



UNIVERZITET CRNE GORE

FILOZOFSKI FAKULTET

ZEJAK ANTONIJA

**ODNOS AFEKTIVNE PRIVRŽENOSTI, FAKTORA REZILIJENTNOSTI I STILOVA
PREVLADAVANJA U POPULACIJI DJECE SHIZOFRENIH RODITELJA**

MASTER RAD

NIKŠIĆ, 2024.



UNIVERZITET CRNE GORE

FILOZOFSKI FAKULTET

**ODNOS AFEKTIVNE PRIVRŽENOSTI, FAKTORA REZILIJENTNOSTI I STILOVA
PREVLADAVANJA U POPULACIJI DJECE SHIZOFRENIH RODITELJA**

MASTER RAD

Mentor: Prof. dr Rosandić Helena

Kandidat: Zejak Antonija

St. program: Psihologija

Br. indeksa: 03/21

Nikšić, maj, 2024.

ABSTRAKT

Sprovedena studija ukazuje da mentalno oboljenje roditelja predstavlja riziko faktor za formiranje nesigurnih stilova afektivne vezanosti koji u uzorku potomaka mentalno oboljelih roditelja čine više od polovine ukupnog broja ove populacije ispitanika ($p=70\%$). Dobijeni podaci ukazuju da psihotični poremećaji poput shizofrenije utiču na dominantnu zastupljenost nesigurnih obrazaca afektivne vezanosti među potomcima ($p=75\%$). Zadatak ove studije predstavljao je ispitivanje relacija teorijskih oblasti afektivne vezanosti, rezilijentnosti i prevladavanja. Nalazimo da sigurni stil vezanosti posjeduje visoke kapacitete psihološke otpornosti ($A=73$) i koristi se prevladavanjem usmjernim na problem ($\text{sig}=.000$). Time zaključujemo da sigurna vezanost može poslužiti kao promotivni faktor dobrog mentalnog zdravlja. Izbjegavajući stil vezanosti postiže niže rezultate na skali procjene rezilijentnosti ($A=63$) i značajno se razlikuje prema upotrebi prevladavanja usmjerenog na emocije u odnosu na ostale stilove afektivne vezanosti. Međutim, regresiona analiza pokazuje da ovaj stil suočavanja ne posjeduje značajnu prediktivnu moć ($\text{sig}=.061$) nad kapacitetima rezilijentnosti kod izbjegavajućeg stila vezanosti. Na osnovu dobijenih podataka zaključuje se da izbjegavajuća vezanost u određenoj mjeri pribjegava prevladavanju usmjerenom na emocije ali se preporučuje detaljnije ispitivanje njihovog odnosa. Preokupirani stil vezanosti dominantno se koristi suočavanjem usmjerenim na emocije i posjeduje niske kapacitete rezilijentnosti što dovodi do povećane vulnerabilnosti i uzima se kao riziko faktor za pojavu specifičnih psihopatoloških procesa sa kojima korelira. Neočekivano, dezorganizovana vezanost manifestuje značajnu povezanost između stilova prevladavanja usmjerenih na problem i izbjegavanja ($\text{sig}=.000$; $\text{sig}=.032$) i postiže visoke skorove na skali procjene rezilijentnosti što je u suprotnosti sa teorijskim implikacijama. Ipak, mali broj istraživanja je detaljnije opisivao specifičnosti ovog posljednjeg definisanog stila privrženosti, što je istovremeno jedna od preporuka budućim istraživanjima. Sugerise se adekvatnije ispitivanje mehanizama koji leže u osnovi relacija rezilijentnosti i afektivne vezanosti, kreiranje preventivnih i psihoedukativnih programa namijenjenih porodicama sa mentalno oboljelim članom i socijalnoj zajednici u cilju smanjenja stigme.

Ključne riječi: afektivna vezanosti, mentalno oboljenje, rezilijentnosti, prevladavanje, potomstvo

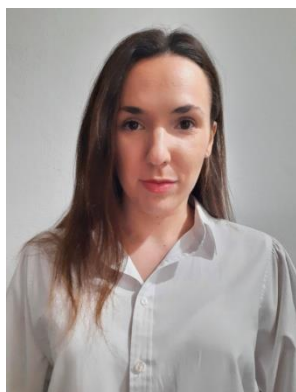
ABSTRACT

The conducted study indicates that the mental illness of the parents is a risk factor for the formation of insecure affective attachment styles, which in the sample of offspring of mentally ill parents make up more than half of the total number of this population of respondents ($p=70\%$). The obtained data indicate that psychotic disorders such as schizophrenia affect the dominant representation of insecure patterns of affective attachment among the offspring ($p=75\%$). The task of this study was to examine the relationships between the theoretical areas of affective attachment, resilience and coping. We find that a secure attachment style possesses high capacities of psychological resilience ($A=73$) and is used by problem-oriented coping ($\text{sig}=.000$). We therefore conclude that secure attachment can serve as a promoting factor for good mental health. The avoidant attachment style achieves lower results on the resilience assessment scale ($A=63$) and differs significantly according to the use of emotion-focused coping compared to the other attachment styles. However, the regression analysis shows that this coping style does not have a significant predictive power ($\text{sig}=.061$) over resilience capacities in the avoidant attachment style. It can be concluded that avoidant attachment tends to resorts to coping focused on emotions, but a more detailed examination of their relationship is recommended. The preoccupied attachment style is dominantly used by coping focused on emotions and has low resilience capacities, which leads to increased vulnerability and is taken as a risk factor for the occurrence of specific psychopathological processes with which it correlates. Unexpectedly, disorganized attachment manifests a significant association between problem-focused and avoidant coping styles ($\text{sig}=.000$; $\text{sig}=.032$) and achieves high scores on the resilience assessment scale, which is contrary to theoretical implications. However, a small number of studies described in more detail the specifics of this last defined attachment style, which is also one of the recommendations for future research. A more adequate examination of the mechanisms underlying the relationships of resilience and affective attachment, creation of preventive and psychoeducational programs intended for families with a mentally ill member and the social community in order to reduce stigma is suggested.

Key words: affective attachments, mental illness, resilience, coping, offspring

RADNA BIOGRAFIJA STUDENTA

LIČNE INFORMACIJE



Antonija Zejak

 Kruševo 5, Bijelo Polje 84000, Crna Gora

 067/332-278

 antonijazejak@gmail.com

Pol | Ženski | Datum rođenja | 17.07.1999.godine | Državljanstvo | Crnogorsko

RADNO ISKUSTVO

09/2020 - 02/2021 - Volontirnje za projekat www.posavjetujme.com u cilju pružanja psiho-socijalne podrške adolescentima

02/2021 - 06/2022 - Volontiranje na Liniji 1555 za pružanje psihološke podrške usljed COVID- 19 pandemije

01/2022 - 10/2022 - Obavljanje staža stručnog osposobljavanja kao psiholog u KCCG

10/2022 - 03/2023 - Institutu za onkologiju KCCG, volontiranje kao psiholog

07/2023 - 01/2024 - JU Dnevnom centru "Tisa", radni angažman na mjestu psihologa

01/2024 - - NVO OUMSBP, Honorarni angažman na mjestu psihologa za

02/2024 - - JU SMŠ "Vuksan Đukić", nastavnik psihologije

04/2024 - - JU Dnevnom centru "Tisa", radni angažman na mjestu psihologa

OBRAZOVANJE

2021 – Filozofski fakultet u Nikšiću (UCG), Master akademske studije studijskog programa psihologije

2018 – 2021 Filozofski fakultet u Nikšiću (UCG), studijski program psihologije – BA Psihologija u zajednici

2014 – 2018 Gimnazija “Miloje Dobrašinović”, Bijelo Polje

LIČNE VJEŠTINE

Maternji jezik	Crnogorski				
Ostali jezici	RAZUMIJEVANJE		GOVOR		PISANJE
	Slušanje	Čitanje	Govorna interakcija	Govorna produkcija	
Engleski	B2	B2	B2	B2	B2
Ruski	B2	B2	A2	A2	B2
Italijanski	A1	A1	A1	A1	A1
Stepeni: A1/2: Početnik - B1/2: Samostalni korisnik - C1/2 Iskusni korisnik Zajednički europski referentni okvir za jezike					

Socijalne kompetencije

Asertivno komuniciranje, socijabilnost, empatičnost, tolerantnost, motivisanost, optimističnost, adaptabilnost.

PC vještine i kompetencije

Rad sa kompjuterskim programima za obradu teksta i fotografija, kreiranje prezentacija, itd.

Organizacijske vještine i kompetencije

Aktivno slušanje, analiza, procijena važnosti informacija, planiranje i rješavanje zadataka, organizacija, pouzdanost, saradljivost, savjesnost.

Vozačka dozvola

Kategorija B

Hobiji

Planinarenje, crtanje, fotografisanje, čitanje, sport

Univerzitet Crne Gore
Centar za studije i kontrolu kvaliteta

IZJAVA O AUTORSTVU

Kandidat: Zejak Antonija

Na osnovu člana 22 Zakona o akademskom integritetu, ja, dolje potpisani/potpisana

IZJAVLJUJEM

pod punom krivičnom i materijalnom odgovornošću da je master rad pod nazivom

**„Odnos afektivne privrženosti, faktora rezilijentnosti i stilova prevladavanja u
populaciji djece shizofrenih roditelja“**

**rezultat sopstvenog istraživačkog rada, da nijesam kršio/kršila autorska prava i
koristio/koristila intelentualnu svojinu drugih lica i da je navedeni rad moje originalno
djelo.**

U Nikšiću,

18. juna 2024.godine

Potpis studenta

(svojeručan potpis)

SADRŽAJ

ABSTRAKT	1
ABSTRACT.....	2
UVOD.....	8
I TEORIJSKI DIO RADA.....	9
1.1. Shizofrenija	9
1.1.1. Etiopatogeneza.....	11
1.1.2. Epidemiologija.....	14
1.1.3. Paradigme u psihologiji	15
1.1.4. Život sa shizofrenim članom porodice.....	17
1.2. Teorija afektivne vezanosti	21
1.2.1. Empirijska potvrda teorije afektivne vezanosti.....	21
1.2.2. Unutrašnji radni modeli	23
1.2.3. Adultna afektivna vezanost.....	24
1.2.4. Stilovi adultne afektivne vezanosti u populaciji djece shizofrenih roditelja	26
1.3. Rezilijentnost.....	29
1.3.1. Konsenzus oko termina rezilijentnosti.....	30
1.3.2. Faktori i modeli rezilijentnosti.....	31
1.4. Prevladavanje	32
1.5. Međuzavisnost afektivne vezanosti, rezilijentnosti i stilova prevladavanja	34
II METOD.....	36
2.1. Problem i predmet istraživanja.....	36
2.2. Ciljevi istraživanja.....	37
2.3. Hipoteze	37
2.4. Uzorak ispitanika i procedura prikupljanja podataka.....	39
2.5. Instrumenti	39
2.6. Statistička obrada podataka.....	41
III REZULTATI ISTRAŽIVANJA	42
3.1. Deskriptivna statistika uzorka ispitanika.....	42
3.2. Korelacija stilova afektivne privrženosti, rezilijentnosti i stilova prevladavanja	47
3.3. Jednostrana regresiona analiza filtriranih obrazaca afektivne vezanosti	48

3.4. Razlike između stilova afektivne privrženost prema stilovima prevladavanja	50
IV DISKUSIJA	53
V ZAKLJUČAK	60
VI LITERATURA	62
VII PRILOZI.....	69

UVOD

Teorija afektivne vezanosti i mnogobrojne studije sprovedene u posljednjih par decenija sugerišu da mentalno oboljenje roditelja destabilizuje rani razvoj djece dovodeći do niza poteškoća u adultnom periodu, gdje između ostalog njihovi potomci već do kraja 1. godine života pokazuju veću incidenciju nesigurnih stilova afektivne privrženosti. Na taj način, nesigurni stilovi vezanosti osim što predstavljaju riziko faktor za manifestaciju specifičnih psihopatoloških procesa sa kojima stoje u korelaciji, ometaju usvajanje adaptibilnih socijanih vještina koje bi pozitivno uticale na interpersonalne odnose u odraslom periodu, dok sa druge strane negativni radni modeli uzrokuju nemogućnost regulacije negativnih emocija i značajno destabilizuju mentalno zdravlje (Duncan & Browning, 2009; Hameed & Lewis, 2016; Herbert, Manjula & Philip, 2013; Naslund et al., 1984).

U poslednje dvije decenije raste broj studija koje fokus pažnje usmjeravaju na relacije formiranih obrazaca afektivne privrženosti i faktora psihološke otpornosti, te pretpostavljaju da specifičan stil privrženosti koristi specifičan stil suočavanja prilikom susreta sa stresnim i izazovnim situacijama. Na taj način dominantno korišćen stil prevladavanja utiče na visoke ili niske kapacitete prevazilaženja i oporavka od negativnih životnih događaja i osnažuje ili slabi mentalni status individue. Ipak, pokazuje se da se relacija afektivne vezanosti i rezilijentnosti još uvijek tumači preko stilova prevladavanja koji u tom smislu imaju ulogu posredničkih varijabli.

Namjena naše studije orijentisana je na izučavanja uticaja mentalnog oboljenja roditelja na konstituisanje sigurnih obrazaca afektivne vezanosti u odnosu na nesigurne. Dalje, ispitaćemo koji stil afektivne vezanosti posjeduje visoke sposobnosti oporavka, rezilijentnosti, nakon susreta sa stresnim i izazovni situacijama. Pored toga, želimo saznati koji stil prevladavanja stoji u bliskoj vezi sa nekih od četiri definisana obrazca afektivne vezanosti. Na taj način saznaćemo koju strategiju prevladavanja upotrebljava neki od četiri stila vezanosti i na koji način njihov dominantan stil prevladavanja utiče na kapacitete rezilijentnosti. Ovom studijom želimo pružiti skroman doprinos oblasti tumačenja relacija između afektivne vezanosti, rezilijentnosti i prevladavanja te pružiti preporuke za buduća istraživanja koja će detaljnije rasvijetliti njihovu međuzavisnost. Istačićemo preporuke namjenjene porodicama sa mentalno oboljelim članom u cilju kreiranja programa koje će pozitivno uticaji na njih ali i na širu socijalnu zajednicu nezanemarijući uticaj socijalne stigme sa kojoj se svakodnevno susreću i bore.

I TEORIJSKI DIO RADA

1.1. Shizofrenija

Dijagnostičku kategoriju, prema MKB-11, „Shizofrenija, shizoidni poremećaji i sumanuta duševna oboljenja“ čine psihoze, odnosno psihotični poremećaji. Najvažniji, ujedno najzagonetniji, psihotični poremećaj je shizofrenija koja sa svojim srodnim poremećajima ličnosti čini shizofreni spektar poremećaja (Begić, 2016).

Dijagnoza shizofrenije (grč. *shizein*-rascijepiti, *phren*- um, duša) je fenomenološka i bazira se na prolongiranoj opservaciji i pažljivoj deskripciji simptomatologije oboljele osobe (Jašović-Gašić & Lečić-Toševski, 2007). Za psihotični poremećaj poput shizofrenije karakteristična je ideoafektivna disocijacija, što predstavlja stanje neusklađenosti misli i osjećanja. Nerijetko se kaže da shizofreni bolesnici imaju „ugrožen test realnosti“ što govori da je svijet u kojem „žive“ pogođene osobe bitno drugačiji od tipične stvarnosti. Ipak, važno je naglasiti da „ugrožen test realiteta“ nije patognomičan, strogo specifičan indikator shizofrenije, već može biti indikator gotovo svih psihijatrijskih poremećaja, a značajan je indikator psihotičnog funkcionisanja (Begić, 2016).

Rani indikatori shizofrenog spektra poremećaja javljaju se tokom kasnog adolescentnog doba ili tokom rane mladosti. Kako bolest napreduje, počinje bitno narušavati privatni, socijalni i profesionalni život pogođene osobe. Pored formalnog poremećaja mišljenja, poremećaja afektiviteta i urušavanja kognitivnih funkcija oboljele osobe, poremećaj narušava svakodnevni život porodice i društva, jer zbog dugotrajnog liječenja, čestih hospitalizacija, odsustvovanja sa posla i invaliditeta postaje problem od opšteg značaja (Jašović-Gašić & Lečić-Toševski, 2007). Dokaz tome jeste podatak koji govori da su mentalne bolesti, među kojima se ubraja shizofrenija, uvrštene među deset vodećih uzročnika invaliditeta u populaciji starosti između 15 i 44 godine života u svijetu. (wikiedia.com)

Klinička slika oboljenja podjeljena je u tri glavne grupe simptoma: pozitivni, negativni i kognitivni. Pozitivni simptomi dalje se mogu podjeliti u dvije podgrupe: pozitivni psihotični simptomi kao što su deluzije, odnosno sadržajni poremećaji mišljenja, sumanute ideje i sumanute misli i halucinacije. Drugoj podgrupi pozitivnih simptoma shizofrenije pripadaju pozitivni simptomi smetenosti poput dezorganizovanog ponašanja i formalnih poremećaja mišljenja. Negativne simptome karakterišu avolicija, alogija i poremećaji afektivnosti. Avolicija predstavlja nemogućnost započinjanja i održavanja cilju usmjerenog ponašanja, a u

krajnjem slučaju oboljela osoba nije više u stanju obavljati jednostavne zadatke i ostavlja utisak izgubljenosti i smetenosti. Alogija odražava poremećaj mišljenja koje se karakteriše siromaštvom govora, pacijent slabo i uz podsticaj govori, a odgovori su kratki, konkretni i stereotipni (Begić, 2016). Negativni simptomi mogu se dalje razvrstati na primarne i sekundarne. Primarni negativni simptomi odraz su patogenosti oboljenja i mogu dominirati kliničkom slikom, dok su sekundarni simptomi odraz socijalne odbačenosti usljed osjećaja neadekvatnosti, depresivnosti, slabljenja socijalnih interakcija i nastaju u daljem toku bolesti. Kognitivni simptomu karakterišu se redukcijom kognitivnih funkcija, oboljele osobe imaju problema sa slabom koncentracijom, pažnjom, opštim intelektualnim funkcionisanjem (Jašović-Gašić & Lečić-Toševski, 2007).

Progresija bolesti započinje premorbidnom, a završava se rezidualnom fazom. Tokom premorbidne faze prisutna su neka obilježija ličnosti poput povlačenja, submisivnosti, sramežljivosti, anksioznosti. Ovi "indikatori" ne moraju obavezno progradirati na neki od psihijatrijskih poremećaja, već mogu biti trajne crte nečije ličnosti. Ukoliko dođe do razvoja shizofrenog spektra poremećaja, onda se ovi indikatori u patobiografiji uzimaju kao indikatori shizoidnog poremećaja ličnosti, jer 50-60% pacijenata sa ovom vrstom psihijatrijskog oboljenja premorbidno je imala shizoidni poremećaj ličnosti. U sledećoj, prodromalnoj fazi, dolazi do postepene deterioracije, gdje oboljela osoba emituje društveno povlačenje, nezainteresovanost, poremećaje nagona, usredsređenost na neobične interpretacije, prisilne i precijenjene ideje te nepovjerljivost i sumnjičavost. Zatim, bolest ulazi u akutnu fazu koja traje par sedmica tokom koje preovladavaju produktivni simptomi koji bitno osujećuju svakodnevno funkcionisanje i dovode do prvih hospitalizacija. U posljednjoj, rezidualnoj fazi, oštećeno je cjelokupno funkcionisanje, dolazi do uočljivih afektivnih promijena i opšteg kognitivnog funkcionisanja (Begić, 2016).

Precizan i jasan uzrok shizofreniji do danas nije poznat i smatra se da značajnu ulogu u pojavi prvih simptoma oboljenja igraju udruženi faktori genotipa i fenotipa, odnosno genetske predispozicije i sredinski uticaji. Profesionalci koji se bave tretiranjem ovih poremećaja smatraju da adekvatan pristup u liječenju prve psihotične epizode igra najznačajniju ulogu. U liječenju srećemo tri glavna prognostička ishoda, gdje najpovoljniji ishod podrazumijeva da dolazi do potpune remisije ali se i dalje preporučuje upotreba farmakoterapije. Srednje povoljan ishod uključuje očuvanost funkcionisanja na većini životnih polja. Procenat bolesnika sa najboljim i srednje povoljnim ishodom kreće se između 20-30%. Nažalost,

najveći procenat nalazi se u sferi najtežeg ishoda, njih 50-60%, gdje simptomi svakodnevno i u velikoj mjeri ometaju funkcionisanje na gotovo svim poljima (Begić, 2016).

1.1.1. Etiopatogeneza

Uzrok shizofrenije do danas nije poznat niti jasno određen, uprkos napredku neuronauka. Smatra se da međuzavisni efekat bioloških predispozicija zajedno sa psihološkim i socijalnim faktorima rezultiraju pojavom prve psihotične epizode koja predstavlja uvod u shizofreni spektar poremećaja. Jedna od najistaknutijih koncepcija nastanka shizofrenije je diateza-stres model prema kojem primarno postoji vulnerabilnost pojedinca (dijateza) na pojavu shizofrenije, a kasnije na postojeću vulnerabilnost dodatno dijeluju stresni i drugi sredinski faktori koji udruženo dovode do pojave shizofrenije (Begić, 2016).

Genetske studije primarne porodice, studije blizanaca i studije usvojene djece došle su do zaključka da se vjerovatnoća pojave shizofrenije kod potomaka povećava sa blizinom njegovog krvnog srodnika. Porodične studije pokazuju da ukoliko je neko od roditelja bolovao ili je bolestan od shizofrenije, vjerovatnoća javljanja identičnog poremećaja mentalnog zdravlja kod njegovih potomaka kreće se između 5-6%. Ukoliko je jedan brat ili sestra pogođen poremećajem, vjerovatnoća da će oboljeti drugo dijete kreće se oko 7%, ukoliko su poremećajem pogođeni jedan roditelj i jedno dijete, vjerovatnoća oboljenja kod drugog djeteta raste na 17%, dok u najobeshrabrujućem slučaju u kojem su oba roditelja shizofrenim bolesnici vjerovatnoća javljanja identičnog poremećaja kod djece prelazi 40% (Gottesman, McGuffin & Farmer, 1987, prema Begić, 2016). Ističe se da i pored genetske predisponiranosti ka obolijevanju, zajedničko iskustvo suživota sa shizofrenim članom porodice dodatno objašnjava povećan rizik morbiditeta (Davidson & Neale, 1989). U studijama blizanaca potvrđena je hipoteza da se veći stepen konkordanstnosti nalazi među jednojajčanim, do 50 %, nasuprot dvojajčanim blizancima 10-15% (Davis & Phelps, 1995, prema Begić, 2016). Istraživanja sprovedena nad usvojenom djecom shizofrenih roditelja pokazuju da djeca zadržavaju svoju genetsku predispoziciju ka oboljenju u vjerovatnoći koja se kreće između 5-6% (Heston, 1966, prema Begić, 2016). Ono što je važno istaći jeste da srodnici shizofrenih rođaka ne obolijevaju isključivo od shizofrenije, već da imaju vulnerabilnost i predispoziciju ka obolijevanju od drugih poremećaja shizofrenog spektra

među kojima se nalaze shizotipni, shizoidni i paranoidni poremećaj ličnosti, granični poremećaj ličnosti i neshizofrene psihoze (Tienari, Wynne, Laksy & sar., 2003, prema Begić, 2016).

Obzirom da se uzroci shizofrenije proučavaju sa većeg broja međusobno povezanih stanovišta, kratko ćemo prikazati gledišta neuroloških teorija. Obdukcijom moždanih struktura shizofrenih bolesnika pokazalo se da dolazi do vidnih promijena volumena, promijena u citoartitektonici, u predijelu limičkom sistema sa akcentom na hipokampus, te u prefrontalnom korteksu u području bazalnih ganglija (Weinberger, Wyatt & Wagner, 1983, prema Begić, 2016). Kada je riječ o neurotransmitterskoj hipoteza, smatra se da dopaminergička hipoteza za sada najdosljednije objašnjava uzrok nastanka shizofrenije koja je razvojem neuroimidžing tehnika dodatko podržana. Antipsihotici koji se primarno koriste u liječenju shizofrenije imaju dopamin-blokirajući efekat gdje farmakoterapija L-dopa koja je bazično sagrađena od prokustora dopamina, a koja se koristi se u liječenju Parkinsonove bolesti, kao svoj nepoželjni efekat može uzrokovati pojavu simptoma psihotičnosti. Zадnje, primjenom amfetamina koji je dopaminergički agonist, može doći do pojave psihoze (Carlsson, 1978; Grilly, 2002; Angrist, Lee & Gershon, 1974, prema Begić, 2016). Pokazalo se da povišena koncentracija homovaniličke kiseline (HVA), pronađene u moždanim strukturama shizofrenih pacijenata, se povezuje sa produktivnim simptomima i boljim odgovorom na farmakoterapiju (Lieberman & Koreen, 1993, prema Begić, 2016). Pojavom savremenih antipsihotika, sa serotonin i dopamin blokirajućim efektom, adekvatno se utiče na tretiranje negativnih simptoma shizofrenije (Carpenter, 1995; Kapur & Remington, 1996, prema Begić, 2016). Nekadašnji anestetik, derivat glutamata, fenciklidin utiče na pojavu psihotične simptomatologije karakteristične za akutnu fazu shizofrenije. Jedan od njegovih receptora, GABA, izrazito smanjenju aktivnost u bolesti poput shizofrenije (Olney & Farber, 1995, prema Begić, 2016). O shizofreniji se može govoriti i kao o endokrinološkom psihosindromu, jer su ponađene oscilacije aktivnosti nadbubrežne, tireoidne žlijezde i hormina rasta (Tintera, 1967; Jakovljević, Muck-Šeler, Pivac & sar. 1998; Prange, Loosen, Wilson & sar. 1979; Norman & Burrows, 1982; Peabody, Warner, Markoff & sar., 1990, prema Begić, 2016).

Socijalne teorije ističu uticaj koji ostvaruje sredina i kultura na pojavu shizofrenije. Izdvaja se nekoliko koncepcija koje objašnjavaju uzrok pojave shizofrenog poremećaja, a to su: koncept shizofrenogene majke, koncept dvostrukih poruka, indeks emocionalne ekspresije, patogenost bračne zajednice, te koncept životnih događaja. Koncept shizofrenogene majke ističe da crte

ličnosti majke poput dominantnosti, hostilnosti, hiperprotektivnog stava, naglašenog moralnog odnosa prema seksu mogu isprovocirati pojavu shizofrenije naročito među muškim potomcima (Fromm-Reichmann, 1948, prema Begić, 2016). Koncept dvostrukih poruka naglašava dvoznačnost i međusobnu suprotstavljenost prenesenih poruka ili nesklad između verbalne i neverbalne komunikacije tokom svakodnevne interakcije (Davidson & Neale, 1989; Bateson, Jackson, Haley & sar. 1956, prema Begić, 2016). Dvije prethodno navedene koncepcije u savremenoj praksi služe da bi objasnile na koji način se shizofrenija kao poremećaj održava i pogoršava, a ne kao koncepcije koji objašnjavaju put nastanka shizofrenije (Begić, 2016). Koncept indeksa emocionalne ekspresije uzima se za eksplanaciju pojave ponovljenih i čestih hospitalizacija shizofrenih pacijenata, a dovodi se u vezu sa starateljima i bliskim osobama koji se staraju o shizofrenim pacijentima zbog toga što postoji pozitivna korelacija između povišenog EE indeksa i hospitalizacija među shizofrenim bolesnicima (Brown, Monck, Carstairs & sar, 1962, prema Begić, 2016). Ipak, EE indeks moramo uzeti sa rezervom, sa jedne strane zbog varijabilnosti kliničke slike, shizofreni član porodice može zapasti u fazu iznenadnog pogoršanja bolesti pri čemu porodica reaguje većim stepenom zaštite i pokušava "smiriti" člana. Sa druge strane EE indeks može pogrešno da nas navede na okrivljavanje porodice za njen zaštitnički odnos prema članu što vodi negativnim efektima (Davidson & Neale, 1989). Patogenost bračne zajednice, učestali sukobi, mentalna oboljenja, ljubomora takođe su u pozitivnoj korelaciji sa pojavom shizofrenije kao poremećaja (Begić, 2016).

Sociogena hipoteza nastanka shizofrenije, nastala na osnovu provedenih studija, govori o tome da socioekonomski status može biti uticajna varijabla na pojavu shizofrenije. Istraživanja ukazuju da je zastupljenost shizofrenog poremećaja dvostruko veća u najnižem socioekonomskom sloju nego u onom narednom (Hollingshead & Redlich, 1958; Srole & sar, 1962; Kohn, 1968, prema Davidson & Neale, 1989). Predloženo je još jedno objašnjenje, tzv. teorija društvenog odabira koja kaže da shizofreni bolesnici zbog progresije vlastite bolesti, odnosno zbog deterioracije kognitivnih sposobnosti, oslabljenih nagona i motivacije trpe kako na privatnom tako i na profesionalnom polju, gube društveni status i uslijed nedostatka materijalne obezbjeđenosti kreću se "nadolje" društvenom ljestvicom (Davidson & Neale, 1989). Kada je riječ o životnim događajima koji su prethodili pojavi shizofrenije, srećemo podatak koji govori da je 70% pacijenata u period od godinu dana prije javljanja psihijatru pretrpjelo neki snažan predisponirajući događaj, dok je jedan dio pacijenta u period od 2 do 6

mjeseci prije javljanja na bolničko liječenje imao snažan *trigger*, odnosno precipitirajući životni događaj (Begić, 1991, prema Begić, 2016).

1.1.2. Epidemiologija

Stopa incidence za pojavu prve epizode shizofrenog poremećaja kreće se između dvije do četiri osobe na 10.000 stanovnika u jednoj kalendarskoj godini, bez obzira na vrijeme, prostor, rasu, vjeru i nacionalnost. Tokom života rizik za oboljenje iznosi 1% (Jašović-Gašić & Lečić-Toševski, 2007). Epidemiološke studije pokazale su da se shizofrenija nešto učestalije javlja u specifičnim geografskim dijelovima neke države nego u drugim. U SAD-u veći broj pacijenata iz shizofrenog spektra dolazi iz sjeveroistočnih i zapadnih dijelova zemlje, nego iz ostalih. U Hrvatskoj veći procenat pacijenata potiče iz južnih dijelova države (Paić, Duić, Peršić i sar., 1968, prema Begić, 2016).

Bolest se tipično javlja između adolescentnog i zrelog životnog perioda, gdje se u 80% slučajeva češće javi između 15. i 35.godine. Novije epidemiološke studije pokazale su da je shizofrenija diskretno prisutnija u muškoj nego u ženskoj populaciji, sa proporcionalnim odnosom 1,3:1 (Aleman, Kahn & Selten, 2003, prema Begić, 2016). Među pripadnicima muškog pola incidenca pojave prve epizoda javlja se između 15. i 24.godine života, dok se kod žena javlja između 20. i 29.godine života. Prema provedenim epidemiološkim studijama smatra se da su faktori rizika za pojavu shizofrenog poremećaja kod muškaraca povezani sa konzumiranjem psihoaktivnih supstanci, gdje povećanu vulnerabilnost imaju oni sa genetskom predispozicijom. Kod žena rizik predstavlja upotreba kontraceptivnih sredstava koje imaju dopamin-blokirajući efekat, zbog estrogena koji ulazi u njegov sadržaj (Aleman, Kahn & Selten, 2003, prema Begić, 2016). Kada dođe do pojave shizofrenije, žene imaju izraženije pozitivne nego negativne simptome, te bolje premorbidno funkcionisanje (Seeman, 2004, prema Begić, 2016).

Poremećaj se učestalije javlja u gradskim nego u ruralnim područjima i ima tendenciju porasta uz povećanje gustine naseljenosti. Postoji nekoliko obrazloženja ove pojave. Jedna od njih kaže da se shizofrenija javlja kao posljedica akumuliranog stresa koje za sobom nosim život u gradskim sredinama, dok druga govori o tome da su u gradovima smještene visokospecijalizovane zdravstvene ustanove koje posjeduju pouzdanije instrumente uz pomoć kojih se postavljaju dijagnozu ovog psihotičnog poremećaja. Utvrđeno je da se poremećaj

učestalije javlja među stanovništvom sa niskim socioekonomskim statusom, takođe je učestaliji među “pridošlicama” nego među domaćim stanovništvom (Begić, 2016). Pored ovoga, nalazimo podatak da je veći procenat shizofrenim bolesnika rođen u zimskom period godine, gdje se na Sjevernoj zemljinoj polulopti rađaju u period od januara do aprila, dok se na Južnoj polulopti učestalije rađaju između jula i septembra mjeseca (Begić, 2016).

Studije pokazuju da je prosječni životni vijek pacijenata koji boluju od shizofrenije u prosjeku 10 godina kraći u odnosu na tipičnu populaciju. Nalazi ukazuju da 50% shizofrenih bolesnika tokom života pokuša suicid, dok ih 10% realizuje (Sadock & Sadock, 2007, prema Begić, 2016).

1.1.3. Paradigme u psihologiji

Proces liječenja shizofrenije integrativnog je tipa. Danas se smatra da najučinkovitije rezultate pruža multidisciplinarni pristup liječenja, kombinovanjem bioloških i psihoterapijskih metoda (Davidson & Neale, 1989). U daljem tekstu kratko ćemo prikazati tri glavne paradigme u psihologiju koje u svom duhu tumače uzrok nastanka shizofrenog poremećaja.

Froj tokom svog rada nije posvećivao pažnju shizofreniji kao psihijatrijskom entitetu iz razloga što je smatrao da shizofrenija predstavlja rezultat rane regresije na primarni narcizam, rani stadijum oralne faze psihoseksualnog razvoja, kada se ego još nije sasvim diferencirao od ida, zbog čega njihova ličnost nije u dodiru sa realnošću (Davidson & Neale, 1989; Begić, 2016). U takvim okolnostima libido impulsi okrenuti su od spoljašnjeg svijeta prema egu i rezultiraju povišenom zaokupljenošću samim sobom zbog čega, prema Frojdovom mišljenju, nema prostora za primjenu psihoanalize jer je pacijent onemogućen za stvaranje transfera (Jašović-Gašić & Lečić-Toševski, 2007).

H.S.Salivan se nije slagao sa Frojdovim zaključkom da shizofreni pacijenti ne mogu biti psihoanalitički tretirani i prvi je primjenjivao psihoanalizu nad shizofrenim pacijetima. Smatrao je da tokom razvoja njihov ego nije posjedovao dovoljne kapacitete uz pomoć kojih bi prevladao izuzetno stresne interpersonalne izazove zbog čega je regredirao na primitivne stilove komunikacije (Davidson & Neale, 1989). P. Federn smatrao je da shizofreni pacijenti mogu ostvariti transfer, a shizofreniju je razumio kao proces propadanja ega koji nije u

moćnosti da investira u sopstvene granice i time je testiranje realnosti narušeno (Begić, 2016). Identičan pristup Salivanovom tretiranju shizofrenih pacijenta imala je njemačka psihijatrija From-Ričman, koja je sarađujući sa Salivanom uspjela uspostaviti psihoanalitičku psihoterapiju kao važan stepenik u tretiranju shizofrenije (Davidson & Neale, 1989). Međutim, godinama kasnije, pažljivim procjenama došlo se do ne baš tako ohrabrujućih zaključaka. Prema longitudinalnom istraživanju koje je pratilo uzorak veći od 500 pacijenata u period između 1963. do 1976.godine pokazalo se da kod polovine pacijenata nije došlo do remisije bolesti, čak prema nekim navodima došlo je do njene progresije (Stone, 1986, prema Davidson & Neale, 1989). Daljim proučavanjem Salivanovih i From-Ričmanovih pacijenata zaključuje se da su njihovi pacijenti imali blage kliničke slike koje bi se prema današnjim dijagnostičkim standardima teško mogle podvesti u identičnu dijagnostičku kategoriju (Davidson & Neale, 1989).

Stanovišta predstavnika psihodimanske paradigme u načinu tumačega uzroka nastanka shizofrenije su upitna. Deterioracija kognitivnih funkcija koje predstavljaju dijagnostički indikator shizofrenih procesa bi se mogle uzeti za adekvatnu potporu ego regresije ali to ne znači obavezno da će ono izazvati preokretanje investicije libido impulsa i regresije na primitivne oblike ponašanja. Još jedno, i dalje ne postoje dokazi koji jasno upućuju da je shizofrenija uzrokovana oštećenjem ega, kao instance ličnosti (Davidson & Neale, 1989).

Bihejvioralna paradigma ističe važnosti učenja, klasičnog uslovljavanja i operantnog učenja. U prvom planu ističu se poremećeni porodični odnosi kao i problem sa održavanjem i upućivanjem pažnje na bitne stimuluse u okolini (Davidson & Neale, 1989; Begić, 2016). Trening socijalnih vještina dao je pozitivne rezultate u smanjenju EE indeksa i uopšte se smatra bihejvioralnom tehnikom. Dalje, operantno uslovljavanje i ekonomija žetona ostvarili su pozitivne uticaje na shizofrene pacijente kroz poboljšanje brige o ličnoj higijeni, higijeni prostora i pravovremenom odazivu tokom vremena ručka, što je važna stavka u etiopatogenezi shizofrenije jer je uočeno da se neadekvatnost ishrane skoro po pravilnu sreće među ovom populacijom pacijenata (Ayllon & Azrin, 1968, prema Davidson & Neale, 1989). Iako se bihejvioralne tehnike ne mogu značajno pohvaliti liječenjem samog poremećaja, dovele su do smanjenja institucionalizacije i stvaranja poželjnih socijalnih vještina kod pacijenata osposobivši ih koliko-toliko za potrebnu samostalnost u obavljanju određenih poslova i zadovoljavanja potreba (Davidson & Neale, 1989).

Kognitivna paradigma u etiopatogenezi shizofrenije naglašava deterioraciju kognitivnih procesa poput konceptualnog mišljenja čije oštećenje je povezano sa oštećenjem prefrontalnog korteksa. Dalje, shizofreni pacijenti imaju oštećenje pažnje i to onog dijela stvaranja veza između značajnih događaja i situacija i veza između nevažnih događaja. Pažnja kao kognitivni proces je biološki uslovljena, gdje stimuli iz spoljašnjosti angažuju odgovarajuće centre u mozgu koji dalje dovode do odgovora kardiovaskularnog sistema, primjećeno je da je ovakav biološki odgovor organizma kod 50% shizofrenih pacijenta umanjen (Begić, 2016). U shizofreniji pacijenti pridaju naročita značenja, pretjerane interpretacije nekog događaja, što se u najvećoj mjeri sreće u paranoidnoj podvrst shizofrenije. Na kraju, koncept teorije uma, iako se savremeno uzima kao indikator autističnog spektra poremećaja, može pomoći u razumijevanju funkcionisanja paranoidne shizofrenije (Begić, 2016).

1.1.4. Život sa shizofrenim članom porodice

Na ovom mjestu pažnju ćemo posvetiti dosadašnjim istraživanjima koja su izučavala unutarporodične odnose sa shizofrenim roditelje, na koji način je mentalno oboljenje roditelja uticalo na kasniji život njihovih potomaka. Pomenućemo istraživanja koja su pažnju posvetila načinu na koji je sama bolest ometala adekvatno vršenje roditeljske uloge i ugrožavalo zadovoljstvo roditelja koji nisu uvijek bili u stanju adekvatno zadovoljiti djetetove potrebe jer ih je na tom putu mentalno oboljenje bitno osujećivalo.

Grupa istraživača sprovela je niz intervjua sa majkama koje su posjedovale dijagnozu shizofrenije. U tim intervjuima majke su izvještavale da su često bile u strahu da njihovo dijete ne postane kao one, tj. da ne oboli od identičnog poremećaja mentalnog zdravlja poput njih te su se zbog toga nerijetko distancirale od svoje djece. Njihov plač dok su bili bebe uznemirujuće je djelovao na majke, što je predstavljalo dodatno osujećenje na putu blagovremenog i adekvatnog odgovora na dječije potrebe. Depresivnost, halucinacije, progresija bolesti te akutna stanja samo su više komplikovale mogućnost uspostavljanja bliskih odnosa na relaciji majka-dijete. U takvim okolnostima dijete je bilo uskraćeno zadovoljenja vlastitih potreba, zbunjeno odsustvom majčine responzivnosti zbog čega je u takvim situacijama pribjegavalo sekundarnim strategijama (Stand, Boström & Grip, 2020; Büyükbodur, Sakarya, Kılıçlı, 2022). Ipak je važno naglasiti da su i pored svoje bolesti

majke nastojale i ulagale trud da ostvare kontakt i interakciju sa svojim dijeteom (Montgomery et al. 2006).

Studija Dankana i Brovinga (2009) pokazala je da su rana iskustva na relaciji dijete-shizofrena majka ostavila niz negativnih efekata na dalji afektivni i kognitivni razvoj djece, koji su u kasnijim periodima života rezultirali nižim intelektualnim sposobnostima i problemima u interpersonalnim odnosima. Cucu-Čuhan (2015) prikazala je studiju slučaja odrasle žene koju je odgojila majka sa dijagnozom paranoidne shizofrenije. Tokom svog odrastanja njena, sada odrasla kćerka, iskusila je niz stresnih događaja koji su rezultirali razvojem straha, nesigurnosti, osjećanja krivice, bespomoćnosti, usamljenosti i u konačnici doveli do razvoja depresivne simptomatologije.

Sistematski prikaz radova koji se bavio proučavanjem psiho-fizičkog zdravlja djece koja su odrasla uz mentalno oboljele roditelje (Brummlhuis, Kop & Videler, 2022) ponudio je podatke kvalitativnih i kvantitativnih studija. Autori kvalitativnih studija (Dem & Hol, 2016; Dan, 1993, prema Brummlhuis, Kop & Videler, 2022) došli do saznanja da su se negativna emocionalna iskustva poput osjećanja straha, bijesa, nesigurnosti, usamljenosti iz perioda djetinjstva prenijela u odraslo doba. Pored ovoga, participanti su izvještavali da su sumnjali u sopstvene sposobnosti roditeljstva, da su imali emocionalne probleme, probleme u interpersonalnim odnosima tokom adultnog perioda i zabrinutost za stabilnost sopstvenog psihičkog statusa. Autori kvantitativnih studija nude podatke da djeca roditelja sa mentalnom bolešću imaju veće predispozicije ka razvitku anksioznih i depresivnih poremećaja, skloniji su zloupotrebi psihoaktivnih supstanci, prisutne su suicidalne ideacije, autoagresivnost i problemi u odnosima sa drugima (Weissman et al., 2006; Weissman et al., 2016 prema Brummlhuis, Kop & Videler, 2022; Gluschkolf et al., 2017; Gonçalves et al., 2016; Taka-Eilola et al., 2019). Dodatno, srećemo podatke koji kazuju da su djeca razvila preokupirani obrazac afektivnog vezivanja koji se dovodi u vezu sa razvitkom određenih psihopatoloških entiteta, poput depresije, a uzrok predstvaljaju mentalne bolesti majki koje nisu bile u stanju adekvatno reagovati na potrebe djece, dizorganizovano su se ponašale i bile preplašene da njihovo stanje ne naškodi djetetu (Iwanski et al., 2021; Read & Gumleu, 2008). Ovi nalazi djelimično su u saglasnosti sa podacima dobijenim u Dankanovoj i Brovingovoj (2009) studiji koji nude informacije o negativnim uticajima ranog iskustva sa mentalnom oboljelim roditeljem na socijalne sposobnosti, samopoštovanje i povijerenje prema drugima, a takođe dovode do snižene radne efikasnosti među potomcima shizofrenih majki.

Koncept shizofrenogene majke upućuje da su muški potomci kategorija od povećanog rizika ka obolijevanju zbog crta ličnosti, dominantnosti i hostilnosti svojih majki. Kada se u obzir uzme procenat vjerovatnoće obolijevanja u iznosu od 6% zaključujemo opravdanost dijateza-stres modela kojim se u jednom dijelu objašnjava etiopatogeneza. Ipak, ne trebamo zaboraviti na žensko potomstvo, jer ni ono ne ostaje u potpunosti zaštićeno. Grupa istraživača koja je izučavala udruženi efekat genetske predispozicije i okruženja došla je do zaključaka da iako je neosporana genetska predispozicija, značajniju ulogu u riziku od nastanka nekog psihopatološkog poremećaja igra svakodnevno iskustvo stresa sa kojim se suočavaju članovi porodice tokom njege svog oboljelog člana što dodatno pojašnjava odnos genotipa i fenotipa (Moran et al., 2016). Život sa shizofrenim članom porodice kod drugih članova može izazvati ne obavezno shizofreni poremećaj, iako ne izuzimamo iz vida hereditet, već i druge mentalne poremećaje poput depresije, drugih poremećaja iz shizofrenog spektra, sa kojima stoji u komorbiditetu (Begić, 2016; Tienari, Wynne, Laksy & sar., 2003, prema Begić, 2016). Dodatnu potvrdu koncepta shizofrenogene majke i koncepta indeksa emocionalne ekspresije pružila je grupa istraživača sa Univerziteta u Mančesteru (Gregg, Calam, Drake, & Wolfenden, 2021) koja je ispitivala emocionalnu klimu koja vlada unutar porodica sa roditeljem oboljelim od shizofrenog poremećaja. U svojoj studiji kreirali su 2 grupe, jednu eksperimentalnu i jednu kontrolnu grupu. Eksperimentalnu grupu činile su porodice u kojima je majka imala dijagnozu shizofrenije, dok su kontrolnu grupu činile “zdrave” porodice, tj. porodice bez člana sa psihopatoloških poremećajem. Fokus interesovanja stavili su na emocionalnu ekspresiju u obavljanju roditeljskih uloga i komparirali dvije grupe ispitanika. Rezultati govore da u porodicama sa shizofrenom majkom nalazimo izraženiji stepen emocionalne ekspresije, majke su hostile, kritične i nastoje da projektuju vlastit osjećaj krivice na svoju djecu. Po podacima studije koju su sproveli Herbert, Manjula i Filip (2013), a koje je izučavalo iskustva djece koja su živjela sa shizofrenim roditeljem, većina participanata izjavila je da je mentalno stanje njihovih roditelja ostavilo upečatljive tragove u njihovim životima. Preciznije, 66% participanata žalilo se na osjećaj opterećenosti zbog oboljenja svog roditelja, dok se 40% žalilo na nedostatak roditeljske podrške.

Nalazi davnih Blojerovih zapažanja (1974) koji je pratio djecu shizofrenih roditelja pokazuju da oko 72% njih adekvatno funkcioniše. Pod ovim se podrazumijeva da su njihovi interpersonalni i intrapersonalni odnosi bili dovoljno dobro očuvani da bi im poslužili kao baza adaptibilnih kapaciteta rezilijentosti. Na interpersonalnom planu pokazivali su sposobnost održavanja poznanstava i tražili su podršku izvan svojih porodica. Na

intrapersonalnom planu pokazali su sposobnost očuvanja radne angažovanosti i imali su svoje hobije. Blojer je vjerovao da njihova sposobnost pokazivanja visokog stepena inicijative jednim dijelom proizilazi iz sposobnosti “psihičkog udaljavanja” od mentalnog oboljenja svog ili svojih roditelja. Pored ovih podataka, srećemo podatke koji govore da u odraslom dobu dolazi do poteškoća stvaranja i održavanja intimnih odnosa, te da se većina participanata bavi impersonalnim zanimanjima, poput rada sa tehnologijom, uopšte naukom. Blojer je mišljenja da su njihovi kapaciteti rezilijentnosti potpomognuti mehanizmima odbrane poput potiskivanja i intelektualizacije uz distanciranje.

Naravno, kako bi se članovi porodica na što efikasniji način odgorovili izazovima koje sa sobom nosi shizofreni spektar poremećaja istuču se pristupi u tretiranju porodičnog sistema, adekvatna edukacija o zdravstvenom stanju svog roditelja koju članovi mogu dobiti od timova stručnjaka zaposlenih u klinikama specijalizovanog tipa. Pored farmakoterapije koju čine antipsihotici prve linije koji supresivno djeluju na pojavu halucinacija i deluzija, na raspolaganju stoje različiti psihoterapijski modaliteti koji utiču na sticanje većeg stepena uvida u vlastito zdravstveno stanje i koji takođe pozitivno utiču na unutarporodične odnose (Büyükbodur, Sakarya, Kılıçlı, 2022). Nešto što se takođe izdvaja kao preporuka jeste izrada određenih planova reagovanja u kriznim situacijama koji se mogu izraditi zajedno sa članovima tima za mentalno zdravlje koji se posmatarju kao važna uporišta koja omogućavaju psihosocijalne tretmane razvoja i unapređenja postojećih roditeljskih viještina (Dibdin, 2022).

Na kraju ovog dijela važno je skrenuti pažnju da i pored svih teškoća koje sa sobom nosi život djeteta sa shizofrenom majkom, majka je u stanju da voli, pruža ljubav i podršku svom djetetu, te na ovom mjestu trebamo naglasiti da je nemogućnost roditelja sa shizofrenijom da voli i da se stara o svojoj djeci još jedan neosnovan mit.

Na ovom mjestu završićemo dio izlaganja o shizofreniji i suživotu sa shizofrenim članom porodice. U nastavku ćemo preći na teorijsku oblast afektivne privrženosti, kratko ćemo prikazati njen razvoj i teorijska unapređenja. U ovom dijelu posebno ćemo pažnju usmjeriti na oblast adultne afektivne vezanosti budući da se naše istraživanje orijentisalo upravo na ovu cilju grupu ispitanika. Na kraju ovog dijela obratićemo pažnju na nalaze dosadašnjih istraživanja koja su fokus svog interesovanja usmjerila na formirane stilove afektivne privrženosti u ovoj specifičnoj populaciji.

1.2. Teorija afektivne vezanosti

Teorija afektivne privrženosti, iako stara više od šest decenija, jedna je od najuticajnijih psiholoških teorija koje objašnjavaju put cjeliživotnog emocionalnog razvoja čovjeka baziranog na najranijem iskustvu. Izvorno nastala u psihoanalitičkom miljeu ovo stanovište pružilo je bitno drugačije gledište na rani odnos između majke i djeteta, ne složivši se sa dotadašnjim mišljenjem da se ovaj rani odnos može podvesti pod geslo emocionalne zavisnosti. Istovremeno hvaljena i kritikovana, doživjela je niz modifikacija i ponudila dragocijene podatke o važnosti adekvatnog odnosa između majke i djeteta na njegovom najranijem uzrasu koje ostavlja pečat tokom cjelokupnog životnog vijeka. Vremenom je teorijska koncepcija privlačila sve više pažnje drugih stručnjaka sa tla psihologije. Tako je Meri S. Ejnvort prva definisala individualne razlike među djecom u pogledu stilova formirane afektivne vezanosti. Zatim, grupe istraživača, oslonivši se na Bolbijeve postulate razvijaju čitave oblasti izučavanja djelovanja ranoformiranih obrazaca afektivne vezanosti na kasniji životni vijek, gdje se u prvom planu nalaze oblasti izučavanja stilova adultne afektivne vezanosti i oblast partnerske afektivne vezanosti. Džon Bolbi, tvorac teorije, osim što je zastupao stanovište da ranostečeni obrazac afektivne vezanosti čini trajni kapital osobe, takođe je smatrao da ostvaruje uticaj na izbor budućeg partnera pa i profesionalnog usmjerenja (Stefanović-Stanojević 2015).

1.2.1. Empirijska potvrda teorije afektivne vezanosti

Dva istraživanja, Uganda i Baltimor projekat, koje je sprovela višegodišnja Bolbijeve saradnica Meri Salter-Ejnsvoort danas se mogu uzeti kao početni koraci u empirijskoj potvrdi teorije afektivne vezanosti. Početno inspirisana Blacovom teorijom sigurnosti, Meri je izučavala iskustvo separacije djece od roditelja, koje će joj kasnije poslužiti za kreiranje test situacije za ispitivanje afektivne vezanosti, tzv. test *Strane situacije*. Prvi suster između Meri i Džona Bolbija desio se tokom njenog života u Londonu, kada se uključila u tim istraživača koji je proučavao fenomen separacije. Međutim, nije se dugo zadržala kao aktivan član ovog tima zbog selidbe u Ugandu (Stefanović-Stanojević, 2015).

Tokom svog boravka u Ugandi Meri je izučavala fenomen separacije u porodicama koje su živjele u okolnim selima njenog mjesta boravišta. Prvobitno je izučavala odvikavanje djeteta

od dojenja, da bi kasnije svoje interesovanje proširila na opservaciju majčinog ophođenja prema dijetetu želeći da definiše individualne razlike među djecom u odnosu na kvalitet ranog iskustva interakcije sa majkom. Ovaj metod kasnije joj je pružio dragocijene podatke uz pomoć kojih je postulirala pojam baze sigurnosti, kao osnove rasta i razvoj dijeteta. Nažalost, još jednom se seli, ovoga puta u Baltimor (Stefanović-Stanojević, 2015).

Prije pokretanja Baltimor projekta, Meri je predstavila podatke do kojih je došla prilikom sprovođenja Uganda projekta tokom trajanja sastanaka Tavistočke istraživačke grupe koja joj je pružila podršku i poslužila kao podsticaj da nastavi sa svojim daljim istraživačkim radom (Stefanović-Stanojević, 2015). Ubrzo nakon toga započinje sa realizacijom Baltimor projekta tokom kojeg je sprovedena direktna opservacija dnevnog odnosa na relaciji majka-dijete primjenom testa *Strane situacije*. Podaci ovih opservacija Ejnsvortovoj su pomogli prilikom deskripcije sistema dobre, loše i ambivalente baze sigurnosti. Tokom trajanja projekta Meri je uvidjela da djeca, pošto se nađu u situaciji odsustva figure vezanosti, reaguju tzv. sekundarnim strategijama. Ova vrta strategija, piše Meri, događa se među djecom koja odrastaju bez sigurne baze sigurnosti i ona ima adaptivan karakter. Ovo znači da djeca ne pokazuju pretjerani protest kada majka izađe iz test situacije i ostavlja ih u društvu njima nepoznate osobe, jer već posjeduju ovakvo iskustvo, odnosno iskustvo neadekvatne pređašnje majčine responzivnosti na njihove potrebe. Umjesto toga ona se fokusiraju na detalje oko sebe što predstavlja strategiju koja je najfunkcionalnija u tom momentu (Stefanović-Stanojević, 2015).

Opservacija odnosa majka-dijete i precizno definisanje skale pomoću koje je komparirala dječije ponašanje u *Staranoj situaciji* i u kućnim uslovima pomoglo joj je prilikom definisanja individualnih razlika u pogledu stilova afektivne vezanosti među djecom (Stefanović-Stanojević, 2015). Na ovom mjestu ćemo ih kratko nabrojati, jer je tema našeg interesovanja adulta afektivna vezanost. Prvobitna tri stila afektivne vezanosti koja se mogu naći među djecom su: sigurna afektivna vezanosti, izbjegavajuća i ambivalentna afektivna vezanost (Stefanović-Stanojević, 2015). Tek kasnijim istraživanjima sprovedenim nad kliničkom populacijom formira se četvrti, dezorganizovani stil afektivne vezanosti, koji je u opštoj populaciji u najmanjoj mjeri zastupljen (Radke-Yarrow, et al. 1985; Stefanović-Stanojević, 2015).

1.2.2. Unutrašnji radni modeli

Saradnjom Meri Ejnsvort i Džona Bolbija nastavljen je put razvoja teorije afektivne vezanosti. Prvobitno, stilove afektivne vezanosti proučavali su sa relacionog aspekta odnosa između majke i djeteta, da bi kasnije definisali stanovište prema kojem ranoformirani stil vezanosti postaje individualno svojstvo dječije ličnosti koje ostvaruje snažan uticaj na njegov kasniji životni vijek. Na ovaj način otvorili su put proučavanja emocionalnog razvoja individue (Stefanović-Stanojević, 2015).

Na osnovu teorijskih polazišta, smatrali su da značaju ulogu na putu stvaranja unutrašnjih radnih modela igraju rana iskustva koje je dijete imalo sa svojom primarnom figurnom vezanosti, tj. sa svojom majkom. U tom slučaju unutrašnji radni modeli, modeli sebe i drugih, predstavljaju kognitivno-afektivne radne modele koji čine skup očekivanja i uvjerenja djeteta o samome sebi i svijetu oko sebe (Stefanović-Stanojević, 2015). Na taj način, radni model selfa sadrži predstave o sebi kao o osobi vrijednoj pažnje i ljubavi ili sa druge strane predstavu o sebi kao osobi koja je nevažna i nedostojna tuđe briga i pažnje. Radni model drugih sadrži uvjerenja, očekivanja i predstave o svijetu kao sigurnom mjestu u kom se dijete može osloniti na druge i biti sigurno da će mu drugi ljudi pomoći i zadovoljiti njegove potrebe ili ipak, da se tako nešto neće dogoditi (Stefanović-Stanojević, 2015).

Jednom definisani unutrašnji radni modeli povukli su mnoga pitanja koja su se odnosila na njihovu perzistentnost, univerzalnost i transgeneracijski prenos. Bolbije je smatrao da su unutrašnji radni modeli skloni promjenama koje se mogu primjetiti tokom trajanja perioda djetinjstva u kome, zahvaljujući razvoju mišljenja i nivou senzorno-motornog razvoja, dijete stvara predstave o sebi, drugim ljudima oko sebe i svijetu oko sebe u cilju što bolje adaptacije. Na ovom putu se poslužio Piježeovim učenjem o razvoju mišljenja (Piaget, 1954, prema Stefanović-Stanojević, 2015) i stvorio je koncept ciljem korigovanog partnerstva prema kojem dijete počinje da razumije da drugi ljudi u njegovom okruženju posjeduju drugačije želje, namjere, očekivanja koja nisu u saglasnosti sa njegovim trenutnim, te u potrebi da zadrži blizinu važne figure sa njom počinje graditi "kompromise" (Stefanović-Stanojević, 2015).

Ranoformirani stilovi afektivne vezanosti, pokazuju istraživanja, ne moraju po svaku cijenu ostati nepromijenjeni do kraja života. Socijalni, društveni, politički uticaji mogu umnogome promijeniti život porodica, te tako one porodice koje su prethodno bile stabilne odjednom,

usljed društvenim događanja poput ratnih sukoba, mogu biti grubo destabilizovane. Zbog toga, onaj prethodno adekvatno responzivan roditelj može početi zanemativati i neblagovremeno zadovoljavati potrebe svog dijetea koje u takvim okolnostima može izmeniti stil afektivne vezanosti. Naravno, sasvim je moguće suprotno djelovanje, tj. da poboljšanje kvaliteta života i socijalnog standarda jedne porodice ima potencijal da dovede do transformacije nesigurnog stila afektivne vezanosti u sigurni stil vezanosti (Mihić, Zotović & Petrović, 2007; Klark & Klark, 1987, prema Stefanović-Stanojević, 2015).

Istraživanja koje je sproveda Meri Mejn, jedna od studentkinja Meri Ejnsvort koja se interesovala za oblast adultne afektivne vezanosti, zajedno sa svojim saradnicima kreirala je istraživanje sa ciljem utvrđivanja postojanja transgeneracijskog prenosa stilova vezanosti. Njihovo istraživanje je potvrdilo početnu hipotezu zaključkom da se stilovi afektivne vezanosti mogu “prenosi sa koljena na koljeno” jer su pronašli korelaciju između afektivne vezanosti roditelja i afektivne vezanosti njihovih potomaka (Main et al., 1985; Main & Goldwyn, 1989, prema Stefanović-Stanojević, 2015). Naredni talas istraživanja unutrašnjih radnih modela odnosio se na njihovu univerzalnu zastupljenost bez obzira na vjeru, naciju, rasu. Istraživači (IJzendoorn & Sagi, 1999) su utvrdili da je afektivna vezanost univerzalan fenomen i da je najzastupljeniji sigurni stil vezanosti koji se može uzeti kao “norma”, dok je zastupljenost preostala tri stila vezanosti prosto odstupanje od te norme (Stefanović-Stanojević, 2015).

1.2.3. Adultna afektivna vezanost

Džon Bolbi zastupao je stanovište da se ranostečeni obrasci afektivne vezanosti zadržavaju tokom cijelog životnog vijeka individue. Ipak, kasnije je nešto ublažio početni stav smatrajući da emotivni partneri u odraslom dobu mogu preuzeti status primarne figure vezanosti. Na taj način Bolbi je izveo dvije premise adultne afektivne vezanosti koje glase:

- Afektivne veze prisutne su tokom cjelokupnog ljudskog vijeka.
- Romantični partneri su figure na koje se u odraslom dobu, prenosi rani obrazac afektivne vezanosti.

Ovi postulati otvorili su dva velika polja istraživanja, polje adultne afektivne vezanosti i polje partnerske afektivne vezanosti (Stefanović-Stanojević, 2015).

U oblasti adultne afektivne vezanosti značajno je pomenuti ime Meri Mejn koja je zajedno sa svojim kolegama kreirala polustrukturisani, klinički *Intervju za procjenu afektivne vezanosti odraslih*. (Adult Attachment Interview, AAI: Main, Kaplan & George, 1985; Main & Goldwyn, 1984, prema Cassidy, 1994, prema Stefanović-Stanojević, 2015). Intervju se sastojao od 15 pitanja na kom su se odgovori procjenjivali na osnovu konzistentnosti i koherentnosti. Polazna osnova je sposobnost intervjuisane osobe da pruži cjelovitu, dosljednu i uvjerljivu skicu svog djetinjstva i njegovog uticaja na njegov/njen kasniji život. Konačna ocjena postignuta intervjuom predstavlja psihološki odnos osobe prema trenutnoj afektivnoj vezanosti, a ne na uticaj prošlih iskustava vezivanja. Posebna značajnost u verbalizaciji odgovora ispitanika nalaze se na dimenzijama *koherentnost svijesti i koherentnost transkripata* koje je postulirao Gris na tzv. *maksimama kooperativnosti* (Grice, 1975; Grice 1989, prema Stefanović-Stanojević, 2015).

Na osnovu svih dimenzija uz pomoć kojih se izvodi konačna ocjena postignuta AAI-om definisane su sledeća četiri stila afektivne privrženosti koja u sebi sadrže precizno definisanje unutrašnje radne modele:

- Tip “Ds” – Izbjegavajuća afektivna vezanost (pozitivan unutrašnji radni model sebe/negativan unutrašnji radni model drugih)

Ovu kategoriju čine odrasli koji su kao djeca bili izloženi traumatičnim iskustvima i nisu dobijala adekvatnu pažnju i toplinu od svoje primarne figure vezanosti. Zbog toga stvorili su štit koji im je služio kao zaštita od potencijalnih opasnosti. Posjeduju negativne predstve o drugima koje su prebojene nepovjerenjem, odbacivanjem i unižavanjem, “jer je tako najsigurnije”. Pozitivna predstava o sebi dovodi do pretjerane zaokupljenosti samim sobom, a materijalne vrijednosti su u prvom planu i jedni relevantan dokaz uspjeha i životnog dostignuća.

- Tip “F” – Sigurna afektivna vezanost (pozitivan unutrašnji radni model sebe/pozitivan unutrašnji radni model drugih)

Pozitivna prošla iskustva proizvela su pozitivne ishode u odrasloj dobi i na taj način odrasle osobe ovog tipa vezanosti posjeduju snažane kapacitete suočavanja sa stresom i teškoćama u životu. Otvoreni su za nove mogućnosti, a čak i kada dožive negativan ishod partnerskog odnosa to ih ne osujećuje već nastavljaju dalje sa neumanjenom željom i motivisanošću ka stupanju u nova partnerska iskustva u kojima visko vrijednuju poštovanje i povjerenje.

- Tip “E” – Preokupirana afektivna vezanost (negativan unutrašnji radni model sebe/pozitivan unutrašnji radni model drugih)

Zbog stalne borbe za pažnju i naklonost još kao djeca su veoma nezrela, dok u odraslom period života izrastaju u “ljepljive” ljude blokiranog bijesa uz naglašenu potrebu uključivanja u emocionalne odnose. Zbog stalne borbe za naklonost nedostaje im potrebna energija za adekvatno tumačenje realnosti i situacije “ovdje i sada” koje prenose na bliske ljude oko sebe. U odnosima sa partnerima i djecom kao da nemaju adekvatan odgovor na zahtjeve situacije, ili su nedostupni kada su potrebni ili su prenaplašeno dostupni kada realna potreba za tim ne postoji.

- Tip “U/d” – Dezorganizovana afektivna vezanost (negativan unutrašnji radni model sebe/negativan unutrašnji radni model drugih)

Ovo je hronološki posljednji definisani tip vezanosti koji se sreće među potomcima mentalno oboljelih i zlostavljajućih roditelja. Odrasle osobe sa ovim tipom afektivne vezanosti pretjerano su kontrolišući prema drugim ljudima zbog svojih iracionalnih strahova od njihovog potencijalnog gubitka. Smatra se da tokom odraslog priroda “preuzimaju” odlike nekih od prethodno opisanih stilova vezanosti, a njihovo lice izlazi na površinu u situacijama koje procjene kao stresne i za koje ne posjeduju adekvatne strategije prevladavanja. (Stefanović-Stanojević, 2015)

1.2.4. Stilovi adultne afektivne vezanosti u populaciji djece shizofrenih roditelja

U oblasti izučavanja afektivne vezanosti postoji mali broj istraživača koji su svoju pažnju posvetili ispitivanju stilova adultne afektivne vezanosti potomaka roditelja sa dijagnozom shizofrenije. Kabada (2008) je u svojoj studiji došla do podatka da djeca majki sa dijagnozom shizofrenije pokazuju veću stopu incidencije nesigurnih obrazaca afektivne privrženosti. Razlog dominante zastupljenosti nesigurnih podtipova vezanosti dovodi se primarno u vezu sa mentalnom bolešću majke koja ni sama nije u stanju da se sa istom izbori i zbog toga nije u mogućnosti stvoriti koherentnu strategiju zadovoljenja potreba djeteta. Zanimljiv je prikaz slučaja ‘gospođe F’ kojoj se prva psihotična epizoda odigrala neposredno nakon rađanja prvog djeteta. Praktičari su vršili opservaciju njenog odnosa sa djetetom koji su kasnije opisali kao nedosljedan. Uvidjeli su da se prema svom djetetu odnosila kao prema

igrački, ostvarujući kontakt sa njim kada je njoj to bilo potrebno, potpuno zanemarujući emocionalne potrebe djeteta, takođe komunikaciju sa djetetom bi prekidala naglo, bez ikakvog opravdanog razloga (Brisch, 2002, prema Cabada 2008). Upravo ovakva nepredvidivost reagovanja majke, stalna strepnja da li će zadovoljiti potrebe djeteta ili će ih zanemariti uz svu složenost njenog mentalnog oboljenja rezultirali su obrazovanjem negativnih unutrašnjih radnih modela koji čine dinamiku nesigurnih podtipova vezanosti.

Naslund i sar. (1984) proučavali su obrazce afektivne vezanosti koju djeca majki sa neorganiskim psihozama formiraju u prvoj godini života. Zaključci do kojih su došli govore u prilog postojanja statistički značajne povezanosti između anksioznih stilova afektivne vezanosti i kliničkog statusa majke. Međutim, reprezentativnost dobijenih podataka je diskutabilna, jer je ukupan broj participanata iznosio svega 10. Kod polovine ispitanika, pronađen je anksiozni stil vezanosti. Identične stilove pronašla je grupa istraživača među populacijom djece depresivnih majki. Izostanak reakcije na signale djece kod majki sa shizofrenijom sugerše da bi formiranje sigurnog stila afektivne vezanosti bilo upitno. Ukoliko u obzir uzmemo da ta grupa djece nema iskustvo adekvatne majčine responzivnosti na njihove signale u djetinjstvu, te da zbog toga nisu bili u stanju formirati sigurnu bazu vezanosti, a oslanjajući se na prvi Bolbijev postupak, oni će ovaj nedostatak iskustva sigurnog vezivanja prenijeti na dalji život, a što se dodatno naslanja na drugi postulat tvorca ove teorije (Radke-Yarrow i sar., 1985; Hipwell i sar., 2000; Martins & Gaffan, 2000).

Drugi postulat teorije afektivne vezanosti kaže da su emotivni partneri figure na koje se u odraslom životnom dobu prenose ranostečeni stilovi afektivne vezanosti. U studiji Dankana i Brovinga (2009) koji su izučavali obrazce partnerske afektivne vezanosti djece koja su imala majku sa shizofrenijom, djelimično se mogu potvrditi podaci dobijeni prethodno navedenim studijama. Saznanja do kojih su došli potvrđuju da nedostatak povijerenja koji ova djeca imaju ostvaruje uticaj na kasnije životne periode, te tako i na partnerske odnose. Tokom svog odrastanja djeca shizofrenih majki učila su da stalno budu "pripravna" zbog nepredvidljivih afektivnih i bihevioralnih reakcija svojih majki. Prisustvom stalne nesigurnosti, nepovijerenja prema drugima, participanta su bili sumnjčavi čak prema vlastitim osjećanjima što ih je dodatno omelo u mogućnosti formiranja sigurne afektivne vezanosti. Uzorak participanata njihovog istraživanja prilično je heterogen u pogledu partnerskih odnosa. Međutim, ono što je nama ovdje važno jesu nalazi koji govore o njihovim iskustvima koja uključuju osjećanja nedostatka ljubavi, bliskosti i povezanosti sa roditeljima. Nedovoljna

interakcija između shizofrenih majki i njihove djece dovela ih je do nemogućnosti da se slobodno emocionalno “izražavaju” u interakcijama sa drugim ljudima što predstavlja dodatno osujećenje na putu formiranja sigurne partnerske afektivne vezanosti. Istraživači tvrde da “dijete nikada nije u emotivnom smislu upoznalo svoju majku” (Duncan & Browning, 2009) i da nedostatak takve vrste bliskosti ostavlja tragove na putu stvaranja povijerenja u druge ljude oko sebe, što je u saglasnosti sa principom funkcionisanja unutrašnjeg radnog modela drugih.

Marini je u svojoj studiji (2022) proučavala iskustva potomaka majki sa dijagnozom shizofrenije. Njeni participanti izvještavali su da je ono što su najteže podnosili bio nedostatak osjećanja voljenosti kojeg su bili lišeni u takvim odnosima. Zaključci do kojih je došla govore u prilog postojanja niza negativnih efekata koje je majčino mentalno oboljenje ostvarilo na njihov emocionalni, bihevioralni, kognitivni i socijalni razvoj te da su u većini slučajeva oformili dezorganizovani stil vezanosti. Put formiranja dezorganizovane vezanosti dodatno je potpomognut prisustvom ‘dvosmislenih’ poruka koje majka šalje svom djetetu i gdje dijete, osim što nije u stanju razumijeti ovakav vid komunikacije, trpi stalne kritike koje negativno utiču na njegov self koncept (Marini, 2022).

Harder (2014) i Basel i saradnici (2024) ispitivali su zastupljenosti obrazaca afektivne privrženosti u populaciji pacijenata sa psihotičnim poremećajima. Harder (2014) je pronašla da su izbjegavajući i dezorganizovani stil privrženosti daleko zastupljeniji u kliničkoj populaciji psihotičnih pacijenata u odnosu na tipičnu populaciju. Sa druge strane Basel je sa saradnicima (2024) potvrdio dio podataka o visokoj zastupljenosti izbjegavajuće afektivne vezanosti. Prema njihovim podacima izbjegavajuće vezani ispitanici imali su tendenciju minimiziranja uticaja stresnog događaja uz poricanje negativnih emocija udruženo sa potiskivanjem uznemirujućih sjećanja. Preokupirano vezani ispitanici pokazivali su prenaplašen emocionalni odgovor u susretu sa stresom. Oba tipa vezanosti pokazali su neumješnosti korišćenja psihosocijalne mreže podrške. Na osnovu ovih podataka, podataka dobijenih prethodnim istraživanjima i na osnovu hipoteze o transgeneracijskom prenosu možemo očekivati da će njihovi potomci u većini slučajeva formirati neki od podtipova nesigurne afektivne privrženosti. Ipak, ne možemo u potpunosti odbaciti mogućnost formiranja sigurne vezanost, jer se pokazalo da na formiranje sigurnog stila afektivne privrženosti, pored ranog odnosa sa majkom utiče veliki broj drugih faktora.

1.3.Rezilijentnost

Riječ rezilijentnost potiče od latinske riječi *resilire* koja u prevodu znači “skočiti nazad” i predstavlja sposobnost vraćanja u prethodno stanje nakon fizičkog ili psihičkog napora (Rasmussen & Storebø, 2019). Prvobitna istraživanje oblasti tzv.psihološkog imuniteta tj.rezilijentnosti, sproveda su se 70-tih godina XX vijeka, a oblast je istraživala njemačka psihološkinja Emi Varner.

Dugo vremena je u različitim poddisciplinama psihologije i u psihopatologiji vladalo mišljenje da bogato iskustvo susreta sa traumatičnim i stresnim iskustvima narušava sveukupno zdravlje pojedinaca čineći ih neuspješnima tokom daljeg procesa adaptacije na životne izazove u budućnosti (Wilmschurst, 2014, prema Petrović, 2018). Međutim, neka od najranijih istraživanja povezanosti između traumatičnih iskustava i maladaptivnog ponašanja pružila su podatke da uprkos nedaćama koje su iskusili, pojedinci i dalje imaju veoma adaptibilne obrasce ponašanja. Čak, jedna studija sprovedena nad shizofrenim pacijentima koja pokazuje da jedan dio participanata ima blago izražen tok kliničke slike, a istraživači su to objašnjavali njihovim posjedovanjem adekvatnih kompetencija profesionalnog snalaženja, kompetencijama u socijalnim odnosima i u braku, te očuvanim mogućnostima da adekvatno odgovore na postojeće obaveze. Danas, ova socijalna kompetentnost jedna je od karakteristika rezilijentnosti (Luthar et al, 2000, prema Petrović, 2018).

Mastenova je tokom svojih istraživanja došla do podataka da djeca koja su odrastala u nesigurnim sredinama, koja su bila izložena raznim stresovima i koja su se oporavljala od trauma pokazuju adaptabilno i dobro funkcionisanje. Ovu pojavu objašnjava je njihovim iskustvom posjedovanja neke odrasle kompetentne figure na koju su se mogli osloniti tokom trajanja tih perioda života (Masten et al., 1990, prema Petrović, 2018). Grupa istraživača došla je do zanimljivih podataka da 85% vojnika koji su bili regrutovani tokom ratnih sukoba u Iraku i Avganistanu pokazuju adekvatno psihološko funkcionisanje, te da im nije bila potreba prolongirana pomoć tokom posleratnog perioda i prekida izloženosti traumatičnim iskustvima (Bonnano et al, 2012, prema Petrović, 2018).

Međutim, u oblasti izučavanja psihološkog imuniteta postoje sporenja između istraživača prije svega o definiciji, a zatim o modelima i faktorima, odnosno onome šta predstavlja najbolji pokazatelj rezilijentnosti (Petrović, 2018) Jednu od, za sada, najprihvatljivijih definicija rezilijentnosti ponudio je Karver (1998) rekavši da rezilijentnost predstavlja

“sposobnost brzog prilagođavanja i oporavka od stresne situacije, zatim izostanak maladaptivnih reakcija uprkos djelovanju snažnih negativnih događaja i adekvatno funkcionisanje tokom djelovanja stresne situacije”.

1.3.1. Konsenzus oko termina rezilijentnosti

Kako smo prethodno naveli, do danas nije uspostavljen opšteprihvaćeni dogovor oko pitanja faktora koji čine rezilijentnost i koji je od njih njen najznačajniji indikator. Jedna grupa istraživača je mišljenja da rezilijentnost treba biti ograničena na iskustvo nesreća tokom cijelokupnog perioda razvoja (Luthar et al, 2000, prema Jankins, 2016), dok druga grupa zastupa stav da terminom rezilijentnosti trebaju biti označeni svi pojedinci koji pokazuju snagu nakon prethodnog iskustva sa teškoćama (Campbell-Sills, Cohan, & Stein, 2006; Miller, 2003, prema Jankins, 2016).

Konsenzus i dalje ne postoji zbog čega ćemo na ovom mjestu predstaviti tri glavna polja tumačenja psihološke otpornosti. Prema jednoj grupi istraživača, rezilijentnost se operacionalizuje kao stabilna crta ličnosti koja podrazumijeva sposobnost individue da nakon djelovanja negativnog životnog događaja izađe sa pozitivnim ishodom (Ong, Bergeman, Bisconti & Wallace, 2006, prema Petrović, 2018). Druga grupa istraživača opisala je skup specifičnih osobina koje posjeduju rezilijentne osobe, a među njima su: snažan karakter, sposobnost konceptualizacije problema, visok nivo energije, radoznalost, optimizam, snalažljivost i fleksibilan odgovor na zadatke (Petrović, 2018). Sledeća oblast definisanja rezilijentnosti ovu sposobnost posmatra iz razvojnog ugla, odnosno tokom svog razvojnog perioda, prema ovoj grupi istraživača, ljudi su stekli fleksibilnije i adaptibilnije kompetencije u borbi protiv nesreća i teških, traumatičnih događaja (Petrović, 2018). Kondli (2006) kako navodi Dženkins (2016) je tokom svojih intervjua zaključio da visoko rezilijentni pojedinci imaju unutrašnje povjerenje u sebe i vjeruju u sopstvene mogućnosti uspjeha. Ruter (2012), kako navodi Dženkins (2016), je smatrao da njihovo uvjerenje jeste proizvod “čeličenja” tj. smanjene jačine reagovanja na djelovanje averzivnih situacija zbog njihovih ponovljenih izlaganja tokom vremena.

Treća oblast tumači rezilijentnost kao dinamički proces. Grupa istraživača (Luthar et al, 2000; Rutter, 2006.; Davydov et al, 2010, prema Petrović, 2018) smatra da je ovo proces koji je promjenjiv u zavisnosti od vremena i prostora. Jednostavnije rečeno, rezilijentnost nije

konačna sposobnost već se mijenja u zavisnosti od situacije do situacije, nekada u jednoj situaciji možemo izaći sa pozitivnim ishodom ali to ne mora nužno značiti da će tako biti u narednoj situaciji.

1.3.2. Faktori i modeli rezilijentnosti

Koncept rezilijentnosti generalno podrazumijeva sposobnost sistema da se održi u situacijama kada njegovom integritetu prijete opasnosti koje ugrožavaju stabilnost, održivost i razvoj (Mastern, 2018, prema Godor, Van der Horst & Van der Hallen, 2024). Princ-Emburi i Saklovski (2013) daju model rezilijentnosti koji broji tri centralna elementa: osjećaj majstorstva (optimizam, samoeфикаsnost, sposobnost da se uči iz tuđih grešaka), osjećaj srodnosti (povjerenje i dostupnost podrške drugih) i emocionalnu reaktivnost (osjetljivost i intenzitet reakcija, potrebno vrijeme oporavka i emocionalno oštećenje). Ovi elementi se dalje mogu okarakterisati kao zaštitni faktori, koji ostavljaju pozitivan uticaj na rezilijentnost i osnažuju njene kapacitete, a ti zaštitni faktori su osjećanje majstorstva i srodnosti. Sa druge strane faktori rizika, emocionalna reaktivnost, negativno utiču na kapacitete rezilijentnosti umanjujući ih i čineći osobu vulnerabilnom na štetna dejstva i kasniju pojavu psihopatologije (Godor, Van der Horst & Van der Hallen, 2024).

U literature se sreće učenje o postojanju tri modela rezilijentnosti koja ostvaruju uticaj na lične i sredinske faktore te mogu mijenjati dejstvo izloženosti riziku i negativne ishode. Ta tri modela rezilijentnosti su: kompenzatorni model, protektivni model i model izazova (Garmezy, Masten & Tellegen, 1984, prema Petrović, 2018).

Kompenzatorni model podrazumijeva postojanje promotivnog faktora koji ima obrnuto dejstvo u odnosu na riziko faktore i na taj način može neutralisati negativno dejstvo ishoda situacije. Naravno, promotivni faktori mogu djelovati i kao “resurs” faktori nezavisno od toga da li negativna situacija obavezno postoji. Na ovaj način ostvaruju pozitivan uticaj na kapacitete pojedinca da se izbori prilikom susreta sa budućim stresnim situacijama, jer uvećava njegove sposobnosti adaptacije (Fergus & Zimmerman, 2005; Wolraich, Dworkin, Drotar & Perin, 2007, prema Petrković, 2018).

Protektivni model podrazumijeva postojanje specifičnih resursa koje pojedinac posjeduje, a koji mogu promijeniti, tj. umanjiti uticaj riziko faktora i negativnih ishoda. Jedan primjer toga

je postojanje stabilne mreže psihosocijalne podrške na putu suočavanja sa nekim životnim poteškoćama, gdje psihosocijalna mreža podrške služi kao protektor od mogućeg lošeg ishoda situacije i pozitivno djeluje na pojednca, pružajući mu pomoć i ohrabrenje da se lakše suoči i izbori sa izazovim (Fergus & Zimmerman, 2005; Wolraich, Dworkin, Drotar & Perin, 2007, prema Petrkočić, 2018).

Model izazova podrazumijeva nelinearan odnos između riziko faktora i negativnih ishoda, pretpostavljajući da ponovljenja izloženost problemima i izazovnim situacijama tokom razvoja mogu pozitivno uticati na rezilijentnost ličnosti. U tom smislu, neosiromašeno iskustvo pojedinca koji se tokom života susretao sa izazovima i poteškoćama i koje je prevladao mogu uticati da njegovi kapaciteti suočavanja sa poteškoćama vremenom postaju snažniji i da je “naučio” bolje i efikasnije strategije suočavanja koje mu pomažu da se lakše iznese sa problemima (Fergus & Zimmerman, 2005, prema Petrović, 2018).

Grupa istraživača (Fribourg, et al. 2003, prema Moore, 2014.) identifikuje pet dimenzija otpornosti: lična i socijalna kompetencije, porodična koherentnosti, socijalna podrška i struktura ličnosti. Simeon je sa svojim saradnicima (2007) utvrdio da ove dimenzije stoje u pozitivnoj korelaciji sa sigurnim stilom afektivne vezanosti i u negativnoj korelaciji sa preokupiranim i ambivalentnim stilom afektivne vezanosti. Takođe, sigurni stil vezanosti i prevladavanje usmjereno na problem stoje u pozitivnoj korelaciji sa kapacitetima otpornosti i rezultiraju povećanim blagostanjem (Armstrong, Galligan & Crotchley, 2011; Li, 2008, prema Moore, 2014).

1.4. Prevladavanje

Životni događaji, način njihove interpretacije i prevladavanje koriste se za izučavanje nastanka i ishoda kriza. Životni događaji definišu se kao “objektivna iskustva koja remete ili prijete da poremete tipične aktivnosti individue proizvodeći bitne promijene u njenom prilagođavanju i ponašanju” (Vlajković, 2005). Prilikom subjektivne interpretacije relevantnosti životnog događaja, prema kognitivno orijentisanim autorima ta interpretacija prolazi kroz primarnu procjenu, tokom koje ličnost životni događaj tumači u aspektima irelevantnosti, tj. pozitivnog ili negativnog ishoda. Ukoliko se djelovanje životnog događaja procjeni u terminima stresogenosti prelazi se na njeno detaljnije definisanje u pogledu gubitka, prijetnje ili izazova. Prema Lazarusu, koji je svoje polje izučavanja posvetio

prevladavanju, najteže posljedice po mentalno zdravlje ostavljaju situacije koje su protumačene kao gubici i rezultiraju kasnijom pojavom anksioznosti. Dok suprotno dejstvo ostvaruju situacije protumačene kao izazovi jer mobilišu rezerve snage i vitalnosti za suočavanje sa nastupajućim događajem (Vlajković, 2005). Prema Lazarusu faktori koji ostvaruju uticaj na primarnu procjenu su faktori ličnosti i spoljašnje okolnosti, gdje faktore ličnosti čine prošla iskustva, stavovi, očekivanja, samopouzdanje i lokus kontrole, dok spoljašnje okolnosti zavise od jasnoće i nedvosmislenosti situacije (Lazarus & Folkman, 1984, prema Vlajković, 2005).

Prilikom suočavanja sa nekim snažnim životnim događajem osoba pred sobom ima nekoliko zadataka koje u razumnom vremenskom periodu mora riješiti, a to su: interpretacija značajnost situacije, konfrontacija sa realnošću, očuvanje kontakte sa porodicom i prijateljima, održanje ravnoteže i fleksibilnosti upravljanja emocijama, te očuvanje zadovoljavajuću sliku o sebi uz osjećanje kompetentnosti i moći. Način na koji će osoba riješiti ove zadatke čine osnov adaptacije na životne događaje, a zavise od stilova prevladavanja koje osobi u tom trenutku stoje na raspolaganju (Vlajković, 2005). Lazarus mehanizme prevladavanja definiše kao “kognitivne i bihevioralne napore usmjerene na prevladavanje, redukciju ili toleranciju unutrašnjih i spoljašnjih zahtjeva koji se pojavljuju u stresnoj interakciji osobe i spoljašnje sredine” (Lazarus & Folman, 1984, prema Vlajković, 2005).

Početno, Lazarus je govorio o dvije velike grupe stilova prevladavanja: prevladavanje usmjereno na problem i prevladavanje usmjereno na emocije. Prevladavanje usmjereno na problem podrazumijeva kognitivnu obradu problemske situacije, potragu za informacijama o njoj i njeno “izučavanje”, formiranje seta mogućih rješenja, njihovo testiranje i akciju. Prevladavanje usmjereno na emocije radi po principu minimiziranja događaja, emocionalnim “raptusima” (Vlajković, 2005). Danas se uz ova dva početna stila prevladavanja dodaje još jedan, prevladavanje usmjereno na izbjegavanje koje podrazumijeva udaljavanje, distanciranje od problema, njegovo izbjegavanje i pokušaje da se izvuče nešto pozitivno iz negativnog događaja. Stilovi suočavanja nalaze se u korelaciji sa adekvatnim mentalnim zdravljem. Istraživanja su došla do zaključaka da adaptibilniji stilovi suočavanja dovode do boljeg kognitivnog i bihevioralnog odgovora na životne događaje, što je u skladu sa modelom izazova rezilijentnosti, dok neadaptibilni stilovi suočavanja mogu dovesti do pojave depresivne i anksiozne simptomatologije (Yu i sar., 2020).

1.5.Međuzavisnost afektivne vezanosti, rezilijentnosti i stilova prevladavanja

Pojavivši se na naučnoj sceni rezilijentnost je ubrzo postala zanimljivo područje izučavanja, a vremenom su se istraživači počeli pitati da li i u kakvoj vezi stoji u odnosu sa stilovima afektivne vezanosti. Proučavajući njihovu povezanost istraživači su vremenom shvatili da ove dvije teorijske koncepcije mogu biti u komplementarnom odnosu (Atwool, 2006, prema Rasmussen & Storebø, 2019). Iako i dalje postoji mali broj istraživanja koji se bavio detaljnijim opisom njihove povezanosti, dosadašnja istraživanja su ponudila podatke da sigurni stilovi vezanosti mogu poslužiti kao determinanta otpornosti, odnosno da pojedinci sigurnog stila vezanosti posjeduju veće kapacitete rezilijentnosti što utiče na razvoj visokog nivoa samopoštovanja i unutrašnjeg lokusa kontrole (Fribourg, Hjemdal, Rosenvinge & Martinussen, 2003; Simeon et al., 2007, prema Moore, 2014; Kural & Kovacs, 2021). Nasuprot njima ambivalentni i izbjegavajući stilovi vezanosti nalaze se u negativnoj korelaciji u odnosu na psihološku otpornost (Simeon et al., 2007, prema Moore, 2014).

Prilikom izučavanja paralelnosti između stilova afektivne vezanosti, rezilijentnosti i stilova prevladavanja istraživači su uvidjeli da postoje sličnosti u pogledu kognitivnog i bihevioralnog funkcionisanja unutrašnjih radnih modela i stilova suočavanja u pogledu reagovanja na stres i nastojanja da se homeostaza održi (Kural & Kovacs, 2021). Kada je riječ o relaciji rezilijentnosti i stilova prevladavanja iako po funkciji izgledaju različito autori kažu da su “različiti ali jasno povezani konstrukti” (Kural & Kovacs, 2021), čak postoje studija koja primjećuje da stilovi suočavanja mogu poslužiti kao prediktori rezilijentnosti (Chen et al., 2018, prema Kural & Kovacs, 2021).

Sigurni stil afektivne vezanosti pozitivno korelira sa rezilijentnošću i koristi se prevladavanje usmjerenim na problem (Fribourg, Hjemdal, Rosenvinge & Martinussen, 2003; Diamond & Hicks, 2005; Kemp & Neimeier, 1999; Mikulincer et al., 1993; Seiffge-Krenke, 2006, prema Moore, 2014; Abraham & Kerns, 2013; Villasana et al., 2016, prema Kural & Kovacs, 2021) koji se dalje dovode u vezu sa mentalnom dobrobiti i pozitivnim blagostanjem (Armstrong, Galligan & Crotchlei, 2011; Li, 2008, prema Moore, 2014). Sigurno vezani pojedinci vlastite sposobnosti procjenjuju pozitivnije i adekvatnije koriste sistem socijalne podrške u odnosu na izbjegavajuće i ambivalentno vezane pojedince (Mikulincer & Florian, 1998).

Nesigurni stilovi vezanosti, ambivalentni i izbjegavajući stoje u negativnoj korelaciji u odnosu na rezilijentnost (Karreman & Vingerhoets, 2012, prema Kural & Kovacs, 2021). Ovi stilovi vezanosti koriste se suočavanje usmjerenim na emocije te se karakterišu neumješnošću korišćenja mreže psihosocijalne podrške kao zaštitnog faktora već imaju tendenciju burnog emocionalnog reagovanju u susretu sa stresnom situacijom, njenog pretjeranog, nerealističnog tumačenja i emitovanja neprilagođenih oblika ponašanja (Berry & Kingswell, 2012; Mikulincer et al., 2003; Mikulincer & Florian, 1998; Berry & Kingswell, 2012; Mikulincer et al., 2003; Pascuzzo et al., 2013, prema Kural & Kovacs, 2021).

II METOD

2.1. Problem i predmet istraživanja

U ovom istraživanju ispitivali smo na koji način su rane relacije majki sa dijagnozom shizofrenije i njihove djece uticale na formiranje obrazaca afektivne vezanosti u odraslom dobu. Razlog je taj što shizofrenija, kao jedna od najozbiljnijih poremećaja mentalnog zdravlja, snažno destabilizuje porodični sistem. Porodice sa shizofrenim članom ispunjene su stalnom napetošću, anticipacijom novog akutnog stanja i hroničnim stresom koje uzrokuje shizofreni spektar poremećaja, što dovodi do niza negativnih uticaja na mentalni status ostalih članova porodice (Duncan & Browning, 2009).

Sledeći razlog jeste upravo taj što smo se u ovom istraživanju bazirati na izučavanju odnosa između obrazaca afektivne vezanosti, faktora rezilijentnosti i stilova prevladavanja potomaka majki sa dijagnozom shizofrenije. Prema Bolbijevoj teoriji afektivne vezanosti, obrasci se formiraju na relaciji majka-dijete, gdje je majka prepoznata kao figura od centralne važnosti za život djeteta koja zadovoljava sve njegove kako egzistencijalne, tako i emocionalne potrebe (Stefanović-Stanojević, 2015). Teorija afektivne vezanosti je prešla dug i zahtjevan put od svog nastanka do današnjeg dana, a kasnijim Bolbijevim redefinisanjima nekih početnih gledišta pokazalo se da se ranostečeni obrasci afektivne vezanosti mogu promijeniti kasnije u životu, obično usljed uticaja nekih intenzivnih životnih događaja (Stefanović-Stanojević, 2015). Složićemo se da je shizofrenija svakako jedan životni događaj koji predstavlja pravi atak na stabilnost kako porodičnog sistema, tako i na sveukupno zdravstveno stanje njenih članova i može dovesti do izmjene ranostečenog stila afektivne vezanosti. Ujedno, izučićemo u kojoj vezi stoje oformljeni stilovi afektivne vezanosti i rezilijentnost djece, obzirom da veliki broj potomaka i pored svih negativnih iskustava sa kojima su se susreli i i dalje se susreću ipak ostaju funkcionalni i adaptirani članovi društva, vode "normalan i zdrav" život, imaju posao, emocionalnog/bračnog partnera itd. Da bismo zaokružili ovo priču osvrnućemo se na uzročno-posljedičnu vezu između stilova prevladavanja i kapaciteta psihološke otpornosti. Ujedno, ova povezanost će nam poslužiti da bolje razumijemo kako se određeni stil afektivne vezanosti suočava sa problematičnim/stresnim situacijama i na koji način dominantno korišćen stil prevladavanja utiče na sticanje adekvatnijih kapaciteta otpornosti, čime ćemo dati skroman doprinos ovom polju istraživanja.

2.2. Ciljevi istraživanja

Glavni cilj istraživanja predstavlja empirijski doprinos polju izučavanja povezanosti afektivnih obrazaca vezanosti, rezilijentnosti i stilova suočavanja u pogledu detaljnijeg opisivanja njihove međusobne povezanosti i uticaja. Osnovni cilj istraživanja orijentiše se na izučavanje i opisivanje relacija između obrazaca afektivne privrženosti, faktora rezilijentnosti i stilova prevladavanja.

Pored opšteg cilja imamo još nekoliko specifičnih ciljeva, a oni glase:

1. Utvrditi zastupljenost četiri obrasca afektivne privrženosti u populaciji odraslih potomaka majki sa dijagnozom shizofrije. Preciznije, uolikoj procentualnoj zastupljenosti se nalazi specifični obrazac afektivne vezanosti u ovoj populaciji.
2. Utvrditi da li određeni obrazac afektivne privrženosti može poslužiti kao prediktorska varijabla faktora rezilijentnosti.
3. Utvrditi povezanost između obrazaca afektivne privrženosti i stilova prevladavanja. Preciznije, utvrditi koji su dominantni stilovi prevladavanja kod određenog obrasca afektivne privrženosti.
4. Utvrditi način na koji stilovi prevladavanja utiču na bolje razumijevanje veze između afektivne vezanosti i rezilijentnost.
5. Predstaviti preporuke kreiranje programa podrške i prevencije koji će ostvariti pozitivne efekte na mentalno zdravlje porodica sa mentalno oboljelim članom.

2.3. Hipoteze

U našem istraživanju smo formulisali jednu nultu hipotezu i tri glavne hipoteze. Glavne hipoteze imaju svoje alternative u zavisnosti od toga da li se očekuje protektivni ili promotivni efekat.

H0: Očekuje se da će shizofreni spektar poremećaja kod majke značajno uticati sa konstituisanje podtipovima nesigurne afektivne privrženosti kod potomaka:

Dosadašnja istraživanja govore da mentalno oboljenje roditelja, poput shizofrenije, ostvaruje niz negativnih uticaja na mogućnost stvaranja sigurnog stila afektivne vezanosti. Podaci

govore da djeca mentalno oboljelih roditelja već do 1.godine života imaju veću učestalost nesigurnih obrazaca afektivne vezanosti (Duncan & Browning, 2009; Naslund et al., 1984).

H1: Očekuje se da će sigurni stil afektivne privrženosti značajno predviđati visoke kapacitete rezilijentnosti:

H1a: Očekuje se da će stilovi prevladavanja imati značajnu prediktivnu snagu na visoke kapacitete rezilijentnosti kod sigurnog obrazca afektivne vezanosti:

Sprovedene studije ukazuju da sigurni stil afektivne vezanosti može poslužiti kao prediktorska varijabla visokoj psihološkoj otpornosti (Moore, 2014; Kural & Kovacs, 2021), te da se ovaj stil vezanosti koristi prevladavanje orijentisano na problem (Moore, 2014; Kural & Kovacs, 2021).

H2: Očekuje se da izbjegavajući stil afektivne privrženosti ne posjeduje visoke kapacitete rezilijentnosti:

H2a: Očekuje se da će postojati statistički značajna povezanost između izbjegavajućeg stila afektivne privrženosti i stilova prevladavanja orijentisanih na emocije:

Nesigurni stilovi vezanosti, poput ambivalentnog i izbjegavajućeg, stoje u negativnoj korelaciji u odnosu na rezilijentnosti. Ovi stilovi vezanosti koriste se suočavanje usmjerenim na emocije te se karakterišu neumješnošću korišćenja mreže psihosocijalne podrške kao zaštitnog faktora već imaju tendenciju burnog emocionalnog reagovanju u susretu sa stresnom situacijom, njenog pretjeranog, nerealističnog tumačenja i emitovanja neprimjerenih oblika ponašanja (Kural & Kovacs, 2021).

H3: Očekuje se da preokupirani i dezorganizovani stil afektivne privrženosti ne ostavruje prediktivnost nad visokim kapacitetima rezilijentnosti:

H3a: Očekuje se da će stilovi prevladavanja kod preokupiranog i dezorganizovanog stila afektivne privrženosti biti u niskom prediktivnom odnosu sa rezilijentnošću:

Pozivamo se na prethodno navedene argument u pogledu preokupiranog stila afektivne privrženosti kao jednog od nesigurnih stilova privrženosti. Istraživanja pokazuju da je dezorganizovani stil privrženosti dominantno zastupljen među potmocima roditelja sa nekom mentalnom bolešću. Zbog mentalnog oboljenja roditelj nije bio u mogućnosti da adekvatno

zadovolji dječije potrebe, priroda oboljenja ih je u značajnoj mjeri spriječavala u vršenju roditeljske uloge. Podaci govore da dezorganizovano vezani pojedinci ne posjeduju adekvatne stilove prevladavanja prilikom susreta sa stresnom situacijom, što ih onemogućava u razvijanju viših kapaciteta rezilijentnosti (Liotti & Gumley, 2009).

2.4. Uzorak ispitanika i procedura prikupljanja podataka

Ukupan broj participanata u populaciji iznosi $N=312$ ali smo zbog potrebe ovog istraživanja sadržinskom klasifikacijom izdvojili graničke slučajeve i načinili 2 grupe od 40 ispitanika koje se međusobno razlikuju u pogledu prisustva, tj. odsustva roditelja sa mentalnom bolešću. Ujednačili smo broj ispitanika muške i ženske populacije, 50-50%, gdje 50% njih ima roditelje sa nekom psihijatrijskom bolešću, dok ih 50% nema. Proces prikupljanja uzorka ispitanika trajao je od septembra 2023.godine do marta 2024.godine. Ispitanici su popunjavali bateriju skala individualno. Prije popunjavanja baterije skala, koja je bila u online formi kreirana uz pomoć Google Forms softvera, ispitanicima je predložen cilj istraživanja, upotreba podataka u naučne svrhe, anonimnost učestvovanja uz mogućnost da u bilo kom momentu tokom učešća u istraživanju mogu odustati. Prije prelaska na popunjavanje baterije skala ispitanici su imali mogućnost da se slože ili ne slože sa definisanim uslovima učešća u istraživanju. Predviđeno vrijeme popunjavanja kretalo se od 15 do 20 minuta.

2.5. Instrumenti

Sociodemografski upitnik kreiran je za svrhe ovog istraživanja, a sadrži pitanja koje se odnose na različite demografske karakteristike: pol, postignuti nivo obrazovanja, da li je roditelj patio od neke mentalne bolesti, psihičko oboljenje, uzrast ispitanika kada je roditelj započeo sa liječenjem mentalne bolesti, da li je roditelj psihijatrijski tretiran, da li je roditelj hospitalno liječen, socioekonomski status ispitanika.

Upitnik za procjenu afektivne vezanosti, II verzija (UPIPAV-R) (Hanak, 2009) predstavlja revidiranu verziju upitnika UPIPAV (Hanak, 2004), i dizajniran je da mjeri bazične aspekte fenomena afektivnog vezivanja kod adolescenata i odraslih. Jedna od

prednosti ovog instrumenta je višedimenzionalnost. Skala je podjeljena na 7 subskala, pri čemu svaka subskala sadrži po 11 ajtema, što ukupno iznosi 77 ajtema, od kojih je tri potrebno rekodirati zarad izračunavanja sumarnih skorova. Još jedna prednost upitnika je mogućnost kategorijalnog sagledavanja afektivne vezanosti, koji se dobijaju postupkom klasterizacije i interpretabilni su u skladu sa četvorokategorijalnim Bartolomejevim modelom (Bartholomew, & Horowitz, 1991, prema Hanak 2004; prema Popadić, 2016; Stefanović-Stanojević, 2015). Odgovori se daju na sedmostepenoj Likertovoj sakli. Subskale govore o kvalitetu afektivne vezanosti, a to su: strah od gubitka spoljašnje baze sigurnosti, kapacitet za mentalizaciju, nerazriješenja porodična traumatizacija, negativni koncept selfa, negativni koncept drugih, korišćenje spoljašnje baze sigurnost i slaba regulacija bijesa.

Vrijednosti Kronbahovog alfa-koeficijenta pouzdanosti za cijelokupnu skalu iznosi $\alpha=0,92$, a za subskale se njegova vrijednost kreće od 0,7 do 0,9 i bliske su onima dobijenim na normativnom uzorku (Hanak, 2009) što govori u prilog visokom stepenu interne konzistencije među subskalama (korišćenje spoljašnje baze sigurnosti: $\alpha=0,89$ nerazriješena porodična traumatizacija: $\alpha=0,88$, za strah od gubitka spoljašnje baze sigurnosti, negativan radni model selfa i negativan radni model drugih: $\alpha=0,85$, slaba regulacija bijesa: $\alpha=0,78$ i kapacitet za mentalizaciju: $\alpha=0,76$).

Connor-Davidson skala rezilijentnosti (CD-RISC). Skalu rezilijentnosti razvili su Konor i Dejvidson 2003.godine u SAD-u. Sastoji se od 25 ajtema. Prilikom popunjavanja, ispitanici odgovaraju u kolikoj mjeri se slažu sa ponuđenom tvrdnjom koristeći se petostepenom Liketrovom skalom i to: 0 (uopšte nije tačno), 1 (veoma rijetko tačno), 2 (ponekad tačno), 3 (često tačno) i 4 (gotovo uvijek tačno). Ukupan skor kreće se u opsegu 0-100, gdje visočiji postignuti skor ukazuje na veći stepen rezilijentnosti. Posjeduje zadovoljavajuću unutrašnju konzistentnost koja iznosi 0,89. Izdvaja se 5 faktora: lična kompetentnost i istrajnost, tolerisanje negativnih emocija, pozitivno prihvatanje promena i sigurni odnosi sa drugima, doživljaj kontrole, duhovni uticaj (Connor; Davidson, 2003).

Upitnik součavanja sa stesnim situacijama Endlera i Parket (CISS). Ima 49 ajtema na koje ispitanici odgovaraju uz pomoć petostepene Likertove sakle. Podjeljen je u tri subskale: prevladavanje usmjereno na problem, prevladavanje usmjereno na emocije i prevladavanje usmjereno na izbjegavanje (Endler; Parker, 1994). Kronbahov alfa-koeficijent cijelokupne

skale iznosi $\alpha=,91$, dok na subsakalama koeficijent interne konzistentnosti posjeduje vrijednosti koje se kreću između 0,82 do 0,91.

- **Prevladavanje usmjereno na problem** – predstavlja oblik angažovanog prevladavanja stresne situacije u kojoj ličnost aktivno traga za informacijama koje će joj pomoći da što bolje razumije problem i koje će iskoristiti za stvaranje seta rješenja koje će testirati u pokušaju njegovog prevladavanja. Osobe koje pribjegavaju ovom stilu suočavanja na instrumentalan način koriste sistem socijalne podrške u cilju dobijanja savijeta, pomoći i informacija, razmišljaju o prošlim iskustvima uz planiranje preduzimanja koraka koji će im pomoći da prevaziđu problem (Janney, 2017);
- **Prevladavanje usmjereno na emocije** – oblik je deangažovanog suočavanja sa negativnim i stresnim životnim situacijama u kojoj individua teži da potisne negativna afektivna stanja, traži socijalnu podršku iz emocionalnih razloga poput razumijevanja i ohrabrivanja, sklona je samookrivljavanju i distanciranju od problema, odnosno ne teži niti mentalnom niti bihevioralnom angažovanju u rješavanju problemske situacije, zbog čega je u korelaciji sa lošim mentalnim zdravljem (Janney, 2017);
- **Prevladavanje usmjereno na izbjegavanje** – takođe je oblik deangažovanog prevladavanja gdje osoba teži ruminaciji, distanciranju i onome što bismo nazvali ‘bjekstvom’, nerazmišljanju o problemu. Uz prevladavanje usmjereno na emocije takođe dovodi do lošeg mentalnog zdravlja (Scott, 2024).

2.6. Statistička obrada podataka

Analiza podataka sprovedena je upotrebom softverskog paketa IBM SPSS Statistic v.15 for Windows. Za analizu podataka koristile su se mjere parametrijske statistike. Upotrebljena je deskriptivna statistika i mjere interne konzistencije primjenjenih skala, jednostrana linearna regresija i ANOVA post hoc LSD test.

III REZULTATI ISTRAŽIVANJA

3.1. Deskriptivna statistika uzorka ispitanika

Naš uzorak broji ukupno $N=80$ ispitanika koji su razvrstani u dvije grupe na osnovu varijable roditelja koji ima mentalno oboljenje. U obje grupe imamo ujednačen broj muških (20) i ženskih (20) ispitanika, tako da ukupna zastupljenost ispitanika po polu u uzorku iznosi 40 ispitanika muškog pola i 40 ispitanika ženskog pola (50-50%).

U Tabeli broj 1 prikazani su deskriptivni pokazatelji prisutnosti mentalnog oboljenja kod nekog od roditelja participanta. Najveći broj ispitanika (60%) nema roditelja koji je patio od nekog mentalnog oboljenja, uzorak zatim čine ispitanici čije su majke imale neko mentalno oboljenje (25%), slijede ih ispitanici sa mentalno bolesnim očevima (13,8%) dok svega jedan ispitanika ima oba roditelja sa mentalnim oboljenjem (1,3%).

Tabela 1: *Roditelj sa ili bez mentalnog oboljenja*

	frekvencija	procenti
majka	20	25%
otac	11	13.8%
oboje	1	1.3%
niko od roditelja	48	60%

Naredna tabela, Tabela 2, sadrži podatke o uzrastu na kom su ispitanici bili kada je njihov roditelj započeo sa liječenjem mentalnog oboljenja, gdje su najzastupljeniji ispitanici iz druge grupe (57.5%) čiji roditelji nisu imali mentalno oboljenje i koji nikada nisu bili psihijatrijski tretirani niti hospitalizovani. U prvoj grupi najveći broj ispitanika nalazio se na uzrastu između 23. i 30.godine života (8.8%) kada je roditelj započeo sa tretiranjem mentalne bolesti, što je relativno kasniji period života. Tokom perioda ranog (2,5%) i srednjeg djetinjstva (6,3%) ukupno imamo 7 ispitanika čiji je roditelj započeo sa psihijatrijskim tretiranjem mentalnog oboljenja. Zbirno gledano, najveći broj ispitanika, njih 9, prema uzrastu kada je roditelj započeo sa liječenjem mentalne bolesti nalazio se u periodu adolescencije. Ova dva perioda života ostvaruju jak uticaj na formiranje i perzistentnost stilova afektivne vezanosti obzirom na Bolbijeve postulate. Sa druge strane, prema mnogobrojnim teoretičarima na tla

psihologije i psihijatrije, ova dva perioda života tretiraju se kao posebno osjetljivi u pogledu psihičkog zdravlja individue.

Tabela 2: *Uzrast ispitanika na kom je roditelj započeo tretiranje bolesti*

	frekvencija	procenti
period odojčeta	3	3.8%
period ranog djetinjstva	2	2.5%
srednje djetinjstvo	5	6.3%
preadolescencija	1	1.3%
period adolescencije	5	6.3%
kasna adolescencija	3	3.8%
rano zrelo doba	7	8.8%
srednje zrelo doba	4	5%
pozno zrelo doba	4	5%
roditelj nije imao mentalno oboljenje	46	57.5%

U Tabel 3 nalaze se podaci o vrsti mentalnog oboljenja od koje je roditelj patio/la, gdje su, kako je to u praksi uobičajeno, najzastupljeniji poremećaji neurotičnog nivoa funkcionisanja u odnosu na psihotični nivo, kada u obzir uzmemo tumačenje onog dijela ispitanika koji su naveli mentalno oboljenje svog roditelja.

Tabela 3: *Mentalna bolest roditelja*

	frekvencija	procenti
organski i simptomatski duševni poremećaji	6	7.3%
duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom psihoaktivnih supstanci	5	6.3%
shizofreni spektar poremećaja	4	5%
poremećaji raspoloženja	6	7.5%
anksiozni poremećaji	14	17.5%
poremećaji ličnosti	5	6.3%
bez poremećaja	40	50%

Primjenom nehijerarhijske metode grupiranja i tumačenjem finalnih centara klastera (Tabela 4) definisali smo četiri stila afektivne vezanosti po ugledu na prethodna istraživanja i u skladu sa teorijskim pretpostavkama o postojanju četiri obrasca afektivne vezanosti (Dasković, 2015; Popadić, 2016; Stefanović-Stanojević, 2015).

Tabela 4: *Obrasci afektivne vezanosti*

	obraci afektivne vezanosti			
	preokupirani	dezorganizovani	izbjegavajući	sigurni
nerazriješena porodična traumatizacija	45.93	50.71	21.33	23.93
strah od gubitka spoljašnje baze sigurnosti	43.86	50.86	22.27	46.13
negativan radni model drugih	37.21	58.24	40.27	48.97
kapacitet za mentalizaciju	62.71	50.57	36.07	47.60
negativan radni model selfa	40.64	50.14	21.53	30.23
korišćenje spoljašnje baze sigurnosti	63.00	51.48	35.80	54.87
slaba regulacija bijesa	25.29	47.00	29.53	29.73

Podaci o zastupljenosti obrazaca afektivne privrženosti među dvije grupe participanata nalaze se u tabeli 5, gdje su prvoj grupi ispitanika dominiraju nesigurni obrasci privrženosti (70%), dok je u drugoj grupi opozitan podatak, tj. sigurni stil privrženosti čini skoro polovinu ukupnog broja participanata (45%).

Tabela 5: *Obrasci afektivne vezanosti u grupama ispitanika*

	1.grupa ispitanika	2.grupa ispitanika
sigurni stil vezanosti	30%	45%
izbjegavajući stil vezanosti	10%	27.5%
preokupirani stil vezanosti	27.5%	7.5%
dezorganizovani stil vezanosti	32.5%	20%

Tabela 6 nudi podatke o frekventnosti specifičnih stilova afektivne vezanosti u populaciji ispitanika. Saglasno teorijskim predviđanjima afektivne vezanosti najzastupljeniji je sigurni obrazac u populaciji ispitanika (37.5%) što čini više od četvrtine njihovog ukupnog broja. Slijedi ga dezorganizovani stil vezanosti koji je najzastupljeniji u grupi ispitanika koji su imali mentalno oboljelog roditelja (26.3%), što se takođe podudara sa teorijskim razmatranjima i nalazima dosadašnjih studija o tome da je ovaj obrazac prisutan kod osoba čiji su roditelji patili od mentalnog oboljenja, takođe on je prisutan kod osoba koje su pretpjele različite oblike nasilja i intenzivne traumatične događaje (Stefanović-Stanojević, 2015; Liotti & Gumley, 2009). Prisutne su male razlike u zastupljenosti izbjegavajućeg (18.8%) i preokupiranog obrasca afektivne vezanosti u populaciji ispitanika (17.5%). Ipak, u prvoj grupi ispitanika preokupirani je procentualno zastupljeniji obrazac u odnosu na izbjegavajući (27.5% - 10%).

Tabela 6: Zastupljenost obrazaca afektivne vezanosti

	frekvencije	procenti
preokupirani stil vezanosti	14	17.5%
dezorganizovani stil vezanosti	21	26.3%
izbjegavajući stil vezanosti	15	18.8%
sigurni stil vezanosti	30	37.5%

U populaciji ispitanika među pripadnicama ženskog pola najzastupljeniji je preokupirani (92.9%), potom sigurni (46.7%), dezorganizovani stil vezanosti (42.9%), a najmanju frekvencu posijeduje izbjegavajući stil vezanosti (26.7%). Kod muškaraca najzastupljeniji je izbjegavajući (73.3%) kog slijedi dezorganizovani stil vezanosti (57.1%), dok su u manjoj mjeri zastupljeni sigurni (53.3%) i preokupirani stil afektivne vezanosti (7.1%) (Tabela 7).

Tabela 7: Zastupljenost ispitanika prema stilu afektivne vezanosti

	obrasci afektivne vezanosti			
	preokupirani	dezorganizovani	izbjegavajući	sigurni
muški	7.1%	57.1%	73.3%	53.3%
ženski	92.9%	42.9%	26.7%	46.7%

Primjenom statističkih procedura za ispitivanje normalnosti raspodjele utvrđeno je da uzorak statistički značajno ne odstupa od nje ($F(x)=.000$) zbog čega će se u daljoj analizi podataka koristiti mjere parametrijske statistike.

Implementacijom T-testa za nezavisne uzorke kojim smo ispitivali razlike između pripadnosti polu u odnosu na postignuća na skali rezilijentnosti uviđamo da statistički značajno odstupanje na Levenovom testu koji govori da su ove kategorije ispitanika komparabilne po osnovu varijable rezilijentnosti. Daljom analizom zaključujemo da ne postoji statistički značajna razlika između muškaraca i žena u odnosu na postignuti skor na ovoj skali, $Sig.=.377$.

Daljom analizom, uviđamo da signifikantne razlike između pripadnosti polu ispitanika u odnosu na varijable prevladavanje usmjereno na problem i prevladavanje usmjereno na izbjegavanje ne postoje. Kada je riječ o prevladavanju usmjerenom na emocije, postoji statistički značajna razlika između ženskih i muških ispitanika ($t=-2,38$; $Sig.=.02$). U narednoj tabeli, uviđamo da žene postižu visocije skorove na ovoj subskali CISS upitnika u odnosu na muškarce.

Tabela 8: Polne razlike u prevladavanju usmjerenom na emocije

	aritmetička sredina
muškarci	44.4750
žene	50.9500

3.2. Korelacija stilova afektivne privrženosti, rezilijentnosti i stilova prevladavanja

U Tabeli 9 nalaze se podaci o korelaciji varijabli rezilijentnost sa tri stila suočavanja. Podaci dobijeni Pirsonovim koeficijentom korelacije upućuju da postoji statistički značajna povezanost između rezilijentnosti i stila prevladavanja orijentisanog na problem ($sig.=.000$) i stila prevladavanja orijentisanog na izbjegavanje ($sig.=.000$), međutim stil prevladavanja orijentisan na emocije blago negativno koreliraju sa rezilijentnošću i ne pokazuju statistički značajnu povezanosti ($sig.=.597$). Time se zaključuje da visoki kapaciteti rezilijentnosti koreliraju sa prevladavanjem usmjerenim na problem i izbjegavanje, koji dovode do većih kapaciteta psihološke otpornosti. Součavanje usmjereno na emocije negativno utiče na rezilijentnosti, smanjujući je i istovremeno čineći osobu nefleksibilnom prilikom susreta sa stresnom situacijom (Tabela 9). Na osnovu prethodnih istraživanja koja smatraju da stilovi suočavanja mogu poslužiti kao prediktori rezilijentnosti (Chen et al., 2018; Chen et al., 2019, prema Kural & Kovacs, 2021) primjenjena je linearna regresija između stilova prevladavanja, kao prediktor varijable i rezilijentnosti kao kriterijumske varijable. Linearna regresija stilova prevladavanja i rezilijentnosti ukazuje da postoji visoko pozitivan koeficijent korelacije linearne regresije ($R=.712$) koji je statistički značajan ($sig.=.000$) i time se stilovi prevladavanja mogu uzeti kao prediktori kapaciteta psihološke otpornosti.

Tabela 9: *Korelacija rezilijentnosti i stilova prevladavanja*

	suočavanje usmjereno na problem	suočavanje usmjereno na emocije	suočavanje usmjereno na izbjegavanje
rezilijentnost	$r=.676$ $sig.=.000$	$r= -.060$ $sig.=.597$	$r=.399$ $sig.=.000$

Daljom analizom regresije zaključujemo da stilovi prevladavanja usmjereni na problem i emocije ostvaruju statistički značajnu predikciju prema kapacitetima psihološke otpornosti ali se statistička značajnost ne nalazi kod stila prevladavanja usmjerenog na izbjegavanje (Tabela 10). Prema prethodno sprovedenim studijama stilovi prevladavanja usmjereni na problem uzrokuju dobru sposobnost rezilijentnosti, dok prevladavanje usmjereno na emocije dovodi do smanjene otpornosti individue. Sa druge strane, prevladavanje usmjereno na izbjegavanje je poslednji definisan stil suočavanja koji podrazumijeva distanciranje od

problema gdje se osoba trudi da bude zaokupljena poslom kako bi skrenula misli sa realno postojećeg problema i sa istim izbjege suočavanje (Jenkins, 2016; Kural & Kovacs, 2021; Abraham & Kerns, 2013; Pascuzzo, 2013 prema Kural & Kovacs, 2021).

Tabela 10: *Regresiona analiza odnosa stilova prevladavanja i rezilijetnosti*

	suočavanje usmjereno na problem	suočavanje usmjereno na emocije	suočavanje usmjereno na izbjegavanje
rezilijetnost	sig.=.000	sig.=.011	sig.=.088

Linearna regresija ukazuje da postoji statistički značajna povezanost između obrazaca afektivne vezanosti i stilova prevladavanja ($sig.=.033$) sa koeficijentom linearne korelacije $R=.328$.

Primjenom Pirsonovog koeficijenta korelacije i linearne regresije dobili smo podatke da ne postoji statistički značajna povezanost između varijabli rezilijetnost i obrazaca afektivne vezanosti, ($sig=.894$, $r/R=.015$) što je u saglasnosti sa zaključcima nekoliko prethodno provedenih studija gdje istraživači kažu da su teorijske oblasti afektivne vezanosti i rezilijetnosti odvojene ali se ipak moraju posmatrati kao komplementarne, obrizom da je njihov odnos moguće tumači preko stilova suočavanja (Atwool, 2006; Rasmussen & Storebø, 2019; Yu & sar., 2020).

3.3. Jednostrana regresiona analiza filtriranih obrazaca afektivne vezanosti

Na ovom mjestu ćemo tabelarno prikazati značajnosti linerane korelacije između rezilijetnosti i stilova suočavanja kod pojedinačnih obrazaca afektivne vezanosti, čime ćemo steći uvid na koji način specifični stil prevladavanja utiče na psihološku otpornost jedinstvenog stila afektivne vezanosti. Zbog toga smo filtrirali svaku kategoriju varijable obrazaca afektivne privrženosti u cilju praktičnije analize.

U tabeli 11, postoji statistički značajna povezanosti između stilova prevladavanja i kapaciteta rezilijetnosti kod sigurnog stila afektivne vezanosti ($R=.793$; $sig.=.000$). Daljom analizom

uviđamo da stilovi suočavanja usmjereni na problem i emocije značajno utiču na kapacitete psihološke otpornosti ali se isto ne dešava sa suočavanjem usmjerenim na izbjegavanje. Ono što je važno istaći jeste smjer linearne korelacije kod suočavanja usmjerenog na emocije koji se nalazi u negativnoj korelaciji ($R = -.486$) u odnosu na rezilijentnost čime se zaključuje da veći kapaciteti psihološke otpornosti dovode do manjeg pribjegavanja suočavanja na fokusom na emocije.

Tabela 11: *Sigurni stil afektivne vezanosti*

	suočavanje usmjereno na problem	suočavanje usmjereno na emocije	suočavanje usmjereno na izbjegavanje
rezilijentnost	$R = .692$ $sig. = .000$	$R = -.486$ $sig. = .003$	$R = .300$ $sig. = .054$

Kod izbjegavajućeg stila afektivne vezanosti registruje se statistički značajna povezanost između prevladavanja i kapaciteta rezilijentnosti ($R = .834$; $sig. = .003$). Prevladavanje orijentisano na problem i izbjegavanje značajno predviđaju sposobnost rezilijentnosti ali se to ne može reći za stil prevladavanja orijentisan na emocije (Tabela 12).

Tabela 12: *Izbjegavajući stil afektivne vezanosti*

	suočavanje usmjereno na problem	suočavanje usmjereno na emocije	suočavanje usmjereno na izbjegavanje
rezilijentnost	$R = .829$ $sig. = .000$	$R = .418$ $sig. = .061$	$R = .674$ $sig. = .003$

Postoji statistički signifikantna povezanosti između stilova prevladavanja i rezilijentnosti kod preokupiranog stila afektivne vezanosti ($R = .771$; $sig. = .024$). Analizom dobijenih podataka uviđamo da prevladavanje usmjereno na emocije jedino posjeduje statistički značajnu prediktivnu moć ali se moramo osvrnuti na smjer korelacije linearne regresije koja je visoko negativna (Tabela 13). U tom slučaju prevladavanje usmjereno na emocije igra ulogu distraktora razvoja visoke sposobnosti oporavka od negativnih iskustava, što je slučaj sa izbjegavajućim i preokupiranim stilom afektivne privrženosti.

Tabela 13: *Preokupirani stil afektivne vezanosti*

	suočavanje usmjereno na problem	suočavanje usmjereno na emocije	suočavanje usmjereno na izbjegavanje
rezilijentnost	R=.286 sig.=.161	R= -.714 sig.=.002	R= -.097 sig.=.371

U tabeli 14, postoji statistički značajna povezanosti između stilova prevladavanja i kapaciteta rezilijentnosti kod dezorganizovanog stila afektivne vezanosti ($R=.726$; $sig.=.005$). Registrujemo da stilovi suočavanja orijentisani na problem i izbjegavanje predviđaju sposobnost psihološke otpornosti ali da se to ne dešava u slučaju suočavanja usmjerenog na emocije.

Tabela 14: *Dezorganizovani stil afektivne vezanosti*

	suočavanje usmjereno na problem	suočavanje usmjereno na emocije	suočavanje usmjereno na izbjegavanje
rezilijentnost	R=.705 sig.=.000	R=.207 sig.=.184	R=.411 sig.=.032

3.4. Razlike između stilova afektivne privrženost prema stilovima prevladavanja

Primjenom variјensne analize, ANOVA post hoc LSD testa, prikazaćemo razlike među obrascima afektivne privrženosti u odnosu na tri stila prevladavanja. Najznačajnije varijable koje ukazuju na distinkcije između obrazaca afektivne privrženosti registruju se kod stila prevladavanja usmjerenog na emocije ($sig.=.000$; $F\text{-statistik.}=11.154$) i stila prevladavanja usmjerenog na problem ($sig.=.006$; $F\text{-statistik.}=4.545$). Stil prevladavanja usmjeren na izbjegavanje pokazuje odstupanje od statističke značajnosti u veoma maloj mjeri ($sig.=.052$; $F\text{-statistik.}=2.693$).

Tumačenjem tabele 15 nalazimo da se sigurni stil afektivne vezanosti statistički značajno razlikuje prema prevladavanju usmjerenom na problem u odnosu na izbjegavajući i preokupirani obrazac vezanosti, dok se izbjegavajući stil vezanosti po ovoj varijabli značajno

razlikuje od prethodna dva. Preokupirani stil vezanosti se statistički značajno razlikuje od svih ostalih obrazaca vezanosti prema varijabli prevladavanja usmjerenog na problem, gdje je razlika najizraženija u odnosu na izbjegavajući stil vezanosti. Ovime se zaključuje da preokupirani stil afektivne vezanosti ne pribjegava ovom stilu prevladavanja prilikom susreta sa stersnim i uznemirujućim životnim situacijama. Dezorganizovani stil vezanosti se jedino statistički značajno razlikuje od preokupiranog na osnovu varijable suočavanja usmjerenog na problem.

Tabela 15: *ANOVA LSD test: obrasci afektivne vezanosti x stil suočavanja usmjeren na problem*

	suočavanje usmjeren na problem			
	sigurni	izbjegavajući	preokupirani	dezorganizovani
sigurna afektivna vezanost	A= sig.=	A=6.80 sig.=.049	A= -7.17 sig.=.043	A=3.28 sig.=.286
izbjegavajuća afektivna vezanost	A= -6.80 sig.=.049	A= sig.=	A= -13.97 sig.=.001	A= -3.51 sig.=.337
preokupirana afektivna vezanost	A=7.17 sig.=.043	A=13.97 sig.=.001	A= sig.=	A=10.45 sig.=.006
dezorganizovana afektivna vezanost	A= -3.28 sig.=.286	A=.3.51 sig.=.337	A= -10.45 sig.=.006	A= sig.=

Najizraženije razlike u odnosu na varijablu prevladavanja usmjerenog na emocije registruju se između sigurnog i izbjegavajućeg stila afektivne privrženosti sa jedne strane i dezorganizovane privrženosti sa druge strane. Preokupirani stil afektivne vezanosti razlikuje se jedino od izbjegavajućeg po osnovu ove varijable, dok se izbjegavajući statistički značajno razlikuje od svih stilova vezanosti, gdje se najizraženija razlika pored dezorganizovanog sreće kod preokupiranog stila afektivne vezanosti, čime se može zaključiti da istom pribjegava u trenutku susreta sa uznemirujućim situacijama (Tabela 16).

Tabela 16: *ANOVA LSD test obrasci afektivne vezanosti x stil suočavanja usmjeren na emocije*

	suočavanje usmjeren na emocije			
	sigurni	izbjegavajući	preokupirani	dezorganizovani
sigurna afektivna vezanost	A= sig.=	A=7.63 sig.=.026	A= -5.32 sig.=.126	A= -12.11 sig.=.000
izbjegavajuća afektivna vezanost	A= -7.63 sig.=.026	A= sig.=	A= -12.96 sig.=.002	A= -19.74 sig.=.000
preokupirana afektivna vezanost	A=5.32 sig.=.126	A=12.96 sig.=.002	A= sig.=	A= -6.78 sig.=.068
dezorganizovana afektivna vezanost	A=12.11 sig.=.000	A=19.74 sig.=.000	A=6.78 sig.=.068	A= sig.=

Varijabla prevladavanja usmjerenog na izbjegavanje registruje da ne postoji značajna razlika između sigurnog stila privrženosti i ostalih stilova. Izbjegavajući stil afektivne vezanosti statistički se značajno razlikuje od dezorganizovanog, gdje je najizraženija razlika i preokupiranog obrasca afektivne vezanosti (Tabela 17).

Tabela 17: *ANOVA LSD test obrasci afektivne vezanosti x stil suočavanja usmjeren na izbjegavanje*

	suočavanje usmjeren na izbjegavanje			
	sigurni	izbjegavajući	preokupirani	dezorganizovani
sigurna afektivna vezanost	A= sig.=	A=5.33 sig.=.108	A= -1.96 sig.=.562	A= -4.41 sig.=.139
izbjegavajuća afektivna vezanost	A= -5.33 sig.=.108	A= sig.=	A= -7.29 sig.=.062	A= -9.74 sig.=.007
preokupirana afektivna vezanost	A=1.96 sig.=.126	A=12.96 sig.=.002	A= sig.=	A= -6.78 sig.=.068
dezorganizovana afektivna vezanost	A=4.41 sig.=.139	A=9.74 sig.=.007	A=2.45 sig.=.495	A= sig.=

IV DISKUSIJA

Tvorci teorije atačmenta nisu pretpostavljali polne razlike prema zastupljenosti obrazaca afektivne vezanosti, već su zastupali mišljenje da je sigurni obrazac vezanosti najzastupljeniji u opštoj populaciji u odnosu na tri nesigurna obrasca od kojih je dezorganizovani stil vezanosti najmanje zastupljen stil (Dosković, 2015; Stefanović-Stanojević, 2015). Rezultati istraživanja potvrđuju da je u ukupnoj populaciji ispitanika najzastupljeniji sigurni obrazac afektivne vezanosti, skoro 50%, što podupire teorijske implikacije i u saglasnosti je sa nalazima savremenih istraživanja sprovedenih na našim prostorima (Dosković, 2015; Popadić, 2016).

Polne razlike u pogledu zastupljenosti stilova afektivne vezanosti pokazuju da je među muškarcima najzastupljeniji izbjegavajući, dok se među ženama najčešći sreće preokupirani stil afektivne vezanosti. Podaci su u saglasnosti sa prethodno provedenim istraživanjima na uzorku studenata i u opštoj populaciji (Dimitrijević & sar., 2011; Dosković, 2015). U poduzorcima muškaraca i žena skoro podjednako su zastupljeni dezorganizovani i sigurni stil vezanosti. Ovo se objašnjava jednim dijelom što su u našem istraživanju bila prisutna dva poduzorka ispitanika koja su se međusobno razlikovala u pogledu prisutnosti roditelja sa mentalnim oboljenjem. U poduzorku ispitanika sa roditeljima koji su patili od neke mentalne bolesti se očekivala veća učestalost nesigurnih obrazaca afektivne vezanosti, uopšte, jer su dosadašnja istraživanja pružila podatke da se među potomcima mentalno bolesnih roditelja češće sreću nesigurni stilovi afektivne vezanosti u odnosu na siguran stil vezanosti (Protić, 2016; Liotti & Gumley, 2009; Naslund i sar. 1984; Read & Gumley, 2008). Sa druge strane, dezorganizovana vezanost se nalazi među ispitanicima iz poduzorka koji nisu imali roditelja koji je patio od neke mentalne bolesti. Ovo se jednim dijelom može objasniti nedostatkom kompetentne figure koja je potpuno neadekvatno vršila roditeljsku ulogu i zanemarivala signale dijeteta koje je usljed ovakvih okolnosti formiralo ovu vrstu vezanosti, a koja se prenijela na kasnije periode života. Istorija podneblja u kojem živimo, a koje se bilo izloženo kontinuiranim ratnim sukobima i stradanjima doveli se do raspada društvenog sistema i region gurnuje nadolje ljestvicom socio-ekonomsko-političkog razvoja. Ova dešavanja proizvela su poslijeratne traume. Život u takvim okolnostima u kojima su mnogobrojne porodice bile primorane da život 'počnu iz početka' i koje su dominantno bile orijentisane na očuvanje egzistencije svojih članova mogu se dovesti u vezu sa formiranjem dezorganizovanog stila afektivne privrženosti, uopšte sa svim podtipovima nesigurne

privrženosti. Takođe, kod djece koja potiču iz disharmoničnih porodica, gdje je u velikom broju slučajeva ovo rezultiralo slomom porodičnog sistema imamo najzastupljeniju učestalost nesigurnih stilova afektivne privrženosti (Mihić, Zotović & Petrović, 2007).

Tumačenjem dobijenih rezultata zaključujemo da ne postoji značajna razlika između muških i ženskih participanata u pogledu kapaciteta psihološke otpornosti ali je razlika prisutna na varijabli prevladavanja orijentisanog na emocije. Nalazi studija koje su proučavale razlike u polovima u pogledu stilova prevladavanja su nekonzistentne ali jedan dio njih dolazi do informacija da su muškarci skloniji prevladavanju usmjerenom na problem, dok žene pribjegavaju prevladavanju usmjerenom na emocije. Ovaj tip prevladavanja često se naziva deangažovanim tipov suočavanja sa stresnom situacijom ili ono što bismo nazvali bjekstvom od problema. Žene su sklonije da se emocionalno suoče kroz afektivno abreagovanje, traženje socijalne podrške iz emocionalnih razloga poput sticanja razumijevanja, saosjećajnosti, sklonosti su poricanju i samookrivljanju. Prevladavanje orijentisano na emocije smatra se maladaptivnim kada je ono dominantno zastupljen stil prevladavanja negativnih životnih situacija jer dovodi do slabijeg mentalnog zdravlja i povezuje se sa depresivnim i anksioznim poremećajima, jer su osobe sklonije ruminaciji i odbijaju prihvatiti stvarnost problema (Carver i sar., 1989; Dyson & Renk, 2006; Folkman & Lazarus, 1985, 1986; Folkman i sar., 1986 ; Li i sar., 2006; Litman, 2006; Wong i sar., 2016; Matud, 2004; McMahon i sar., 2013; Dunkley i sar., 2017; prema Janney, 2017).

Nulta hipoteza našeg istraživanja govori da će shizofreni spektar poremećaja kod majke uticati na predominaciju nesigurnih obrazaca afektivne vezanosti među potomcima. Poduzorak ispitanika čiji roditelj ima mentalno oboljenje u tom smislu je heterogen jer ga čine potomci roditelja sa shizofrenim spektrom poremećaja, zatim su tu potomci roditelja sa afektivnim poremećajima, onima koji su upotrebljavali psihoaktivne supstance, roditelja koji su dijagnostikovani sa demencijom, delirijumom, poremećajima ličnosti. Pronađeno je da su među potomcima shizofrenih roditelja dominantno zastupljeni nesigurni obrasci afektivne vezanosti i jedan sigurni obrazac afektivne vezanosti, čime je nulta hipoteza potvrđena. Uopšte, u poduzorku ispitanika sa mentalno oboljelim roditeljem su dominantno zastupljeni nesigurni stilovi afektivne vezanosti, gdje je dezorganizovani stil vezanosti na prvom mjestu. Dobijeni podaci su u saglasnosti sa većinom studija koja su se bavila proučavanjem kliničke populacije i interakcije dijeteta sa shizofrenim roditeljem kao i teorijskim implikacijama o dezorganizovanom stilu afektivne vezanosti (Main, 1999, prema Stefanović-Stanojević, 2015; Read & Gumleu, 2008; Büyükbodur, Sakarya, Kılıçlı, 2022; Manjula, Herbert &

Philip, 2013; Duncak & Browning, 2009; Liotti & Gumley, 2009; Naslund i sar. 1984; Stand, Boström & Grip, 2020; Cucu-Cuihan, 2015).

Nalazi studija koja su proučavala interakciju djece i roditelja sa psihotičnim poremećajima nude podatke koji upućuju da su roditelji zbog svoj oboljenja bili osujećeni u želji da pruže adekvatnu i blagovremenu roditeljsku brigu, ljubav i podršku, uprkos njihovom trudu. Roditelji su izvještavali da su česte hospitalizacije, zbog kojih su bili odsutni, dodatno komplikovale održavanje unutarporodičnih odnosa. Dalje, varijabilitet kliničke slike stvarao je probleme gdje su zbog halucijacija, depresije, umora, poremećaja voljno-nagonskih dinamizama često bili primorani da se distanciraju od djece, što ih je spriječavalo da blagovremeno odgovore na njihove emocionalne potrebe i time stvore koherentnu strategiju brige za potomstvo. Ovakve situacije nepovoljno su uticale na majke, koje su mislile da nisu dostojne majčinstva, tako i na djecu koja su ih percipirala kao emotivno nedostupne i nemotivisane da im pruže potrebnu zaštitu, zbog čega su pribjegavala sekundarnim strategijama, što je pogodovalo razvoju nesigurnih obrazaca vezanosti i nemogućnosti da se stvori i održi sigurna afektivna vezanost (Heal i sar., 2016; Kahl & Jungbauer, 2014; O'Connell, 2008; Grusec & Davidov, 2010 prema Strand, Boström & Grip, 2020; Duncan & Browning, 2009; Main & Hesse, 1990; Dolnan i sar., 2013 prema Büyükbodur, Sakarya, Kılıçlı, 2022). Istraživanja ukazuju da shizofreni spektar poremećaja kod roditelja ostvaruje niz negativnih uticaja na emocionalni, kognitivni i socijalni razvoj djece (Duncan & Browning, 2009; Hameed & Lewis, 2016; Herbert, Manjula & Philip, 2013), koja su potvrdila da su imala niz poteškoća u adaptaciji socijalnoj sredini i očuvanju interpersonalnih odnosa sa drugim ljudima što, ponovo, utiče da održavanje nesigurnih obrazaca afektivne vezanosti i dovodi do nemogućnosti da se oni potencijalno promijene pošto se pronađe druga figurna vezanosti u kasnijem životnom periodu.

Obzirom na heterogenost poduzorka ispitanika koji su imali roditelja sa mentalnim oboljenjem, stilovi nesigurne vezanosti prisutni i u slučajevima drugih dijagnoza mentalnih oboljenja. Među potomcima roditelja sa anksioznim poremećajima, koji su inače najzastupljeniji poremećaji mentalnog zdravlja u kliničkoj populaciji (Karayağız, Aktan & Karayağız, 2020) uviđamo predominaciju nesigurnih stilova vezanosti u odnosu na sigurni. Ovo se objašnjava jednim dijelom što su anksiozni roditelji hiperprotektivni prema svojoj djeci, što negativno utiče na razvoj sigurne vezanosti kojoj je pored optimalne količine ljubavi i brige takođe potreban određeni stepen slobodne kako bi dijete istraživalo sredinu u kojoj se nalazi. Upravo, ova dječija radioznalost može biti osujećena zbog iracionalnih

strahova za bjezbjednost djeteta od strane roditelja, a koji su čak posjedovali manji osjećaj roditeljske kompetentnosti u odnosu na sigurno vezane roditelje (Manassis et al., 1994; Manassis, 2001; Mićanović-Cvejić & Šimoni-Černak, 2014). Obzirom na transgeneracijsku hipotezu prenošenja stilova afektivne vezanosti sa roditelja na potomke, istraživanja pokazuju da izbjegavajući i preokupirani stil vezanosti emituje veći stepen depresivne simptomatologije u odnosu na sigurnu afektivnu vezanost. Potomci roditelja sa afektivnim poremećajima zbog toga imaju veći stepen vulnerabilnost na razvoja nekog od nesigurnih obrazaca afektivne vezanosti koji pokazuju niži stepen sposobnosti regulacije negativnih emocija, u odnosu na sigurnu vezanost koja se u tom pogledu posmatra kao protektivni faktor i dovodi do veće psihološke otpornosti individue (Iwanski et al., 2021). Istraživanja pokazuju da su nesigurni stilovi vezanosti, najčešće preokupirani stil, zastupljeni među potomcima roditelja sa maladaptivnim obrascima ličnosti, što je slučaj i u našem uzorku ispitanika (Thairović & Bajrić, 2016).

Dženkins (2021) je u svojoj studiji istakla bliskost između obrazaca afektivne vezanosti i stilova prevladavanja koja predstavlja 'kognitivnu obradu i interpretaciju uznemirujućih situacija i odluke koliko povjerenja treba investirati u sebe i druge kako bi se problem riješio'. Rezultati našeg istraživanja pokazali su da stilovi prevladavanja orijentisani na problem i emocije značajno predviđaju visoke kapacitete psihološke otpornosti kod sigurnog obrasca afektivne vezanosti. Zbog pozitivnih unutrašnjih radnih modela sigurno vezani pojedinci koriste suočavanje usmjereno na problem u susretu sa stresnim i izazovnim situacijama na način što prikupljaju što veći broj relevantnih informacija koje će iskoristiti prilikom pokušaja savladavanja problema. Součavanje usmjereno na emocije kod sigurnog stila vezanosti upućuje na upotrebu pozitivnih emocija tokom i nakon savladavanja problema i stresnog događaja. Pojedinci sa sigurnim stilom vezanost osjećaju ponos zbog uspjeha doživljenog nakon rješavanje problemske situacije i pozitivnog ishoda što uzročno-posljedično dovodi do većeg stepena samopouzdanja i vjerovanja u sopstvene sposobnosti izlaska na kraj sa izazovima. Sve ovo zbirno utiče na visocije kapacitete psihološke otpornosti, a u našoj studiji sigurno vezani pojedinci postižu najveći prosječni skor na skali rezilijentnosti u odnosu na ostale obrasce afektivne vezanosti, čime je prva glavna hipoteza zajedno sa njenom alternativom potvrđena, a dobijeni podaci su u saglasnosti sa prethodnih istraživanja (Mikulincer & Shaver, 2012 prema Korver, Ponizovsky & Meijer, 2015; Abraham & Kerns, 2013; Villasana et al., 2016 prema Kural & Kovacs, 2021; Jenkins, 2021; Rasmussen & Storebø, 2019).

Na osnovu dobijenih podataka izbjegavajuće vezani ispitanici postigli su niske rezultate na skali rezilijentnosti što upućuje da ovaj stil afektivne vezanosti ne posjeduje dobre kapacitete psihološke otpornosti. Dalje, uviđamo da se izbjegavajuća vezanost statistički značajno razlikuje od ostala tri obrasca afektivne privrženosti prema stilu prevladavanja usmjerenom na emocije čime možemo zaključiti da se ovi pojedinci u doglednoj mjeri koriste ovim stilom suočavanja sa stresnim situacijama koji kada je dominantno korišćen stil prevladavanja upućuje na deangažovanost u suočavanju, poricanje postojanja problema te izbjegavanje da se sa istim direktno suoči. Sa druge strane, važan podatak nudi regresiona analiza koja pokazuje da stil prevladavanja usmjeren na emocije nema prediktivnu vrijednost nad rezilijentnošću što jeste u saglasnosti sa podacima dobijenim prethodnim istraživanjima, ali se to u našoj studiji u potpunosti nije potvrdilo. Time možemo da kažemo da se druga glavna hipoteza istraživanja potvrdila, tj. izbjegavajući stil afektivne vezanost ne posjeduje dobre sposobnost rezilijentnosti. Njena alternativa je djelimično potvrđena zbog toga što se uviđa da izbjegavajući stil afektivne vezanost u jednoj mjeri koristi stil prevladavanja usmjeren na emocije ali su ovi podaci nejasni zbog njihovih prediktivnih osobenosti. Dosadašnje studije sugerišu da zbog negativnog unutrašnjeg modela selfa izbjegavajući stil vezanost nema potrebne kapacitete da se iznese sa problemom i pribjegava distanciranju, neadekvatno i neangažovano traži društvenu podršku zbog čega nema povjerenja u sopstvene sposobnosti prevazilaženja izazovnih situacija niti adekvatne sposobnosti regulacije negativnih emocija što sve zbirno utiče na nemogućnost razvijanja sposobnosti prevazilaženja negativnih iskustava (Mikulincer & Florian, 1998; Kingswell & Berry, 2012; Mikulincer, Shaver & Pereg, 2003; Kareman & Vingerhoets, 2012 prema Kural & Kovacs, 2021; Oniszczenko & Leskovska, 2014 prema Godor, van der Horst & Van der Hallen, 2024; Bonnano, 2004; Luthar et al., 2000 prema Jenkins, 2016).

Prema dobijenim podacima pokazuje se da preokupirani stil afektivne vezanosti pribjegava suočavanju usmjerenom na emocije u susretu sa stresnim situacijama. Ovaj stil suočavanja koristi se kognitivnim redefinisanjem stresne situacije kako bi se izmjenilo subjektivno iskustvo zbog čega je za osobe koje se koriste ovim stilom suočavanja karakteristično da neadekvatno koriste sistem socijalne podrške, a u susretu sa stresnim događajem prisutne su emocionalno šaržirane reakcije i pretjerana interpretacija stvarnog značenja događaja što je potvrđeno kroz nekoliko dosadašnjih studija (Pascuzzo et al., 2013; Mikulincer & Florian, 1998; Kingswell & Berry, 2012; Mikulincer, Shaver & Pereg, 2003 prema Kural & Kovacs, 2021; Godor, van der Horst & Van der Hallen, 2024; Simeon et al., 2007 prema Moore,

2014). Ono što je iznenađujuće jeste da stilovi prevladavanja usmjerni na problem i izbjegavanje pokazuju značajnu prediktivnu vrijednost kod dezorganizovanog stila afektivne vezanosti što nije u saglasnosti sa studijama i teorijskim implikacijama jer se on smatra izuzetno maladaptivnim obrascem vezanosti sa dva negativna unutrašnja radna modela (Stefanović-Stanojević, 2015; Liotti & Gumley, 2009). Ovim su poslednje dvije hipoteze djelimično potvrđene, gdje se pretpostavka o rezilijentnosti i stilovima prevladavanja kod preokupiranog stila afektivne vezanost potvrđuje ali se ista pretpostavka kod dezorganizovanog stila vezanosti ne potvrđuju.

Podaci do kojih smo došli u studiji, a koji se odnose na neiskrenosti participanata prilikom popunjavanja sociodemografskog upitnika (da li je roditelj patio od neke psihičke bolesti, uzrast na kom su bili kada je roditelj započeo sa liječenjem mentalne bolesti, da li je roditelj bio psihijatrijski tretiran i hospitalno liječen), ukazuju na postojanje većeg broja pozitivnih odgovora u odnosu na stavku gdje su ispitanici trebali označiti roditelja koji je patio od mentalne bolesti, mentalno oboljenje svog roditelja i opisati njegove simptome. Ovi podaci još jednom potvrđuju kontinuirano održavanje straha od socijalne stigme.

Studija pokazuje da mentalno oboljenje roditelja negativno utiče na formiranje sigurnih stilova afektivne vezanost. Ipak, nalazi ukazuju da nije nemoguće formirati sigurni stil vezanost čak iako roditelj pati od poremećaja psihotičnog nivoa funkcionisanja što dokazuje jedan ispitanik sa sigurnim stilom afektivne vezanost čiji roditelj pati od shizofrenije. Takođe je interesantan podatak da je početak psihijatrijskog tretiranja oboljenja roditelja kod ovog ispitanika započet tokom perioda adolescencije koji se smatra jednim od posebno osjetljivih perioda kada se u obzir uzme Eriksonova psihosocijalna teorija razvoja ali i Frojdova razmatranja. Prema jednoj grupi autora, iako je period adolescencije period posebne vulnerabilnost individue važno je naglasiti adekvatnost ranog psihičkog razvoja. Ukoliko rani razvoj nije bio ometen, ličnost adolescenta može na kognitivno adekvatan način obraditi trenutnu situaciju i razumijeti svoje emocionalno stanje koje je njome uzrokovano što nije slučaj kada se govori o ličnosti djeteta koje situaciju tumačiti kao bizarnu i potpuno nejasnu. Postojanje stabilnog sistema psihosocijalne podrške ovdje može poslužiti kao protektivni faktor i time omogućiti da sigurni stil afektivne vezanost ne pređe u neki od podvrsta nesigurnih, već da se održi (Duncan & Browning, 2009; Hameed, James-Lewis, 2016; Cierpialkowska, Soroko & Miłdarek, 2021). Ističe se da su majke sa dijagnozom shizofrenije bile nesigurne u pogledu obavljanja roditeljske uloge, što je stvaralo osjećaj zanemarenost i roditeljske nemotivisanost ka pružanju brige i podrške kod djece. Zbog ovoga

mnoga istraživanja sugerišu preduzimanje niza preventivnih koraka u pružanju adekvatne podrške ovim porodicama. Jedan dio njih odnosio se na pružanje podrške u roditeljstvu, psihoedukaciji kako pojedinaca sa shizofrenim spektrom poremećaja o karakteristikama vlastitog zdravstvenog stanja tako i članova porodice. Podjednako se ističe važnost psihoedukacije socijalne zajednice jer bi to ostvarilo pozitivne efekte na podizanje svijesti i empatije prema ljudima sa mentalnim oboljenjima uz istovremeno smanjenje socijalne stigme sa kojom se članovi porodica svakodnevno susreću. Jedan razlog ovoga predstavljaju podaci provedenih studija koje govore o tome da su članovi porodica sa mentalno oboljelim roditeljem izvještavali o nizu poteškoća u ostvarivanju prijateljskih odnosa, te da su često bili objekat ismijavanja socijalne zajednice koja im je pripisivala odlike mentalne bolesti njihovih roditelja, što je u saglasnosti sa načinom funkcionisanja društvenih predrasuda i stereotipa. Prema podacima do kojih su došle ranije studije, negativna iskustva odrastanja uz mentalno oboljelog roditelja nepovoljno su uticala na razvijanje socijalnih vještina potrebnih u interpersonalnim odnosima tokom adultnog perioda. Dalje, preporučuju se izrade kriznih planova reagovanja uz pomoć profesionalaca u centima za mentalno zdravlje. Naravno, na raspolaganju stoje psihoterapijski modaliteti koji pozitivno utiču na podizanje kvaliteta unutraporodičnih odnosa i poboljšavaju uvida kod oboljelih članova, poput KBT-a i MBT-a (Protić, 2016; Herbert, Manjula & Philips, 2013; Strand, Boström & Grip, 2020; Gceekoglu & Duran, 2018 prema Büyükbodur, Sakarya, Kılıçlı, 2022; Duncan & Browning, 2009; Pennington, 1997).

V ZAKLJUČAK

Studija pokazuje da mentalo oboljenje roditelja utiče na povećanu vjerovatnoću formiranja nesigurni obrazaca afektivne vezanosti među potomcima. Ipak, naš poduzorak ispitanika sa mentalno bolesnim roditeljem u tom pogledu je heterogen, jer ga čine potomci roditelja sa različitim vrstama mentalnih poremećaja zbog čega je veoma teško govoriti o mogućnosti generalizacije dobijenih podataka. Stoga, preporuke za realizaciju budućih istraživanja odnose se na mogućnosti realizovanja sličnih studija unutar specijalizovanih zdravstvenih ustanova koje tretiraju pacijente sa mentalnim poremećajima gdje bi, u saradnji sa profesionalcima, u većom mjeri izbjegli neiskrenost participanata prilikom prikupljanja podataka.

Prednosti studije odnose se na dosljednost u dobijenim podacima koji govore da sigurno vezani ispitanici posjeduju veće kapacitete psihološke otpornosti i dominantno se služe prevladavanjem usmjerenim na problem. Preokupirano vezani ispitanici posjeduju niske sposobnosti rezilijentosti što je jednim dijelom uzrokovano pribjegavanjem součavanju orijentisanom na emocije koje, drugačije rečeno, predstavlja bjesktvo od problema, a ne direktno suočavanje sa njim. Nejasni su podaci o stilu suočavanja koje koristi izbjegavajući stil afektivne vezanosti jer se pokazuje da se značajno razlikuje prema stilu prevladavanja usmjerenom na emocije od ostalih obrazaca vezanosti ali se istovremeno uviđa da ovaj stil prevladavanja ne predviđa sposobnost rezilijentosti, kao ostala dva stila prevladavanja kod ovog obrasca vezanosti. Takođe, pokazuje se da dezorganizovani stil vezanosti bilježi značajnu prediktivnu moć nad rezilijetnošću što je opozitno u odnosu na nalaze dosadašnjih istraživanja i suprotno teorijskim implikacija. Jedan razlog koji može objasniti nejasnost dobijenih podataka jesu instrumenti korišćeni za prikupljanje podataka, jer predstavljaju upitnike samoprocjene koji su podložni pristrasnosti prilikom pružanja odgovora. Preporuke za buduće studije odnose na konkretnije ispitivanje karakteristika mehanizama koji leže u osnovi relacija teorijskih oblasti afektivne privrženosti, rezilijentnosti i prevladavanja zbog toga što se još uvijek stilovi prevladavanja koriste kao posrednici prilikom deskripcije odnosa između afektivne vezanosti i rezilijentnosti. Sledeća preporuka odnosi se na upotrebu instrumenata koji posjeduju veći stepen osjetljivosti na pristrasnost pružanja odgovora ispitanika.

Preporuke se upućuju na kreiranje preventivnih programa koji bi roditeljima sa mentalnim oboljenjima pružili potrebnu podršku u roditeljstvu i na taj način koliko-toliko uticali na

moćnosti formiranja sigurnih stilova afektivne privrženosti među potomcima. Zatim, preporučuje se izrada planova kriznog reagovanja koji se mogu kreirati u saradnji sa profesionalcima zaposlenim u centrima za mentalno zdravlje i specijalizovanim klinikama za tretiranje psihijatrijskih oboljenja, kako bi porodice na što adekvatniji način odgovorile na promjene zdravstvenog stanja pogođenog člana. Naglašava se potreba za psihoedukacijom kako porodice o mentalnoj bolesti svog člana, istovremeno je jednako važno edukovati i podići nivo empatije socijalne okoline prema osoba sa mentalnim poteškoćama u cilju smanjenja uticanja socijalne stigme i isključenosti koji dodatno komplikuju svakodnevnicu ovih porodica. Nezaobilazno je istaći pozitivne efekte koje KBT, kao psihoterapijski modalitet, ostvaruje u tretiranju klijenata na psihotičnim poremećajima, takođe se ističe pozitivan uticaj jednog savremenijeg modaliteta, MBT-a u tretiranju kliničke populacije klijenata.

VI LITERATURA

1. Atwool N. (2006) Attachment and resilience: Implications for children in care. *Child Care in Practice*, 12(4), str. 315–330. doi:10.1080/13575270600863226.
2. Begić, D. (2016) *Psihopatologija*. 3.izd. Zagreb : Medicinska naklada
3. Bleuler, M. (1974) The Offspring of Schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin*, 1(8), str. 93-107.
4. Brummelhuis, I. A. M.; Kop, W. J.; Videler, A. C. (2022) Psychological and physical wellbeing in adults who grew up with a mentally ill parent: A systematic mixed-studies review. *General Hospital Psychiatry: Psychiatry, Medicine and Primary Care*, 79, str. 162-176.
5. Büyükbodur, A. Ç.; Sakarya, H.; Kılıçlı, A. (2022) Relationship of mothers with a diagnosis of schizophrenia with their babies. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14(3), str. 427–436.
6. Carver, C. S. (1998) Resilience and thriving: Issues, models, and linkages. *Journal of social issues*, 54(2), str. 245-266.
7. Cabada, R. (2008). The subjective experience of attachment for children with mothers who have been formally diagnosed as schizophrenic : an exploratory study based on the practice wisdom of clinical practioners. Masters thesis. Northampton, Massachusetts: Smith Collage
8. Cierpiałkowska, L.W.; Soroko, E.; Mielcarek, M. (2021) Timeliness of the developmental tasks in adulthood among children of mothers suffering from schizophrenia. *Curr Issues Personal Psychol*, 13(9), str. 14-25. doi: 10.5114/cipp.2020.102598
9. Connor, K.M.; Davidson, J.R.T. (2003) Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*, 18(2), str. 76-82.

- 10.Cucu-Cuihan G. (2015) Raised by a schizophrenic mother: application of emotion focused therapy in a clinical case with mild depression. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 205, str. 30-34.
- 11.Davidson, G.C.; Neale, J.M. (1998) *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. 2.izd. Zagreb : Naklada slap
- 12.Dibdin, E. (2022) *Navigating Life with a SchizophrenicMother*.
- 13.Dosković, M. (2015) Afektivna vezanost studenata različitog profesionalnog izbora. *Godišnjak za psihologiju*, 12(14), str. 21-34.
- 14.Duncan, G.; Browning, J. (2009) Adult attachment in children raised by parents with schizophrenia. *Journal of Adilt Development*, 16(2), str. 76-86.
- 15.Endler, N.S.; Parker, J. D. (1990) Multidimensional assesment of coping: a critical evaluation. *Journal of personality and social psychology*, 58 (5), str. 844–854.
- 16.Glushkoff, K. et al. (2017) Hostile parenting, parental psychopathology, and depressive symptoms in the offspring: a 32-year follow-up in the young Finns study. *J Affect Disord*, 208, str. 436–42.
- 17.Godor, B.P.; van der Horst, F.C.P.; Van der Hallen, R. (2023) Unravelling the Roots of Emotional Development: Examining the Relationships Between Attachment, Resilience and Coping in Young Adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 44(4), str. 429–457.
- 18.Gonçalves, H. et al. (2016) Maternal depression and anxiety predicts the pattern of offspring symptoms during their transition to adulthood. *Psychol Med*, 46(2), str. 415–24.
- 19.Gregg, L.; Calam, R.; Drake, R.J.; Wolfenden, L. (2021) Expressed Emotion and Attributions in parents With Schizophrenia. *Front Psychiatry*, 12:799626. doi: 10.3389/fpsyt.2021.799626
- 20.Hameed, M.A.; James-Lewis A. (2016) Offspring of Parents with Schizophrenia: A Systematic Review of Developmental Features Across

- Childhood. *Harv Rev Psychiatry*, 24(2), str. 104-17. doi: 10.1097/HRP.0000000000000076.
- 21.Hanak, N. (2004) Konstruisanje novog instrumenta za procjenu afektivnog vezivanja kod adolescenata i odraslih – UPIPAV, *Psihologija*, VOL 37(1), str. 123-142.
 - 22.Hanak, N. (2009) Procena materinske prenatalne vezanosti. u: Zotović, M., Petrović, J. & Mihić, I. (ur.) *Psihološka procena: Mogućnosti i ograničenja*, Novi Sad: Filozofski fakultet, str. 8-21.
 - 23.Harder, S. (2014). Attachment in Schizophrenia—Implications for Research, Prevention, and Treatment. *Schizophr Bull.* 40(6), str. 1189–1193.
 - 24.Herbert, H.S.; Manjula, M.; Philip, M. (2013) Growing Up with a Parent having Schizophrenia: Experiences and Resilience in the Offsprings. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 35:2, str. 148-153.
 - 25.Hipwell, A.E.; Goossens, F.A.; Melhuish, E.C.; Kumar, R. (2000) Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Development and Psychopathology*, 12, str. 157-175.
 - 26.Iwanski, A; Lichtenstein, L.; Mühling, L.E.; Zimmermann, P. (2021) Effects of Father and Mother Attachment on Depressive Symptoms in Middle Childhood and Adolescence: The Mediating Role of Emotion Regulation. *Brain Sci*, 11(9), str. 1153.
 - 27.Janney, J. (2017) *Gender Differences when Coping with Depression. Senior Project*. University of North Carolina at Pembroke
 - 28.Jašović-Gašić, M. et al. (2007) *Psihijterapija: udžbenik za student*. Medicinski fakultet Univerziteta CIBID
 - 29.Jenkins, J.K. (2016) The Relationship Between Resilience, Attachment, and Emotional Coping Styles. *ODU Digital Commons*. URL:
https://digitalcommons.odu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1027&context=psychology_etds (28. novembra 2022.godine)

- 30.Kural, A.I.; Kovacs, M. (2021) Attachment anxiety and resilience: The mediating role of coping. *Acta Psychologica*, 221, str. 1–8.
- 31.Karayağız, S.; Aktan, T.; Karayağız, L.Z. (2020) Parental Attachment Patterns in Mothers of Children with Anxiety Disorder, *Children (Basel)*, 7(5), 46.
- 32.Liotti, G.; Gumley, A. (2009) An attachment perspective on schizophrenia: Disorganized attachment, dissociative processes, and compromised mentalisation. In Moskowitz, A.; Dorahy, M.J. Schafer, I. (Eds.) *Psychosis, Trauma and Dissociation: Evolving Perspectives on Severe Psychopathology*. (9th chapter). New Jersey: John Wiley & Sons Ltd.
- 33.Manassis, K. et al. (1994) Attachment in mothers with anxiety disorders and their children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33(8), str. 1106-13.
- 34.Manassis, K. (2001) Child-parent relations: Attachment and anxiety disorders. In Silverman W.K.; Treffers, P.D.A. (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment and intervention* (pp.255-272). Cambridge University Press.
- 35.Martins, C.; Gaffan, E.A. (2000) Effects of early maternal depression in patterns of infant-mother attachment: A metaanalytic investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, str. 737-746.
- 36.Marini, M. S. (2022) A LIFE LIVED WITH SCHIZOPHRENIA: WHEN MOTHER’S LOVE IS KEPT IN THE DARK EXPLORING MATERNAL COMMUNICATION AND ATTACHMENT ORGANIZATION IN FAMILIES WITH SCHIZOPHRENIA. Doctoral dissertation. Duquesne University
- 37.Mićanović-Cvejić, Ž.; Šimonji-Černak, R. (2014) Karakteristike afektivne vezanosti u depresivnim i anksioznim stanjima. *Primenjena psihologija*, 7(2), 173.

38. Mihić, I.; Zotović, M.; Petrović J. (2007) Stresna iskustva u odrastanju i afektivna vezanost adolescenata. *Psihološka istraživanja*, XXIV, str. 5-30.
39. Mikulincer, M.; Florian, V.; Weller, A. (1993) Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(5), str. 817-826. doi: 10.1037/0022-3514.64.5.817
40. Montgomery, P.; Tompkins, C.; Forchuk, C.; French, S. (2006) Keeping close: mothering with serious mental illness. *J Adv Nurs*, 54, str. 20-28.
41. Moore, K.A. (2014) *The relationship of attachment to resilience and their impact on stress*. Stress and anxiety: Applications to Social and Environmental Threats, Psychological Wellbeing, Occupational Challenges and Developmental Psychology. Berlin: Logos.
42. Moran, P. et al. (2016) Gene × Environment Interactions in Schizophrenia: Evidence from Genetic Mouse Models. *Neural Plast.*
43. Naslund, B. et al. (1984) Offspring of women with nonornagic psychosis: Infant attachment to the mother at one year of age. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 69, str. 231-241.
44. Pennington, C.D. (1997) *Osnovi socijalne psihologije*. (B. Mlačić, prev.). Zagreb: Naklada Slap.
45. Petrović, D. (2018) *Moderatorska uloga optimizma i self-efikasnosti u relaciji između ranih negativnih iskustava i rezilijentnosti*. Master rad. Univerzitet u Novom Sadu: Filozofski fakultet
46. Popadić, B. (2016) *Odnos ranog iskustva i psihološke separacije-individuacije kod adolescenata*. Doktorska disertacija. Univerzitet u Novom Sadu: Filozofski fakultet
47. Ponizovsky, A.M. et al. (2015) Association between attachment and psychopathology dimensions in a large sample of patients with psychosis. *Psychiaty Res.*, 228(1), str. 82-8.

- 48.Protić, S. (2016) *Doprinos vezanosti i mentalizacije razumevanju veze traume i delinkvencije*. Doktorska disertacija. Filozofski fakultet Beograd.
- 49.Prince-Embury, S.; Saklofske, D. H. (2013) *Resilience in children, adolescents and adults: Translating research into practice*. Canada: University of Western Ontario
- 50.Radke-Yarrow, M.; Cummings, E.M.; Chapman, M. (1985) Patterns of attachment in two-and three-year-olds in normal families and families with parental depression. *Child Development*, 56, str. 884-893.
- 51.Rasmussen, P.D. et al. (2019) Attachment as a Core Feature of Resilience: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychol. Rep*, 122(4), str. 1259-1296.
- 52.Read, J.; Gumlew, A. (2008) *Telling Stories: Can Attachment Theory Help Explain the Relationship Between Childhood Adversity and Psychosis?* 1.ed. London: Routledge.
- 53.Scott, E. (2024) *Avoidance Coping and Why It Creates Additional Stress. Verywell mind*.
URL: <https://www.verywellmind.com/avoidance-coping-and-stress-4137836> (Preuzeto: 07.05.2024.)
- 54.Simeon, D. et al. (2007) Factors associated with resilience in healthy adults. *Psychoneuroendocrinology*, 32(8–10), str. 1149-1152.
- 55.Stefanović-Stanojević, T. (2015) Afektivna vezanosti, razvojni modaliteti i procjena. Niš: Filozofski fakultet Univerziteta u Nišu.
- 56.Strand, J.; Boström, P.; Grip, K. (2020) Parents' Descriptions of How Their Psychosis Affects Parenting. *Journal of Child and Family Studies*, 29(1), str. 1-12.
- 57.Taka-Eilola N`ee Riekk, T. et al. (2019) Severe mood disorders and schizophrenia in the adult offspring of antenatally depressed mothers in the Northern Finland 1966 Birth cohort: relationship to parental severe mental disorder. *J Affect Disord*, 249, str. 63–72.

58. Thairović, S.; Bajrić, A. (2016) Child-Parent Attachment Styles and Borderline Personality Disorder Relationship. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 2, str. 2282-1619.
59. *Vodeći uzročnici invalidnosti* (2011). URL: https://sr.wikipedia.org/sr-ec/Водећи_узроци_инвалидности (20.aprila 2024)
60. Vlajković, J. (2005) *Životne krize: prevencija i prevazilaženje* (3.izd.). Beograd: IP “Žarko Abdulj”
61. van Bussel, E.M.M. et al. (2021) Adult Attachment and Personal, Social, and Symptomatic Recovery From Psychosis: Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychiatry*, 24:12:641642
doi: 10.3389/fpsyt.2021.641642
62. van Ijzendoorn, M. H.; Sagi, A. (1999) Cross-cultural patterns of attachment: Universal and contextual dimensions. In Cassidy, J.; Shaver, P.R. (Eds.) *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 713–734). The Guilford Press
63. Yu, W. et al. (2020) Psychological resilience and positive coping styles among Chinese undergraduate students: a cross-sectional study. *BMC Psychology*, 8:79. DOI: 10.1186/s40359-020-00444-y

VII PRILOZI

Poštovani/Poštovana,

Pred Vama se nalaze koji ispituje u kakvom odnosu se nalaze stečeni obrasci emocionalnog vezivanja za druge osobe, naši kapaciteti otpornosti i vještine adekvatnog suočavanja sa izazovima. Upitnik je kreiran za potrebe izrade master akademskog rada na studijskom programu za psihologiju.

Učešće u upitniku je dobrovoljno i anonimno te možete odustati od ispitivanja u bilo kom momentu.

Ne postoje tačni i netačni odgovori.

Molimo Vas da budete iskreni prilikom pružanja odgovora. Dobijeni podaci će se isključivo koristiti u naučne svrhe, a Vaša privatnost je u potpunosti zaštićena.

Očekivano vrijeme učešća je 15-20 minuta.

Prilog 1

SOCIODEMOGRAFSKI UPITNIK

1. Vaš pol:
 - a) Muški
 - b) Ženski
2. Da li neko od roditelja pati ili je patio od psihičke bolesti?
 - a) Da, majka
 - b) Da, otac
 - c) Oboje
 - d) Ne, niko
3. Na kom uzrastu ste bili kada je roditelj započeo sa liječenjem mentalnog oboljenja?
 - a) Period odojčeta (0 mjeseci do 1.godine)
 - b) Period ranog djetinjstva (1-6.godine)
 - c) Srednje djetinjstvo (6-11.godine)
 - d) Preadolescencija (11-14.godine)
 - e) Period adolescencije (14-18.godine)
 - f) Kasna adolescencija (18-23.godine)
 - g) Rano zrelo doba (23-30.godine)
 - h) Srednje zrelo doba (30-50-godine)
 - i) Pozno zrelo doba (50-65.godine)
 - j) Doba starosti (65= godina)
 - k) Roditelj nije imao mentalno oboljenje

4. Postignuti nivo stručnog obrazovanja:

- a) I Stepen – četiri razreda osnovne škole
- b) II Stepen – osnovna škola
- c) III Stepen – srednja škola
- d) IV Stepen – srednja škola
- e) V Stepen – viša škola
- f) VI Stepen – osnovne akademske studije (Bachelor diploma)
- g) VII – 1a Stepen –integrisane master akademske studije
- h) VII – 1b Stepen – Master
- i) VII-2 Stepen – Magistar nauka
- j) VIII Stepen – Doktor nauka

5. Vaš socioekonomski status:

- a) Niži
- b) Srednji
- c) Viši

6. Od koje bolesti pati/je patio?

- a) Demencija
- b) Delirijum i organski duševni poremećaji
- c) Poremećaji uzrokovani upotrebom psihoaktivnih supstanci
- d) Shizofrenija, Shizoafektivna duševna oboljenja i Shizoidni poremećaj ličnosti
- e) Depresivni afektivni poremećaj (Depresija)
- f) Manični afektivni poremećaj (Manija)
- g) Bipolarni afektivni poremećaj

h) Anksiozni poremećaj

i) Poremećaj ličnosti

j) Duševna zaostalost

k) Ništa od navedenog

7. Ukoliko Vam nije poznata tačna dijagnoza pod kojoj je tretiran roditelj, u nastavku kratko opišite simptome njegove/njene bolesti.

8. Da li je roditelj ikada psihijatrijski tretiran?

a) Da

b) Ne

9. Da li je roditelj psihijatrijski liječen?

a) Da

b) Ne

Prilog 2

UPIPAV-R

Ovaj upitnik sadrži tvrdnje koje opisuju različita osjećanja i stavove prema drugim ljudima i sebi. Procijenite koliko dobro ove rečenice opisuju Vaša iskustva, osjećanja ili stavove, služeći se skalom od 1 do 7, pri čemu brojevi znače sledeće:

1	2 ← 3	4	5 → 6	7
Uopšte ne	Uglavnom ne	Nisam siguran	Uglavnom da	U potpunosti da

Pažljivo pročitajte svaku tvrdnju i zaokružite odgovarajući broj.

Sijećam se da mi je u djetinjstvu nedostajao neko blizak kome bih se uvijek mogao/la povjeriti.	1 2 3 4 5 6 7
Kada bi me napustio neko koga volim, ne bih više umio/la da se radujem.	1 2 3 4 5 6 7
Čovjek mora da nauči da bude jedina podrška samome sebi u svim teškim trenucima.	1 2 3 4 5 6 7
Često se pitam o čemu misle i šta osjećaju drugi ljudi.	1 2 3 4 5 6 7
Teško mi je da budem spontan/a u odnosu sa drugima.	1 2 3 4 5 6 7
Kada sam uznemiren/a ili zabrinut/a, znam od koga mogu da dobijem utijehu i razumijevanje.	1 2 3 4 5 6 7
Dešava mi se da tjeram inat onima koji me povrijeđuju.	1 2 3 4 5 6 7

Mislim da su moji roditelji mnogo griješili u odnosu sa mnom.	1 2 3 4 5 6 7
Teško podnosim dugo razdvajanje od dragih osoba.	1 2 3 4 5 6 7
Dobro je biti oprezan čak i sa svojim prijateljima.	1 2 3 4 5 6 7
Volim da čitam psihološki literaturu ili članke u novinama tog tipa.	1 2 3 4 5 6 7
Ponekad osjećam da nisam dostojan/na ljubavi.	1 2 3 4 5 6 7
Postoje osobe sa kojima mogu da podijelim sva osjećanja i razmišljanja.	1 2 3 4 5 6 7
Ako me iznevjeri osoba kojoj vjerujem, nastojim da joj vratim istom mjerom.	1 2 3 4 5 6 7
Kada se sjetim nekih događaja u mojoj porodici, obuzme me bijes.	1 2 3 4 5 6 7
U mom životu postoje osobe bez kojih ja ne bih mogao/la da postojim.	1 2 3 4 5 6 7
Ako pokažeš slabost pred drugima, oni će to sigurno zloupotrebiti.	1 2 3 4 5 6 7
Kada me neko nervira, pokušam da razumijem zašto tako reagujem.	1 2 3 4 5 6 7
Nema mnogo toga čime bih mogao/la da se ponosim.	1 2 3 4 5 6 7
Najvažnije mi je da imam nekoga ko može da me razumije, utješi i ohrabri.	1 2 3 4 5 6 7

Ne kažem se kada povrijedim nekoga ko je to zaslužio.	1 2 3 4 5 6 7
Zbog loših iskustava sa roditeljima, sada mi je teško da vjerujem ljudima.	1 2 3 4 5 6 7
Mislim da ne bih umio/la da živim sam/a.	1 2 3 4 5 6 7
Ljudi su sebični i gledaju samo svoju korist.	1 2 3 4 5 6 7
Često umijem da dobro prepoznam šta tišti druge ljude.	1 2 3 4 5 6 7

1	2 ← 3	4	5 → 6	7
Uopšte ne	Uglavnom ne	Nisam siguran	Uglavnom da	U potpunosti da

Mogu da nabrojim mnoge stvari koje bih volio/voljela da promijenim kod sebe.	1 2 3 4 5 6 7
Uvijek kada mi je teško tražim utjehu i sigurnost od meni bliskih ljudi.	1 2 3 4 5 6 7
Ako naslutim da me neko odbacuje, umijem da budem veoma neprijatan/na.	1 2 3 4 5 6 7
Mojim roditeljima nikada neću moći da oprostim neke postupke.	1 2 3 4 5 6 7
I sama pomisao da se nešto loše može desiti drugim osobama, dovodi me do panike.	1 2 3 4 5 6 7
Ljudi su nepredvidljivi i ne možeš se na njih osloniti.	1 2 3 4 5 6 7

U stanju sam da posmatram sebe sa distance i da analiziram kako se ponašam.	1 2 3 4 5 6 7
Sumnjam da bih mogao/la nekome da budem uzor.	1 2 3 4 5 6 7
Kada imam povijerenja u nekoga, mogu potpuno da se opustim i pokažem svoja osjećanja.	1 2 3 4 5 6 7
Dešavalo se da poželim da uništim osobu koja je iznevjerila moju ljubav ili povijerenje.	1 2 3 4 5 6 7
Nadam se da neću da ličim na svoje roditelje.	1 2 3 4 5 6 7
Najstrašnija stvar na svetu jeste da te ostavi neko koga voliš.	1 2 3 4 5 6 7
Kada se oslanjam na neku blisku osobu uvijek zadržavam i dozu opreza.	1 2 3 4 5 6 7
Često se zadubim u misli o drugim ljudima.	1 2 3 4 5 6 7
Ponekad mislim da ne zaslužujem ljubav i pažnju koji mi drugi poklanjaju.	1 2 3 4 5 6 7
Čak i kada mogu da se sam/a izborim sa teškoćama volim da me bliski ljudi podrže.	1 2 3 4 5 6 7
Umijem da oprostim drugima kad me povrede.	1 2 3 4 5 6 7
Imam želju da budem bliska s majkom/ocem ali se lako iznevriram u njenom/njegovom prisustvu.	1 2 3 4 5 6 7

Dešava se da strahujem kako bih živio/jela kada bih izgubila najdražu osobu.	1	2	3	4	5	6	7
Znam da me mogu prevariti čak i oni ljudi koji su mi veoma bliski.	1	2	3	4	5	6	7
Mogu da se uživim u tuđa osjećanja.	1	2	3	4	5	6	7
Sam/a sebi sam najteži teret.	1	2	3	4	5	6	7
Kada mi je teško, dozvoljavam sebi da se isplačem u zagrljaju neke bliske osobe.	1	2	3	4	5	6	7
Kada sam ljut/a na neku blisku osobu, umijem da maštam o tome kako joj se svetim.	1	2	3	4	5	6	7
Kao dete, često sam trpio/jela nepovjerenje i grdnje svojih roditelja.	1	2	3	4	5	6	7
Bilo bi nepodnošljivo da me napusti neko koga volim.	1	2	3	4	5	6	7
U svakom trenutku treba biti na oprezu, jer nikada ne znaš šta se može desiti.	1	2	3	4	5	6	7
Mrzi me da gubim vrijeme pokušavajući da razumijem neke finese u ponašanju ljudi.	1	2	3	4	5	6	7
Često sumnjam da ću se ikada dobro osećati.	1	2	3	4	5	6	7

1	2 ← 3	4	5 → 6	7				
Uopšte ne	Uglavnom ne	Nisam siguran	Uglavnom da	U potpunosti da				
Kada mi je teško tražim od bliskih osoba da		1	2	3	4	5	6	7

me podrže.	
Teško mi je da priznam svoju grešku i izvinim se.	1 2 3 4 5 6 7
Postoje događaji iz mog djetinjstva o kojim mi je dan-danas teško da pričam.	1 2 3 4 5 6 7
Gubitkom neke drage osobe moj život bi izgubio smisao.	1 2 3 4 5 6 7
Prije ili kasnije, ljudi će ti okrenuti leđa.	1 2 3 4 5 6 7
U stanju sam da prepoznam osjećanja drugih ljudi.	1 2 3 4 5 6 7
Često sam nesiguran/na u sopstvenu vrijednost.	1 2 3 4 5 6 7
Kada mi se dešava nešto neprijatno, imam potrebu da to podijelim sa bliskim osobama.	1 2 3 4 5 6 7
Čak i kada uđem u sukob sa bliskom osobom, umijem da budem veoma strpljiv/a i staložen/a.	1 2 3 4 5 6 7
Rijetko kada sam osjetio/la roditeljsku podršku.	1 2 3 4 5 6 7
Ne smijem ni da pomsilim na gubitak meni dragih ljudi.	1 2 3 4 5 6 7
Ako pokažeš slabost pred drugima, oni će te verovatno ismjevati.	1 2 3 4 5 6 7
Kada mi se nešto ne dopada kod drugih, nestojim da shvatim šta je razlog.	1 2 3 4 5 6 7
Ponekad prezirem sam/u sebe.	1 2 3 4 5 6 7

Važno mi je da postoji neko na koga uvijek mogu da se oslonim.	1	2	3	4	5	6	7
Kada imam utisak da me drugi ne poštuju, obično se durim.	1	2	3	4	5	6	7
Mami/tati nikada nisam bio/la dovoljno dobar/ra.	1	2	3	4	5	6	7
Bez bliskih ljudi bio/la bih izgubljen/a.	1	2	3	4	5	6	7
Opasno je potpuno verovati drugima.	1	2	3	4	5	6	7
Više volim psihološku dramu nego zabavne akcione filmove.	1	2	3	4	5	6	7
Sumnjam da mogu drugima nešto da pružim.	1	2	3	4	5	6	7
Čak i kada nisu u blizini, znam da postoje osobe koje misle na mene i spremne su da pomognu.	1	2	3	4	5	6	7
Kad sam ljut/a, moram da se osvetim.	1	2	3	4	5	6	7

Prilog 3

Skala rezilijentnosti (CD-RISC)

Kod svake rečenice zaokružite broj koji najbolje označava Vaš stepen slaganja sa tvrdnjom. Molimo Vas da odgovorite u skladu sa time kako ste mislili i osjećali se u proteklih mjesec dana. Ako Vam se navedena situacija nije skoro desila, molimo da odgovorite u skladu sa time kako mislite da biste se osećali.

0	1	2	3	4
Gotovo nikad	Veoma retko	Ponekad tačna	Veoma često	Gotovo uvek

1.	Sposoban/na sam da se prilagodim ako dođe do nekih promijena.	0	1	2	3	4
2.	Imam najmanje jednu blisku i pouzdanu osobu koja mi pomaže kada sam pod stresom.	0	1	2	3	4
3.	Kada nema jasnog rešenja za moje problem, ponekad Bog ili sudbina mogu pomoći.	0	1	2	3	4
4.	Mogu se nositi sa bilo čime što mi se nađe na putu.	0	1	2	3	4
5.	Uspjesi iz prošlosti me ohrabruju da se suočim sa novim izazovima i teškoćama.	0	1	2	3	4
6.	Kada sam suočen/na sa problemom, trudim se da primjećujem duhovitu stranu stvari.	0	1	2	3	4
7.	Izlaženje na kraj sa stresom može da me ojača.	0	1	2	3	4
8.	Nastojim da se što prije trgnem i vratim u normalu nakon bolesti, povrede ili neke druge teškoće.	0	1	2	3	4
9.	Bilo da su dobre ili loše, vjerujem da se većina stvari dešava sa razlogom.	0	1	2	3	4

10.	Dajem sve od sebe bez obzira na to kakav ishod može biti.	0	1	2	3	4
11.	Verujem da mogu postići svoje ciljeve, čak i ako za to postoje prepreke.	0	1	2	3	4
12.	Čak i kada stvari izgledaju beznadežno, ja ne odustajem.	0	1	2	3	4
13.	Kada sam pod stresom ili u krizi, znam gdje da se obratim za pomoć.	0	1	2	3	4
14.	Pod pritiskom ostajem usredsređen/a i razmišljam jasno.	0	1	2	3	4
15.	Više volim da rukovodim u rješavanju problema nego da pustim da drugi donose sve odluke.	0	1	2	3	4
16.	Ne dam se lako obeshrabriti neuspjehom.	0	1	2	3	4
17.	Sebe smatram snažnom osobom kada su u pitanju životni izazovi i teškoće.	0	1	2	3	4
18.	Ako je neophodno, mogu doneti i teške ili nepopularne odluke koje se tiču drugih ljudi.	0	1	2	3	4
19.	U stanju sam da se nosim sa neprijatnim ili bolnim osjećanjima kao što su tuga, strah ili bijes.	0	1	2	3	4
20.	U rješavanju životnih problema ponekad moraš da reaguješ po osjećaju, a da pritom ne znaš zašto.	0	1	2	3	4
21.	Imam snažan doživljaj da moj život ima svrhe.	0	1	2	3	4
22.	Osjećam da imam kontrolu nad svojim životom.	0	1	2	3	4
23.	Volim izazove.	0	1	2	3	4
24.	Radim na postizanju svojih ciljeva bez obzira na prepreke na koje usput nailazim.	0	1	2	3	4
25.	Ponosim se svojim dostignućima.	0	1	2	3	4

Prilog 4

CISS

Lista ispred Vas sadrži tvrdnje koje opisuju reakcije ljudi na različite životne teškoće, stresove ili uznemirujuće situacije. Molimo Vas da uz svaku tvrdnju zaokružite broj i to onaj koji pokazuje u kojoj mjeri Vi obično koristite taj tip aktivnosti/ponašanja kad se susretnete sa stresnom ili uznemirujućom situacijom. Brojevi označavaju sljedeće:

1	2	3	4	5
Uopšte ne	Pretežno ne	I da i ne	Pretežno da	U potpunosti da

1.	Bolje planiram vrijeme.	1	2	3	4	5
2.	Usmjerim se na problem da vidim kako bih ga riješio/riješila.	1	2	3	4	5
3.	Mislim o dobrim stvarima koje su se dogodile.	1	2	3	4	5
4.	Nastojim biti s drugim ljudima.	1	2	3	4	5
5.	Krivim sebe zbog odugovlačenja.	1	2	3	4	5
6.	Činim ono što mislim da je najbolje.	1	2	3	4	5
7.	Zaokupljen/zaokupljena sam brigama i problemima.	1	2	3	4	5
8.	Prebacujem sebi što sam se doveo/dovala u takvu situaciju.	1	2	3	4	5
9.	Razgledam izloge.	1	2	3	4	5
10.	Izdvajam ono što mi je najbitnije.	1	2	3	4	5
11.	Pokušavam to da prespavam.	1	2	3	4	5
12.	Častim se omiljenim jelom i pićem.	1	2	3	4	5
13.	Strepim zbog nesposobnosti suočavanja s problemom.	1	2	3	4	5
14.	Postajem jako napet/napeta.,	1	2	3	4	5

15.	Mislim o tome kako sam riješio/riješila slične probleme.	1	2	3	4	5
16.	Govorim sebi da se to meni zapravo ne događa.	1	2	3	4	5
17.	Prekoravam se što situaciju previše emocionalno doživljavam.	1	2	3	4	5
18.	Izlazim na piće i jelo.	1	2	3	4	5
19.	Postajem jako uznemiren/uznemirena.	1	2	3	4	5
20.	Kupim nešto za sebe.	1	2	3	4	5
21.	Odredim šta ću uraditi i to uradim.	1	2	3	4	5
22.	Osjećam se krivim/krivom jer ne znam što mi je činiti.	1	2	3	4	5
23.	Odlazim na zabavu.	1	2	3	4	5
24.	Radim na objašnjenju situacije.	1	2	3	4	5
25.	„Sledim se” i ne znam što da radim.	1	2	3	4	5
26.	Odmah pokušavam da popravim stvari.	1	2	3	4	5
27.	Razmišljam o događaju i učim na vlastitim greškama.	1	2	3	4	5
28.	Poželim da mogu da promijenim ono što se dogodilo ili kako sam se osjećao/osjećala.	1	2	3	4	5
29.	Posjećujem prijatelja.	1	2	3	4	5
30.	Brinem o onome što moram da uradim.	1	2	3	4	5
31.	Provodim vrijeme sa osobom koju cijenim.	1	2	3	4	5
32.	Idem da prošetam.	1	2	3	4	5
33.	Govorim sebi da se ovo više nikad neće ponoviti.	1	2	3	4	5
34.	Usredsredim se na svoje glavne nedostatke.	1	2	3	4	5
35.	Razgovaram s nekim čiji savjet cijenim.	1	2	3	4	5

36.	Analiziram problem prije nego reagujem.	1	2	3	4	5
37.	Telefoniram prijatelju.	1	2	3	4	5
38.	Naljutim se.	1	2	3	4	5
39.	Mijenjam redosled onoga što mi je najbolje.	1	2	3	4	5
40.	Idem u bioskop (pogledam film).	1	2	3	4	5
41.	Kontrolišem situaciju.	1	2	3	4	5
42.	Dodatno se trudim da sredim stvari.	1	2	3	4	5
43.	Nalazim nekoliko različitih rješenja problema.	1	2	3	4	5
44.	Isključujem se i izbjegavam situaciju.	1	2	3	4	5
45.	Iskalim se na drugim ljudima.	1	2	3	4	5
46.	Iskoristim situaciju da dokažem kako to mogu da uradim.	1	2	3	4	5
47.	Organizujem se tako da mogu vladati situacijom.	1	2	3	4	5
48.	Gledam TV.	1	2	3	4	5