					
42	Utjehu pronalazim u religiji					
43.	Čekam pravi trenutak da nešto u vezi s tim problemom uradim.					
44.	Ismijavam te situacije.					
45.	Sve se manje trudim oko rješavanja tih problema.					
46.	Pričam s nekim ljudima o tome kako se osjećam.					
47.	Posežem za alkoholom, pilulama ili drogom koje mi pomažu da prebrodim te probleme.					
48.	Učim se živjeti sa tim problemima.					
49.	Ostavljam po strani sve druge aktivnosti i usmjeravam se na te probleme.					
50.	Razmišljam o koracima koje valja poduzeti kako bi se ti problemi riješili.					
51.	Ponašam se kao da se to nije ni dogodilo.					
52.	Postepeno radim ono što mislim da treba učiniti u vezi s tim problemima.					
53.	Učim iz iskustva.					
54.	Molim se Bogu više nego obično.					
55.	Pojačano se bavim fizičkim aktivnostima.					
56.	Ulažem dodatni napor da riješim te probleme.					
57.	Glumim sigurnost i smirenost.					
58.	Povlačim se u sebe.					
59.	Tražim novi izlaz iz tih problema.					
60.	Suzdržavam svoje osjećaje.					
61.	Izbjegavam društvo i razgovore kako bih razmislio/la o tom problemu.					
62.	Želim biti sam/a.					
63.	Pitam ljude što bi učinili na mome mjestu.					
64.	Pušim više nego obično ne bi li se smirio/la.					
65.	Radim sve samo da ne razmišljam o tom problemu.					
66.	Bavim se bilo kakvim aktivnostima samo da bih se rastresao/la.					
67.	Skrivam svoje osjećaje.					
68.	Pravim se kao da mi sve to ništa ne znači.					
69.	Šećem po svježem zraku.					
70.	Izbjegavam kontakte s drugim ljudima.					
71.	Nadam se da će netko drugi riješiti tu situaciju.					

Connor-Davidson Resilience Scale 25 (CD-RISC-25) Croatian ©

ostvarje [ ] [ ] [ ] **dob** [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] **datum** [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] **pospol** [ ] [ ] **dob** [ ] [ ]

Molimo Vas da procijenite koliko se slažete sa svakom tvrdnjom tako da prekrižite odgovarajuć kvadratić na skali od 0 do 4, a da pritom odgovarate imajući na umu **zadnjih mjesec dana**. Ukoliko se neka od situacija nije dogodila u zadnje vrijeme, odgovorite tako mislite da biste se ponašali u toj situaciji.

		uglavnom netočno (0)	**rijetko točno (1)**	**ponekad točno (2)**	**često točno (3)**	**gotovo uvijek točno (4)**
1.	Sposoban sam prilagoditi se na promjene.	☐	☐	☐	☐	☐
2.	Imam barem jednu blisku i sigurnu vezu koji mi je pruž pomoć kad sam pod stresom.	☐	☐	☐	☐	☐
3.	Kada nema jasnih rješenja za moje probleme, ponekad sudbina ili Bog mogu pomoći.	☐	☐	☐	☐	☐
4.	Mogu se dobro nositi s bilo kakvim izazovima.	☐	☐	☐	☐	☐
5.	Prošli uspjeh daje mi samopouzdanja za suočenje s novim izazovima i problemima.	☐	☐	☐	☐	☐
6.	Pokušavam vidjeti humorističnu stranu stvari kad sam suočen s problemima.	☐	☐	☐	☐	☐
7.	Nošenje sa stresovima mi može ne uštedi jaden.	☐	☐	☐	☐	☐
8.	Obično se dobro oporavim nakon bolesti, ozljeda ili drugih teškoća.	☐	☐	☐	☐	☐
9.	Uspijem da se većina stvari dogodila s razlogom, bez obzira bila ona dobra ili loša.	☐	☐	☐	☐	☐
10.	Gajim sve od sebe kad stvari bačen na tehnat tih.	☐	☐	☐	☐	☐
11.	Uspijem da mogu ostvariti svoje ciljeve čak i kad postoje prepreke.	☐	☐	☐	☐	☐
12.	Ne ohrabrujem čak ni kad se stvari čine beznadežnima.	☐	☐	☐	☐	☐
13.	Za vrijeme stresnih/kriznih vremena, znam gdje mogu potražiti pomoć.	☐	☐	☐	☐	☐
14.	Kad sam pod pritiskom, ostajem usredotočen i jasno razmišljam.	☐	☐	☐	☐	☐
15.	Nadju prasuzmem vodstvo prilikom rješavanja problema nego da drugi donose sve odluke.	☐	☐	☐	☐	☐
16.	Neuspjeha me ne mogu lako obeshrabriti.	☐	☐	☐	☐	☐
17.	Mislim da sam snažna osoba prilikom rješavanja životnih izazova i problema.	☐	☐	☐	☐	☐
18.	Ako je potrebno, mogu donijeti nepopularne ili teške odluke koje utječu na druge ljude.	☐	☐	☐	☐	☐
19.	Mogu se nositi s neugodnim ili bolnim osjećajima poput tuge, straha i ljutnje.	☐	☐	☐	☐	☐
20.	Kod rješavanja životnih problema, ponekad trebaš djelovati na temelju predosjećaja bez da znaš zašto.	☐	☐	☐	☐	☐
21.	Imam snažan osjećaj svrhovitosti svog života.	☐	☐	☐	☐	☐
22.	Osjećam da imam kontrolu nad svojim životom.	☐	☐	☐	☐	☐
23.	Volim izazove.	☐	☐	☐	☐	☐
24.	Trudim se ostvariti svoje ciljeve bez obzira na prepreke na tom putu.	☐	☐	☐	☐	☐
25.	Ponosim se svojim uspjesima.	☐	☐	☐	☐	☐

Sva prava pridržana. Niti jedan dio ovog dokumenta ne smije se reproducirati ili pretiskati u bilo kojem obliku, ili na bilo koji način, elektronski ili mehanički, uključujući fotokopiranje, ili pohranu bilo kojeg informacijskog pohranjivanja ili pronalaženja, bez pismenog dopuštenja Dr. Davidsona na cd@cd-risc.com. Dodatne informacije o instrumentu i pravilna korištenja mogu se naći na www.cd-risc.com. Zaštićeno autorskim pravom © 2001, 2010 Kathryn M. Connor, MD, i Jonathan R. T. Davidson, MD. Prijevod na hrvatski jezik provod su Nenad Jakšić, mag. psih. i Prof. dr. sc. Nino Jakovljević.