



# **Koncepcja resilience – czyli jak pomóc dzieciom i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka**

**Anna Borucka, Agnieszka Pisarska**

## KONCEPCJA RESILIENCE – CZYLI JAK MOŻNA POMÓC DZIECIOM I MŁODZIEŻY Z GRUP PODWYŻSZONEGO RYZYKA

Anna Borucka, Agnieszka Pisarska  
Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M”  
Zakład Zdrowia Publicznego  
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

### Koncepcja *resilience* - czyli jak można pomóc dzieciom i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka

#### Wprowadzenie

W niniejszym opracowaniu chcielibyśmy przybliżyć koncepcję *resilience*, która wyjaśnia fenomen dobrego funkcjonowania jednostki mimo niekorzystnych warunków życiowych, czy traumatycznych przeżyć. Pytanie dlaczego, niektórzy ludzie radzą sobie w bardzo trudnych, a nawet tragicznych sytuacjach życiowych, które u innych powodują poddanie się i utratę nadziei, towarzyszy poszukiwaniom badawczym poświęconym zjawisku *resilience* od drugiej połowy XX wieku. Historia tych badań sięga lat 40. i 50. W tym bowiem czasie zaczęto dostrzegać, że losy osób cierpiących z powodu schizofrenii nie zawsze układają się tak niepomyślnie, jak można by się tego spodziewać zważywszy na symptomy i przebieg tej choroby. Badacze analizując historie życia tych osób doszli do wniosku, że pacjenci, którzy nie doświadczyli w swoim życiu długotrwałych problemów i stresu, w porównaniu do tych, którzy przeżywali takie trudności, lepiej radzili sobie w okresach remisji choroby (podejmowali pracę, zakładali rodziny).

Odkrycia te w latach 60. i 70. zainspirowały do przeprowadzenia badań, którymi objęto dzieci dorastające w trudnych (niekiedy skrajnie) warunkach. Stały się one początkiem nowego nurtu w myśleniu o czynnikach i mechanizmach sprzyjających pozytywnemu rozwojowi dzieci i młodzieży doświadczających niepomyślności losu (Luthar, 2006).

#### Definicje i kluczowe pojęcia

Do tej pory w polskim piśmiennictwie nie znaleziono odpowiedniego słowa na określenie zjawisk, które obejmuje angielskie słowo *resilience*. Termin ten został zapożyczony

z fizyki, gdzie oznacza wysoką elastyczność lub sprężystość materiałów odpornych na odkształcenie. Wśród polskich badaczy brakuje jednomyślności co do stosowanej terminologii i *resilience* bywa tłumaczone jako: odporność psychiczna, odporność na zranienie, sprężystość psychiczna, prężność czy rezyliencja (Junik 2011). W naszym opracowaniu będziemy posługiwać się angielskim terminem *resilience*.

### **Terminy *resilience* i *resiliency***

Najogólniej rzecz ujmując, pojęcie *resilience* odnosi się do procesów i mechanizmów, sprzyjających pozytywnemu funkcjonowaniu jednostki mimo przeciwności losu lub traumatycznych przeżyć, które trwają obecnie lub zdarzyły się w przeszłości (Garmezy 1985; Rutter 1987; Werner 1994; Luthar i in. 2000; Masten i Powell 2003; Masten 2007).

W literaturze funkcjonuje również pojęcie *ego-resiliency* rozumiane jako indywidualna właściwość osoby. Termin ten, wprowadzony na początku lat 50. przez Jeanne i Jacka Blocków, odnosi się do zestawu cech osobowości, które wyrażają się dzielnością w pokonywaniu trudności, umiejętnością rozwiązywania problemów oraz zdolnością elastycznego przystosowanie się do różnych warunków życiowych (Block, Kremer 1996). Innymi słowy, *ego-resiliency* to cecha, która występuje bez związku z negatywnymi zdarzeniami życiowymi. Warto może dodać, że niektórzy spośród badaczy są przeciwni używaniu tego terminu w kontekście koncepcji *resilience*. Uważają bowiem, że ujmowanie tego fenomenu w kategoriach cechy oznacza przypisywanie jednostce odpowiedzialności za to, że nie udało jej się przezwyciężyć przeciwności losu, ponieważ nie była dostatecznie elastyczna, dzielna itp. (Luthar i In. 2000).

Najbliższe jest nam ujmowanie *resilience* w kategoriach dynamicznego procesu, który umożliwia jednostce pokonanie przeciwności losu.

### ***Resilience w rodzinie i społeczności lokalnej***

Koncepcja *resilience* rozwinęła się dzięki pracom dotyczącym pozytywnej adaptacji dzieci i młodzieży. Rozważania badaczy na temat procesów sprzyjających dobremu funkcjonowaniu pomimo przeciwności losu odnoszą się również do rodzin a nawet społeczności lokalnych. Ten stosunkowo nowy i interesujący wątek badawczy zostanie pokrótce scharakteryzowany poniżej.

- **Resilience w rodzinie (family resilience)**

Zgodnie z definicją, którą zaproponowali Hamilton i Marilyn McCubbin, *resilience* w odniesieniu do rodziny to zestaw cech, właściwości lub wymiarów, które zapobiegają rozpadowi rodziny oraz umożliwiają przystosowanie w sytuacjach kryzysowych (McCubbin i McCubbin 1988). Procesy *resilience* nie tylko umożliwiają przetrwanie, ale również mogą służyć rozwojowi i umocnieniu więzi rodzinnych (Black i Lobo 2008)

Keri Black i Marie Lobo (2008), na podstawie przeglądu prac teoretycznych oraz badawczych, opracowały listę czynników bądź atrybutów, które sprzyjają zdrowiu i dobremu funkcjonowaniu rodziny. Do tych czynników należą: **pozytywne, optymistyczne nastawienie** poszczególnych osób z rodziny wobec przeciwności losu; **duchowość** nadająca sens tym przeciwnościom; **jedność i harmonia w rodzinie, elastyczność**, czyli zdolność modyfikacji ról pełnionych przez poszczególnych członków rodziny; bezpośrednia i otwarta **komunikacja w rodzinie**, umiejętne **rozporządzanie funduszami, wspólnie spędzany czas, wspólne rozrywki, zajęcia rutynowe i rodzinne rytuały** oraz **sieć wsparcia pozarodzinnego** – zarówno ze strony dalszej rodziny, przyjaciół, sąsiadów jak i służb lokalnych (Pisarska i Ostaszewski 2012).

- **Resilience w społeczności lokalnej (community resiliency)**

Koncepcja *resilience* wykorzystywana jest także w badaniach poświęconych funkcjonowaniu społeczności, szczególnie w obliczu sytuacji kryzysowych związanych, na przykład, z transformacją społeczną i ekologiczną, klęskami żywiołowymi, działaniami wojennymi, czy atakami terrorystycznymi (Mykota i Muhajarine, 2005).

W ujęciu Judith Kulig, pojęcie to odnosi się do zdolności dzięki którym społeczność nie tylko radzi sobie z przeciwnościami, ale również dzięki ich pokonaniu, osiąga wyższy poziom funkcjonowania (Kulig, 2000). Termin *resilience* w odniesieniu do społeczności nie tyle definiuje tę społeczność, ile raczej opisuje sposób w jaki zbiorowość radzi sobie z trudnościami i kryzysami. *Resilience* w społeczności lokalnej tworzą takie komponenty jak: 1) interakcje sprzyjające doświadczaniu wspólnoty, m.in. dobre relacje pomiędzy mieszkańcami, poczucie przynależności oraz sieć wsparcia społecznego, 2) poczucie tworzenia społeczności, czyli więzi między mieszkańcami oraz „duch” społeczności.

Te dwa komponenty tworzą poczucie spójności, niezbędne do tego, by społeczność mogła sprawnie podejmować działania umożliwiające rozwiązywanie problemów i radzenie sobie z trudnościami. Im bardziej spójna jest społeczność tym skuteczniej radzi sobie z wyzwaniami i kryzysami (Kulig 2000; Pisarska i Ostaszewski 2011).

### **Kluczowe pojęcia związane z procesami *resilience***

Procesy *resilience* w życiu jednostki są nierozłącznie związane z wystąpieniem: (1) **przeciwności losu**, które stanowią zagrożenie dla prawidłowego psychofizycznego rozwoju jednostki i mogą prowadzić do **podwyższonego poziomu ryzyka** oraz (2) dobrego funkcjonowania, które stanowi wyraz pokonania tych przeciwności losu i jest określane terminem **pozytywna adaptacja**.

### ***Przeciwności losu***

Pojęcie **przeciwności losu** ma bardzo szeroki zakres semantyczny i obejmuje całą gamę jakościowo różnych niepomyślnych zdarzeń, które: (1) występują w życiu jednostki niezależnie od jej woli oraz (2) są zróżnicowane ze względu na rodzaj i stopień zagrożenia dla jej zdrowia fizycznego i psychicznego oraz prawidłowego funkcjonowania.

W badaniach nad *resilience* przeciwności losu były ujmowane jako silnie stresujące zdarzenia lub okoliczności życiowe związane z sytuacją społeczną czy rodzinną dziecka (na przykład: ubóstwo, rozwód, choroba psychiczna jednego z rodziców) albo z bezpośrednim zagrożeniem życia (działania wojenne, katastrofy, ataki terrorystyczne) (Rutter 2000; Luthar i Zigler 1991; Masten i Powell 2003).

Należy przy tym zaznaczyć, że ze względu na istotę procesów *resilience* przy określaniu przeciwności losu ważne jest odróżnienie negatywnych zdarzeń, które mogą być już oznaką nieprzystosowania społecznego i zależą od decyzji jednostki (na przykład: używanie substancji psychoaktywnych, złe wyniki w nauce) od tych, które występują niezależnie od jej woli, a więc nie podlegają kontroli (na przykład: choroba psychiczna rodzica, nadużywanie substancji psychoaktywnych przez rodziców). W kontekście procesów *resilience* powinny być brane pod uwagę tylko te zdarzenia, które mają charakter losowy (Luthar i Zigler, 1991).

**Podwyższony poziom ryzyka** w życiu jednostki jest ujmowany w kategoriach większego niż przeciętny poziomu przeżywanego stresu, związanego z wystąpieniem określonego czynnika ryzyka lub grupy czynników ryzyka w życiu jednostki. Statystycznie rzecz ujmując podwyższony poziom ryzyka oznacza większe prawdopodobieństwa wystąpienia zaburzeń zdrowia lub zachowania. Na przykład, prawdopodobieństwo wystąpienia problemów emocjonalnych i zaburzeń zachowania u dzieci, których rodzice rozwiedli się i ponownie weszli w związek małżeński jest dwukrotnie większe niż w przypadku dzieci, których rodzice się nie rozwiedli (Hetherington i Elmore, 2003). Innymi słowy, dzieci z rodzin zrekonstruowanych znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka związanego z rozwojem w przyszłości problemów zdrowia psychicznego i zachowania. Trzeba jednak podkreślić, że wyniki niektórych badań wskazują na to, iż działanie jednego lub dwóch czynników ryzyka ma zwykle niewielki negatywny wpływ na dziecko, dopiero współwystępowanie trzech lub więcej czynników może być powodem nieprzystosowania lub wywołać zaburzenia zdrowia psychicznego (Kumpher 1999; Masten i Powell 2003; Smokowski i in. 2004)

Podwyższony poziom ryzyka jest więc konsekwencją oddziaływania czynników ryzyka, przy czym wyróżnić można **niespecyficzne i specyficzne czynniki ryzyka**. Czynniki niespecyficzne to takie, których działanie może powodować wystąpienie wielu zaburzeń. Na przykład takie czynniki ryzyka jak: zespół nadpobudliwości psychoruchowej, brak wystarczającej kontroli rodziców czy zła komunikacja w rodzinie mogą prowadzić do różnych zaburzeń takich jak: przestępczość, sięganie po substancje psychoaktywne, agresja, czy symptomy depresji. Działanie specyficznych czynników ryzyka jest związane z wystąpieniem określonych typów problemów lub zaburzeń. Na przykład, u osoby, która nie odczuwa poczucia winy bardziej prawdopodobne jest pojawienie się w przyszłości zaburzeń zachowania niż depresji (Loeber i in., 1998).

**W badaniach nad fenomenem *resilience* uwzględniano, między innymi, następujące czynniki ryzyka:**

- (1) rodzinne: zaburzenia psychiczne rodziców (schizofrenia, depresja), życie w ubóstwie, przestępczość, rozwód rodziców, wrogi klimat w rodzinie, niskie wykształcenie rodziców;
- (2) indywidualne - związane z genetyczną i biologiczną podatnością (trudny, „wybuchowy” temperament, niższy poziom inteligencji)

(3) środowiskowe: wysoki poziom bezrobocia, przestępczości, przemocy w miejscu zamieszkania, niski poziom edukacji w szkole.

Od kilkunastu lat w obrębie zainteresowań badaczy zajmujących się procesami *resilience* znajdują się również dorośli i dzieci, którzy żyją na terenach objętych działaniami wojennymi lub terrorystycznymi bądź na których doszło do klęsk żywiołowych (Punamaki i in. 2001; Cortes i Buchanan 2007; Masten i Obradović 2007; Bentacourt i Khan 2008).

### **Pozytywna adaptacja**

Kolejnym, kluczowym dla koncepcji *resilience* pojęciem jest **pozytywna adaptacja**, która świadczy o pokonaniu z powodzeniem przeciwności losu. Odpowiedź na pytanie, czy w przypadku określonej osoby procesy *resilience* doprowadziły do pozytywnej adaptacji wymaga przyjęcia określonych jej kryteriów. W praktyce badawczej wybór tych kryteriów okazuje się być bardzo trudnym zadaniem. Badacze przyjmują bardzo różnorodne kryteria - od braku wystąpienia zaburzeń zdrowia psychicznego i/lub zachowania do posiadania psychospołecznych kompetencji i wypełniania zadań adekwatnych do wieku. W wyniku licznych dyskusji i wymiany poglądów sformułowane zostały następujące kwestie, które powinny zostać uwzględnione przy wyborze **kryteriów pozytywnej adaptacji**:

1. Zadania rozwojowe, a wiek dziecka. Na przykład, inne stoją zadania przed małym dzieckiem (m.in. stworzenie więzi z rodzicami), inne przed dzieckiem w wieku szkolnym (m.in. uzyskiwanie dobrych osiągnięć w nauce). W przypadku małych dzieci kryterium pozytywnej adaptacji będzie jakość ich więzi z rodzicami, a w przypadku starszych - osiągnięcia szkolne.

2. Specyficzny związek pomiędzy czynnikiem ryzyka, a rodzajem zagrożenia dla prawidłowego funkcjonowania dziecka. Na przykład, wiadomo z badań epidemiologicznych, że u ok. 10-15% dzieci z rodzin, w których jedno z rodziców choruje na schizofrenię rozwijają się symptomy tej choroby w przyszłości. W takim przypadku kryterium pozytywnej adaptacji będzie brak objawów zaburzeń zdrowia psychicznego u dziecka rodziców cierpiących na tę chorobę (Fraser i in. 1999).

3. Znaczenie obszaru funkcjonowania dla prawidłowego rozwoju psychospołecznego dziecka. Na przykład, dla dziecka w wieku szkolnym, którego jeden z rodziców jest uzależniony od picia alkoholu, ważnymi obszarami funkcjonowania jest środowisko rodzinne (dobre lub

bardzo dobre relacje z niepijącym rodzicem) i rówieśnicze (posiadanie przynajmniej jednego bliskiego przyjaciela, dobre relacje z pozytywnymi rówieśnikami).

W innych obszarach, na przykład, szkolnym może funkcjonować na poziomie przeciętnym, może wystarczyć, że „przechodzi” z klasy do klasy.

Ann Masten postuluje, by oprócz kryteriów pozytywnej adaptacji odnoszących się do społecznego funkcjonowania (takich jak wypełnianie zadań rozwojowych, przestrzeganie ogólnie przyjętych norm) uwzględniać również te, które dotyczą zdrowia psychicznego (na przykład: dobre samopoczucie, niski poziom odczuwanego stresu) (Masten 2001).

Wyniki niektórych badań wskazują bowiem na to, że dzieci narażone na działanie znaczących czynników ryzyka i jednocześnie posiadające wysokie kompetencje psychospołeczne mogą przeżywać stany lękowe, depresyjne i cierpieć z powodu niskiej samooceny w większym stopniu niż ich rówieśnicy, o podobnym poziomie kompetencji, a którzy nie doświadczyli w swoim życiu tego typu przeciwności losu (Luthar i Zigler 2001, Hetherington i Elmore 2003).

### **Główne nurty badań nad fenomenem *resilience***

W badaniach nad fenomenem *resilience* wyróżnia się cztery nurty, z których każdy wniósł cenną wiedzę na temat pozytywnej adaptacji dzieci i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka (Masten 2007).

#### ***Nurt I – Identyfikowanie czynników chroniących***

Pierwszy nurt badań nad *resilience* koncentrował się na **poszukiwaniu czynników chroniących**, to jest czynników, które zmniejszają bądź neutralizują działanie czynników ryzyka. Emmy Werner na podstawie swoich długoletnich badań rozpoczętych jeszcze w drugiej połowie lat 50. na wyspie Kauai, którymi objęła grupę kobiet w ciąży a następnie ich dzieci od chwili narodzin do 32 roku życia, wyodrębniła czynniki chroniące, sprzyjające pozytywnej adaptacji tych dzieci, mimo ekspozycji na znaczące czynniki ryzyka takie jak: powikłania okołoporodowe, bieda, poważne konflikty i wrogi klimat w rodzinie, niskie wykształcenie rodziców, choroby psychiczne rodziców.

Opisane przez Emmy Werner **czynniki chroniące to:**



- (1) pozytywne cechy temperamentu, które ułatwiły dzieciom nawiązanie kontaktu z troskliwymi, czułymi osobami;
- (2) posiadanie umiejętności (na przykład: nastawianie się na wykonywanie zadań najlepiej jak to możliwe), które pozwoliły tym dzieciom wykorzystać swoje talenty i zdolności, czemu towarzyszył rozsądny plan edukacyjny i zawodowy;
- (3) styl opieki rodziców, który rozwijał kompetencje dzieci i sprzyjał wzmocnieniu ich samooceny;
- (4) kontakt z wspierającym dorosłymi innymi niż rodzice (dziadkowie, liderzy młodzieży, członkowie grup religijnych, starsze osoby cieszące się szacunkiem i zaufaniem), którzy pomagali dzieciom rozwinąć wiarę we własne siły i możliwości;
- (5) otrzymanie „drugiej szansy”, która dawała młodym ludziom możliwość podążania nową drogą (na przykład: wstąpienie do wojska, podjęcie studiów, czy związek z akceptującym partnerem) (Werner 1994, Jordan Institute for Families 1996).

Ann Masten (2005) na początku nowego stulecia uwzględniając wcześniejsze prace Normana Garmezeego (1985) oraz dokonując własnego przeglądu badań wyodrębniła cztery główne kategorie czynników chroniących, które w ujęciu statystycznym są korelatami pozytywnej adaptacji:

- (1) cechy indywidualne - dobre funkcjonowanie intelektualne i umiejętności rozwiązywania problemów, skuteczne strategie regulowania emocji i zachowań, zrównoważony temperament we wczesnym dzieciństwie, pozytywny obraz własnej osoby, optymizm, wiara w przyszłość; wiara i poczucie sensu życia, posiadanie uzdolnień i cech cenionych społecznie (na przykład: talenty, poczucie humoru, atrakcyjność);
- (2) cechy rodziny - stabilne i dające oparcie środowisko rodzinne (ciepło, spójność, posiadanie jasno sprecyzowanych oczekiwań, poczucie więzi z rodzicami, troskliwe wypełnianie obowiązków przez rodziców, rzadkie kłótnie małżeńskie, pozytywne związki z dalszymi członkami rodziny), zaangażowanie rodziców w naukę i inne sprawy dziecka, dobre relacje z rodzeństwem, dobry status ekonomiczny rodziny, wykształcenie rodziców (przynajmniej średnie), wiara i przynależność rodziny do kościoła;
- (3) cechy społeczności lokalnej - dobre środowisko zamieszkania (wysoki poziom bezpieczeństwa, niski poziom przemocy, dostęp do centrów rekreacyjnych, czystej wody i powietrza, odpowiednie warunki mieszkaniowe), skuteczna praca szkoły (dobrze

przygotowani nauczyciele, dodatkowe zajęcia edukacyjne, szkolne zajęcia pozalekcyjne–sportowe, artystyczne, muzyczne), możliwości zatrudnienia rodziców i nastolatków, dobra opieka zdrowotna, dostęp do służb społecznych (policji, straży pożarnej, opieki medycznej), związki z osobami dorosłymi spoza rodziny (mentorzy, prospołeczni rówieśnicy (liderzy);

(4) cechy polityki i kultury społeczeństwa - ochrona zdrowia i bezpieczeństwo dzieci, dbałość o system edukacji i przeznaczanie na nią odpowiednich środków, zapobieganie i ochrona przed przemocą i/lub prześladowaniem politycznym, niski poziom społecznej akceptacji dla przemocy (O'Dougherty Wright i Masten 2005, str. 24)

### ***Nurt II – Odkrywanie procesów resilience***

Drugi nurt badań nad *resilience* był poświęcony wyjaśnianiu mechanizmów działania czynników chroniących w przewyżnianiu przeciwności losu, czyli innymi słowy modyfikowaniu poziomu ryzyka w życiu dzieci i młodzieży. Oprócz teoretycznych modeli wyjaśniających wzajemne interakcje między czynnikami chroniącymi a czynnikami ryzyka (Garmezy i in. 1984) zostały również opisane konkretne strategie działania, które mają na celu wspieranie procesów i mechanizmów *resilience* wśród dzieci i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka (Rutter 1987, Rutter 2000). Zostaną one scharakteryzowane poniżej.

- **Strategia minimalizowania negatywnego wpływu stresu** czy przeciwności losu, która może polegać na:

(1) zmianie subiektywnej oceny stresu związanego z oczekiwanym negatywnym zdarzeniem. Ocena ta, między innymi, jest zależna od procesów poznawczych jednostki. Prześledzenie razem z dzieckiem całego toku wydarzeń, które będą miały miejsce w związku ze stresującym wydarzeniem (na przykład przyjęciem do szpitala), może wpłynąć na obniżenie poziomu lęku przed nieznanym, strachu przed chwilową rozłąką z rodzicami.

(2) „dawkowaniu” stresu przy jednoczesnym zapewnieniu praktycznej pomocy w realizacji nowych zadań. Przykładem są tu historie matek, które wychowywały się w domach dziecka. Wspierający mężowie, którzy dzielili z nimi obowiązki rodzicielskie i pomagali w różnych trudnych sytuacjach, zapobiegali przenoszeniu negatywnych doświadczeń, czy praktyk wychowawczych wyniesionych przez ich żony z instytucji opiekuńczych.

(3) uczeniu młodych ludzi takiego sposobu myślenia, który pozwala przyjmować przeciwności losu jako część doświadczenia życiowego bez obwiniania się za te zdarzenia pozostające poza ich kontrolą. Warto też zachęcać do prób znalezienia dobrych stron trudnych przeżyć, tak by stały się cennym doświadczeniem na przyszłość. Ten sposób myślenia umożliwia również nabranie psychologicznego dystansu do niektórych problemów występujących w rodzinie (na przykład, problemu alkoholowego rodziców), przez co zmniejsza siłę oddziaływania rodzinnych czynników ryzyka.

- **Strategia zamiany ekspozycji na działanie czynników ryzyka**, poprzez:

(1) zmniejszenie stopnia narażenia dziecka na sytuacje, które niosą ze sobą ryzyko dla jego prawidłowego rozwoju. Na przykład wywieranie przez rodziców wpływu na wybór przyjaciół, czy kontrolowanie zachowania dziecka przez dorosłych: rodziców, sąsiadów, nauczycieli zmniejsza ryzyko popełniania przestępstw przez dzieci wychowywane w środowisku wysokiego ryzyka;

(2) uzyskanie fizycznego dystansu od sytuacji (problemów) niekorzystnie wpływających na zdrowie psychiczne i fizyczne nastolatka. Ta aktywność własna jednostki pozwala jej w dosłownym sensie oddalić się od środowiska, które jest źródłem problemów, na przykład, przez zmianę najbliższego otoczenia (zamieszkanie u krewnych, otaczanie się gronem prospołecznie nastawionych przyjaciół, zmian szkoły). Innym sposobem jest uczestniczenie w wydarzeniach kulturalnych, zostanie liderem działań podejmowanych w szkole, angażowanie się w działalność klubów, uczestniczenie w programach, które ułatwiają nawiązanie relacji z pozytywnymi i wartościowymi rówieśnikami lub osobami dorosłymi.

(3) otwarcie się na nowe możliwości, które ułatwią zmianę środowiska i tym samym ograniczą wpływ niekorzystnych warunków życiowych lub innych niepomyślności losu. Na przykład, wstąpienie do wojska, które zapewnia dalszą edukację i szkolenie zawodowe może stworzyć nowe perspektywy młodym ludziom w grup podwyższonego ryzyka.

- **Strategia wzmocnienia łańcucha pozytywnych zdarzeń**, która polega na wczesnym przewidywaniu i zapobieganiu przyszłym niekorzystnym następstwom określonych indywidualnych cech jednostki.

Temperament dziecka wpływa na jakość jego relacji z najbliższym otoczeniem. Łatwiej jest nawiązać przyjacielski kontakt z dzieckiem, które jest zrównoważone emocjonalnie i zachowuje się spokojnie niż z takim, które nie kontroluje swoich emocji i jest nadpobudliwe. Na podstawie wiedzy i doświadczenia, można przewidzieć, że dziecko z tzw. z trudnym temperamentem, które reaguje na sytuacje stresowe niepokojem emocjonalnym i zachowaniami buntowniczymi będzie wywoływać negatywne reakcje, takie jak wrogość, odrzucenie, nadmierna krytykę dorosłych i rówieśników. Zapobiec temu mogą odpowiednio wczesne działania, które wzmocnią łańcuch pozytywnych zdarzeń w życiu dziecka. Dziecko można nauczyć zachowywania się w sposób, który będzie sprzyjał pozyskiwaniu sympatii i życzliwości, co z kolei będzie ułatwiało uzyskanie wsparcia najbliższego otoczenia (rodziców, nauczycieli, rówieśników) w radzeniu sobie z trudnościami.

- **Strategia przerywania łańcucha negatywnych zdarzeń**, która polega na uruchomieniu procesów, które zahamują kumulowanie się problemów mogących zakłócić prawidłowe funkcjonowanie psychospołeczne dziecka.

Na przykład, wczesna śmierć jednego z rodziców, może wywołać u dziecka objawy depresji, społeczne wycofywanie się, zaburzenia zachowania oraz wiele innych niekorzystnych następstw utrzymujących się przez wiele lat. Dodatkową, istotną przyczyną problemów dziecka może być brak wystarczająco czułej i troskliwej opieki ze strony owdowiałego rodzica, które są niezbędne dla prawidłowego rozwoju emocjonalno-społecznego oraz funkcjonowania dziecka w szkole czy w grupie rówieśniczej. Sposobem na przerywanie łańcucha negatywnych zdarzeń mogłoby być wspieranie samotnego rodzica w dobrym spełnianiu swoich funkcji rodzicielskich lub zapewnienie alternatywnej opieki nad dzieckiem.

- **Strategia wzmocnienia samooceny i poczucia skuteczności.**

To, co dana osoba myśli na swój temat, jakie towarzyszą temu uczucia, jak spostrzega swoje środowisko i jak ocenia własne możliwości, może mieć wpływ na to, czy w obliczu przeciwności losu uruchomi dostępne jej zasoby. Wysoka i adekwatna samoocena oraz przekonanie, że można z powodzeniem podołać nowemu zadaniu należą do kluczowych czynników chroniących. Kształtują się one w wyniku bezpiecznych, harmonijnych i bliskich

relacji ze znaczącymi osobami oraz odniesionych sukcesów w realizacji ważnych dla jednostki celów.

Zarówno poczucie własnej wartości, jak i poczucie własnej skuteczności nie jest przypisane jednostce raz na zawsze. Mogą one ulegać zmianom w zależności od sytuacji i nowych doświadczeń, związanych między innymi z ważnymi momentami w życiu dziecka (ang. *turning points*). Na przykład, takim momentem może być rozpoczęcie nauki w szkole.

Oznacza to zmierzenie się z takimi wyzwaniami jak nawiązanie kontaktów z rówieśnikami, wykonywanie zadań na lekcji, prac domowych itp. Osiągnięcie w tych obszarach sukcesów przez dziecko, które ma niekorzystne środowisko rodzinne, jest istotnym czynnikiem chroniącym, natomiast doświadczenie przez niego niepowodzeń, zwiększa jego podatność na wpływ innych czynników ryzyka.

### ***Nurt III -Idee resilience w praktyce***

Trzeci nurt badań był poświęcony praktycznemu zastosowaniu idei *resilience* w profilaktyce i wczesnych interwencjach, ukierunkowanych na rozwój kompetencji oraz poprawę zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży dorastającej w niekorzystnych warunkach życiowych. W obrębie zainteresowań badaczy znalazły się skuteczne strategie modyfikujące poziom ryzyka w przypadku dzieci narażonych na znaczące rodzinne czynniki ryzyka (choroba psychiczna jednego z rodziców, nadużywanie substancji psychoaktywnych przez rodziców, rozwód rodziców) (Kumpher i Bluth 2004, Luthar i Cicchetti 2000, Werner 2000).

Warto zaznaczyć, że opracowane programy były głównie nastawione na wzmacnianie wpływu czynników chroniących. Działania w tych programach polegały, na przykład, na wzmacnianiu bliskich i dobrych relacji między dziećmi i rodzicami, poprawie umiejętności wychowawczych rodziców, tak by unikali włączania dzieci w konflikty małżeńskie oraz nie obwiniali swoich córek i synów za powstawanie tych konfliktów, a także nauczania dzieci, by nie przyjmowały odpowiedzialności za występowanie objawów choroby psychicznej u rodzica (Fergus i Zimmerman 2005). Badania ewaluacyjne tych programów przyniosły, między innymi, bardzo obiecujące wyniki w zakresie poprawy umiejętności wychowawczych rodziców, ograniczenia wśród dzieci problemów związanych ze zdrowiem psychicznym i zachowaniami problemowymi, rozumienia mechanizmów choroby psychicznej, lepszego

radzenia sobie w szkole (Kumpher i Bluth 2004, Luthar i Cicchetti 2000, Werner 2000, Fergus i Zimmerman 2005). Nurt ten zaowocował również opracowaniem 10 zasad, w oparciu o które można tworzyć skuteczne programy i interwencje profilaktyczne (Luthar i Cicchetti 2000, Borucka 2011).

#### ***Nurt IV – Procesy i mechanizmy resilience w naukach biologicznych***

Czwarty nurt badań nad *resilience* umożliwił odkrycie biologicznych i neurologicznych procesów oraz mechanizmów leżących u podstaw poznawczego, psychicznego oraz behawioralnego rozwoju dzieci żyjących w niekorzystnych warunkach.

Badania prowadzone w oparciu o nauki biologiczne i neurologiczne pogłębiły wiedzę na temat zarówno tych procesów *resilience*, które zwiększają podatność jak i tych, które chronią przed negatywnymi skutkami ekspozycji na podwyższony poziom ryzyka (Luthar i Brown 2007; Curtis i Cicchetti 2003). Integracja wyników badań z nauk biologicznych i społecznych oprócz znaczenia praktycznego tj. pogłębienia wiedzy na temat procesów leżących u podstaw zjawiska *resilience* daje również szansę na lepsze i bardziej precyzyjne rozumienie powiązań między złożonym podłożem biologicznym, a tymi procesami *resilience*, które są włączone w procesy poznawcze i kontroli emocji.

Jednocześnie, przekraczając pewne tradycyjne granice między dyscyplinami, wytycza drogę współpracy między naukowcami zajmującymi się profilaktyką i naukami medycznymi.

#### **Podsumowanie**

W ciągu ostatnich kilku dekad, dzięki dynamicznie rozwijającym się badaniom nad, między innymi, fenomenem *resilience* rozumienie procesów i mechanizmów ryzyka stanowiących zagrożenie dla prawidłowego rozwoju psychospołecznego i fizycznego jednostki uległo znacznym przeobrażeniom. Znaczącym wkładem koncepcji *resilience* w rozwój wiedzy na temat mechanizmów przystosowania człowieka jest skupienie się na czynnikach i mechanizmach chroniących. Przyjęto szerszą perspektywę, która uwzględniając wiek rozwojowy jednostki, obejmowała wzajemne interakcje czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych i środowiskowych związanych nie tylko z nieprawidłowym rozwojem ale także z mechanizmami adaptacyjnymi (Sroufe i Rutter 1984, Cicchetti 2006, Cicchetti i Toth 2009, Rutter 2009).

Badania i działania inspirowane przez koncepcję *resilience* stały się również podstawą do skuteczniejszej pracy z dziećmi z grup zwiększonego ryzyka (Borucka i Ostaszewski 2012; Junik 2012; Rustecka-Krawczyk 2012). Pozytywne i bliskie relacje z innymi ludźmi, które zaspokajają ważne potrzeby jednostki takie jak miłość, poczucie bezpieczeństwa i przynależności są podstawą dla pozytywnej adaptacji wbrew przeciwnościom losu czy traumatycznym wydarzeniom. Zdarza się, że nie można uwolnić dziecka całkowicie od wpływu długotrwałych czynników ryzyka, takich jak życie w ubóstwie, wojny, wychowywanie się w rodzinie w której brak harmonii, ale można spróbować przeciwdziałać negatywnym skutkom tych zdarzeń poprzez świadome działania oparte na znajomości procesów i mechanizmów ochronnych.

### **Afiliacja**

Anna Borucka, Agnieszka Pisarska  
Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M”  
Zakład Zdrowia Publicznego  
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

### **Piśmiennictwo**

1. Betancourt, t. s., & Khan, K. t. (2008), *The mental health of children affected by armed conflict: Protective processes and pathways to resilience*, "International Review of Psychiatry", 20, s. 317–328.
2. Black K., Lobo M. (2008), A conceptual review of family resilience factors. *Journal of Family Nursing*, 14 (1), 33-55.
3. Borucka, A., Ostaszewski, K. (2008), Koncepcja resilience. Kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia. *Medycyna Wieku Rozwojowego*. XII, 2, część I. str. 587 – 597.
4. Borucka A. (2011), *Koncepcja resilience. Podstawowe założenia i nurty badań, Resilience. Teoria–badania–praktyka*, W. Junik (red.), Warszawa: Parpamedia,, s. 11–28.
5. Borucka, A. Ostaszewski, K. (2012), *Czynniki i procesy resilience wśród dzieci krzywdzonych*. Dziecko krzywdzone: Resilience – pozytywna adaptacja dzieci krzywdzonych, Nr 3(40), 7-22.
6. Cicchetti D. (2006), *Development and Psychopathology*, w: D. Cicchetti (red.), *Developmental Psychopathology* (2 wyd.): *Theory and Method*, red., vol. 1, s. 1–23. New York: Wiley, [http://cfc.uoregon.edu/classes/SPSY\\_650/Readings/Class%201/1-A%20Cicchetti.pdf](http://cfc.uoregon.edu/classes/SPSY_650/Readings/Class%201/1-A%20Cicchetti.pdf), dostęp: 11.05.2012.
7. Cicchetti D., Toth S.L. (2009), *The past achievements and future promises of developmental psychopathology: the coming of age of a discipline*, *Child Psychology and Psychiatry*, vol. 50: 1–2, s. 16–25.
8. Cortes L., Buchanan M.J. (2007), *The experience of Columbian child soldiers from a resilience perspective*, *International Journal for the Advancement of Counseling*, 29:43–55.
9. Curtis J., Cicchetti D. (2003), Moving research on resilience into 21 st. century: Theoretical and methodological considerations in examining the biological contributors to resilience. *Development and Psychopathology*, 15, 773-810.

10. Fergus, S., & Zimmerman, M. A (2005), Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419.
11. Fraser M .W., Richman J.M., Galinsky M., J. (1999), *Risk, protection, and resilience: Toward a conceptual framework for social work practice*. *Social Work Research*, Sep. 1999, 23,3, 131-143.
12. Garmezy N (1985), Stres-Resistant Children: The Search for Protective Factors (w:) J. Stevenson (red). *Recent Research in Developmental Psychopathology*. Pergamon Press, Oxford – New York – Toronto – Sydney – Paris – Frankfurt, 213-234.
13. Greenberg M. T. (2006), Promoting resilience in children and youth. Preventive intervention and their interface with neuroscience. *Annals of the New York Academy of Sciences*, Volume 1094, Resilience in Children, 139-150.
14. Hetherington E.M., Elmore A. M. (2003), Risk and resilience in children coping with their parent's divorce and remarriage. (w:) Luthar S. S. (red.) *Resilience and Vulnerability*. Cambridge University Press, 182-212.
15. Jordan Institute for Families (1996), Helping at-risk children beat the odds. Children's Services, Practice Notes, Vol.1, No3, Spring 1996
16. Junik W. (2011), *Zjawisko rezylencji – wybrane problem metodologiczne*, w: *Resilience. Teoria–badania–praktyka*, red. W. Junik, parpamedia, Warszawa, s. 47–66.
17. Junik, W.(2012) *Teoretyczne i empiryczne podstawy wzmacniania rezylencji (resilience) u dzieci z rodzin z problemem alkoholowym*. Dziecko krzywdzone: Resilience – pozytywna adaptacja dzieci krzywdzonych, Nr 3(40), 27-45.
18. Kulig J. (rok), Community resiliency: the potential for community health nursing theory development. *Public Health Nursing*, 17 (5), 374-385.
19. Kumpfer K .L. (1999), Factors and processes contributing to resilience. The resilience framework. (w:) *Resilience and development: Positive life adaptations*. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, 179-224.
20. Kumpfer K .L., Bluth B. (2004), Parent/child Transactional Processes Predictive of Resilience or Vulnerability to “ Substance Abuse Disorders. *Substance use & Misuse*, Vol, 39, No 5, 671-698.
21. Loeber R., Farrington D.P., Stouthamer-Loeber M., Van Kammen W.B. (1998), Multiple risk factors for multiproblem boys: Co-occurrence of delinquency, substance use, attention deficit, conduct problems, physical aggression, covert behavior, depressed mood, and shy/withdrawn behavior (w:) Jessor R. (red) *New Perspective on Adolescents Risk Behavior*, wyd. Cambridge University Press, 90-149.
22. Luthar S.S., Zigler E (1991), Vulnerability and Competence: A Review of Research on Resilience in Childhood. *Amer. J. Orthopsychiat*, 1991, 61(1), 6-22.
23. Luthar S.S. Cicchetti D., Becker B. (2000), The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, May/June, Volume 71, Number 3, 543-562.
24. Luthar S.S. Cicchetti D. (2000), The construct of resilience: Implication for intervention and social policies. *Development and Psychopathology*, 12, 857-885.
25. Luthar S.S.: Resilience in development (2006), A synthesis of research across five decades (w:) Cicchetti D. & Cohen D. J. (red) *Developmental Psychopathology: Risk, disorder, and adaptation*, Volume 3 (2 edition) New York: Wiley, 740-795.
26. Luthar S.S, Brown J. P (2007), Maximizing resilience through diverse levels of inquiry: prevailing paradigms, possibilities and priorities for the future. *Development and Psychopathology* 19, 931-955.
27. Masten A.S. (2001), Ordinary magic. *American Psychologist*, Volume 56, Number 3, 227-238.



28. Masten A.S., Powell J.L (2003), A Resilience Framework for Research Policy and Practice. (w:) *Luthar S.S. (red) Resilience and Vulnerability*, Cambridge University Press, 1-28.
29. Masten A.S. (2007), Resilience in developing system: Progress and promise as the fourth waves rises. *Development and Psychopathology* 19, 921-930.
30. McCubbin H., McCubbin M. (1988), Typologies of resilient families: emerging roles of social class and ethnicity. *Family Relations*, 37 (3), 247-254.
31. Mycota D.B., Muhajarine N. (2005), Community resilience impact on child and youth health outcome: A neighbourhood case study. *Canadian Journal of School Psychology*, 20 (5), 5–20.
32. Obradović J., Dulman M., Tuppett Y., Carlson E., Egeland B. (2006) Developmental assessment of competence from early childhood to middle adolescence. *Journal of Adolescence* 29, 857-889.
33. Masten A. S., Obradović J.(2008) Disaster preparation and recovery: lessons from research on resilience in human development. *Ecology and Society*, 13(1):9 (online) <http://www.ecologyandsociety.org/vol13/iss1/art9/>.
34. O’Dougherty Wright M., Masten A.S. (2005), *Resilience processes in development. Fostering positive adaptation in the context of adversity*, w: *Hand Book of Resilience*, red. S. Goldstein.& R.B. Brooks, Springer, s. 17– 38.
35. Pisarska A., Ostaszewski K.(2011), Środowisko sąsiedzkie w percepcji warszawskich gimnazjalistów w kontekście koncepcji resilience [w:] Junik W. (red.) *Resilience*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa: 87-103.
36. Pisarska A. Ostaszewki K. (2012), *Resilience w rodzinie – wynik badań warszawskich gimnazjalistów. Dziecko krzywdzone: Resilience – pozytywna adaptacja dzieci krzywdzonych*, Nr 3(40), 62-83.
37. Punamaki R.L., Qouta S., El-Sarraj E. (2001), *Resiliency factors predicting psychosocial adjustment after political violence among Palestinian children*, *International Journal of Behavioral Development*, 25 (3), s. 256–267.
38. Rustecka – Krawczyk, A (2012), *W poszukiwaniu czynników chroniących młodzieży z grup ryzyka Dziecko krzywdzone: Resilience – pozytywna adaptacja dzieci krzywdzonych*, Nr 3(40), 46-61.
39. Rutter M. (1987): Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms. *Amer. J. Orthopsychiat.* 57(3), 1987, 316-331.
40. Rutter M ( 2000) Resilience Reconsidered: Conceptual considerations, Empirical Findings and Policy Implications. (w:) Shonkoff J.P. & Meisels S.J. (Eds), *Handbook of Early Child Intervention*, New York Cambridge, 651-681.
41. Smokowski P.R., Mann E. A., Reynolds A. J., Fraser M.W. (2004), Childhood risk and protective factors and late adolescent adjustment In inner city minority youth. *Children and Youth Services Review* 26, 63-91.
42. Sroufe L.A., Rutter M. (1984), *The Domain of Development Psychopathology*. *Child Development*, 55, s. 17–29.
43. Werner, E. E (1994), Overcoming the odds. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15, (2) 131-136.
44. Werner E. E. (2000), Protective factors and individual resilience (w:) J. P. Shonkoff, S. J. Meisels (red.) *Handbook of Early Childhood Intervention. Second editio*. Cambridge University Press, 115-132.