

Resiliens

Oddgeir Friborg, Universitetet i Tromsø

Resiliens er et relativt nytt begrep innen psykologi. Av all forskning på fenomenet er om lag 85 % publisert i det siste tiåret. Resiliens (eng.: *resilience*) er opprinnelig et begrep fra ingeniørvitenskapen. Der dreier det seg om hvor mye belastning et materiale kan tåle inntil det mister muligheten til å gjenopprette original form (Holling, 1973) – altså at det går i stykker eller knuses. Begrepet refererer derfor til en form for fleksibilitet, motstandskraft eller tåleevne. Ingeniørene har tradisjonelt forsøkt å beregne materialenes *indre* tåleevne og hva som kan styrke denne (eks. legeringer). Men tåleevnen kan også økes ved å tilføre *ytre* forsterkninger i form av avstivninger eller støttestrukturer.

Dette er ikke så ulikt den betydning begrepet har fått i psykologi, nemlig som en spesiell evne til å komme seg gjennom stress eller belastninger uten å ta skade av det. Man tenker seg at denne evnen er forbundet med faktorer både i individet og i miljøet. Det er dog en viktig forskjell. Mens materialer kan knuses brått om belastningen overgår tåleevnen, er ikke tilsvarende reaksjoner for psyken dokumentert. Langvarig alvorlig omsorgssvikt eller stress påfører riktignok et barn i utvikling vedvarende skader (Beckett, *m.fl.*, 2006; Egeland, Sroufe, & Erickson, 1983), men dette skjer ikke plutselig.

To av verdens ledende forskere innen feltet, barnepsykiateren Sir Michael Rutter og utviklingspsykologen Suniya Luthar, definerer *resiliens* som "...et fenomen eller en prosess som gjenspeiler en relativt positiv tilpasning til tross for erfaring med betydelig motgang eller traume" (Luthar, 2006; Masten, *m.fl.*, 1999; Rutter, 1999). Det inkluderer dermed to komponenter: 1) erfaring med betydelig motgang, belastning eller traume, og 2) et godt utkomme eller en positiv tilpasning. Resiliens kan dermed forstås som *normal* utvikling eller fungering under *unormale* forhold. Det finnes ikke et dekkende norsk begrep som kan rettferdiggjøre den betydningen fenomenet har fått i forskningslitteraturen. Ord som «motstandskraft», «elastisitet», «fleksibilitet», «spenstighet», «mestring» eller «psykologisk motstandsdyktighet» er varianter, men problemet med alle disse er at de beskriver *resiliens* som utelukkende en *indre* kvalitet i individet. Dette er problematisk når vi vet hvor viktig beskyttende faktorer i miljøet er for utvikling og bevaring av mentale helse. Miljøfaktorene er generelt sett viktigere i de første leveårene, mens individfaktorene er viktigere jo eldre barnet blir. Av denne grunn brukes *resiliens*, en fornorsking av det engelske begrepet.

Resiliensbegrepet kom i bruk i psykologi etter studier i 1960- og 70-årene som viste at barn som vokste opp med mødre med en schizofrenisykdom, sjelden utviklet slik sykdom selv (Garmezy, 1971; Mednick, Parnas, & Schulsinger, 1987). Dette var ganske uventet på den tiden ettersom både utviklings- og klinisk psykologi overveiende forstod psykisk helse gjennom sårbarhets- og sykdomsmodeller. En viktig komponent i behandlingen var følgelig å fjerne eller i det minste redusere stress, risiko eller patologi. Resiliensforskningen stammer derfor fra klinisk psykologi og utviklingspsykopatologi, med forskning på forløp, stress og avvik.

Resiliens og beskyttende faktorer

Forskningen på *resiliens* var først opptatt av å beskrive det uventede positive utkommet (Garmezy, 1971; Werner & Smith, 2001). Imidlertid rettet nysgjerrigheten seg raskt mot å identifisere hvilke faktorer og prosesser som bidrar til et slikt utkomme. Det var ønskelig å forstå hva som økte sannsynligheten for en funksjonell tilpasning og mestring på tross av eksponering for stress og belastninger. Over årenes løp er en rekke *resiliens*beskyttende faktorer fra forskning på barns utvikling identifisert. De grupperes

vanligvis i tre hovedområder (Cederblad, 2003; Garnezy, 1985; Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Werner & Smith, 2001): 1) Først og fremst individuelle faktorer knyttet til biologi/gener, intelligens, personlighet og temperament, kognitive faktorer som følelse av kontroll, mestringsstrategier og god problemløsning, fravær av grubling og god evne til emosjonell regulering, 2) faktorer knyttet til familie, med samhold og støtte som de viktigste, og 3) tilgjengelighet til sosiale ressurser i form av venner og sosialt nettverk som støtter opp under barnet og forsterker positive mestringsstrategier. Tilgang til materielle ressurser hører også til her, eksempelvis i form av minimumskrav til bolig og økonomi. En oversikt over beskyttende faktorer gis i tabell 1.

Tabell 1. Oversikt over beskyttende faktorer

Individuelle	<ul style="list-style-type: none"> ◦ En trygg oppvekst, trygg tilknytning til i det minste én omsorgsperson ◦ Et positivt temperament (vennligstilt, aktiv barndom, ikke irriterende) ◦ Utadvendt personlighetsstil, lett å komme i kontakt med ◦ God impuls kontroll, emosjonelt stabil ◦ Tro på egne evner, positiv selvfølelse ◦ Gode problemløsningsevner ◦ Fleksibilitet i valg av mestringsstrategier når problemer skal løses ◦ Normal til høy intelligens ◦ Selvinnsikt, forståelse av egne styrker og svakheter ◦ God sosial kompetanse, vekker positiv respons fra andre ◦ Følelse av autonomi og indre kontroll ◦ Struktur og regler, har klare mål og vet hvordan disse kan nås ◦ Et positivt fremtidssyn, lav grad av negativ tenkning eller bekymring ◦ Sans for humor ◦ Et religiøst livssyn som gir håp og støtte
Familie	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Samhold i familien, en familie preget av lojalitet, lavt konfliktnivå, felles verdier og åpen kommunikasjon ◦ Beskyttelse, varme og stimulering fra oppveksten av ◦ Nær og god relasjon til den bestfunderende forelderen i familien ◦ Eldste eller eneste barn i familien ◦ Arbeidende mor ◦ Struktur, konsistente og klare regler i familien ◦ Nær kontakt med annen omsorgsperson i familien, eks. besteforeldre eller tante ◦ Familiens måte å løse problemer på er optimistisk og løsningsorientert
Sosialt/samfunn	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Barnet har betydningsfulle personer utenfor familien som ser barnets behov og støtter opp under funksjonell mestring ◦ Evne til å opprettholde vennskap ◦ Godt samhold mellom vennene ◦ Adekvate materielle ressurser i form av boforhold og økonomi ◦ Tilgang til helsetjenester, utdanning og fritidstilbud ◦ Muligheter for arbeid og karriere

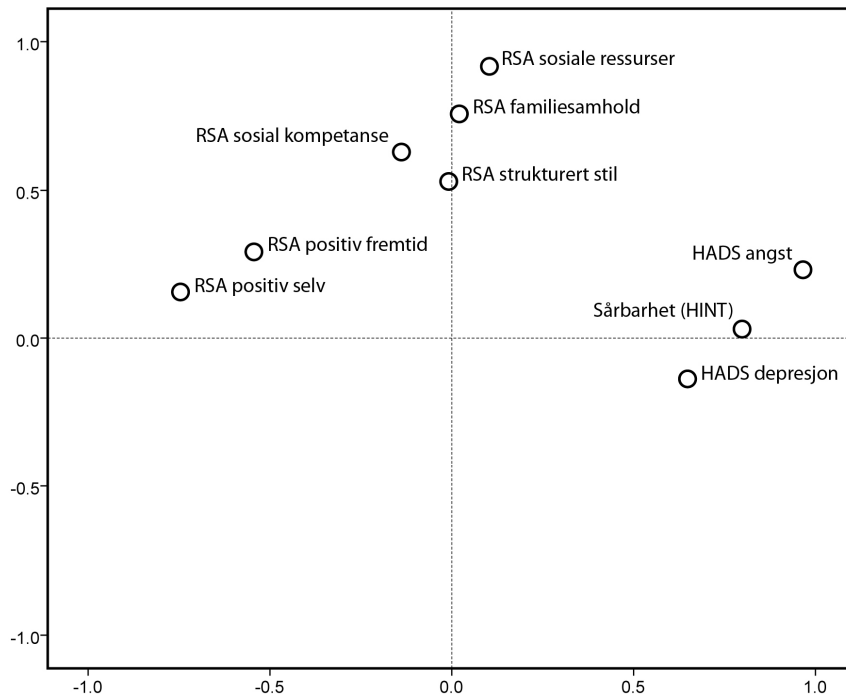
Disse faktorene er ikke statiske; betydningen av de ulike faktorene varierer over livsløpet. Eksempelvis er en trygg tilknytning til en omsorgsperson viktig i begynnelsen av livet. Positiv selvfølelse virker også beskyttende, men betydning av dette akselererer først i ungdomsalderen. Evne til å etablere vennskap er viktig for den psykiske helsen, men avgjort viktigst i ungdomsårene. God impuls kontroll virker derimot beskyttende fra ung alder av da det reduserer risikoen for å havne i konflikter. Å skaffe seg utdanning, jobb og en mulig

karriere er svært viktig, men ikke før i voksenlivet. Følgelig er den beskyttende effekten av de forskjellige faktorene ulike over livsløpet. Men dette kan også variere etter kontekst eller samfunnsmiljø. Et eksempel på dette er autoritær foreldrestil. For ungdom som kommer fra mellomklassen eller høyere samfunnslag, er autoritære foreldre en sårbarhetsfaktor for å utvikle emosjonelle eller opposisjonelle problemer. Men for ungdom som vokser opp i et miljø preget av sosial nød og kriminalitet, kan autoritære foreldre tvert i mot beskytte barna mot å havne i problemer (Luthar, 2006).

Resiliens, stress og sårbarhet

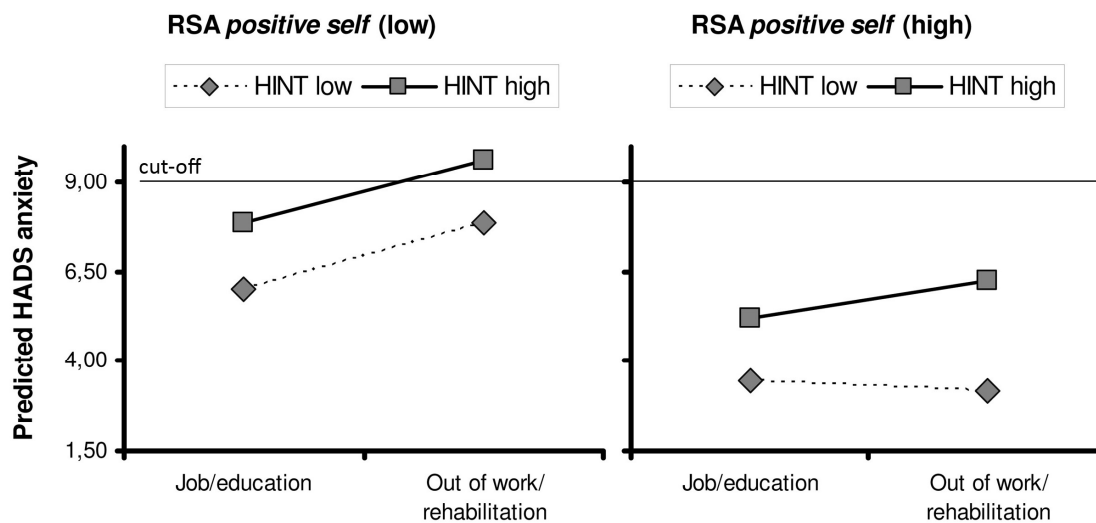
Ettersom resiliensbegrepet stammer fra forskning på sårbarhet og sykdom, oppfattes det av mange som motsatsen til disse begrepene. Enkelte definerer det også som et direkte antonym til sårbarhet og psykisk sykdom (Sroufe, 1997). Det er altså ikke særlig meningsfullt å snakke om resiliens i fravær av stress eller trusler mot normal utvikling eller fungering. Bruken av begrepet forutsetter derfor en reell eksponering for noe potensielt skadelig. Dette har paralleller til hvordan kroppen utvikler immunitet på (Rutter, 1995). Eksponering for et potensielt dødelig virus anses nødvendig, riktignok i svekket form (vaksine), for at langvarig immunitet skal oppstå. Dette skiller seg vesentlig fra positiv psykologi (se annet kapittel i boken) hvor eksponering for stress ikke er en forutsetning for fenomenet. Et viktig spørsmål er derfor om *resiliens* egentlig er noe mer enn kun fravær av sårbarhet eller sykdom. Er resiliens og sykdom kun to ulike begrep for det samme underliggende fenomen? Befinner de seg bare på hver side av samme akse for mental helse, fra frisk til syk?

Dette ble undersøkt i en spørreundersøkelse av 1724 mennesker fra normalpopulasjonen i Norge (Friborg *m. fl.*, 2009). Følgende faktorer ble kartlagt: ytre stress i form av yrkessituasjon, sårbarhet i form av negativ tenkning, resiliensfaktorer i form av personlige og sosiale ressurser, og psykiske plager i form av angst og depresjon. En faktoranalyse av alle delskalaene fra de ulike spørreinstrumentene viste at patologi- og sårbarhetsmålene legger seg på den horisontale faktoraksen, mens flertallet av resiliensfaktorene legger seg på en uavhengig vertikal faktorakse (se figur 1). Dersom resiliensfaktorene kun hadde vært motsatte begreper for sårbarhet og psykopatologi, ville alle resiliensfaktorene lagt seg på venstre side av den horisontale faktoraksen. De resiliensfaktorene som imidlertid legger seg på horisontalaksen (positiv selvfølelse og positiv fremtidssyn), er i større grad del av samme fenomen som psykopatologi og sårbarhet, men da som motsatser til psykiske symptomer.



Figur 1: Faktoranalyse av testskårer fra de ulike spørreinstrumentene.

Videre viste studien at økt stress (målt som tap av arbeid/være i rehabilitering) og økt sårbarhet (negativ tenkning, HINT) øker risikoen for å oppleve angstplager (se figur 2). Funnene er noenlunde tilsvarende for depresjon, men vises ikke her. Økt resiliens (målt som positiv selvfølelse/selvtro, RSA) dempet risiko for angstplager. I tillegg virket disse faktorene sammen. Spesielt innebærer kombinasjonen av høy resiliens og lav sårbarhet en god beskyttelse mot angstplager når mennesker blir syke eller mister sitt arbeid (faktisk ingen endring), mens kombinasjonen av lav resiliens og høy sårbarhet gir høyest risiko for å få angstplager. I sistnevnte tilfelle passerte angstnivået også cutoff linjen, noe som innebærer en høy sannsynlighet for å utvikle en reell angstlidelse.



Figur 2. Illustrasjon av hvordan den negative effekten av å være uten arbeid/i rehabilitering påvirkes ulikt av sårbarhets- og beskyttende faktorer (figur hentet fra Friborg, *m fl.*, 2009).

Konklusjonen er at kunnskap om resiliensfaktorer bidrar til å øke forståelsen av hva som forebygger mentale helseproblemer hos personer som er sårbare og som kommer i en vanskelig livssituasjon. Det gir også grunn til å hevde at forebygging og behandling bør fokusere vel så mye på fremming av beskyttende faktorer (resiliens) som på demping av stress- og sårbarhetsfaktorer.

Spørsmål

1. I forskning på resiliens og positiv psykologi står positive faktorer i sentrum, men hva skiller disse to begrepene fra hverandre?
2. Hva definerer en beskyttende faktor?
3. Er resiliens det motsatte av psykopatologi og sårbarhet, eller er det et selvstendig begrep i psykologien?

Litteratur

- Beckett, C., Maughan, B., Rutter, M., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., *m fl.* (2006). Do the effects of early severe deprivation on cognition persist into early adolescence? Findings from the English and Romanian adoptees study. *Child Development*, *77*, 696-711.
- Cederblad, M. (2003). *Från barndom till vuxenliv: En översikt av longitudinell forskning*. Stockholm: Gothia.
- Egeland, B. E., Sroufe, L. A., & Erickson, M. (1983). The developmental consequence of different patterns of maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, *7*, 459-469.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Martinussen, M., & Rosenvinge, J. H. (2009). Empirical support for resilience as more than the counterpart and absence of vulnerability and symptoms of mental disorder. *Journal of Individual Differences*, *30*, 138-151.
- Garnezy, N. (1971). Vulnerability research and the issue of primary prevention. *American Journal of Orthopsychiatry*, *41*, 101-116.
- Garnezy, N. (1985). Stress-resistant children: The search for protective factors. In J. E. Stevenson (Ed.), *Recent research in developmental psychopathology* (pp. 213-233). Oxford, UK: Pergamon Press.
- Holling, C. S. (1973). Resilience and stability of ecological systems. *Annual Review of Ecological Systems*, *4*, 1-23.
- Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. J. Cohen & D. Cicchetti (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (2nd ed., Vol. 3, pp. 739-795). Hoboken, US: John Wiley & Sons Inc.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, *71*, 543-562.
- Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garnezy, N., & Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*, *11*, 143-169.
- Mednick, S. A., Parnas, J., & Schulsinger, F. (1987). The Copenhagen High-Risk Project, 1962-86. *Schizophrenia Bulletin*, *13*, 485-495.
- Rutter, M. (1995). Psychosocial adversity: risk, resilience and recovery. *South African Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, *7*, 75-88.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, *21*, 119-144.
- Sroufe, L. A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology*, *9*, 251-268.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery*. Ithaca, US: Cornell University Press.