

# Mentalno zdravlje i otpornost osoba različite seksualne orijentacije

---

Demo, Ivana

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zadar / Sveučilište u Zadru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:162:674770>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-10-04**



**Sveučilište u Zadru**  
Universitas Studiorum  
Jadertina | 1396 | 2002 |

Repository / Repozitorij:

[University of Zadar Institutional Repository](#)



Sveučilište u Zadru  
Odjel za psihologiju  
Sveučilišni diplomski studij  
Psihologija



Zadar, 2024.

Sveučilište u Zadru  
Odjel za psihologiju  
Sveučilišni diplomski studij  
Psihologija

Mentalno zdravlje i otpornost osoba različite seksualne orijentacije

Diplomski rad

Student/ica:  
Ivana Demo

Mentor/ica:  
Izv. prof. dr. sc. Marina Nekić

Zadar, 2024.



## Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Ivana Demo**, ovime izjavljujem da je moj **diplomski** rad pod naslovom **Mentalno zdravlje i otpornost osoba različite seksualne orijentacije** rezultat mojega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mojega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mojega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 16. srpnja 2024.

## SADRŽAJ

1. UVOD.....	5
1.1. Mentalno zdravlje i seksualna orijentacija .....	5
1.1.1. Razlike u mentalnom zdravlju osoba različitih seksualnih orijentacija .....	7
1.1.2. Povijest LGB+ zajednice u Hrvatskoj .....	9
1.1.3. Internalizirana homofobija i izlaženje iz ormara .....	11
1.2. Otpornost .....	12
1.2.1. Razvoj konstrukta otpornosti .....	13
1.2.2. Biološki aspekt otpornosti .....	15
1.2.3. Intrapersonalni faktori otpornosti .....	17
1.2.4. Okolinski faktori otpornosti .....	20
1.2.5. Mjerni instrumenti otpornosti .....	22
1.3. Usredotočena svjesnost .....	24
1.3.1. Razvoj usredotočene svjesnosti .....	26
1.3.2. Biološki aspekt usredotočene svjesnosti .....	28
1.3.3. Primjena usredotočene svjesnosti u terapiji .....	29
1.3.4. Negativni aspekti prakticiranja usredotočene svjesnosti .....	31
1.4. Odnos mentalnog zdravlja te otpornosti i usredotočene svjesnosti kod osoba različitih seksualnih orijentacija .....	35
2. CILJ .....	37
3. PROBLEMI .....	37
4. HIPOTEZE .....	38
5. METODA .....	38
5.1. Sudionici .....	38
5.2. Mjerni instrumenti .....	40
5.3. Postupak .....	42
6. REZULTATI .....	43
6.1. Razlike između neheteroseksualnih i heteroseksualnih osoba s obzirom na ispitivane varijable .....	44
6.3. Razlike između homoseksualnih i biseksualnih osoba različitih otvorenosti oko vlastitog seksualnog identiteta s obzirom na ispitivane varijable .....	45
6.3. Odnos relevantnih psihosocijalnih varijabli kod heteroseksualnih i neheteroseksualnih osoba .....	48
6.4. Doprinos prediktora usredotočene svjesnosti i otpornosti ka mentalnom zdravlju .....	50

7. RASPRAVA.....	53
8. ZAKLJUČAK.....	61
9. LITERATURA .....	62
10. PRILOZI.....	76
<i>10.1. Prilog 1</i> .....	77
<i>10.2. Prilog 2</i> .....	79
<i>10.3. Prilog 3</i> .....	80
<i>10.4. Prilog 4</i> .....	82

### Sažetak

LGB+ osobe se suočavaju s jedinstvenim izazovima koji značajno utječu na njihovo mentalno zdravlje. Česti susreti s diskriminacijom te specifični životni uvjeti ove populacije bude interes za dubljim razumijevanjem prepreka s kojima se susreću te na koje načine i kojim alatima se može podržati i rasteretiti LGB+ osobe. Svrha istraživanja je bila ispitati razlike između različitih psihosocijalnih faktora (usredotočene svjesnosti i otpornosti) te aspekata mentalnog zdravlja (depresivnosti, anksioznosti i stresa) među članovima LGB+ zajednice i heteroseksualne populacije te koliko usredotočena svjesnost i otpornost doprinose objašnjenju kriterija mentalnog zdravlja. Također, ispitati individualne razlike članova LGB+ zajednice s obzirom na otvorenost prema vlastitom seksualnom identitetu (*out* ili *u ormaru*) i seksualnoj orijentaciji (biseksualne ili homoseksualne). Dosadašnja istraživanja su pokazala da veći stupanj usredotočene svjesnosti i otpornosti može značajno smanjiti negativne učinke manjinskog stresa i diskriminacije, poboljšavajući mentalno zdravlje. Pri provedbi istraživanja koristile su se sljedeće skale: Mjera zadovoljstva životom jednom česticom, Petofacetni upitnik usredotočene svjesnosti, Kratka skala otpornosti i Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS-21). U istraživanju je sudjelovalo 150 heteroseksualnih i 82 neheteroseksualne osoba. Rezultati su pokazali da se heteroseksualna i neheteroseksualna populacija ne razlikuju u razinama usredotočene svjesnosti, otpornosti, te mentalnom zdravlju. No, utvrđeno je da su LGB+ osobe koje su otvorenije oko vlastitog seksualnog identiteta usredotočeno svjesnije od onih koje isti skrivaju. Nadasve, isto vrijedi za homoseksualne osobe naspram biseksualnih. Osim toga, na LGB+ populaciji se utvrdila međusobna pozitivna povezanost varijabli usredotočene svjesnosti, otpornosti i dobi te njihova negativna povezanost s varijablama mentalnog zdravlja (depresivnost, anksioznost i stres) koje su međusobno visoko pozitivno povezane. Na kraju, rezultati regresijske analize pokazuju da su usredotočena svjesnost i otpornost značajno doprinijele objašnjenju kriterija mentalnog zdravlja. Razumijevanje ovih odnosa može pomoći u razvoju ciljanih intervencija za podršku LGB+ zajednici, pružajući im alate za bolje suočavanje s izazovima i povećanje kvalitete života.

**Ključne riječi:** usredotočena svjesnost, otpornost, zadovoljstvo životom, mentalno zdravlje, seksualna orijentacija

**Abstract**

LGB+ people face unique challenges that significantly affect their mental health. Frequent encounters with discrimination and the specific living conditions of this population arouse interest in a deeper understanding of the obstacles they face and tools that may help support LGB+ people. The purpose of the research was to examine the differences between various psychosocial factors (mindfulness and resilience) and aspects of mental health (depression, anxiety and stress) among members of the LGB+ community and the heterosexual population, and how much mindfulness and resilience contribute to the explanation of mental health criteria. Also, examining whether there are differences in mindfulness, resilience and mental health depending on their openness about sexual identity and the type of their sexual orientation (bisexual or homosexual). Previous research has shown that a greater degree of mindfulness and resilience can significantly reduce the negative effects of minority stress and discrimination, improving mental health and life satisfaction. The following scales were used during the measurement: Single-Item Life Satisfaction Measurement, Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ), Brief Resilience Scale and Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21). In total, 150 heterosexuals and 82 non-heterosexuals participated in the research. The results showed that heterosexual and non-heterosexual populations did not differ in levels of mindfulness, resilience and mental health. However, LGB+ people who are open about their sexual identity have been found to be more mindful than those who are hiding it. Same goes for homosexual people when compared with bisexuals. Moreover, in the LGB+ population, there was a positive correlation found between the variables of mindfulness, resilience and age which all ended up simultaneously negatively correlated with the variables of mental health (depression, anxiety and stress), that are mutually highly positively correlated. In the end, mindfulness and resilience The results of the regression analysis showed that mindfulness and resilience significantly contributed to the explanation of mental health criteria. Understanding these relationships can help develop targeted interventions to support the LGB+ community, providing them with tools to better face challenges and increase the quality of their lives.

**Keywords:** mindfulness, resilience, life satisfaction, mental health, sexual orientation



# 1. UVOD

## *1.1. Mentalno zdravlje i seksualna orijentacija*

Mentalno zdravlje nije statično stanje osobe, već se fluidno kreće duž kontinuuma od optimalnog stanja funkcioniranja do teških stanja patnje. Važno je naglasiti kako sama odsutnost mentalnih poremećaja ne osigurava visoku razinu mentalnog zdravlja jer ono ovisi o velikom broju faktora. Neki od ključnih faktora su: individualne ranjivosti, socijalna podrška, financijska sigurnost, sociopolitička pravda te inkluzivnost, životni događaji i kronični stresori koji utječu na poziciju osobe na tom kontinuumu (WHO, 2022). Međutim, osim toga važna je i dob, odnosno u nekim je životnim razdobljima osoba podložnija rizičnim faktorima poput perioda djetinjstva i adolescencije (Marmot i sur., 2008). Drugim riječima, složena interakcija navedenih individualnih, obiteljskih i strukturnih faktora koji su pod utjecajem vremena i mjesta stanovanja, čije ishode svaka osoba drugačije percipira, opisuje kompleksnost konstrukta mentalnog zdravlja (WHO, 2022).

Podaci iz izvještaja Svjetske zdravstvene organizacije (WHO, 2022) pokazuju da su anksiozni i depresivni poremećaji najčešći među odraslima, pri čemu anksiozni poremećaji češće započinju u ranijoj dobi, dok se depresivni češće javljaju kasnije, s vrhuncem prevalencije u srednjoj dobi. Postotci prevalencija dosežu razine od 31% za anksiozne poremećaje te 28,9% za depresivne poremećaje u svjetskoj populaciji 2019. godine. No, poremećaji zauzimaju najvišu taksonomsku razinu psihopatologije (razina niže su sindromi, a potom simptomi), što znači, da je prevalencija anksioznih i depresivnih simptoma još veća. Razlog tomu je da osoba može imati anksioznu ili depresivnu simptomatologiju, ali nedovoljno intenzivnu da zadovolji kriterije za dijagnosticiranje mentalnog poremećaja. No, isto tako, može upućivati na njeno postojanje ili prisustvo komorbiditeta više poremećaja. Također, anksiozni i depresivni simptomi su često sekundarni simptomi kada su u pitanju drugi oblici mentalnih poremećaja pa tako mogu upućivati na raznolike mentalne poteškoće (Kessler i Üstün, 2004; Štrkalj Ivezić i sur., 2007).

U ovom istraživanju se stoga odabire Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS-21) za procjenu mentalnog zdravlja zbog nekoliko razloga. Prvo, ova skala omogućava procjenu najčešćih simptoma emocionalnih poteškoća - depresivnosti, anksioznosti i stresa - koji su, prema istraživanjima, među najzastupljenijim simptomima psihopatologije (Lovibond i Lovibond, 1995; Kessler i Üstün, 2004). Zatim, skala je validirana na različitim populacijama

i kulturama što znači da, osim olakšane primjene, pojednostavljuje uspoređivanje rezultata s drugim istraživanjima (Oei i sur., 2013) te je također često korištena skala u Hrvatskoj, pogotovo na zadarskom sveučilištu što znači da je višekratno validirana i primjenjivana uspješno na hrvatskoj populaciji (Bašić, 2021; Biočić, 2022).

Također, skala je kratka i praktična za primjenu s dobrim psihometrijskim karakteristikama te je ustanovljeno da su se za taj oblik operacionalizacije odlučila i prijašnja istraživanja (Mahar i sur., 2022). Dakle, s obzirom na navedeno mentalno zdravlje se može pojednostavljeno operacionalizirati kao nizak rezultat na podskalama depresivnosti, anksioznosti i stresa, DASS-21 upitnika.

Osim odabira mjernog instrumenta, važan je i odabir ciljane populacije. Tako se pregledom literature utvrdilo da su za razvoj mentalnih poteškoća iznimno ranjive marginalizirane skupine ljudi. Dok različite marginalizirane skupine, poput nezaposlenih, beskućnika, izbjeglica i osoba s tjelesnim invaliditetom, pokazuju višu stopu poremećaja mentalnog zdravlja i simptomatologije, u usporedbi s općom populacijom (Priebe i sur., 2012), seksualne manjine se, po svojim osebnim izazovima, u tome posebno ističu (Plöderl i Tremblay, 2015). Istraživanja dosljedno pokazuju da se neheteroseksualni pojedinci suočavaju s jedinstvenim stresorima povezanim sa stigmom, diskriminacijom i društvenom isključenošću, koji duboko utječu na njihovu mentalnu dobrobit (Meyer, 2003; Hatzenbuehler, 2009). Ovi čimbenici čine neheteroseksualnu populaciju posebno interesantnom za dublje proučavanje i usporedbu s heteroseksualnom većinom.

Dugo kroz povijest se diskriminira članove neheteroseksualne populacije, a razlog tomu je što se do prošlog stoljeća neheteronormativno ponašanje smatralo abnormalnim i psihološki bolesnim. Međutim, u sedamdesetima je APA (*eng.* American Psychological Association) kreirajući DSM-II, izdvojila dotad upisanu homoseksualnost, iz liste mentalnih poremećaja što je započelo istraživački interes na temu izvora homofobije (Wright i sur., 1999).

„Seksualna orijentacija može se definirati kao trajni obrazac emotivne, romantične i seksualne privlačnosti prema osobi istoga, različitog ili oba spola/roda. Uključuje osjećaj vlastitog identiteta temeljenog na toj privlačnosti i povezanosti ponašanja te osjećaj pripadnosti zajednici osobe iste seksualne orijentacije“ (Milković i Štambunk, 2019 prema Američka psihološka asocijacija, 2008). Kratica LGB+ koja će se koristiti u ovom radu za označavanje neheteroseksualnih osoba zapravo je akronim sljedećih pojmova: lezbijke, gej muškarci i biseksualne osobe. Lezbijke privlače druge žene, a gej muškarce drugi muškarci na emocionalnoj i seksualnoj razini, dok se biseksualnost definira kao privlačnost prema istom ili

različitom spolu. Postoji i nadopunjena verzija kratice LGBTQIA+ u kojoj su uključene transrodne, queer, interseksualne i aseksualne osobe međutim unutar uzorka ovog istraživanja nijedan sudionik se nije izrazio kao predstavnik neke od potonje navedenih kategorija stoga se ostaje pri korištenju kratice LGB+ (Milković i Štambunk, 2019; Scheller-Boltz, 2017).

### *1.1.1. Razlike u mentalnom zdravlju osoba različitih seksualnih orijentacija*

Još uvijek se događaju primjeri homofobnog ponašanja. To vrlo negativno utječe na mentalno zdravlje mladih LGB+ osoba. Sve veće stope depresivnih i anksioznih simptoma s rastućim brojem suicidalnih ponašanja u ovoj populaciji potiče interes istraživača za dubljim razumijevanjem problematike koju ova populacija susreće (Meyer, 2003). Prema Meyeru (2013) ova populacija proživljava pretjeran stres zbog svog marginaliziranog društvenog položaja (poput primjerice osoba s tjelesnim invaliditetom) što Meyer naziva modelom manjinskog stresa. Dakle uz svakodnevne stresore koje prolaze članovi populacije heteroseksualnih osoba, LGB+ osobe prolaze kroz dodatne stresore jer često žive u strahu od suočavanja sa nizom predrasuda. One ih dovode do odluke da skrivaju svoju seksualnu orijentaciju od društva, a to diferencira ovu manjinsku skupinu od ostalih, te pod takvim uvjetima, osigurava dodatno štetan utjecaj stresa. Štoviše, pojedinci postaju hiper-budni, odnosno svjesni mogućih opasnosti u okolini koja je većinski diskriminatorna, te unaprijed očekuju odbacivanje dovodeći ih u stanje još većeg potiskivanja autentičnog self-a. Prema Hatzenbuehler i suradnicima (2008) LGB+ populacija se češće nalazi u situacijama potiskivanja emocionalnih reakcija na stresore što posljedično stvara oslabljenu sposobnost prepoznavanja vlastitih emocija te internalizira psihološku patnju stvarajući veću podložnost za depresiju i anksioznost nego kod populacije heteroseksualnih osoba.

Mnoga istraživanja potvrđuju navedeno za homoseksualne u usporedbi s heteroseksualnim osobama, no utvrđene su razlike i među podskupinama unutar LGB+ zajednice. Tako primjerice, prema Bostwick i suradnicima (2010) biseksualne osobe postižu više rezultate na skalama depresivnosti, anksioznosti i zlouporabe opijata. Biseksualne osobe prolaze dodatan stres radi bifobije čiji izvor nisu samo heteroseksualni pojedinci već i sučlanovi LGB+ zajednice - gay/lezbijске skupine. Kompleksnost diskriminacije kod biseksualnih osoba dolazi od dvostruko nepovoljne situacije za npr. biseksualne žene koje imaju opciju biti s muškarcem ili ženom (Molina i sur., 2015). Točnije, definicija biseksualnosti opisuje seksualnu orijentaciju prema kojoj pojedinac gaji romantične ili seksualne osjećaje prema osobama

različitog ili istog, roda ili spola (Oblak, 2021). Dakle inkluzivna je s obzirom na rodni identitet, međutim kao globalna podjela na potencijalne partnere - muškarce i žene, prema istraživanju Moline i suradnika (2015), pokazalo se kako biseksualne žene uvijek imaju neki oblik nepovoljnih okolnosti. Na prvi pogled se čini povoljno, da biseksualna žena u vezi s heteroseksualnim muškarcem izbjegava diskriminaciju heteroseksualne strane društva, te da na taj način zaobilazi stresore koji proizlaze iz toga, međutim diskriminacija onda često dolazi od strane LGB+ zajednice. To otežava biseksualnim ženama da istovremeno uživaju podršku svoje zajednice te budu u vezi s heteroseksualnim muškarcem što prema rezultatima istraživanja upućuje na lošije mentalno zdravlje nego u slučaju kada biseksualna žena ulazi u vezu sa drugom ženom. No, naravno u tom slučaju, iako se dobiva više prihvaćanja i odobravanja od LGB+ zajednice, ostatak društva ih diskriminira. U oba slučaja su nevidljive, jer ako su s muškarcem ostavljaju dojam heteroseksualne osobe, dok se sa ženom doimaju gej (Barker i sur., 2012). Uz navedeno postoje i ostale predrasude poput promiskuiteta, tendencije ka varanju partnera te sklonost poliamoriji (Molina i sur., 2015).

Nadalje, nevidljivost biseksualnih muškaraca očituje se u bifobičnim stavovima heteroseksualnih osoba koje smatraju da su bi-muškarci zbunjeniji, nepouzdaniji te otvoreniji za nova iskustva, a to znači i da se teže posvećuju monogamnim dugoročnim vezama za razliku od homoseksualnih i heteroseksualnih muškaraca (Zivony i Lobel, 2014). Drugim riječima, za biseksualne žene će se prije smatrati da su znatiželjne (*engl.* bi-curious) radi zadovoljenja fantazije heteroseksualnih muškaraca o *seksu u troje* ili će ih se, u slučaju njihove neuključenosti, identificirati kao homoseksualne. S druge strane se biseksualne muškarce smatra zapravo prekrivenim homoseksualcima koji si to još nisu priznali (Barker i sur., 2012). Dakle može se reći da se homoseksualne i heteroseksualne osobe slažu oko jedne stvari, a to je da biseksualnost ne postoji ili da je isključivo prijelazni identitet (Yoshino, 2017). Prema Kardum (2024) navedeni su citati iz polustrukturiranih intervjua u kojima zaista neki gej studenti na studiju u Zadru navode kako su neko vrijeme kroz traženje vlastitog identiteta koristili etiketu biseksualne osobe, međutim postoje i navodi biseksualnih osoba koje su opisivale upravo tu zbunjenost koju su prolazili jer su kontinuirano dobivali poruku iz okoline kako biseksualnost ne postoji. Dakle i jedno i drugo je moguće. Moguće je da osoba i dalje pronalazi svoj seksualni identitet ili da ga je već pronašla, no isto tako, radi fluidnosti prirode seksualnosti, moguće je promijeniti *etiketu* za vrijeme života.

Nadasve prema Shadick i suradnicima (2016) konzumacija droga i alkohola je veća kod LGB+ osoba za razliku od heteroseksualnih, no najviše ih konzumiraju biseksualne osobe pa

zatim lezbijke i gej muškarci. Kod težih droga, biseksualne osobe su također sklonije njihovoj uporabi (marihuana; kokain) kao i lezbijke (heroin; metamfetamin) (Newcomb i sur., 2014). Dakle, postoji velika zastupljenost afektivnih poremećaja i simptomatologije kao i tendencije ka zlouporabi raznih opojnih sredstava u LGB+ populaciji kao posljedica življenja u diskriminativnom društvu.

### *1.1.2. Povijest LGB+ zajednice u Hrvatskoj*

Tijekom prošlog stoljeća, LGB+ zajednica je započela uspješnu borbu za vlastita prava koja se i dalje nastavlja, a danas se očituje u postignutim pravima za sklapanje braka i otvorenom mogućnosti za posvajanje djece. Navedeno je prihvaćeno samo u određenim državama, dok istovremeno postoje one koje neheteronormativno življenje smatraju ilegalnim. Kada je riječ o Hrvatskoj, homoseksualna aktivnost je uklonjena s popisa kaznenih djela 1977. za vrijeme Jugoslavije (Bijelić i Hodžić, 2013). No, i dan danas su homoseksualci često izloženi diskriminaciji i nasilju, a to se očituje u otkazima s raznih poslova, verbalnim ili fizičkim napadima homofobnih skupina, nedostatku podrške i senzibilizacije u obrazovnom i zdravstvenom sustavu i slično. Pojam homofobije opisuje averziju i iracionalan strah koji doživljavaju određeni heteroseksualni pojedinci prema homoseksualcima. Iz ovog izraza su se derivirali i slični pojmovi poput bifobije, transfobije itd. Na taj način se otežava integracija te se potiče zadržavanje heteronormativnih stavova (Manjkas, 2021).

Prema Vuletić (2003) u Hrvatskoj se u osamdesetima vodila politika poticanja nezamjetljivosti homoseksualaca što šutke tolerira diskriminaciju te time omogućuje da se nastavi ignoriranje njihovih prava. Međutim, u devedesetima se taj trend zaustavlja te se ulaskom u novo tisućljeće organiziraju prve povorke ponosa i festivali poput "Queer Zagreba" u organizaciji gay i lezbijских udruga Iskorak i Kontra iz Zagreba. Zahvaljujući tome, u Hrvatskoj počinju promjene u zakonodavstvu. Povorke ponosa se nastavljaju, a broj sudionika je sve veći, što onemogućuje daljnje ignoriranje prava članova LGB+ zajednice (Jurčić, 2011). Nadalje, veliki korak naprijed za LGB+ prava je bio 2008. kada se uveo *Zakon o suzbijanju diskriminacije* koji uključuje pravo na drugačiju seksualnu orijentaciju, rodni identitet te javno izražavanje istih (Bijelić i Hodžić, 2013).

Unatoč tome, LGB+ mladež često skriva svoju seksualnu orijentaciju kako se ne bi morali suočavati s diskriminacijom i nasiljem. Primjer istraživanja koji to potvrđuje na populaciji učenika iz zagrebačkih škola opisuje kako učenici i nastavnici imaju jednako

diskriminatorne stavove prema LGB+ osobama. Rezultati ukazuju kako su najveće neslaganje sudionici izrazili prema javnom izjašnjavanju rodnog identiteta, istospolnom poljupcu te održavanju *Pride* povorke. Razlog protiv povorke je uvelike bio potkrepljen stavom da heteroseksualne osobe ne rade povorke stoga nije u redu da ih organiziraju ni LGB+ osobe. Ako postoji netrpeljivost prema homoseksualnosti ona se pokazala većom ako se radi o muškarcima nego ženama. Također, više od 70% mladih je svjedočilo nekom od oblika diskriminatornog ponašanja prema LGB+ osobama tijekom svog obrazovanja, dok ih je trećina priznala kako su sami sudjelovali u tom negativnom ponašanju. Od cijelog uzorka samo trećina ih je imala stav potpunog prihvaćanja (Bijelić i Hodžić, 2013). Prema Jurčić (2011) jasno je da se dogodila velika pozitivna promjena u percipiranju LGB+ osoba u hrvatskom društvu od prve povorke ponosa. Otvoreno je više gay friendly kafića i klubova, nastale su razne udruge koje se bore za prava LGB+ članova poput: Queer Zagreb, deNormativ, Zbeleton i udruga Zagreb Pride.

Nadalje, prema recentnijem kvalitativnom istraživanju Ivanušec (2021) otkrio se pozitivan pomak u percepciji LGB+ populacije ispitujući i uspoređujući skupinu mladih studenata i para umirovljenika. Jasno su izražene razlike u percepciji starijih generacija koje negativno percipiraju LGB+ populaciju, međutim upravo suprotno je zapaženo kod mlađih sudionika. Oni imaju iznimno povoljno mišljenje i prihvaćanje LGB+ prava, no važno je naglasiti kako je uzorak pristran. Naime mladi studenti su ipak dio populacije koja je više obrazovana, dok su sudionici starije generacije (umirovljenici) osobe koje su završile osnovnu školu te odrasle u ruralnom području. No, s druge strane, istraživanje Pranjić (2020) koje je ispitalo stavove, 224 učenika škole za medicinske sestre, prema homoseksualnim osobama pokazalo je iznimno negativne rezultate - većina (75%) se slaže da nije u redu iskazivati LGB+ identitet u javnosti (iako je ono zakonom odobreno u Hrvatskoj) te (60%) isto tako ne odobrava opciju posvajanja kod istospolnih parova. U skladu s navedenim je i istraživanje provedeno na studentima koji uistinu jesu inkluzivniji, ali i dalje velik broj njih se protivi odobravanju braka i posvajanju istospolnim partnerima. Prije će se podržati prava za nasljeđivanjem imovine nakon partnerove smrti, nego prava na brak i posvajanje djece, jer se tad previše izazivaju tradicionalna uvjerenja i općeprihvaćene društvene norme (Huić i sur., 2015).

### 1.1.3. Internalizirana homofobija i izlaženje iz ormara

Život u heteronormativnom društvu često izaziva razvoj još jednog rizičnog faktora LGB+ zajednice - internaliziranu homofobiju (bifobiju, transfobiju itd.). Ovaj pojam opisuje fenomen internaliziranja negativnih osjećaja prema vlastitom identitetu usvajanjem dugo propagiranih diskriminatornih stavova iz okoline tijekom života. Kao posljedica toga pojedinci se srame sebe što često veže nizak rezultat na skali samopoštovanja (Meyer, 2013). Hatzenbuehler i suradnici (2014) naglašavaju nepovoljan utjecaj takvog života na kognitivne procese te sposobnost regulacije emocija što oboje iznimno narušava kvalitetu socijalnog života LGB+ osoba. Zato je važno prepoznati antecedente manjinskog stresa u ovoj populaciji, a Meyerov model manjinskog stresa uvelike ističe nepobitnu ulogu socijalno strukturalnog konteksta što govori kako se ispitivanjem isključivo individualnih psiholoških konstrukata gubi dio objašnjenja varijance rezultata istraživanja.

Zbog navedene opresije, dio LGB+ populacije odlučuje ostati *u ormaru*, odnosno skrivati svoj seksualni identitet. No, skrivanje svoje orijentacije nosi sa sobom specifične izazove zbog stalne potrebe za oprezom u svakodnevnim socijalnim interakcijama kako bi se izbjeglo slučajno otkrivanje seksualne orijentacije. Radi nedostatka autentičnosti i spontanosti često postaju usamljeni, pod većim su stresom te s vremenom lošijeg mentalnog zdravlja od (*out*) osoba koje su otvorenije oko vlastitog seksualnog identiteta (Rosario, 2023). S druge strane, *outanje* ili *izlaženje iz ormara* donosi svoje izazove, osobito za mlade koji strahuju od reakcija roditelja ili obitelji na njihovu orijentaciju te se boje izbacivanja iz doma (Corrigan i Matthews, 2003).

Prema Hatzenbuehler (2009) u skladu s navedenim, LGB+ pojedinci koji borave na područjima u kojima, prema zakonu, ova populacija ima više građanskih prava, pokazuju niže stope dijagnosticiranih mentalnih poteškoća (poput depresije, anksioznosti, poremećaja u prehrani itd.), problema sa zlouporabom droga koje koriste kao samomedikaciju te rizičnog seksualnog ponašanja (Berghe i sur., 2010). Dakle život u urbanom i inkluzivnijem području olakšava svakodnevnicu članovima LGB+ populacije. Nakon svega navedenog, jasna je važnost borbe za LGB+ prava te podizanje kvalitete života članova zajednice, što se uz aktivizam, može postići daljnjim istraživanjem ovog područja.

## 1.2. Otpornost

Prema Friborg i suradnicima (2003) otpornost je osnovna komponenta pri uspješnom suočavanju sa poteškoćama (koje mogu uključivati interpersonalne, financijske i zdravstvene probleme te probleme na radnom mjestu) jer omogućuje brz oporavak i vraćanje u stanje stabilnosti. Također, naglašavaju kako otpornost ne znači odsustvo negativnih događaja u životu pojedinca, već bolje snalaženje prilikom njihove pojave, štoviše, otpornost služi kao zaštitni faktor u slučaju suočavanja s traumatskim događajima. No, postoje mnoge definicije otpornosti te se, pregledom literature, razvrstavaju u tri kategorije. Prva kategorija je shvaćanje otpornosti kao *kvalitete* pojedinca koja mu omogućuje svladavanje poteškoća (Connor i Davidson, 2003), druga definira otpornost kao *posljedice* u obliku korisnog ponašanja prilikom stresnih situacija (Masten i sur., 1990) te posljednja definira konstrukt kao dinamični *proces* kroz koji osoba opetovano adaptira strategije suočavanja s poteškoćama (Fergus i Zimmerman, 2005).

Psihološki elementi suočavanja i fiziološki aspekti stresa, dvije su struje literature koje čine temelj koncepta otpornosti. Ako se pojedinci neočekivano dobro adaptiraju na stres u vrijeme nedaća dijele zajedničku karakteristiku koja se kasnije razvila u multidimenzionalni konstrukt otpornosti (Tusaie i Dyer, 2004). Iako je razvijeno više teorija otpornosti, postoji nekoliko karakteristika koje su im svima zajedničke. No, radi kompleksnosti i sveobuhvatnosti konstrukta, teorijska objašnjenja otpornosti često uključuju znanja iz drugih znanstvenih područja te obuhvaćaju i druge psihološke koncepte koji su povezani s otpornosti (Tusaie i Dyer, 2004). Stoga je važno uzeti u obzir druge ideje i njihov odnos s otpornosti, kao što su strategije suočavanja i samoučinkovitost (Bryan, 2018). Kroz daljnja poglavlja će se opsežan broj faktora koji doprinose otpornosti detaljnije opisati zahvaljujući Pahwa i Khanovom (2022) te Tusaie i Dyerovom (2004) istraživačkom radu. Usporedbom faktora otpornosti koje Pahwa i Khan (2022) te Tusaie i Dyer (2004) navode u svojim radovima rezultira teorijskom osnovom konstrukta otpornosti koja će se koristiti u ovom istraživanju. Oba rada navode faktore socijalne podrške, samoeфикаsnosti, samosvijesti, adaptibilnosti, optimizma, pozitivnog razmišljanja, humora, sposobnosti rješavanja problema odnosno strategije suočavanja, obrazovne sposobnosti, cjeloživotno učenje i rast. No, postoje i individualni doprinosi radova, pa su tako prema Pahwa i Khan (2022) dodani faktor duhovnosti ili smisla i faktor fizičke kondicije, dok Tusaie i Dyer (2004) nadodaju faktor fizičke privlačnosti. Nakon pregleda literature o



otpornosti, nadodani su još neki relevantni faktori poput emocionalne regulacije (Wu i sur., 2013) te sigurni tip privrženosti (Yang i Oshio, 2024). Nadalje slijedi podjela faktora otpornosti prema tome jesu li intrapersonalni ili okolinski.

### *1.2.1. Razvoj konstrukta otpornosti*

Prema Vella i Pai (2019) od ranih 1970-ih istraživači su ispitivali koncept otpornosti. Kroz istraživanja na populaciji zanemarene djece utvrdilo se da su djeca iz istih uvjeta imala drugačije životne posljedice. Stoga se kroz prvi val istraživanja o otpornosti proteže pitanje koji su to faktori koji utječu na otpornost. U tim istraživanjima su se koristile metode usmjerene na osobu i usmjerene na varijable. Proučavalo se kako različite osobe reagiraju u istim okolnostima te se uspjelo diferencirati pojedince koji su visoko i nisko otporni. S druge strane, pristup usmjeren na varijable je proučavao korelacije među komponentama okoline i osobina ljudi koje rezultiraju s višom otpornosti. Posljedično, početni val istraživanja je bio fokusiran na odnos pojedinca i okoline. Tako je nastao popis varijabli povezanih s otpornošću zahvaljujući detaljnim opisima fenomena, osobina i povezanih elemenata koji doprinose rezilijentnosti (Wright i sur., 2012).

Potom se istraživači pitaju sljedeće - kako su, konkretno, povezane navedene varijable s otpornošću, te kakav je njihov međusoban odnos? Utvrđeno je da varijable ovise o stanju balansa rizičnih i zaštitnih faktora osobe stoga to postaje novo područje interesa za istraživanja (Wright i sur., 2012). Također, tijekom ovog perioda formiraju se prvi modeli otpornosti. Flach (1988) definira koncept otpornosti kao proces u koracima, među kojima je prvi korak zakon disrupcije, do kojeg dolazi zbog okolinskog stresa i nesretnih uvjeta, a drugi korak reintegracija, koji opisuje rješenje koje osoba pronalazi vraćajući se u stanje balansa nakon takvih stresnih uvjeta.

Inspirirani Flachovim zaključcima, Richardson i suradnici (1990) proširuju ovaj model u bazičnu i linearnu metateoriju otpornosti. Prema ovoj konceptualnoj paradigmi, svaki čovjek posjeduje biopsihosocijalnu homeostazu na koju uvelike utječu životni događaji, kako pozitivni tako i negativni, zatim izdržljivost te poteškoće. Model opisuje četiri moguća, svjesna ili nesvjesna, ishoda disrupcije homeostaze, među kojima je otporna reintegracija najpovoljnija opcija. Osoba koja se otporno reintegrira zapravo raste, postaje još otpornija i postiže visoke

rezultate na skali samoprihvatanja. Druga, nešto manje povoljna opcija, je povratak u homeostazu, dok su nepovoljne opcije, reintegracija s gubitkom te disfunkcionalna reintegracija (Richardson, 2002). Napredak čovjeka kroz život se očituje u uspješnim reintegracijama nakon stresnih životnih situacija ili životnih promjena. Ova teorija se može primijeniti na mnoge društvene skupine iz različitih okolinskih uvjeta, jer među prvima uključuje relevantna znanja iz šireg područja psihologije, medicine i fizike te crpi inspiraciju iz mnogih teorija otpornosti (White i sur., 2008). No, postoje manjkavosti unutar teorije i modela koje se trebaju dodatno istražiti. Ono što Richardson i suradnici (2002) potiču jest interdisciplinarna razmjena mnogih značenja otpornosti, ali uz to, se očekuje da se pri kreiranju novih teorija, modeli temelje na detaljnije ispitanim činjenicama.

Prema Mastenu (2007) treći val istraživanja otpornosti je započeo proces tumačenja rezultata prethodna dva vala kako bi se stvorili intervencijski i preventivni planovi koji bi povećali otpornost. Rutter (2006) tvrdi da je izloženost riziku neophodna za uspješan razvoj otpornosti. Stoga se postavlja pitanje koji trenutci su idealni za izvođenje intervencije namijenjene poticanju otpornosti? Osim što bi osoba mogla bolje usvojiti znanja o otpornosti ako je tempiranje povoljno, zaštita koju ta znanja omogućuju, bi mogla duže potrajati - tako primjerice postoje prijelazni razvojni intervali unutar kojih se može integrirati određena intervencija otpornosti, no specifičnost intervencije ovisi o specifičnostima razvojnog perioda osobe. Odnosno, ne postoji jedinstven način implementiranja učinkovite intervencije za promicanje otpornosti (Wright i sur., 2012). Stoga su noviji modeli većinski dosljedni u definiranju otpornosti kao dinamičkog procesa u kojem razina otpornosti fluktuiru u vremenu te se razvija ovisno o kontekstu i razvojnoj fazi života. Dakle umjesto stabilnih čimbenika, istraživanja se usmjeravaju na dinamičke aspekte od kojih, primjerice, de Terte i suradnici (2014) kreiraju 5-PR model odnosno peterodijelni model psihološke otpornosti. Ovaj model uključuje pet ključnih komponenti: osobna kompetencija, socijalna podrška, adaptivno procesiranje, regulacija emocija i duhovna povezanost. Svaka komponenta pridonosi sposobnosti pojedinca da se učinkovito suoči sa stresom i izazovima. Zahvaljujući dinamičkoj prirodi varijabli model je pogodan za kreiranje individualno prilagođenih intervencija.

Vella i suradnici (2019) naglašavaju da četvrti val istraživanja ima sposobnost nadogradnje i integracije ranijih otkrića i teorija razvijenih tijekom prethodna tri vala. Smatra da se otpornost treba promatrati kao multidimenzionalni konstrukt te da se trebaju koristiti novi statistički programi za ispitivanje odnosa između tih dimenzija te same otpornosti i okoline.

Wright i suradnici (2012) ističu novonastalu popularnost neuroznanstvenih studija otpornosti u četvrtom valu istraživanja. Primjerice, istraživanja o interakcijama gena i okoline, hipotezi različitih osjetljivosti na okolinske utjecaje te integrativnim modelima otpornosti. Prema Kalisch i suradnici (2017) do prikupljanja pouzdanih podataka čijom bi se obradom moglo odgovoriti na navedena istraživačka pitanja, potrebno je koristiti prospektivne longitudinalne nacрте. Suvremena istraživanja otpornosti, osim usmjerenosti na neurobiološke razlike među pojedincima kao antecedentnim faktorima boljeg ili lošijeg mentalnog zdravlja, šire svoj interes na kulturološke koncepte otpornosti, marginalizirane skupine (poput imigranata, LGB+ populacije i sl.) te razvijanje novih paradigmi koje obuhvaćaju potpunu kompleksnost biopsihosocijalne operacionalizacije otpornosti (Wu i sur., 2013).

### *1.2.2. Biološki aspekt otpornosti*

Prilikom suočavanja sa stresom, otpornost omogućuje da se zdravlje održi unatoč nepogodnim uvjetima. Neurobiološki gledano, otpornost je uvelike vezana za područja mozga odgovorna za upravljanje stresom i doživljajem nagrade, a ona su: os hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda (HPA), nucleus accumbens, dopaminergični i serotonergički neurotransmiterski sustav te simpatički živčani sustav.

Kada se govori o stresnim promjenama u okolini pojedinca, važnu ulogu u adaptabilnom odgovaranju na stres ima HPA os. Međutim, kroz određen period može doći do prekomjerne aktivacije HPA sustava radi akumulacije učinaka stresora što dovodi do možebitnih kardiovaskularnih bolesti, dijabetesa, sindroma inzulinske rezistencije i sindroma umora, no isto tako može rezultirati lošijim mentalnim zdravljem s obzirom da je poremećaj u funkcioniranju HPA osi povezana s razvojem PTSP-a i depresije (Charmandari i sur., 2005). Sustav HPA osi funkcionira na način da se adrenokortikotropni hormon (ACTH) otpušta iz prednjeg režnja hipofize, a hormon koji otpušta je kortikotrofin (CRH). Zahvaljujući ACTH hormonu, kora nadbubrežne žlijezde oslobađa glukokortikoidne hormone (npr. kortizol) koji cirkulirajući utječu na različite organske sustave. Dok kratko povišene razine kortizola u tijelu mogu štiti osobu, jer potiču adaptivno ponašanje, dugotrajno stvaraju štetu organizmu odnosno potiče razvoj raznovrsnih prethodno navedenih bolesti (Rutten i sur., 2013).

S druge strane, doživljaj nagrade se očituje u područjima mezolimbickih dopaminergičkih projekcija od ventralno tegmentalnog područja do nucleus accumbens-a uz

kasniju asistenciju prefrontalnog korteksa. Prema Ben-Shaan (2017) aktiviranje sustava nagrađivanja može smanjiti rizik od zdravstvenih problema povezanih sa stresom i ojačati imunitet. Nagrada može biti mnogo toga, od slatkiša do pozitivno usmjerenog misaonog procesa, koja ima umirujući učinak na organizam nakon utjecaja stresa. No, karakteristike nagrade i duljina njene primjene utječu na količinu doprinosa ka otpornosti na stres, a razumijevanje njihovih graničnih i moderirajući učinaka još uvijek iziskuje daljnja istraživanja. Primjerice, u slučaju da osoba odabire više prosocijalne odluke, jer ih doživljava kao nagradu, smanjuje simptome depresije kroz vrijeme.

Međutim, u slučaju da se neuralni krugovi nagrađivanja više baziraju na hedonizmu, odnosno sebičnim temeljima donošenja odluka, ishod je upravo suprotan. Dakle u oba slučaja nagrada zaista smanjuje utjecaj stresora na organizam, no narav dugoročnih posljedica ovisi o kontekstu. Tako se u kliničkoj praksi pri radu s osobom koja ima poremećaj u prehrani, primjerice prejedanje, može podučiti pojedinca kako zamijeniti ublažavajuće nagrađujuće ponašanje jedenja hrane sa zdravijom alternativom, poput tehnike disanja ili vježbe pozitivne vizualizacije koristeći alate usredotočene svjesnosti (Rutten i sur., 2013).

Zatim, razlika u genetskoj podlozi te neuroplastičnosti, također čini dio odgovora raznovrsnosti ishoda različitih osoba u istoj situaciji. Uz to, važna je interakcija gena i okoline te individualna osjetljivost na promjene u okolini - o tome ovisi ekspresija gena, neuroplastičnost i formacija zdravih neuralnih krugova s poželjnim bihevioralnim ishodima (Wu i sur., 2013). Kako bi se ispitaio odnos gena i okoline najčešće se provode istraživanja na populaciji jednojajčanih blizanaca. Pokazalo se, primjerice, da osobe sa određenim varijantama gena zaista jesu genetički ranjivije na razvoj određenih poremećaja međutim malen broj istraživanja pronalazi takve korelacije, te čak i kad su pronađene niske su i ne doprinose mnogo objašnjenju varijabiliteta psihijatrijskih poremećaja (Kendler, 2005).

Nadalje, odnos genetičkih i epigenetičkih faktora utječe na regulaciju neuroreceptora i razina izlučivanja određenih kemijskih spojeva. Studije su pokazale da je epigenetska kontrola transkripcije gena ključni biokemijski proces koji podupire prilagodbu na podražaje iz okoline. Epigenetika opisuje reverzibilne promjene u aktivnosti gena koje se ne temelje na promjenama sekvence DNA, već na modifikacijama kromatina i metilaciji DNA, što rezultira promjenama u ekspresiji gena i fenotipu. Drugim riječima, zahvaljujući proučavanju epigenetike, istraživači se približavaju razumijevanju kako nova iskustva pojedinca postaju biološki utisnuta u neuralnom zapisu što dovodi do interesa primjene tih znanja u preventivne i terapijske svrhe. Neurobiologija otpornosti je složena, uključuje mnoge neuralne sustave koji paralelnim radom

utječu na funkciju mozga te će stoga biti iznimno zahtjevno stvoriti holistički biološki model otpornosti. No, unatoč tome, to je put koji slijede daljnja istraživanja (Rutten i sur., 2013).

### *1.2.3. Intrapersonalni faktori otpornosti*

Intrapersonalni faktori se dijele na kognitivne faktore i faktore specifičnih sposobnosti (Tusaie i Dyer, 2004). Pod kognitivne faktore spadaju optimizam, humor, smisao, samoeфикаsnost, samosvijest, usmjerenost na rješavanje problema i cjeloživotno napredovanje i adaptibilnost (Pahwa i Khan, 2022) i sigurni tip privrženosti (Yang i Oshio, 2024).

S druge strane, specifične sposobnosti pojedinca koje olakšavaju svladavanje prepreka su emocionalna regulacija (Wu i sur., 2013), edukacijske vještine i pamćenje, socijalne vještine, raznolike strategije suočavanja te borbenost (Pahwa i Khan, 2022).

Prvi navedeni faktor je optimizam koji se definira kao usmjerenost na pozitivno percipiranje okoline te očekivanje poželjnih ishoda. Takvim pristupom se ojačava otpornost jer nada i vjerovanje u pozitivan ishod ohrabruju pojedinca na korištenje i razvijanje drugih faktora otpornosti, što u suprotnom slučaju može voditi u depresivan atribucijski stil te ograničiti kognitivne sposobnosti. Ukratko, optimizam je povezan s proaktivnim korištenjem strategija suočavanja te sveopćom dobrobiti i zdravljem (Colby i Shifren, 2013). Nadalje, humor, koji se uklapa u područje faktora optimizma, omogućuje pojedincu da smanji napetost u raznolikim životnim situacijama - od neugodnih socijalnih interakcija do tragičnih događaja (Cameron i sur., 2010). Pomoću humora se može olakšati suočavanje sa stresom te osnažiti regulacija neugodnih emocija. Tako primjerice, prema Ong i suradnicima (2004), osobe koje su nakon gubitka bračnog partnera koristile humor kao aktivnu strategiju suočavanja s tugom bili su sposobniji odvojiti svoje ugodne i neugodne emocije što je rezultiralo manje izraženim simptomima depresije. Također, omogućuje stvaranje emocionalne distance i jača grupnu koheziju na poslovima koji su iznimno stresni. Primjerice, djelatnici hitnih službi lakše podnose stres ako koriste cinični humor (Rowe i Regehr, 2010).

Zatim, smisao kao faktor otpornosti, predstavlja set vrijednosti i uvjerenja koja oblikuju značenje života pojedinca. Smisao se može definirati kroz prakticiranje religijskih praksi ili kao vođenje po određenom setu vrijednosti ovisno o tome koliko je pojedinac religiozan ili duhovan. Utvrdilo se da je niska duhovnost najznačajniji prediktor niske otpornosti, a nakon

nje nedefiniran osjećaj svrhe u životu (Min i sur., 2013). Sukladno tome, prema Kasenu i suradnicima (2012), prakticiranje ili priznavanje vrijednosti duhovnosti/religije u životu djeluje kao zaštitni faktor od stresa. Uz navedeno, takve osobe vrlo lako diferenciraju ispravno od pogrešnog, te slijedeći set vlastitih vrijednosti, biraju ispravan put, iako često teži, odnosno s manjim brojem kratkoročnih beneficija. Moralni kompas daje pojedincu jasnoću i motivaciju prilikom donošenja odluka i ostvarenja ciljeva te olakšava kreaciju smisla unutar svakodnevnice.

Sljedeći faktor je samoefikasnost koja označava vjerovanje pojedinca u vlastitu sposobnost obavljanja zadatka s uspješnim ishodom. Samoefikasni pojedinci posjeduju vještine i samopouzdanje za obavljanje zadataka no kad god mogu pokušavaju ostvariti to bolje rezultate probijajući vlastite granice komfora (Pahwa i Khan, 2022).

Nadalje, duboko razumijevanje sebe uključujući i mane i vrline, vlastite misli, osjećaje, ponašanja, motivacije i sklonosti naziva se samosvijest. Što je osoba više samosvjesna, sposobnija je prepoznati i razlikovati svoje mentalne fenomene te se prihvatiti kakva je što posljedično omogućuje osobi da lakše razumije i druge ljude (Goleman, 2006). Ako osoba želi promijeniti određeni aspekt sebe onda je potrebno prvo osvijestiti isto, zatim prihvatiti navedeno kao dio sebe i tek onda je moguće zaista napraviti promjenu (Seagal i Horne, 1996). Također, samosvijest olakšava osobi da se samoregulira. Tako pojedinac raste i bliži se svojoj samoaktualiziranoj verziji *self-a* (McLeod, 2007).

Otpornost također može biti pod utjecajem vrste privrženosti pojedinca. Utvrđeno je da je sigurna privrženost povezana s višim rezultatima na skalama otpornosti. Razlog tomu je što navedeni pojedinci više izražavaju emocije te interpretiraju okolnosti iskustava na pozitivniji način što će se prije zateći kod više optimističnih i samopouzdanih pojedinaca (Karreman i Vingerhoets, 2012). Također, sigurna privrženost kao temeljni element, koji utječe na druge psihološke osobine poput usredotočene svjesnosti i jasnoće samopoimanja, u konačnici pridonosi snažnijoj otpornosti (Yang i Oshio, 2024).

Posljednji među intrapersonalnim kognitivnim faktorima otpornosti se nalaze usmjerenost na rješavanje problema i cjeloživotno napredovanje. Otpornije osobe prilikom suočavanja s problemima usmjeravaju svoje snage ka formiranju rješenja, a manje se usmjeravaju na emocije. Također, žive po uvjerenju da se uči cijeli život te sa više suosjećanja prelaze preko pogrešaka koje naprave u procesu, a probleme općenito više vide kao izazov i

priliku za rast. Taj stav im pomaže u razvoju više razine samoeфикаsnosti što ponovno doprinosi otpornosti (Hammond, 2004). Tako postaju fleksibilniji i svjesniji svojih sposobnosti, a uz to im snalažljivost i inteligencija omogućuju efikasnije adaptiranje promjenjivoj okolini, izbjegavanje većih poteškoća te brže vraćanje u stanje stabilnosti (Pahwa i Khan, 2022).

Među faktorima specifičnih sposobnosti, koji doprinose otpornosti, prvi naveden označava proces osvještavanja vlastitih emocija, njihovih uzroka te učenje efektivnog upravljanja njima, a je poznat pod pojmom regulacije emocija. Dakle, moguće je upravljati neugodnim i ugodnim emocijama, njihovim vremenskim tijekom te intenzivnosti uz uvjet prethodnog uspješnog identificiranja emocije. Reguliranje emocija može biti kognitivno i nekognitivno. U potonjem slučaju koristi se strategija ekspresivnog potiskivanja koja mijenja jedino vanjsko, drugima vidljivo, izražavanje emocija. Dok s druge strane, kognitivna regulacija emocija uključuje korištenje dviju strategija: usmjeravanje pažnje te kognitivnu reprocjenu. Kontrolom pažnje pojedinac usmjerava svoju pozornost na ono što podržava optimalno funkcioniranje te izbjegava nepotrebno trošenje energije na mentalne procese koji tome ne pridonose. Primjerice umjesto ruminiranja o događaju koji izaziva neugodne emocije, osoba usmjerava pozornost na zadatak (distrakcija). Druga strategija je kognitivna reprocjena koja označava promjenu perspektive ili interpretacije događaja iz više negativnih ideja ka više pozitivnim (Gross, 2008). Sposobnost pojedinca da upravlja s vlastitim emocionalnim stanjima itekako utječe na otpornost jer neugodne emocije koje nisu pravilno regulirane počinju narušavati logičko razmišljanje što u krajnjem slučaju otežava samokontrolu i može dovesti do manifestacije burnih ili neprimjerenih emocionalnih reakcija. Upravo suprotno, ugodne emocije potpomažu razvoj otpornosti jer ljudsko tijelo bolje funkcionira tijekom izlučivanja hormona sreće. Tada je jednostavnije usmjeravati vlastitu pažnju, te ostati optimističan prilikom suočavanja sa stresom. Točnije rečeno, ono što samoregulacija omogućuje pojedincu je da prilikom određenog podražaja ne reagira reaktivno, već da promisli i tek onda odabire oblik ponašanja koji je optimalan u datoj situaciji (Pahwa i Khan, 2022). Osim toga, usputno se bilježe uvjeti i podražaji koji izazivaju veću tendenciju ka burnoj reakciji te se onda oni zaobilaze, transformiraju ili se uči novi način adaptivnog odgovaranja (Gross, 2008).

Nadalje, svaki pojedinac kroz iskustva formira set strategija suočavanja koje mu omogućuju da se suoči sa stresnim situacijama. No, strategije suočavanja se mogu podijeliti na pozitivne i negativne ovisno o tome kako utječu na mentalno zdravlje pojedinca. Stoga, ako

osoba koristi pozitivne mehanizme suočavanja uspješnije će se nositi s poteškoćama u životu te će postajati otpornija jer će se lakše adaptirati promjenjivim problematičnim okolnostima koje ju mogu zadesiti. Primjerice, učenik koji uskoro treba izaći na pismeni test će se usmjeriti na učenje i pratiti plan pripreme za ispit. Međutim, ako se koriste negativne strategije suočavanja, ne dobivaju se željeni rezultati te vode u destrukciju - klasičan primjer toga je izbjegavanje suočavanja kroz konzumaciju alkohola ili drugih droga, također, emocionalno povlačenje odnosno izoliranje od drugih. Tako bi učenik pred pismenu provjeru mogao umjesto učenja izaći s prijateljima i zanemariti učenje - kako se ne bi morao suočiti s vlastitim strahom od neuspjeha (Wu i sur., 2013).

Faktori koji također doprinose otpornosti su razvijene socijalne vještine i borbenost. Borbeni ljudi su prilagodljiviji promjenama i spremniji prihvatiti prepreke kao sastavni dio života jer ih vide kao prilike za promjenu i napredak. Također imaju pozitivan pogled na život, razvijenu radnu etiku, osjećaj kontrole nad vlastitim životom te su posvećeni pronalasku svrhe i motivacije za ostvarenje svojih ciljeva (Eid i sur., 2008). Na tom putu im uvelike pomaže razvijena socijalnih vještina (skup društvenih ponašanja koja doprinose društvenoj kompetentnosti) jer se te osobe lakše snalaze u svakodnevnim interpersonalnim situacijama, bolje usvajaju strategije suočavanja te efikasnije rješavaju probleme tim više što im je repertoar socijalnih vještina veći (Almeida i Benevides, 2018).

#### *1.2.4. Okolinski faktori otpornosti*

Fizičko zdravlje, frekvencija negativnih/pozitivnih životnih iskustava te percipirana socijalna podrška glavni su okolinski faktori koji doprinose otpornosti (Tusaie i Dyer, 2004; Pahwa i Khan, 2022). Fizička aktivnost doprinosi zdravlju te brani organizam od kroničnih bolesti i stresora iz okoline što posljedično vodi ka većoj otpornosti. Redovitom tjelesnom aktivnosti i zdravijom prehranom pojedinac postaje i fizički atraktivniji što također olakšava suočavanje s određenim stresnim situacijama (Childs i Wit, 2014; Pahwa i Khan, 2022).

Prema Fernandez-Martinez i suradnici (2017) socijalna podrška ili percepcija društvene podrške je iznimno bitna stavka u jačanju otpornosti, a temelji se na bliskim odnosima s obitelji, prijateljima, partnerom/icom pred kojima se potpuno slobodno, sigurno i autentično osoba može izraziti. Tako i okolina i pojedinac formiraju uzajamno zadovoljavajuću transakciju.



Dobivena socijalna podrška je povezana s višom otpornošću, ali isto tako je pozitivno korelirana s pojedinčevom potrebom da sam traži socijalnu podršku i ne pribjegava društvenoj izolaciji. Vrijedi i obrnuto, niska socijalna podrška i ne traženje iste korelira s lošijim mentalnim zdravljem (Pietrzak i sur., 2010). Osim toga, pojedinac koji nevoljko prima socijalnu podršku ili ju čak izbjegava će percipirati manje socijalne podrške od stvarno dobivene. Stoga je važno ponovno naglasiti da se radi o procesu, odnosno uzajamnoj transakciji okoline i pojedinca, koja je dinamična i kompleksna po svojoj prirodi. Tako primjerice adolescenti koji primaju podršku od roditelja kasnije odrastaju u otporne odrasle ljude, međutim ako je te podrške previše i ona prerasta u kontrolu ili je podrške bilo premalo adolescenti odrastaju u nisko otporne osobe koje često imaju problem s opijatima ili antisocijalnim vrstama ponašanja. Dakle, ovisno o situaciji i količini, podrška može i ne mora postati zaštitni faktor (Neher i Short, 1998).

Utvrđilo se da na otpornost snažno utječe frekvencija negativnih ili pozitivnih životnih iskustava. Naravno, za otpornost je pogodno to veći broj pozitivnih životnih iskustava koja podržavaju i razvoj niza intrapersonalnih faktora otpornosti poput optimizma, samoefikasnosti i humora. Iako životne promjene kao same jesu stresne, one nisu negativno utjecale na otpornost, nego se u slučaju veće frekvencije negativno percipiranih životnih iskustava počinje narušavati mentalno zdravlje pojedinca (Tusaie i Dyer, 2004).

Prema Tusaie i Dyer (2004) uzimajući u obzir kompleksnost odnosa intrapersonalnih i okolinskih faktora, literatura o otpornosti se proširuje kako bi se konstrukt bolje objasnio. Dakle, faktori otpornosti su unutar dinamičkog procesa između pojedinca i okoline, te o njihovoj interakciji ovisi koju razinu otpornosti će pojedinac ostvariti. Osim faktora otpornosti, vrlo važni pojmovi su zaštitni i rizični faktori koju su prethodno već spominjani. Potonje navedeni označavaju da se pojedinac nalazi u poziciji veće ranjivosti za razvoj određenog problema nego netko tko nema taj rizični faktor. Dakle, rizični faktor kao takav ne garantira pojavu problema već povećava, kako sam naziv govori, rizik od njegovog nastanka. Nastaju zbog interakcije većeg broja stresora, kumulativno nakupljenog stresa ili veoma traumatičnog pojedinačnog događaja (Egeland i sur., 1993). Primjerice dijete može imati disfunkcionalnu dinamiku u obitelji te doživljavati zlostavljanje od strane vršnjaka u školi što posljedično stvara rizični faktor niskog samopoštovanja. Također, kao primjer za jedan traumatični događaj se može navesti rat koji kolektivno narušava zdravlje velikog broja ljudi. Te naposljetku, kumulativno nakupljen stres može biti mnogo manjih svakodnevnih stresora (npr. gužva u prometu) koji ostavljaju posljedice na pojedinca ako isti ne pronađe način za reguliranje razina

stresa (Wheaton i Montazer, 2010). S druge strane, zaštitni faktori mogu također biti okolinski ili individualni, ali povoljno utječu na pojedinca za razliku od rizičnih. Kako bi se shvatila pojedina specifična situacija i njezini uzroci, potrebno je detaljno analizirati interakciju prisutnih rizičnih i zaštitnih faktora kod određenog pojedinca. Dinamičnost njihovog odnosa je proces unutar kojeg je poželjno nadvladavanje zaštitnih faktora kako bi se očuvalo zdravlje osobe (Tusaie i Dyer, 2004).

#### *1.2.5. Mjerni instrumenti otpornosti*

Kroz godine istraživanja za konstrukt otpornosti je formiran velik broj definicija međutim nedostajali su mjerni instrumenti. Ranija istraživanja su operacionalizirala otpornost kao odsustvo simptoma koji nastaju kao posljedica ranjivosti prema stresu, no kasnije su se instrumenti počeli temeljiti na karakterističnim faktorima otpornosti. Tako su počeli nastajati upitnici samoprocjene otpornosti kojima su se pokušavali obuhvatiti svi relevantni aspekti konstrukta.

Prema Windle i suradnicima (2011), uspoređujući različita psihometrijska obilježja mjernih instrumenata otpornosti, utvrđena su četiri najfrekventnije korištena mjerna instrumenta s ujedno najboljim metrijskim karakteristikama. Među njima su: *Connor–Davidsonova ljestvica otpornosti* (CD-RISC, Connor i Davidson, 2003), *Skala ego-otpornosti* (ERS, Block i Kremen, 1996), *Skala otpornosti* (RS, Wagnild i Young, 1993) i *Kratka skala otpornosti* (BRS; Smith i sur., 2008). *Connor–Davidsonova ljestvica otpornosti* sastoji se od 25 čestica podjeljenih u više različitih faktora, a odgovori na čestice se daju na skali od 0 do 4. Ova skala je primjenjena na širokom spektru populacija te je pokazala da se otpornost može mijenjati, uz tretman ojačati, a sama promjena kroz vrijeme se može pratiti ponavljanjem mjerenja u različitim vremenskim točkama. Mjere se osobine koje omogućavaju napredak pri suočavanju s teškoćama (Connor i Davidson, 2003). *Skala ego-otpornosti* sastoji se od jedne dimenzije stabilne crte ličnosti koju čini 14 čestica o sposobnosti prilagodbe samokontrole ovisno o datoj situaciji, a razvijena je na uzorku odraslih s prebivalištem na mjestu ratnih zona. Odgovori se također daju na ljestvici od 1 do 4 (Block i Kremen, 1996). *Skala otpornosti* mjeri stupanj individualne otpornosti te karakteristike ličnosti koje pridonose individualnoj prilagodbi na stresne situacije (Wagnild i Young, 1993). Naposljetku, Smith i suradnici (2008)

zaslužni su za kreaciju mjernog instrumenta pod nazivom *Kratka skala otpornosti* koja je odabrana za korištenje u ovom istraživanju. Cilj upitnika je ispitati sposobnost pojedinca da se vrati u stanje stabilnosti nakon disrupcije homeostaze. Skala se temelji na suvremenom razumijevanju otpornosti kao dinamičkog procesa adaptacije i brzog oporavka od stresa. Usmjerena je na individualnu opću otpornost ne uključujući moguće podržavajuće resurse dostupne pojedincu, poput obitelji i šire zajednice. No, u kliničkom radu se mogu postaviti dodatna pitanja kako bi se bolje obuhvatili pomažući resursi, a za svrhu istraživanja je najveća prednost jednostavna, brza i ekonomična primjena zahvaljujući kojoj sudionici ne dođu brzo do zamora. Također, mali broj čestica omogućuje višu vjerojatnost da će većina sudionika potpuno i pažljivo popuniti upitnik. No, osim toga olakšano je kombiniranje drugih upitnika u svrhu odgovaranja na možebitna kompleksnija istraživačka pitanja.

### 1.3.. Usredotočena svjesnost

Već neko vrijeme, mnogi neuroznanstvenici i psiholozi pokazuju velik interes prema temi usredotočene svjesnosti. Izvor interesa se otkriva u opetovano potvrđivanim studijama koje potkrepljuju činjenicu kako je prakticiranje usredotočene svjesnosti povezano s brojnim pozitivnim ishodima, uključujući i utvrđene pozitivne promjene u strukturi određenih regija mozga (Greeson i sur., 2009; Tang i Posner, 2013). Prema Brownu i Ryanu (2003) usredotočena svjesnost predstavlja osvješteno stanje uma u kojem se pojedinac pažljivo fokusira na sadašnji trenutak iz pozicije potpunog prihvaćanja. U literaturi se to često naziva *buđenje u sadašnjost* jer podrazumijeva shvaćanje važnosti mentalnog boravljenja unutar datog trenutka, drugim riječima, pojedinac prestaje biti zaokupljen sjećanjima iz prošlosti te planovima o budućnosti (Hamarta i sur., 2013).

U terapijskom okruženju, praksa usredotočene svjesnosti koristi se kako bi se pomoglo klijentima da postanu voljni sudjelovati u životno vrijednim aktivnostima iako one mogu biti popraćene nelagodnom te da osvijeste prolaznost i ljudskost proživljavanja, kako ugodnih tako i neugodnih misli, osjećaja i tjelesnih senzacija, bez da ih kritiziraju ili odbacuju. Naravno, preporučeni oblik prakticiranja usredotočene svjesnosti kao i frekvencija primjene razlikuje se od klijenta do klijenta (Kabat-Zinn, 1994). Temeljne stavke svjesnosti, prema Shapiru i suradnicima (2006), su: namjera (svrha), pažnja (svijest o sadašnjem trenutku) te stav (neosuđivanja sebe i drugih).

Pošto je prirodno za um da misli lutaju, postavlja se pitanje kako onda uspostaviti kontrolu nad tim da pojedinac sam, velikim dijelom, upravlja sadržajem unutar svog mentalnog prostora? Ispostavilo se da je za to vrlo važan utjecaj meta-svijesti kao ključnog faktora preko kojeg se određuje vjerojatnost pojave lutanja misli (Fox i sur., 2015). Prema Dunne i suradnicima (2019) meta-svijest je sposobnost preciznog praćenja trenutnog sadržaja toka svijesti. Ona podupire praksu usredotočene svjesnosti, te olakšava umu duže bivanje unutar sadašnjeg trenutka. Dakle, služi kako bi ispravila smjer svjesnog iskustva, odnosno pojedincu daje priliku da identificira svjesne misli koje odstupaju od željenog ciljnog stanja. Nakon što se misli identificiraju, pojedinac se može decentrirati ili ostvariti metakognitivni uvid. Decentriranje je proces nereaktivnog pristupanja iskustvu jer se osoba oslobađa vlastite perspektive iskustva i promatra iskustvo odvojeno kao takvo. Nadalje, pomoću metakognitivnog uvida počinje doživljavati misli kao mentalne događaje te ih više ne doživljava doslovno, odnosno svaka misao se ne uzima kao činjenica već informacija koju je mozak proizveo (Dunne i sur., 2019). Također, emocije se prihvaćaju, neovisno o stupnju

ugodnosti, jer se počinju percipirati kao prolazno trenutno iskustvo. Te naposljetku, osoba kreira poveznicu između emocija koje se doživljavaju i tjelesnih senzacija koje su njihov odgovor.

Posljedično tome, osoba je sposobna mirno percipirati promjene u tijelu (npr. ubrzani otkucaji srca). U slučaju da pojedinac, npr., doživljava takve tjelesne simptome anksioznosti, pomoću usredotočene svjesnosti, on mijenja odnos prema simptomima. Iako oni sami po sebi ne nestaju, smanjuju se jer se postigla psihološka sloboda nad vlastitom perspektivom iskustva. Na taj način decentriranje, odnosno usredotočena svjesnost, pruža alternativni pristup suočavanju s psihičkom patnjom. Stvara se prostor između percepcije i reakcije što osnažuje pojedinca čineći ga rezilientnijim (Omidi i sur., 2013). Bolje rečeno, osoba više nije reaktivna (reakcija na podražaj) već reflektivno pristupa situaciji - ima dovoljno razboritosti da trezveno odabere poželjan obrazac ponašanja. Nadalje, to omogućuje pojedincu da promjeni svoje maladaptivne usvojene obrasce koji često vode do poteškoća u mentalnom zdravlju (Boričević Maršanić i sur., 2015). Navedene promjene klijenti mogu ostvariti u dva koraka pomoću tehnika usredotočene svjesnosti. Prvi korak je smirivanje simptoma i kreiranje stabilnosti u klijenata, dok je tek drugi korak prava promjena koja rješava izvornu problematiku. Dakle prvo se smiruju simptomi, a tek onda se pojedinac liječi na emocionalnoj razini, omogućavajući mu da se potpuno intrapsihički integrira u odraslu osobu koja može daljnjim korištenjem tehnika usredotočene svjesnosti razborito koristiti informacije dobivene iz okoline (Hall, 2020).

Bez usredotočene svjesnosti ljudi ne mogu vidjeti stvarno stanje situacije, već procjenjuju i percipiraju svijet oko sebe kroz prizmu vlastitih interesa, koji, razlikujući se od čovjeka do čovjeka, mogu biti manje ili više ograničeni. Ograničenja inhibiraju um, da uz fokusirano djelovanje ka zadanom cilju, uvidi postojanje novih neočekivanih mogućnosti. Također, čovjek onda reagira suviše emocionalno, s premalom razinom discipliniranja nad samim sobom te korištenjem razuma pri donošenju odluka, što dovodi do iskrivljenih interpretacija o sebi i svijetu oko sebe (Boričević Maršanić i sur., 2015). Umjesto mijenjanja sadržaja misli, zahvaljujući alatima usredotočene svjesnosti, se može dublje ući u introspekciju self-a. Najbitnije je svladati samorazumijevanje i prihvaćanje kako bi se mogli promatrati vlastiti osjeti i stavovi, te tako shvatiti koliko ljudski um stvara nepotrebnu tjeskobu. Izbjegavajući suvišnu bol, osoba ima priliku nastaviti razvijati svoje potencijale i talente te usput usavršiti strategije usmjeravanja pažnje i samoregulacije (Siegel, 2010).

### 1.3.1. Razvoj usredotočene svjesnosti

U psihologiji se pojam usmjerene svjesnosti može podijeliti u dvije grane. Prva je povijesna grana koja predstavlja dugogodišnji put razvoja usredotočene svjesnosti kroz razne religije i filozofske pravce. S druge strane, postoji grana suvremenog konteksta u kojoj se pobliže promatra praktična upotreba usredotočene svjesnosti u terapiji s klijentima (Shapiro i Weisbaum, 2020).

Prema Sujato (2011) poznato je kako pojam usredotočene svjesnosti (*eng.* mindfulness) potječe iz duge povijesti budističkih meditacija (*smr.ti* na Sanskritu ili *sati* na Paliju). Prema budističkim izvorima *smr.ti/sati* imaju široki raspon značenja međutim mogu se svesti na definiciju neometane pažnje svih tjelesnih i mentalnih fenomena (misli i osjećaja). Kasnije kroz stoljeća se usredotočena svjesnost (*sati*) više povezuje sa prevencijom distrakcije, dok se sposobnost praćenja putovanja distrakcije kroz mentalni prostor naziva *samprajanya* odnosno meta-svijest (Dunne, 2015). Originalan spis, po kojem se tvrdi da je sam Buddha poučavao svoje učenike o meditaciji i svakodnevnim praksama, se zove *Satipaṭṭhāna Suttom*. Utjecaj ovog spisa se prepoznaje i danas u suvremenim adaptacijama meditiranja u zapadnim kulturama (Gethin, 2015). Koristeći se tim novostečenim alatima Sujato (2011) naglašava kako je osoba sposobna, tijekom prakticiranja usredotočene svjesnosti na određenu tjelesnu senzaciju, prepoznati da je um odlutao na neki nevezani podražaj, poput sanjarenja o plaži, te ponovno usmjeriti pažnju na prethodno praćenu tjelesnu senzaciju (npr. disanje).

Osim budističkog porijekla, izvori usredotočene svjesnosti se mogu pronaći i u drugim filozofskim i religijskim običajima. Stoicizam, kršćanstvo, židovstvo i islam imaju svoje varijacije. Kod kršćana se molitva kao takva može primijeniti kao alat pomoću kojeg se razvija svjesnost. Terapeuti koji, primjerice, rade s klijentima koji su kršćani mogu poticati prakticiranje usredotočene molitve kako bi smanjili anksiozne i depresivne simptome klijenata poput ruminacije. Usredotočena molitva se koristi kao receptivna metoda kojom kršćanin poziva Boga da ga iscijeli te ispuni s ljubavlju (Frederick i White, 2015).

Tako postoji i islamska meditacija svjesnosti poznata pod nazivom *muraqaba*. Ova praksa potječe iz Sufi religijske prakse koja se nalazi unutar Islama koja je posebna po tome što je usmjerena na pročišćavanje i pronalaženje istine kroz osobno iskustvo s Bogom. Mnogi psihijatri i terapeuti unutar te religije integriraju svoja opća znanja o psihologiji sa praksom *muraqabe* kod klijenata kojima takav pristup odgovara te postižu značajne rezultate u smirivanju anksiozne i depresivne simptomatologije (Isgandarova, 2019).

Prema Cavanna i suradnicima (2023) *Meditacije*, kao zbirka misli rimskog cara-filozofa Marka Aurelija, jedan je od ranijih izvora usredotočene svjesnosti koji svoje sličnosti pronalazi i u mnogim drugim načelima za koja su se zalagali razni filozofi antičke Grčke. Aurelijevi zapisi prikazuju primjenu samorefleksije, introspekcije i posvećenosti održavanju integriteta uz korištenje alata usredotočene svjesnosti. Sve dosad navedeno, dodatno potvrđuje kako je usredotočena svjesnost odavno prisutna u mnogim religijskim i duhovnim praksama kroz koje se razvijala tijekom povijesti (Thomas i sur., 2017).

Uz to, važno je naglasiti razliku između usredotočene svjesnosti i meditacije. Meditacija je praksa, dok je usredotočena svjesnost kvaliteta. Pomoću meditiranja, pojedinci koji su otvoreni za to, mogu razvijati svoju usredotočenu svjesnost no to nije jedini način. Dobar primjer toga je dijalektička biheviorn terapija (*engl.* Dialectical Behavior Therapy, DBT) koja ne zahtjeva od klijenata da meditiraju kako bi razvili svjesnost. Moguće je na neformalne svakodnevne načine uključiti svjesnost u život poput svjesnog jedenja ili hodanja, što je lakše postići ako se radnja uspori - najvažnije je da osoba svjesno upućuje svoju pažnju u trenutnu aktivnost i vježba biti prisutna u trenutku bez osude sebe ili drugog (Shapiro i sur., 2018).

To dodatno potkrepljuje istraživanje Lutza i suradnika (2015) koji potvrđuju da se prakticiranjem različitih vježbi svjesnosti ojačavaju i sposobnosti *sati* (usredotočene svjesnosti) i *samprajanya* (meta-svjesnosti). Osim svakodnevnih praksi poput svjesnog jedenja i hodanja, usredotočena svjesnost se može prakticirati kroz sjedeće meditacije, vježbe disanja te meditacije pokretom. Ako se provodi strukturirani trening kojeg vodi obrazovani stručnjak, prema Boričević Maršanić i suradnicima (2015), za početnike se predlaže grupna primjena tehnika unutar 8 seansi, nakon čega, ovisno o individualnim preferencijama, osoba može odabrati želi li nastaviti grupnu ili individualnu primjenu istih.

Nadalje, u različitim kulturnim kontekstima, primjena i tumačenje prakse usredotočene svjesnosti varira. Kako bi se uspjela integrirati i proširiti u kulturi zapadnog društva, bilo je potrebno sekularizirati istočnjačku viziju koncepta (Kirmayer, 2015). Od kulture do kulture postoje različita poimanja privatnog i javnog, odnosno onog što jest ili nije prihvatljivo izraziti u javnom društvenom prostoru. Kirmayer (2015) naglašava važnost japanske adaptacije budističkih praksi usmjerene svjesnosti i meditacije, koja se naziva Naikan. Naikan praksa se temelji na programu koji traje tjedan dana, a sudionike se poučava oblik meditiranja kojim se pažnja usmjerava ka dobroti koja je primljena od drugih. Kroz taj intenzivan program, sudionici usvoje važnost preusmjeravanja pažnje iz egocentričnog stanja u stanje zahvalnosti na onome što imaju i što su već dosad primili. Nesvjesno, pojedinci mijenjaju svoj pristup prema okolini

koji postaje pozitivniji i otvoreniji što onda omogućuje njima samima da resurse ulože kako u druge tako i u vlastiti rast i razvoj - pozitivno utječući na njihovo mentalno zdravlje.

Ova adaptacija se formirala u oblik psihoterapije koji je iznenađujuće lako prihvaćen i u ostatku svijeta uz minimalne preinake. Navedeno je pokazalo da terapeuti mogu lako prilagoditi usvojeno opće znanje i tehnike o usredotočenoj svjesnosti, ovisno o individualnim i kulturalnim karakteristikama klijenta, na način da dodaju ili eliminiraju određene kulturne i vjerske segmente tokom prakse (Ozawa-de Silva, 2015). Ako je klijent, primjerice, kršćanin terapija će biti bolje prihvaćena ako se tehnike usredotočene svjesnosti prezentiraju kroz pojam molitve, dok se ateistu tehnika može ogoliti do osnovnih principa što znači da će terapeut prije sugerirati korištenje svakodnevnih praksi usredotočene svjesnosti (Frederick i White, 2015). Dakle, kroz povijest, tehnike usredotočene svjesnosti, su se mijenjale kako bi odgovarale zahtjevima mnogih razdoblja i zajednica. Stvaranje brojnih terapija temeljenih na svjesnosti, namijenjenih rješavanju određenih problema povezanih s mentalnim zdravljem, omogućila je dostupnost navedenih sadržaja diljem svijeta (Kirmayer, 2015).

### *1.3.2. Biološki aspekt usredotočene svjesnosti*

Vraćajući se na pozitivne ishode prakticiranja usredotočene svjesnosti, postoji niz popratnih bioloških promjena koje se odvijaju u mozgu. Jedna od bioloških beneficija prakticiranja vježbi usredotočene svjesnosti jest poboljšanje upravljanja regulatornim regijama prefrontalnog korteksa. Debljina korteksa i aktivnost regije se povećavaju jer se neuralne veze ojačavaju između, područja zadanog da upravlja tijelom dok ono miruje i područja koje se koristi prilikom aktivnog reguliranja prefrontalnim korteksom, omogućavajući pojedincu fleksibilniji pristup pri odabiru psiholoških i ponašajnih odgovora na podražaj iz okoline (Chiesa i Serretti, 2010).

Nadalje, utjecaj je uočen i na području amigdale koja igra važnu ulogu u procesu pokretanja borba ili bijeg (*engl.* fight or flight) reakcije na stres te obradi informacija afekta. Volumen desnog dijela amigdale se tijekom vremena smanjuje kao i aktivnost čitavog amigdalnog centra. Dakle u tom predjelu mozga se smanjuje broj neuralnih veza (Taren i sur., 2013). Također, smanjuje se i količina dnevno izlučenog kortizola što zajedno uvelike olakšava osobi da mnogo mirnije pristupi stresnoj situaciji te joj omogućuje priliku za kvalitetniji san (Brand i sur., 2012). Chiesa i Serretti (2010) utvrđuju da se povećava aktivnost anteriornog cingularnog korteksa što također doprinosi višim rezultatima u mjerenjima emocionalne stabilnosti. Naravno, poboljšava se i aktivnost regija odgovornih za pažnju te sama sposobnost



usmjeravanja pažnje Uz to se povećava razina alfa i theta valova, koji su i inače povišeni u stanju opuštenosti, te dubokog promišljanja, a općenito pridonosi kognitivnoj efikasnosti. Nadalje, normaliziraju se mnoge neuroendokrine funkcije poput tlaka, otkucaja srca, potrošnja kisika itd.), a raste količina izlučenog endorfina, dopamina i serotonina čija kompleksna uloga uvelike pomaže pri regulaciji emocionalnih stanja čovjeka (Ahani i sur., 2014).

### 1.3.3. Primjena usredotočene svjesnosti u terapiji

Kako i psihologija i budizam imaju isti cilj, pomoći i razumjeti čovjeka koji pati, ne iznenađuje činjenica da već dugo postoji povijest interdisciplinarnе suradnje. Znanja dobivena iz budizma se službeno počinju uvoditi u suvremenu medicinsku primjenu u 1970tima. Tada su se dobrobiti usredotočene meditacije razvijale u tehnike opuštanja i neinvazivne intervencije biofeedback-a (Ratanasiripong i sur., 2015).

Među prvim radovima o usredotočenoj svjesnosti nalaze se istraživanja Jon Kabat-Zinna kroz koja je adaptirao znanja zen budizma u važan pristup za poboljšanje mentalnog zdravlja, no osim oformljenog programa, koji je nastao kako bi i ostali stručnjaci mogli lako primijeniti dobrobiti budizma u terapijskoj praksi, Kabat-Zinn je smatrao kako je usredotočena svjesnost više od psihološkog alata - smatrao je da je to revolucionaran pristup življenja života (Kabat Zinn, 2003). Kabat Zinn (1994) oformio je program usredotočene svjesnosti za ublažavanje stresa (*engl.* Mindfulness Based Stress Reduction, MBSR) motiviran željom da pomogne vlastitim pacijentima kojima su velike probleme stvarali kronični bolovi. Pomoću MBSR-a pacijenti su se lakše mogli nositi sa teretom subjektivne boli jer su promijenili način percipiranja nelagode (Boričević Maršanić i sur, 2015).

Nadalje, kognitivne terapije su uvelike prisvojile usredotočenu svjesnost unutar svog *trećeg vala* u kojem se nalazi terapija prihvaćanja i posvećenosti (*engl.* Acceptance and Commitment Therapy, ACT). Ova terapija općenito usvaja i šira znanja i dobrobiti iz budizma te postiže dobar uspjeh u kliničkoj praksi. Ono što ju razlikuje od budističkih ideja jest ojačavanje *nadilazećeg ja* dok istovremeno poučava decentraciju. Što znači da ACT nije promijenio temeljni kognitivni fokus KBT-a već je naglasak premješten s upravljanja kognitivnim distorzijama na njihovo prepoznavanje te prihvaćanje moguće prisutnosti neugodnih misli i osjećaja (Fung, 2015). Cilj ACT terapije jest pomoći klijentu da osvijesti sve svoje mentalne fenomene te da ne bježi od njih u obrambeni mehanizam potiskivanja. Tek kada klijent postigne stanje balansa, može razborito pristupiti dubljem kontinuitetu svijesti u kojem doživljava sebe kao univerzalno ne fragmentirano biće koje je dovoljno rezilijentno da podnese

neočekivane podražaje iz okoline - to stanje se u tradiciji budizma naziva *pravim selfom* (Jennings i Apsche, 2014).

Prema Bach i suradnicima (2015) uz ACT terapiju nastaje još jedna vrsta terapije pod utjecajem KBT-a, a to je DBT. Linehan (1993) je služeći se klasičnim KBT pristupom naišla na otpor i neuspjeh u liječenju klijenata sa graničnim poremećajem ličnosti. S obzirom da navedeni poremećaj veže simptome emocionalne reaktivnosti, iznimnu osjetljivost na moguće odbijanje te nerazvijeni mehanizam emocionalne samoregulacije, Linehan je bila inspirirana kreirati novi terapijski pristup, koristeći znanja o usredotočenoj svjesnosti, koji se i danas cijeni kao jedan od najboljih pristupa u slučaju ove dijagnoze (Jennings i Apsche, 2014). Prvi važan segment usredotočene svjesnosti, koji je Linehan (1993) integrirala u DBT pristup, su vježbe svladavanja tehnika usredotočene svjesnosti koje su uvelike umanjile razinu reaktivnosti klijenata s obzirom da su se općenito naučili lakše nositi sa stresom. A drugi važan segment je potpuno prihvaćanje. Poučavala je svoje klijente kako da potpuno prihvate svoja stanja čak i ako su nagoni krenuli prema suicidalnim ideacijama. Bit je da klijent napokon može uzeti prostora u terapiji da izrazi svoje disfunkcionalne misli bez da postoji ikakva samokritičnost. To ne znači da se one potiču ili etiketiraju kao pozitivne, već da se sam proces etiketiranja izbacuje, ali da se mentalni prostor decentirano može sagledati i prihvatiti u kakvom god stanju, trenutno, kao dio realnog doživljaja (Jennings i Apsche, 2014).

S druge strane, Apsche je pridonio DBT praksi kroz rad s mladima. Shvaćajući da je mladima teže usvojiti principe usredotočene svjesnosti posvetio se inovaciji raznoraznih tehnika kako bi olakšao njihovo brzo i efikasno svladavanje. Stoga se više usmjerio ka vježbama svjesnog disanja, vizualne koncentracije, usredotočenog svakodnevnog hodanja i jedenja te vođenja vizualnih meditacija koje bi prilagođavao i naizmjenično koristio ovisno o individualnim karakteristikama adolescenata s kojima bi radio. Bio je uspješan u tome s obzirom da se kod adolescenata povećala razina smirenosti te je emocionalna samoregulacija postala efikasnija (Apsche i Jennings, 2014).

Prema Ma i suradnicima (2002) u devedesetima se integracijom MBSR programa s KBT tehnikama kreirala kognitivna terapija bazirana na usredotočenoj svjesnosti (Mindfulness Based Cognitive Therapy - MBCT). MBCT također uključuje pojam decentracije no u ovom slučaju je glavni fokus liječenje depresivnih stanja stoga se decentracijom pokušava odvojiti klijenta od automatskih misli koje ga vode u ruminaciju. Ruminiranje povećava rizik ponovnog javljanja depresivne simptomatologije pa se tako MBCT-ovim tehnikama pokušava prekinuti usvojen negativni obrazac ponašanja. Tehnike koje prevladavaju su vježbe: pregleda tijela,

svakodnevne meditacije (tijekom jedenja, hodanja ili sjedenja) i Hatha joge. Potonje navedeno je jedna od popularnijih vrsta joge u zapadnoj kulturi. Specifična je po tome što zahtijeva kontinuiranu neosuđujuću pažnju koja se usmjerava na tjelesne senzacije prilikom vježbanja posebnih položaja tijela, koji dovode do opuštanja osobe ili izdržljivosti, s obzirom da neke vježbe zahtijevaju dugotrajno stajanje u određenoj pozi uz kontroliranje daha (Csala i sur., 2020). Ovaj tip terapije se proširio velikom brzinom i danas je zastupljen u brojnim ustanovama od bolnica do škola. Općenito primjena usredotočene svjesnosti je u uporabi ne samo u medicini i psihologiji, već i u poslovanju i edukaciji, potvrđujući važnost njezinog doprinosa, no isto tako jednostavnosti integracije u raznim okruženjima (Meiklejohn i sur., 2012).

#### *1.3.4. Negativni aspekti prakticiranja usredotočene svjesnosti*

Prema Lindahl i suradnicima (2017) postoji mogućnost da osoba koja prakticira tehnike usredotočene svjesnosti doživi neugodno iskustvo jer proučavanjem selfa može izazvati veliku emocionalnu reakciju. Može postati preplavljena otkrivenim, a kao posljedica toga javlja se paranoja, zbunjenost i anksioznost. Razlog tomu je što, pokušavajući otkloniti stres kao površinski problem u životu kroz vježbe usredotočene svjesnosti, osoba slučajno osvijesti dublje istine o postojanju koje se prema budizmu nazivaju - tri znaka postojanja. Prva je dhukkha (patnja) koja predstavlja koliko je patnje u životu i da je ona neizbježna. Drugo je aniccā (nestalnost) odnosno shvaćanje da sve nestaje i raspada se kako vrijeme prolazi. Treće je anattā (nepostojanje self-a) vjerovanje da je self stalan i nepromjenjiv je iluzija. Suočavajući se s time, u stadiju kada osoba nije spremna za to shvaćanje, lako dolazi do neugodnih iskustava. Prema van der Kolku (2011) ovo je osobito problematično kod klijenata koji su preživjeli traumatična iskustva s obzirom da nisu dovoljno povezani s vlastitim emocijama da bi mogli podnijeti takva otkrića. Provjerio je ovu pretpostavku tako da je klijente, koji su prošli teške traume, poslao na vježbe usredotočene svjesnosti. Sumnje su mu bile potvrđene kada su se klijenti vratili iznimno uznemireni. Schwind i suradnici (2023) naglašavaju da pošto se klijent može osjećati kao da je u podređenoj poziciji naspram terapeuta (terapeut ne bi trebao poticati ovakav osjećaj hijerarhije) u slučaju nelagode prilikom vježbi neće se ni izjasniti kako se osjeća jer će zaključiti da radi nešto krivo ili da s njim nešto nije u redu.

Ovaj problem se može riješiti ako klijent posjećuje educiranog terapeuta koji je upućen u područje usredotočene svjesnosti i koji zna procijeniti kada je klijent spreman za te vježbe, ako bi mu uopće odgovarale, te zna dati podršku u trenutku klijentove možebitne uznemirenosti zbog naviranja emocija koje su zbog traume dugo bile potisnute. Na taj način se izbjegava

klijentovo ulaženje u obrambeni mehanizam disocijanja. Uz terapeuta ovakve uznemirenosti se prorađuju na zdrav način iako i dalje može postojati osjećaj kod klijenta da je otišao nekoliko koraka unazad, no to je normalno iskustvo prilikom započinjanja bilo kakvog većeg napretka u terapijskom procesu (van der Kolk, 2011).

Također, kritika usredotočenoj svjesnosti kao praksi je da se previše popularizirala putem interneta, aplikacija i knjiga za samopomoć diljem svijeta te da se sve više iskrivljuju prave poruke i principi koji originalno dolaze iz budizma (Hall, 2020). Nadalje, postoje primjeri manipuliranja navedenim znanjima, a jedan od njih je američka vojska. U treninge za vojnike su integrirane vježbe i tehnike usredotočene svjesnosti kako bi vojnici mogli preciznije i efikasnije obavljati službu. S obzirom da se radi o nasilju nad drugim ljudima, budisti su bili prilično negativno iznenađeni da se znanja, za stvaranje mira unutar pojedinca, koriste da bi se ugrozili drugi životi (Purser i Loy, 2013). Britton (2019) naglašava kako rijetko koji pristup univerzalno odgovara svim klijentima te kritizira populariziranje usredotočene svjesnosti izvan granica objektivne realnosti njezine učinkovitosti. Tome u prilog, navodi kako određeni klijenti nakon korištenja tehnika svjesnosti znaju, ne samo umiriti neugodne emocije, već i ugodne što može dovesti do općeg smanjenja doživljavanja intenzivnosti emotivnih informacija. No, uzimajući sve u obzir, tehnike usredotočene svjesnosti mogu biti od pomoći klijentu, ali se preporuča prakticiranje istih uz prisustvo stručnjaka koji će pratiti što je i koliko je potrebno svakom klijentu ponaosob.

### *1.3.5. Mjerni instrumenti usredotočene svjesnosti*

Postoji mnogo instrumenata kojima se mjeri navedeni konstrukt, jer se pojam popularizirao tijekom posljednja dva desetljeća. Prilikom odabira instrumenta kojim bi se u ovom istraživanju mjerila usredotočena svjesnost, prvi korak je bio odrediti hoće li se ispitivati svjesnost kao stanje ili crta ličnosti? Usredotočena svjesnost, kao crta ličnosti, odnosi se na trajnu i stabilnu dispoziciju pojedinca da bude svjestan i prisutan u trenutku. Mjerenjem konstrukta na ovaj način omogućuje istraživačima da ispituju utjecaj ove stabilne osobine na ishode u mentalnom zdravlju i ponašanju. S druge strane, usredotočena svjesnost kao stanje opisuje trenutno iskustvo svjesnosti koje se može mijenjati ovisno o kontekstu i situaciji te omogućuje analizu utjecaja kratkotrajnih promjena u usredotočenoj svjesnosti na trenutne reakcije i ponašanja (Medvedev i sur., 2017). S obzirom da se u ovom istraživanju želi ispitati dugoročan utjecaj usredotočene svjesnosti na mentalno zdravlje, odabire se mjerenje

usredotočene svjesnosti kao crte ličnosti. Posljedično, slijedi niz instrumenata koji su oblikovani u formatu upitnika samoprocjene pomoću kojih se mjeri nastojanje čovjeka ka usredotočenom svjesnom ponašanju, percipiranju okoline i vlastitih mentalnih fenomena (misli i osjećaja).

Sljedeći korak je bio procijeniti koji bi upitnik bio najadekvatniji za mjerenje ovisno o operacionalizaciji pojma. Za dublje razumijevanje sličnosti i razlika među skalama svjesnosti slijedi pregled nekoliko najfrekventnije korištenih.

Prva u nizu je *Skala usredotočeno svjesne pažnje i svjesnosti* (MAAS; Brown i Ryan, 2003). Autori su formirali čestice korištenjem znanja o usredotočenoj svjesnosti te informacija dobivenih iz vlastitih iskustava, s tim da su se konceptualno oslonili na teoriju samoregulacije i usko operacionalizirali svjesnost na komponentu pažnje. To je rezultiralo sa skalom od ukupno 15 čestica na koju sudionici daju odgovore preko Likertove skale od šest stupnjeva. Skalom se mjeri učestalost usredotočene svjesnosti u svakodnevnicima koja se kod MAAS-a izražava kroz jednofaktorsku strukturu. Također, da bi se zaobišla mogućnost socijalno poželjnog odgovaranja, čestice u MAAS-u su orijentirane tako da opisuju nedostatak usredotočene svjesnosti (Brown i Ryan, 2003).

Sljedeća skala je *Freiburški inventar usredotočene svjesnosti* (FMI; Buccheld i sur., 2001). Također, temeljen na izvorima iz budizma, čiji je sadržaj bio obrađen i prenešen u oblik upitnika od 30 čestica, potom je validiran upravo na uzorku budističkih meditatora. No, faktorska struktura je prilično nestabilna, čak postoji dvofaktorska struktura (Kohls i sur., 2009). No, skala je primjenjiva isključivo na populaciji iskusnih meditatora jer jedino takvi sudionici istraživanja mogu u potpunosti razumjeti svaku pojedinu česticu unutar instrumenta. Prednost instrumenta je njegova osjetljivost za detaljno diferenciranje pojedinaca u ovoj populaciji (Belzer i sur., 2013).

Uz FMI, postoji i *Kentucky inventar vještina usredotočene svjesnosti* (KIMS; Baer i sur., 2004), koji je kreiran da bi mjerio četiri faktora svjesnosti: promatranje, opisivanje, svjesno djelovanje i neosuđivanje. Ukupan broj čestica je 39, a njihov sadržaj je uvelike inspiriran DBT terapijom (Linehan, 1993). Ono što je zbog navedenog utjecaja specifično kod ove skale i razlikuje je od ostalih jest sposobnost verbalnog izražavanja osjeta.

Nadalje, postoji *Kognitivna i afektivna skala usredotočene svjesnosti* (CAMS-R; Feldman i sur., 2007), a sadrži 12 čestica te se može svakodnevno koristiti kao alat praćenja usredotočene svjesnosti. Faktori koji su uključeni u skalu su: prihvaćanje/neosuđivanje misli i osjećaja, fokus na sadašnjost, svjesnost i pozornost. Kod ove skale postoje dvije specifičnosti

koje ju razlikuju od ostalih skala. Prvo je da se s CAMS-R skalom više mjeri volja i spremnost da se prakticira usredotočena svjesnost, nego frekvencija takvih iskustava. A drugo je da se kroz literaturu opetovano potvrđuje viša povezanost CAMS-R s mjerama psihološke uznemirenosti i problema (npr. skale anksioznosti, neuroticizma). To ga čini vrlo učinkovitim u kliničkoj primjeni ili istraživanjima (Bergomi i sur., 2013).

Nadalje, *Southamptonov upitnik usredotočene svjesnosti* (SMQ; Chadwick i sur., 2008) je konstruiran od 4 bipolarna faktora svjesnosti: decentiranost svijesti naspram nerazboritog reagiranja, prepuštanje i nereagiranje naspram zabrinutosti, samoprihvatanje sebe i mentalnih fenomena naspram osuđivanja te, posljednji faktor, dopuštanje pažnji da ostaje u kontaktu s teškim mislima naspram izbjegavanja iskustava. Sudionik odgovorajući na ukupno 16 čestica se izjašnjava o vlastitim iskustvima korištenja usredotočene svjesnosti za rješavanje uznemirujućih slika. Za strukturu se pokazalo da je jednodimenzionalna (Chadwick i sur., 2008).

Problematika koja se pronalazi kod skala svjesnosti jest da se uvelike razlikuju u dimenzijama za koje određeni autori smatraju da čine usredotočenu svjesnost. Istraživanje koje to jasnije demonstrira je ono Baera i suradnika (2006b) u kojem su utvrđene varijacije niskih do srednje visokih korelacija između različitih skala svjesnosti (SMQ, MAAS, CAMS, FMI i KIMS) u rasponu od 0,21 do 0,67. Stoga, kako bi se dobio bolji uvid u usredotočenu svjesnost, Baer i suradnici (2006) su bili inspirirani konstruirati mjerni instrument koji će obuhvatiti različite aspekte svjesnosti iz mnogih upitnika dotad korištenih, te dosad navedenih (SMQ, KIMS, MAAS, CAMS-R i FMI). Tako su konstruirali *Petofacetni upitnik usredotočene svjesnosti* (FFMQ; Baer i sur., 2006b) koji se odabrao za korištenje u ovom istraživanju. Validirana je petofaktorska struktura, a faktori su: opažanje, opisivanje, neprosuđivanje, djelovanje sa sviješću te nereagiranje. Opažanje se odnosi na sposobnost pojedinca da ovisno o volji i potrebi usmjerava svoju pozornost ka unutarnjim ili vanjskim iskustvima što znači da nije žrtva procesa koji se odvijaju već svjestan promatrač koji prikuplja informacije. Faktor opisivanja označava sposobnost pojedinca da prenese svoje doživljaje u verbalnom obliku kako bi ga drugi mogli razumjeti. Djelovanje sa sviješću je potpuna prisutnost u sadašnjem trenutku koja omogućuje osobi da razborito postupi. Neprosuđivanje označava neutralan stav prema mislima i emocijama, niti su pozitivne niti negativne već izvor informacija koje mogu i ne moraju biti korisne u datoj situaciji. Zaključno, nereagiranje predstavlja sposobnost kojom osoba prilikom preplavljujućih iskustava (npr. javljanja intenzivnih emocija i teških misli) ne gubi stabilnost već otpušta nekorisno i uzima u obzir ono što je vrijedno (Baer i sur., 2006a).

Nakon konstrukcije potonjeg upitnika, Bergomi (2013) dolazi do ideje da ekstahira sve faktore koji čine usredotočenu svjesnost, a dotad su bili korišteni u nekim od prethodno navedenih mjernih instrumenata. Dakle, svaka skala integrira različiti podskup faktora, ne nužno istog teorijskog porijekla, te ni jedna ne uključuje svih devet faktora. Bergomi (2013) stoga nabraja osnovne faktore usredotočene svjesnosti, a oni su: promatranje i usmjeravanje pažnje na iskustva, djelovanje sa svijesti, neosuđivanje, samoprihvatanje, nereaktivnost na iskustva, spremnost na otvorenost ka iskustvima, decentracija od iskustava, pronicljivo razumijevanje i opisivanje.

#### *1.4. Odnos mentalnog zdravlja te otpornosti i usredotočene svjesnosti kod osoba različitih seksualnih orijentacija*

Kroz razvoj u djetinjstvu i adolescenciji, članovi LGB+ zajednice se često susreću sa situacijama i uvjetima koji mogu formirati kompleksne traume, uvjetujući ih na određen set ustaljenih internaliziranih misli i osjećaja, koji im ne pridonose boljoj kvaliteti života, već kontinuirano izazivaju neugodne fiziološke reakcije poput, primjerice, simptoma anksioznosti.

Jedna od važnih stavki pri suočavanju s traumom ili negativnim temeljnim uvjerenjima jest svjesnost. Pojedinaac se prakticiranjem usredotočene svjesnosti počinje osjećati ugodnije u svom tijelu te sa suosjećanjem promatra internalne doživljaje bez osuđivanja (Pretak, 2018). Niz terapija, koje su temeljene na svjesnosti, pokazale su se efikasnim za razna mentalna stanja i vrste simptomatologije, no u slučaju težih psihičkih poremećaja, poput shizofrenije, rezultiraju manjom učinkovitosti jer su u tom slučaju djelotvorniji medikamenti (Hodann-Caudevilla i sur., 2020; Meyer, 2003).

Prema Chiesa i Serretti (2010) povoljni utjecaji su uočeni i u fiziološkom funkcioniranju sudionika terapijskog procesa temeljenog na usredotočenoj svjesnosti (MBT). Dakle MBT su pokazale promjenu afekta u pozitivnom smjeru te neuralne promjene u amigdalnim centrima i prefrontalnom korteksu koje doprinose boljoj samokontroli, emocionalnoj regulaciji, empatiji te posljedično psihološkoj otpornosti (Davidson i sur., 2003).

Prema Thompson i suradnicima (2011) usredotočena svjesnost kroz različite načine ojačava psihološku otpornost pojedinca. Jedan od tih načina je potpuno prihvaćanje trenutnog mentalnog stanja. Dakle ako osoba počinje osjećati određene anksiozne simptome, prihvaća da je iskustvo prolazno i dopušta si proživljavanje emocije i njenu ekspresiju sukladno socijalnom kontekstu. Također, zahvaljujući tome, osoba je sposobna upustiti se u ugodna i neugodna iskustva što ukazuje na asertivno ponašanje. S vremenom postaje lakše procesirati informacije

o afektu te se decentracijom odvlači pozornost uma s distraktivnih i sabotirajućih misli osnažujući otpornost na svakodnevne stresore.

Otpornost se gradi kroz vrijeme, učestalim podržavajućim ponašanjima. Otporni pojedinci su pozitivnijeg afekta, osjećaju visoku samoeфикаsnost pri novim izazovima, te usmjeruju svoju energiju ka prilikama za samoaktualizaciju (Malinowski i Lim, 2015). Dakle, što više prevladavaju intrapersonalni i okolinski zaštitni faktori naspram rizičnih, to je veća vjerojatnost da je osoba rezilijentnija. Ako se radi o populaciji LGB+ zajednice, postoji nekoliko konkretnih zaštitnih faktora, a to su: outanje, odnosno otvorenost o svom identitetu, druženje unutar zajednice te aktivizam za LGB+ prava (Feinstein i Marx, 2016). Također, samorazumijevanje i suosjećanje omogućuje LGB+ članovima da učine svoj internalni glas pozitivnijima. Razumijevajući sebe, otvara se mogućnost ka razumijevanju drugih (Neff, 2003). Dakle, vježbama usredotočene svjesnosti se povećava samorazumijevanje koje olakšava suočavanje s manjinskim stresom te umanjuje internaliziranu homofobiju (Mahmood i sur., 2018). Osim što primjena tehnika terapija usredotočene svjesnosti mogu ukloniti postojeće psihološke abnormalnosti, također mogu služiti kao prevencija nastajanju nekih drugih simptoma. U ovom radu će se ukupna populacija podijeliti na heteroseksualne i neheteroseksualne (homoseksualne i biseksualne) sudionike odnosno na skupine različitih seksualnih orijentacija koje će se međusobno uspoređivati po razinama otpornosti, usredotočene svjesnosti i mentalnog zdravlja.



## 2. CILJ

Posljednjih godina se sve veća važnost pridaje očuvanju mentalnog zdravlja i dobrobiti. Stres, te anksiozni i depresivni simptomi, samo su neki od uobičajenih problema koji trenutno predstavljaju prepreku u životima pojedinaca različitih demografskih skupina. Jedna od tih skupina je LGB+ zajednica u kojoj pojedinci prolaze kroz jedinstvene izazove koji mogu pridonijeti povećanim razinama stresa i problemima s mentalnim zdravljem. Upravo zbog potrebe za inovativnim, jednostavnim i učinkovitim intervencijama u toj populaciji, a i šire, u ovom istraživanju je cilj ispitati odnose različitih psihosocijalnih faktora (otpornost, usredotočena svjesnost) s mentalnim zdravljem kod osoba različitih seksualnih orijentacija što uključuje heteroseksualne, homoseksualne i biseksualne osobe. Također, svrha je istražiti moguće prednosti psihološke otpornosti i prakse usredotočene svjesnosti za suočavanje s tim poteškoćama, odnosno koliko mogu pridonijeti mentalnom zdravlju.

## 3. PROBLEMI

1. Ispitati razliku između skupina heteroseksualnih i neheteroseksualnih osoba u usredotočenoj svjesnosti, otpornosti i mentalnom zdravlju.
2. Ispitati razliku između LGB+ osoba homoseksualne ili biseksualne orijentacije različite otvorenosti oko seksualnog identiteta u varijablama usredotočene svjesnosti, otpornosti i mentalnom zdravlju.
3. Ispitati odnose varijabli usredotočene svjesnosti, otpornosti, mentalnog zdravlja i dobi kod heteroseksualnih i neheteroseksualnih osoba.
4. Ispitati u kojoj mjeri usredotočena svjesnost i otpornost mogu objasniti individualne razlike osoba različite seksualne orijentacije u mentalnom zdravlju.

## 4. HIPOTEZE

H1: Očekuje se da će neheteroseksualne osobe biti depresivnije, anksioznije, pod većim stresom te manje otporne i usredotočeno svjesne (Matošević, 2017; Naj i Soler, 2019) u usporedbi s heteroseksualnim osobama zbog manjinskog stresa koji kontinuirano proživljavaju (Meyer, 2013).

H2: S obzirom da su biseksualne osobe pod većim stresom od homoseksualnih (Jorm i sur., 2002) te da otvorenost oko seksualnog identiteta povoljnije utječe na opću dobrobit neheteroseksualnih pojedinaca (Morris i sur., 2001; Rosario i sur., 2023), očekuje se da će osobe koje su homoseksualne i otvorenije oko svog seksualnog identiteta biti više usredotočeno svjesne, otpornije i boljeg mentalnog zdravlja.

H3: Očekuje se pozitivna povezanost varijabli dobi, usredotočene svjesnosti i otpornosti, koje će istovremeno biti u negativnoj korelaciji s varijablama mentalnog zdravlja (Naj i Soler, 2019; Thomas i sur., 2016).

H4: Očekuje se da će viša usredotočena svjesnost i otpornost doprinijeti boljem mentalnom zdravlju, s obzirom da se pokazalo da u tom odnosu zauzimaju ulogu zaštitnih faktora (Vos i sur., 2021).

## 5. METODA

### 5.1. Sudionici

Dio populacije su LGB+ osobe u Hrvatskoj. LGB+ osoba je ona osoba koja se samoidentificira kao takva što se pomoću ankete jednostavno moglo segregirati putem jedne čestice „Koja je vaša seksualna orijentacija?“. Prema Gates (2011) drugi kriterij za određivanje pripadnosti pojedinca u LGB+ zajednicu je seksualno ponašanje, no s obzirom da bi se na taj način mogao podcijeniti broj pripadnika LGB+ populacije odabire se korištenje samo jednog kriterija *samoidentifikacije* koji je zasebno dovoljno validan. Uz to, drugi dio populacije su osobe heteroseksualne orijentacije.

U Prilogu 1 se pregledno mogu vidjeti sociodemografski podaci uzorka podijeljenog na heteroseksualne i neheteroseksualne osobe uz daljnju podjelu neheteroseksualnih na homoseksualne i biseksualne osobe (Tablica 1).

Prosječna dob heteroseksualnih osoba je 36 godina, a neheteroseksualnih osoba 29 godina (homoseksualnih osoba 31 godina, a biseksualnih osoba 27 godina). Heteroseksualni uzorak čini 150 sudionika, dok neheteroseksualni uzorak čini 82 sudionika (39 homoseksualnih i 43 biseksualnih osoba). U heteroseksualnom uzorku, 15,34% čine muški sudionici, a 84,66% ženski, dok je u neheteroseksualnom uzorku 32,92% muških i 67,07% ženskih sudionika. Među homoseksualnim osobama, 41,02% su muški, a 58,97% ženski, dok je među biseksualnim osobama 25,58% muških i 74,41% ženskih sudionika.

Što se tiče mjesta stanovanja, 77,34% heteroseksualnih osoba živi u gradu, a 22,66% na selu, dok 80,49% neheteroseksualnih osoba živi u gradu, a 19,51% na selu (među homoseksualnim osobama 82,05% živi u gradu, a 17,94% na selu, dok među biseksualnim osobama 79,07% živi u gradu, a 20,93% na selu).

Kada je riječ o stupnju obrazovanja, 39,34% heteroseksualnih osoba ima završenu srednju školu, 37,33% preddiplomski studij, 20,66% diplomski studij, a 2,67% doktorat. Među neheteroseksualnim osobama, 1,22% ima završenu osnovnu školu, 39,02% srednju školu, 26,83% preddiplomski studij, 26,83% diplomski studij, a 6,09% doktorat (međutim, među homoseksualnim osobama 2,56% ima završenu osnovnu školu, 33,34% srednju školu, 25,65% preddiplomski studij, 30,76% diplomski studij, a 7,69% doktorat, dok među biseksualnim osobama 44,18% ima završenu srednju školu, 27,92% preddiplomski studij, 23,25% diplomski studij, a 4,65% doktorat).

U vezi bračnog statusa, 13,34% heteroseksualnih osoba je u braku, 44,67% su slobodni, 36,37% su u vezi, a 5,34% u vezi na daljinu. Među neheteroseksualnim osobama, 13,41% su u braku, 42,68% slobodni, 37,80% u vezi, 4,87% u vezi na daljinu, a 1,24% su udovci (među homoseksualnim osobama 17,94% su u braku, 48,71% slobodni, 25,67% u vezi, 5,12% u vezi na daljinu, a 2,56% su udovci, dok među biseksualnim osobama 9,31% su u braku, 37,21% slobodni, 48,83% u vezi, a 4,65% u vezi na daljinu).

Što se tiče radnog statusa, 26,67% heteroseksualnih osoba je zaposleno, 6,6% su studenti, 6% su nezaposleni, a 1,33% sezonski radnici, dok je među neheteroseksualnim osobama 41,46% zaposlenih, 48,78% studenata, 4,87% nezaposlenih, a 4,87% sezonskih radnika (međutim, među homoseksualnim osobama 51,28% su zaposleni, 33,35% studenti,

10,25% nezaposleni, a 5,12% sezonski radnici, dok među biseksualnim osobama 32,56% su zaposleni, 62,79% studenti, a 4,65% sezonski radnici).

Prosječna religioznost kod heteroseksualnih osoba je 2,46, a kod neheteroseksualnih osoba 1,73 (među homoseksualnim osobama 1,65, a biseksualnima 1,79).

Prosječna stresnost prethodnih 6 mjeseci kod heteroseksualnih osoba je 3,9, a kod neheteroseksualnih osoba 3,84 (među homoseksualnim osobama 3,73, a biseksualnim 3,97).

Prosječno zadovoljstvo životom kod heteroseksualnih osoba je 6,65, a kod neheteroseksualnih osoba 6,65 (među homoseksualnim osobama 6,78, a biseksualnim 6,53).

Prosječno zadovoljstvo financijama kod heteroseksualnih osoba je 3,14, a kod neheteroseksualnih osoba 3,24 (među homoseksualnim osobama 3,28, a biseksualnim 3,25).

Što se tiče "out" statusa odnosno otvorenosti oko seksualnog identiteta, među homoseksualnim osobama 41,02% skriva svoj seksualni identitet (*u ormaru*) (N=16), a 58,97% je otvoreno oko svog seksualnog identiteta (*out*) (N=23); među biseksualnim osobama 51,16% skriva identitet (N=22), a 48,83% ga otvoreno prihvaća (N=21). Također, prosječan aktivizam kod neheteroseksualnih osoba iznosi 2,53, odnosno kod homoseksualnih osoba 2,65 te kod biseksualnih 2,37.

Heteroseksualni pojedinci su se pokazali religioznijima od neheteroseksualnih, no jednako su zadovoljni životom i financijama te su podjednako bili pod stresom zadnjih 6 mjeseci. Uz to, homoseksualne i biseksualne osobe podjednako aktivno pridonose LGB+ zajednici (Prilog 1, Tablica 1). Poduzorci se međusobno ne razlikuju u ključnim sociodemografskim karakteristikama stoga se mogu uspoređivati.

## 5.2. Mjerni instrumenti

**Upitnik općih demografskih podataka** je imao ukupno 14 pitanja i odnosio se na informacije kao što su spol, dob, seksualna orijentacija, mjesto stanovanja, bračni status, razina obrazovanja, radni status, religioznost, prethodna iskustva meditiranja te samoprocjena stresnosti prethodnog šestomjesečnog razdoblja, zadovoljstvo životom i financijama. LGB+ populaciji su bila postavljena dodatna dva pitanja procjene. Jedno je o otvorenosti/prihvaćenosti vlastitog seksualnog identiteta (od „Nitko ili gotovo nitko ne zna da sam LGBTQ+ osoba“ do „Svi moji prijatelji i članovi obitelji znaju da sam LGBTQ+ osoba“), a drugo o uključenosti u aktivnosti unutar LGBTQ+ zajednice. U obradi podataka se koristila varijabla otvorenosti oko vlastitog seksualnog identiteta, dok su ostale čestice prisutne radi detaljnijeg opisa sudionika.

**Mjera zadovoljstva životom jednom česticom** (engl. Single-Item Life Satisfaction Measurement; Cheung i Lucas, 2014; adaptirana hrvatska verzija Lauri Korajlija i sur., 2019) se sastoji od čestice „Koliko ste sveukupno zadovoljni svojim životom?“, koja je 2019. adaptirana na hrvatski jezik. Kako bi sudionici ispravno odgovorili na česticu trebaju označiti na skali, od nula do deset, vrijednost koja označava njihovo trenutno zadovoljstvo životom. Pri tome vrijednost nula označava „U potpunosti nezadovoljan/na.“, dok vrijednost deset označava „U potpunosti zadovoljan/na.“. Pošto se radi o samo jednoj čestici ukupan rezultat varira unutar istog raspona od jedan do deset. Poželjan aspekt ove mjere je jednostavnost mjerenja koja omogućuje da sudionicima upitnik bude manje zamoran, a time i točniji pri mjerenju željenog konstrukta. Lauri Korajlija i suradnici (2019) su svojim istraživanjem utvrdili zadovoljavajuću konstruktnu i kriterijsku valjanost te pouzdanost ( $\alpha = 0,74$ ). Standardizirani Cronbach alfa koeficijent pouzdanosti u ovom istraživanju je 0,76.

**Petofacetni upitnik usredotočene svjesnosti** (engl. Five Facet Mindfulness Questionnaire, FFMQ; Baer i sur., 2006b; adaptirana hrvatska verzija Gračanin i sur., 2017) adaptiran je na hrvatski jezik zahvaljujući suradnji profesora engleskog jezika i tri psihologa. Profesor engleskog jezika je preveo hrvatsku verziju upitnika koju su pripremili psiholozi te su o konačnom hrvatskom prijevodu odlučivali ispitivanjem suprotnosti nastale između prevedenog i izvornog teksta. Ukupno upitnik sadrži 39 čestica na koje sudionici trebaju odgovoriti pomoću skale procjene u rasponu od jedan do pet (jedan označava „nikad“, a pet označava „uvijek“). Na taj način se može odrediti u kolikoj se mjeri određeni sudionik slaže s pojedinom česticom. Upitnik je sačinjen od pet faceta: *opažanja*, *opisivanja*, *djelovanja sa sviješću*, *neprosuđivanja iskustava* te *nereagiranja na unutarne iskustva*. Svaka faceta sadrži osam čestica osim facete *nereagiranja na unutarne iskustva*, koja sadrži sedam čestica. Standardizirani Cronbach alfa koeficijent pouzdanosti u ovom istraživanju za FFMQ skalu je 0,87, dok su Gračanin i suradnici (2017) dobili vrijednost 0,91.

**Kratka skala otpornosti** (Brief Resilience Scale – BRS; Smith i sur., 2008) zahvaljujući metodi dvostrukog prijevoda Slišković i Burić (2018) adaptirale su BRS na hrvatski jezik. Skala ukupno sadrži 6 čestica od kojih je polovica pozitivno usmjerena (npr. „Kroz teška vremena obično prolazim bez većih poteškoća“) te ostatak negativno (npr. „Teško mi je prolaziti kroz stresne događaje“). Kako bi odgovorili na čestice, sudionici daju procjene na petostupanjskoj skali procjene, gdje 1 označava *uopće se ne slažem*, a 5 *u potpunosti se slažem*. Rezultat otpornosti dobiva se računanjem prosječnog ukupnog rezultata na česticama uz važan predkorak izjednačavanja usmjerenosti čestica kako bi se bodovi mogli sumirati. Pozitivno

usmjeravanje svih čestica omogućuje interpretabilnost ukupnog rezultata kao visine otpornosti pojedinca. Pouzdanost skale je zadovoljavajuća, što se očituje u Cornbach alpha vrijednosti koja iznosi  $\alpha = 0,82$ , dok se u ovom istraživanju vrijednost penje na 0,88.

**Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa** (Depression, Anxiety and Stress Scale – DASS-21, Lovibond i Lovibond, 1995; adaptirana hrvatska verzija Ivezić i sur., 2012) sastoji se od ukupno 21 čestice koje su podijeljene u tri podskale po 7, među kojima su: podskala Depresivnost (npr. „Osjetio/la sam da ne vrijedim mnogo kao osoba“), podskala Anksioznost (npr. „Sušila su mi se usta“) te podskala Stres (npr. „Bilo mi je teško smiriti se“). Odgovori sudionika su se odnosili na njihovo raspoloženje tijekom proteklih tjedan dana te se odgovaranje vršilo putem skale procjene od 4 stupnja rangiranih od 0 (*Uopće se nije odnosilo na mene*) do 3 (*Gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene*). Rezultati upitnika se mogu, za svaku podskalau, kategorizirati po intenzitetu simptoma od normalnog do jako teškog. Za depresivnost su kategorije normalno (0-9), blago (10-13), srednje (14-20), teško (21-27) te jako teško (28+). Nadalje, za anksioznost su kategorije normalno (0-7), blago (8-9), srednje (10-14), teško (15-19) te jako teško (20+). Te naposljetku, za stres normalno (0-14), blago (15-18), srednje (19-25), teško (26-33) te jako teško (34+). U istraživanju Ivezić i suradnika (2012) koeficijenti pouzdanosti iznosili su  $\alpha = 0.92$  za *Depresivnost*,  $\alpha = 0.89$  za *Anksioznost* i  $\alpha = 0.93$  za *Stres*. Ukupan rezultat sudionika se dobiva sumiranjem bodova čestica čiji najviši zbroj iznosi 21, a zatim se množenjem sa brojem 2, kraći upitnik DASS-21, dovodi do ukupnog skora duže originalne DASS-42 verzije upitnika (Lovibond i Lovibond, 1995). Cronbach alfa koeficijent pouzdanosti u ovom istraživanju za DASS-21 skalu iznosi 0,95.

U Prilogu 1 se nalaze rezultati hi-kvadrat testa procjena razlika izraženosti simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa po razini intenziteta između osoba heteroseksualne i neheteroseksualne orijentacije. Utvrdilo se da se po navedenom skupine ne razlikuju (Tablica 2).

### 5.3. Postupak

LGB+ populacija je izrazito osjetljiva grupa pojedinaca koji, upravo zbog stigmatizacije, teže otvoreno i iskreno prenose svoja iskustva. Međutim, ako im se omogući anonimnost prilikom odgovaranja na upitnik veća je vjerojatnost da će njihovi odgovori biti iskreniji. Kako bi se osigurala anonimnost koja je pogotovo bila potrebna LGB+ dijelu sudionika, za ovo istraživanje se odabralo korištenje povjerljivog online upitnika kreiranog pomoću *Google Forms* alata. Tehnike prigodnog uzorkovanja i snježne grude su se koristile za

prikupljanje uzorka. Anketa se distribuirala ciljnoj zajednici putem brojnih internetskih stranica i zajednica, uglavnom koristeći aplikacije Facebook i Instagram.

## 6. REZULTATI

Prije obrade podataka, korišten je test normalnosti distribucija rezultata upotrijebljenih skala te su izračunati relevantni deskriptivni podaci pomoću programa *TIBCO™ Statistica* koji se koristio i za sve ostale provedene analize. Odabran test normalnosti je Kolmogorov-Smirnovljevi test, te se također proveo test homogenosti varijanci, odnosno Levenov test, i to za populaciju heteroseksualnih i neheteroseksualnih (LGB+) osoba. Varijable koje su uključene su depresivnost, anksioznost, stres, otpornost, usredotočena svjesnost i dob.

*Tablica 4* Prikaz deskriptivnih podataka rezultata na skalama usredotočene svjesnosti, otpornosti, mentalnog zdravlja (depresivnosti, anksioznosti i stresa) te dobi uz vrijednosti Kolmogorov-Smirnovljevi i Levenovog testa za LGB+ populaciju (N=82) i heteroseksualnu populaciju (N=150).

	Varijable	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min.	Maks.	Asimetričnost	Spljoštenost	K-S ( <i>d</i> )	Levene ( <i>F</i> )
NEHETEROSEKSUALNI (LGB+)	Usredotočena svjesnost	3,27	0,49	1,94	4,49	0,21	0,25	0,07	0,76
	Otpornost	2,88	0,89	1,00	5	0,07	-0,43	0,08	0,76
	Depresivnost	14,73	12,47	0	42	0,90	-0,35	0,18**	0,50
	Anksioznost	14,63	11,60	0	42	0,72	-0,32	0,13	0,73
	Stres	20,32	12,37	0	42	0,06	-0,94	0,07	0,70
	Dob	29	10,34	18	60	1,62	1,92	0,47**	/
HETEROSEKSUALNI	Usredotočena svjesnost	3,22	0,44	2,26	4,38	0,22	-0,51	0,08	0,35
	Otpornost	2,91	0,87	1,00	5,00	0,09	-0,15	0,05	0,20
	Depresivnost	15,18	11,60	0	42	0,56	-0,65	0,11*	0,11
	Anksioznost	13,24	11,68	0	42	0,76	-0,39	0,15**	0,48
	Stres	19,01	11,51	0	42	0,20	-0,83	0,11*	0,17
	Dob	26	8,76	18	58	1,97	3,06	0,28**	/

\*\* p<.01, \* p<.05

Zahvaljujući Kline (2011), dopušteno je korištenje parametrijskih statističkih alata uz uvjet da indeksi spljoštenosti (KI) i asimetričnosti (SI) ne odstupaju više od zadanog ( $SI < 3,00$ ;  $KI < 8,00$ ). Vidljivo je da sve distribucije rezultata zadovoljavaju potonje naveden kriterij (Tablica 3). Uključujući i uzorak heteroseksualnih i neheteroseksualnih sudionika, pregledom prosječnih vrijednosti distribucija rezultata, može se reći da su sudionici prosječno usredotočeno svjesni kada se isti uspoređuju s prosječnom vrijednosti dobivenom u radu Gračanin i suradnika (2017) koja je također dobivena na uzorku hrvatskih studenta otprilike podjednake veličine ( $N=217$ ). Prema Lovibond i Lovibond (1995) rezultati na podskalama DASS-21 u ovom istraživanju odgovaraju srednjem stupnju zastupljenosti. Za depresivnost je srednji interval rezultata (14-20), za anksioznost (10-14) te za stres (19-25). Dakle, čini se kako cijeli uzorak ukupno ima srednje izražene poteškoće s mentalnim zdravljem. Nadalje, rezultat prosječne vrijednosti sa skale otpornosti odgovara rezultatima prethodnih istraživanja provedenih na hrvatskom uzorku, no u istraživanju Slišković i Burić (2018) uzorak čine isključivo nastavnici i učitelji. Dakle rezultati su naizgled u skladu s dosadašnjim istraživanjima.

### *6.1. Razlike između neheteroseksualnih i heteroseksualnih osoba s obzirom na ispitivane varijable*

S ciljem pronalaženja odgovora na prvi istraživački problem, ispitivanje razlika između skupina heteroseksualnih i neheteroseksualnih sudionika u usredotočenoj svjesnosti, otpornosti i mentalnom zdravlju (depresivnosti, anksioznosti i stresu), planira se korištenje multivarijantne analize kovarijance MANCOVA.

S obzirom da su skupine heteroseksualnih ( $N=150$ ) i neheteroseksualnih ( $N=82$ ) osoba različite veličine, unutar analize bi se brojevi sudionika označili kao kontrolirani kovarijati. Na taj način bi se kontrolirao utjecaj razlike u veličini uzoraka.

Međutim, prije provođenja analize potrebno je provjeriti još preduvjeta koji moraju biti prethodno osigurani. Testovi homogenosti varijanci (Tablica 4) pokazali su da su zavisne varijable približno homogeno distribuirane unutar svake grupe. Također, zadovoljen je uvjet Boxovog M testa homogenosti kovarijancijskih matrica. No, nije zadovoljen uvjet linearnosti stoga se mijenja statistički alat. Detaljni rezultati provjere preduvjeta nalaze se u Prilogu 2.

Dakle, kako bi se odgovorilo na prvi istraživački problem, potrebno je koristiti više neparametrijskih Mann-Whitney U testova. Uz to, da bi se smanjio rizik od lažno pozitivnih rezultata, poželjno je prilagoditi p-vrijednost, primjerice, s Bonferroni korekcijom. S obzirom



da se provodi pet Mann-Whitney U testova potrebno je originalnu razinu značajnosti podijeliti sa pet što u ovom slučaju iznosi 0,01 - ova vrijednost predstavlja novu razinu značajnosti koja se treba zadovoljiti kako bi se utvrdila statistička značajnost.

*Tablica 5* Prikaz rezultata Mann-Whitney U testova za ispitivanje razlike između skupine 1 (heteroseksualni, N=150) i skupine 2 (neheteroseksualni, N=82) u nizu zavisnih varijabli.

Varijable	Suma rangova (1)	Suma rangova (2)	<i>U</i>	<i>p</i>
Usredotočena svjesnost	16850,50	10177,50	5675,50	0,300
Otpornost	17397,00	9631,00	6145,00	0,938
Depresivnost	17716,00	9312,00	5826,00	0,466
Anksioznost	16928,00	10100,00	5753,00	0,380
Stres	16963,50	10064,50	5788,50	0,421

Obradom podataka nije utvrđena statistički značajna razlika između heteroseksualnih i neheteroseksualnih sudionika u usredotočenoj svjesnosti, otpornosti, depresivnosti, anksioznosti te razinama stresa (Tablica 5). Dakle sudionici heteroseksualne i neheteroseksualne orijentacije su jednako otporni, usredotočeno svjesni i mentalno zdravi.

Nakon uključivanja faceta usredotočene svjesnosti (opažanje, opisivanje, djelovanje sa svijesću, neprosuđivanje iskustva i nereagiranje) u analizu razlika između heteroseksualnih i neheteroseksualnih sudionika Man-Whitney U testom, također se ne utvrđuje statistički značajna razlika (*p* vrijesnosti se kreću od 0,48 do 0,89).

### *6.3. Razlike između homoseksualnih i biseksualnih osoba različitih otvorenosti oko vlastitog seksualnog identiteta s obzirom na ispitivane varijable*

Nadalje, kako bi se odgovorilo na drugi istraživački problem, planira se korištenje dvosmjerne 2x2 MANOVA analize. Ispituje se razlika između homoseksualnih i biseksualnih osoba različite otvorenosti oko vlastitog seksualnog identiteta u nizu varijabli: usredotočenoj svjesnosti, otpornosti, depresivnosti, anksioznosti i stresu.

No, potrebno je provjeriti jesu li zadovoljeni preduvjeti za njeno korištenje. Osnovni preduvjeti su normalnosti distribucije i homogenosti varijanci (Tablica 4) dok se ostali detaljnije prikazani u Prilogu 3. Zaključno, svi uvjeti za provođenje dvosmjerne MANOVE na populaciji LGB+ sudionika su zadovoljeni iako je uzorak biseksualnih i homoseksualnih osoba malen.

Dakle, jedna od nezavisnih varijabli je seksualna orijentacija koja je podijeljena na homoseksualnu i biseksualnu s obzirom da su to dvije najzastupljenije orijentacije, dok je druga nezavisna varijabla otvorenost oko vlastitog seksualnog identiteta. Potonja varijabla je podijeljena na osobe koje su još *u ormaru* i osobe koje su *out*, odnosno osobe koje skrivaju svoj seksualni identitet i osobe koje ga otvoreno prihvaćaju. Varijabla je bila skalirana od 1 do 5. Prvi stupanj skale je označavao *nitko ili gotovo nitko ne zna da sam LGBT osoba*, sve do zadnjeg, petog stupnja, koji označava *svi moji prijatelji i članovi obitelji znaju da sam LGBT osoba*. Pod osobe koje su otvorene oko vlastitog seksualnog identiteta se onda svrstalo osobe koje su označile četvrti i peti stupanj u kojem *većina ili svi moji prijatelji i članovi obitelji znaju da sam LGBT osoba*, a ostali sudionici koji su označili prvi, drugi ili treći stupanj su svrstani u kategoriju (*u ormaru*) osoba koje skrivaju svoj seksualni identitet. Udjeli sudionika koji se nalaze u jednoj od navedenih skupina se pregledno nalaze u Prilogu 1, koji između ostalog, sadrži sociodemografske podatke (Tablica 1).

Tablica 7 Prikaz rezultata dvosmjerne MANOVA analize za glavne efekte seksualne orijentacije i otvorenosti oko seksualnog identiteta te njihov interakcijski efekt na homoseksualnoj i biseksualnoj populaciji (N=80).

Izvor varijance	Test	Value	F	df1	df2	P
Intercept	Wilks	0,006	1786,43	6	72	0,000**
Glavni efekt seksualne orijentacije	Wilks	0,961	0,48	6	72	0,820
Glavni efekt otvorenosti oko seksualnog identiteta	Wilks	0,818	2,65	6	72	0,021
Interakcijski efekt	Wilks	0,800	2,99	6	72	0,011

\*\* p<.01

Utvrđen je statistički značajan glavni efekt otvorenosti oko seksualnog identiteta, te interakcijski efekt te otvorenosti i seksualne orijentacije (Tablica 7). Međutim, nije utvrđen glavni efekt seksualne orijentacije (homoseksualne/biseksualne osobe), odnosno nema razlika između ovih skupina u niti jednoj zavisnoj varijabli. Daljnjim post-hoc testovima će se utvrditi među kojim skupinama i za koje zavisne varijable vrijedi utvrđena značajnost. Koristit će se Bonferroni post-hoc test.

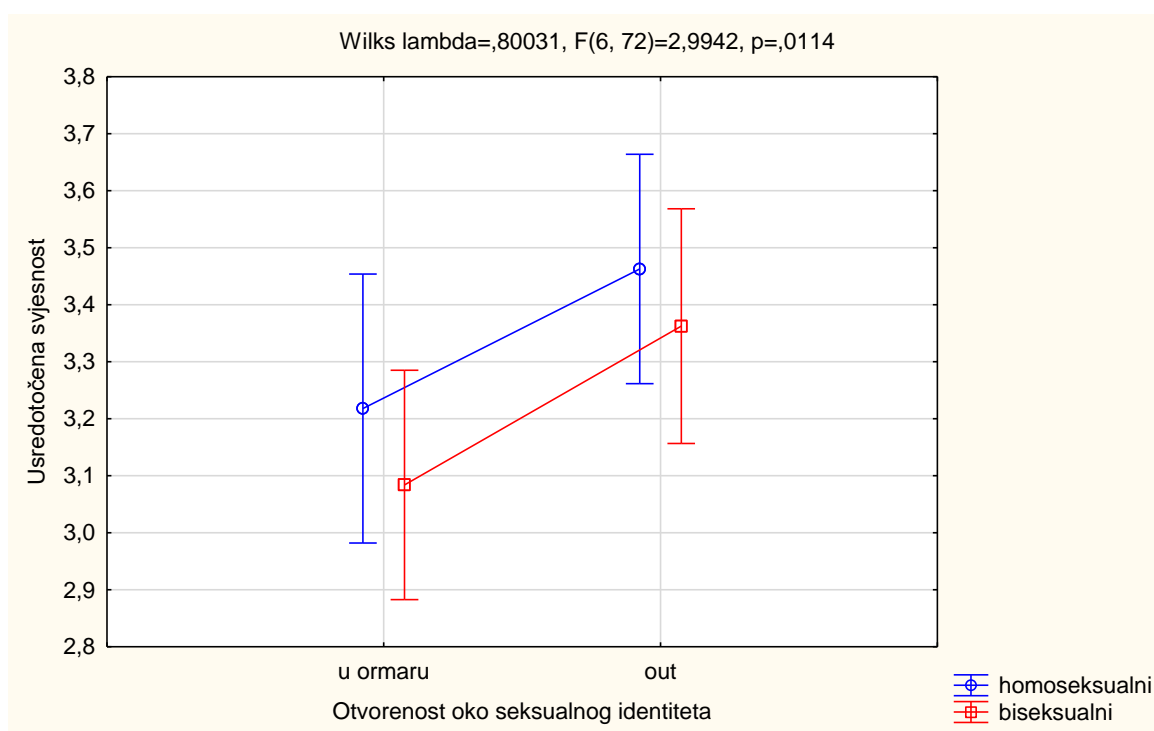
Tablica 8 Prikaz rezultata Bonferroni post-hoc testova za sve zavisne varijable između skupine LGB+ članova koji se razlikuju po otvorenosti oko vlastitog seksualnog identiteta (N=80).

Zavisne varijable	M (out)	M (u ormaru)	p
Usredotočena svjesnost	3,41	3,14	0,011**

Otpornost	2,89	2,86	0,882
Depresivnosti	14,63	14,79	0,953
Anksioznost	14,53	14,88	0,891
Stres	20,14	20,79	0,812

\*\* p<.01

Utvrđena je statistički značajna razlika između otvorenih osoba i onih koji još skrivaju svoj seksualni identitet jedino po razini usredotočene svjesnosti (Tablica 8). Otvorene osobe su usredotočeno svjesnije od osoba koje se i dalje skrivaju. Također, prema rezultatima se pokazalo da se skupine ne razlikuju u razini otpornosti, depresivnosti, anksioznosti i stresu.



Slika 2 Prikaz interakcijskog efekta između homoseksualnih otvorenih osoba i biseksualnih osoba koje skrivaju svoj seksualni identitet u razini usredotočenosti svjesnosti (N=80).

Utvrđena je statistički značajna interakcija, pomoću Tukey HSD post-hoc testova, za zavisnu varijablu usredotočene svjesnosti ( $F=2,9$ ,  $p<0.05$ ). Rezultati pokazuju da homoseksualne osobe koje su otvorene imaju značajno veću usredotočenost svjesnosti u usporedbi s biseksualnim osobama koje skrivaju svoj seksualni identitet. Razlog promjene vrste post-hoc testa jest što se Bonferroni testom nije pronašla statistička značajnost za interakcijski efekt, te se stoga prešlo na Tukey HSD test, zbog manje razine konzervativnosti. Prema

vrijednosti Wilksove Lambde ( $\Lambda = 0,80$ ) 20% ukupne varijance je objašnjeno ovom razlikom između grupa (Slika 2). Detaljniji podaci se mogu pronaći u Prilogu 4.

### 6.3. Odnos relevantnih psihosocijalnih varijabli kod heteroseksualnih i neheteroseksualnih osoba

U svrhu odgovaranja na treće istraživačko pitanje, ispitao se odnos među zavisnim varijablama (dob, usredotočena svjesnost, otpornost, te depresivnost, anksioznost i stres) pomoću koeficijenta korelacije za dio uzorka koji čine članovi LGB+ zajednice i dio uzorka koji čine heteroseksualni sudionici. Koristit će se Pearsonov koeficijent korelacije.

Tablica 10 Matrica Pearsonovih koeficijenata korelacija zavisnih varijabli na populaciji LGB+ osoba (N=82).

Varijable	US	O	DEP	ANK	Stres	Dob
Usredotočena svjesnost	1,00					
Otpornost	0,62*	1,00				
Depresivnost	-0,64*	-0,61*	1,00			
Anksioznost	-0,53*	-0,57*	0,79*	1,00		
Stres	-0,58*	-0,60*	0,78*	0,79*	1,00	
Dob	0,22*	0,13	-0,21	-0,22	-0,21	1,0

\*  $p < .05$  Legenda: US - usredotočena svjesnost, O - otpornost, DEP - depresivnost, ANK - anksioznost

Utvrđene su statistički značajne povezanosti niza varijabli u populaciji LGB+ sudionika. Usredotočena svjesnost je visoko pozitivno povezana s otpornosti te nisko pozitivno povezana s dobi. Dakle osoba je to usredotočeno svjesnija što je starija i otpornija. Također, rezultati na skali depresivnosti, anksioznosti i stresa su međusobno visoko pozitivno povezani, odnosno osobe koje su depresivnije su anksioznije i pod većim stresom. No, depresivnost, anksioznost i stres su nisko do srednje negativno povezani s ostalim zavisnim varijablama: dobi, usredotočenom svjesnosti i otpornosti. Dakle depresivnije i anksioznije osobe koje su više pod stresom su manje usredotočeno svjesne i otporne (Tablica 10).

Nadalje, za dob je utvrđena niska pozitivna korelacija sa usredotočenom svjesnosti, što znači da kako osoba stari to je više usredotočeno svjesna (Tablica 10). No, pregledom scatter-plot grafova svih kombinacija navedenih zavisnih varijabli, po većoj raspršenosti se ističu grafovi koji uključuju varijablu dobi. Stoga, da bi se donio točniji zaključak primjenjuje se i Spearmanov koeficijent korelacije radi detaljnijeg uvida u odnos varijable dobi i ostalih zavisnih varijabli.

*Tablica 11* Prikaz Spearmanovih koeficijenata korelacije za odnos varijable dobi sa ostalim zavisnim varijablama u populaciji LGB+ osoba (N=82).

Varijable	Dob:
Usredotočena svjesnost	0,29*
Otpornost	0,23*
Depresivnost	-0,28*
Anksioznost	-0,23*
Stres	-0,27*

\* p<.05

Utvrđena je statistički značajna povezanost dobi sa svim zavisnim varijablama. Dob je nisko pozitivno povezana sa usredotočenom svjesnosti te otpornosti, dok je u niskoj negativnoj korelaciji s depresivnosti, anksioznosti i stresom. Dakle što su osobe starije to su usredotočeno svjesnije, otpornije te stoga manje depresivne, anksiozne i pod manjim stresom (Tablica 11).

Nadalje, potrebno je izračunati Pearsonove koeficijente korelacija za iste zavisne varijable, ali na uzorku heteroseksualnih sudionika.

*Tablica 12* Matrica Pearsonovih koeficijenata korelacija zavisnih varijabli na heteroseksualnoj populaciji (N=150).

	Dob	US	O	DEP	ANK	Stres

Dob	1,00					
Usredotočena svjesnost	0,28*	1,00				
Otpornost	0,24*	0,52*	1,00			
Depresivnost	-0,20*	-0,48*	-0,51*	1,00		
Anksioznost	-0,19*	-0,44*	-0,48*	0,70*	1,00	
Stres	-0,22*	-0,50*	-0,57*	0,78*	0,83*	1,00

\*  $p < .05$  Legenda: US - usredotočena svjesnost, O - otpornost, DEP - depresivnost, ANK - anksioznost

Utvrđena je statistički značajna povezanost svih uključenih zavisnih varijabli za uzorak heteroseksualnih sudionika. Dakle, utvrđena je niska pozitivna povezanost dobi, usredotočene svjesnosti i otpornosti te niska negativna povezanost dobi i depresivnosti, anksioznosti i stresa. Drugim riječima, heteroseksualne osobe koje su starije su usredotočeno svjesnije i otpornije te boljeg mentalnog zdravlja. Nadalje, utvrđena je umjerena pozitivna povezanost usredotočene svjesnosti i otpornosti koje su umjereno negativno povezane s depresivnosti, anksioznosti i stresom. Odnosno, što su heteroseksualni sudionici usredotočeno svjesniji to su otporniji te boljeg mentalnog zdravlja. Naposljetku, utvrđena je i visoka pozitivna povezanost depresivnosti, stresa i anksioznosti, dakle osobe koje su pod većim stresom su anksioznije i depresivnije (Tablica 12).

#### 6.4. Doprinos prediktora usredotočene svjesnosti i otpornosti ka mentalnom zdravlju

S ciljem odgovora na četvrto istraživačko pitanje provedene su tri hijerarhijske regresijske analize s prediktorima seksualne orijentacije, usredotočene svjesnosti i otpornosti s kriterijima depresivnosti, anksioznosti i stresa.

U svim regresijskim analizama prvi korak je uključivanje prediktora seksualne orijentacije, a zatim, u drugom koraku, prediktora usredotočene svjesnosti i otpornosti. Set varijabli je odabran na temelju značajnih korelacija s kriterijima (Tablica 10; Tablica 12). Također, usporedbom korelacija za skupinu LGB+ i heteroseksualnih osoba utvrđeno je da nema značajnih odstupanja u odnosima koreliranih varijabli. Najveća razlika u vrijednostima je između -0.48 vrijednosti za depresivnost kod skupine heteroseksualnih pojedinaca i -0.64 vrijednosti za depresivnost kod skupine LGB+ sudionika, a usporedbom Pearsonovih  $r$

koeficijenta je utvrđeno da nema značajne razlike ( $z=1,68$ ;  $p=0,0918$ ). Isti ishod je utvrđen nakon provjere ostalih komplementarnih  $r$  koeficijenta između skupina. Stoga se u prvom koraku može uvesti varijabla seksualne orijentacije koja uključuje heteroseksualne i neheteroseksualne osobe.

Provedbom regresijske analize za kriterij depresivnosti utvrđeno je da seksualna orijentacija objašnjava 0,15% varijance s tim da prediktor nije značajan. Nadalje, dodavanjem varijabli usredotočene svjesnosti i otpornosti, u drugom koraku, objašnjava se 38% ukupne varijance depresivnosti pri čemu su oba prediktora statistički značajna ( $\beta_{US} = -0,34$ ;  $\beta_O = -0,36$ ,  $p < 0,01$ ). Odnosno osobe koje su usredotočeno svjesnije i otpornije su manje depresivne (Tablica 13).

Tablica 13 Prikaz rezultata hijerarhijske analize pri ispitivanju odnosa prediktora seksualne orijentacije, usredotočene svjesnosti i otpornosti s kriterijem depresivnosti (N =232).

	$R$	$R^2$	$\Delta R^2$	$F$	$B$
1. korak	0,039	0,0015	-0,003	0,35	
Seksualna orijentacija					0,04
2. korak	0,62	0,38	0,37	47,04	
Usredotočena svjesnost					-0,34**
Otpornost					-0,36**

\*\*  $p < .01$

Tablica 14 Prikaz rezultata hijerarhijske analize pri ispitivanju odnosa prediktora seksualne orijentacije, usredotočene svjesnosti i otpornosti s kriterijem anksioznosti (N =232).

	$R$	$R^2$	$\Delta R^2$	$F$	$\beta$
1. korak	0,044	0,002	-0,002	0,45	
Seksualna orijentacija					-0,04
2. korak	0,56	0,31	0,30	34,64	
Usredotočena svjesnost					-0,26**
Otpornost					-0,36**

\*\* p<.01

Nadalje, analizom za kriterij anksioznosti utvrđeno je da seksualna orijentacija objašnjava 0,2% varijance s tim da prediktor nije značajan. Također, dodavanjem varijabli usredotočene svjesnosti i otpornosti, u drugom koraku, objašnjava se 38% ukupne varijance anksioznosti pri čemu su oba prediktora statistički značajna ( $\beta_{US} = -0,26$ ;  $\beta_O = -0,36$ ,  $p < 0,01$ ). Odnosno osobe koje su usredotočeno svjesnije i otpornije su manje anksiozne (Tablica 14).

Tablica 15 Prikaz rezultata hijerarhijske analize pri ispitivanju odnosa prediktora seksualne orijentacije, usredotočene svjesnosti i otpornosti s kriterijem stresa (N =232).

	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	$\Delta R^2$	<i>F</i>	$\beta$
1. korak	0,05	0,003	-0,001	0,68	
Seksualna orijentacija					-0,05
2. korak	0,63	0,40	0,39	51,46	
Usredotočena svjesnost					-0,30**
Otpornost					-0,41**

\*\* p<.01

Te naposljetku, analizom za kriterij stresa utvrđeno je da seksualna orijentacija objašnjava 0,3% varijance s tim da prediktor nije značajan. Također, dodavanjem varijabli usredotočene svjesnosti i otpornosti, u drugom koraku, objašnjava se 40% ukupne varijance stresa pri čemu su oba prediktora statistički značajna ( $\beta_{US} = -0,30$ ;  $\beta_O = -0,41$ ,  $p < 0,01$ ). Odnosno osobe koje su usredotočeno svjesnije i otpornije su manje pod stresom (Tablica 15).

Zaključno se može reći da viša razina usredotočene svjesnosti i otpornosti doprinosi boljem mentalnom zdravlju neovisno o seksualnoj orijentaciji pojedinca.



## 7. RASPRAVA

Cilj ovog istraživanja je bio ispitati odnose različitih psihosocijalnih faktora s aspektima mentalnog zdravlja kod članova LGB+ zajednice i heteroseksualne populacije, te kako usredotočena svjesnost i otpornost pridonose boljem mentalnom zdravlju. Prema planu su se istražile razlike između heteroseksualnih i neheteroseksualnih osoba u usredotočenoj svjesnosti, otpornosti, depresivnosti, anksioznosti i stresu. Zatim su analizirani odnosi između varijabli poput usredotočene svjesnosti, otpornosti, depresivnosti, anksioznosti, stresa i dobi, na populacijama heteroseksualnih i LGB+ osoba. Također, istražene su razlike između LGB+ osoba homoseksualne i biseksualne orijentacije koje se razlikuju po otvorenosti oko vlastitog seksualnog identiteta u kontekstu usredotočene svjesnosti, otpornosti, depresivnosti, anksioznosti i stresa. Naposljetku, se ispitivao doprinos varijabli usredotočene svjesnosti i otpornosti mentalnom zdravlju. Prema hipotezama se predviđaju veći izazovi u mentalnom zdravlju za neheteroseksualne osobe u usporedbi s heteroseksualnima, što se poklapa s prethodnim istraživanjima koja ističu veći rizik od mentalnih poteškoća u LGB+ zajednici zbog stigme i manjinskog stresa (Meyer, 2015). Također očekuje se niža usredotočena svjesnost i otpornost (Naj i Soler, 2019). Prema drugoj hipotezi se očekuje da će osobe koje su homoseksualne i out (javno otvorenije oko svog seksualnog identiteta) biti boljeg mentalnog zdravlja, usredotočeno svjesnije i otpornije (Jorm i sur., 2002; Rosario i sur., 2023). Treća hipoteza opisuje kako se očekuje pozitivna korelacija između varijabli usredotočene svjesnosti, otpornosti te dobi, dok se, s druge strane, očituje njihova negativna korelacija s pozitivno povezanim stavkama mentalnog zdravlja - depresivnosti, anksioznosti i stresa (Naj i Soler, 2019; Thomas i sur., 2016). Naposljetku, prema četvrtoj hipotezi, očekuje se da će viša usredotočena svjesnost i otpornost doprinijeti boljem mentalnom zdravlju, s obzirom da se pokazalo da u tom odnosu zauzimaju ulogu zaštitnih faktora (Vos i sur., 2021).

Prema rezultatima ovog istraživanja pokazalo se da treća hipoteza može biti prihvaćena i za populaciju heteroseksualnih i neheteroseksualnih. Dakle utvrdila se pozitivna povezanost između dobi, usredotočene svjesnosti i otpornosti. No, istovremeno negativna povezanost s depresivnosti, anksioznosti i stresom koje su međusobno visoko pozitivno povezane varijable. Dakle s godinama su i heteroseksualne i LGB+ osobe sve otpornije i usredotočeno svjesnije s ujedno boljim mentalnim zdravljem. Navedeno se poklapa sa rezultatima dosadašnjih istraživanja. Primjer toga je istraživanje Koziara i suradnika (2022) prema kojima s dobi raste otpornost i smanjuju se simptomi depresivnosti kod LGB+ osoba. Nadalje, prema Thomas i

suradnicima (2016) na općoj populaciji se kros-sekcijskim nacrtom pratilo rezultate na skalama mentalnog zdravlja (koje su uključivale između ostalog, skalu depresije, anksioznosti i stresa) velikom broju sudionika kroz duže vrijeme. Zahvaljujući dobro selektiranoj metodologiji i velikom uzorku (>1500) otkrivena je linearna negativna povezanost dobi i rezultata na skalama depresije, stresa i anksioznosti. Dakle s dobi, mentalno zdravlje se poboljšava. Studija pokazuje da stariji odrasli imaju bolje mentalno zdravlje zahvaljujući efikasnijoj regulaciji emocija, većoj životnoj mudrosti i sposobnosti fokusiranja na pozitivne aspekte života.

Nadalje, s dobi pojedinci postaju optimističniji, usvoje efektivnije načine suočavanja s određenim problematičnim situacijama, manje su osjetljivi na stres stoga štede resurse, manje osuđuju sebe i druge te su prisutniji u sadašnjem trenutku - dakle postaju otporniji i usredotočeno svjesniji (Charles i sur., 2001; Cohn i sur., 2009; Feder i sur., 2019). Cohn i suradnici (2009) naglašavaju Fredricksonovu teoriju proširenja i izgradnje prema kojoj pozitivne emocije proširuju domenu kognitivnih i bihevioralnih alata za suočavanje sa stresom što ojačava resurse pojedinca čineći ga otpornijim i zadovoljnijim. Također, tijekom doživljavanja pozitivnih emocija efikasnost pažnje i obrade informacija postaje bolja što olakšava rješavanje problema te održavanje odnosa koji doprinose otpornosti u obliku resursa socijalne podrške. Također, prema Mahlo i Windsor (2021) tijekom života određeni aspekti usredotočene svjesnosti rastu i pripomažu u održavanju višeg nivoa zadovoljstva životom. Najistaknutiji faktor usredotočene svjesnosti koji raste s dobi je prihvaćanje, dakle stariji su spremniji prihvatiti vlastite misli i osjećaje bez osuđivanja. Neff (2003) naglašava kako se usredotočena svjesnost može koristiti za njegovanje otpornosti i zaštitnih čimbenika protiv stigme i predrasuda. Smatra da LGB+ osobe čak same postepeno uključuju koncepte svjesnosti u svoj svakodnevni život kako bi se lakše nosile s predrasudama i stresom.

Nadalje, prva hipoteza se odbacuje, s obzirom da se nakon obrade rezultata ispostavilo kako se heteroseksualna i neheteroseksualna skupina sudionika ne razlikuje u mentalnom zdravlju, usredotočenoj svjesnosti i otpornosti. Uz navedeno, u svrhu boljeg opisa sudionika, utvrdilo se da se heteroseksualna i neheteroseksualna skupina ne razlikuju niti u specifičnim razinama intenziteta simptoma stresa, depresivnosti i anksioznosti te da su svi sudionici bili pod podjednakim stresom unutar zadnjih 6 mjeseci. Također se pokazalo da su obje skupine jednako zadovoljne životom i financijama.

Druga hipoteza se djelomično prihvaća jer su rezultati pokazali da su osobe otvorenije oko vlastitog seksualnog identiteta (*out*) više usredotočeno svjesne od onih koji isti skrivaju (*u ormaru*) te da vrijedi isto za homoseksualne osobe otvorenije oko vlastitog seksualnog

identiteta u usporedbi sa biseksualnim osobama koje isti skrivaju. No, za ostale varijable otpornosti i mentalnog zdravlja nisu utvrđene razlike niti interakcijski efekt. Uz navedeno, u svrhu boljeg opisa sudionika, utvrđeno je da se biseksualne i homoseksualne osobe ne razlikuju u razini aktivizma u LGB+ zajednici.

Četvrta hipoteza se prihvaća jer se utvrdilo da usredotočena svjesnost i otpornost doprinose mentalnom zdravlju neovisno o seksualnoj orijentaciji.

Kada je riječ o mentalnom zdravlju, prema dosadašnjim istraživanjima, zastupljenost depresije, anksioznosti i stresa je veća kod populacije LGB+ osoba naspram heteroseksualne populacije, s obzirom da su marginalizirana populacija što znači da dodatno proživljavaju i manjinski stres (Meyer, 2013). Prema Hatzenbuehler i suradnicima (2008) LGB+ populacija često potiskuje emocionalne reakcije na stres što može dovesti do oslabljene sposobnosti prepoznavanja vlastitih emocija te internalizacije psihološke patnje, što povećava podložnost depresiji i anksioznosti. Nadalje, tome također doprinose izraženiji osjećaji i ponašanja poput socijalne izolacije, ruminacije, usamljenosti, pesimizma i beznađa. Prema Pakula i suradnicima (2017) neheteroseksualni pojedinci su dvostruko podložniji lošijem mentalnom zdravlju, dok su, specifično biseksualne osobe, izložene trostruko većem riziku zbog povećanog stresa koji proživljavaju. Taj dodatan stres proizlazi iz toga što biseksualne osobe proživljavaju diskriminaciju od strane heteroseksualaca, kao i od strane monoseksualaca unutar LGB+ zajednice (Jorm i sur., 2002). Nadalje, pokazalo se da su homoseksualne žene sklonije traženju psihoterapije, što im dodatno pomaže održati mentalno zdravlje, u odnosu na biseksualne žene, jer biseksualne žene radi dodatne stigmatizacije moguće imaju drugačije obrasce traženja pomoći (Cochran i Mays, 1999; Koh i Ross, 2013).

Nadalje, kada je u pitanju usporedba skupina koje se razlikuju po otvorenosti oko seksualnog identiteta važno je pojasniti proces coming out-a. Coming out ili izlaženje iz ormara je proces samoprihvatanja vlastite neheteroseksualne orijentacije u društvu u kojem je jedino heteroseksualna orijentacija dio norme. Proces uključuje istraživanje vlastitog seksualnog identiteta, otkrivanje te prihvaćanje istog usprkos internaliziranim negativnim stavovima društva. Osoba se uči osjećati dobro u vezi sa svojim novootkrivenim identitetom iako on prkosi normama, no socijalni i ekonomski kontekst te socijalna podrška ga uvelike oblikuju (Rosario i sur., 2023). Rad Pachankisa i suradnika (2015) pokazuje da otvoreno priznanje seksualne orijentacije (coming out) može poboljšati mentalno zdravlje seksualnih manjina, unatoč manjinskom stresu. Razlog tomu je što se izlaskom iz ormara pojedinac udaljava od štetnih utjecaja izolacije, neautentičnog življenja i internalizirane homofobije. Također, lakše je

ostvariti zadovoljavajuće iskrene odnose s drugima što uvelike smanjuje negativne učinke stresa. Iznimka su uvjeti u kojima LGB+ osoba živi u nekoj od vrlo homofobnih država, jer nažalost i dalje postoje one koje zakonski kažnjavaju javno iskazivanje neheteroseksualnog identiteta. Dakle, prema navedenom, bolje mentalno zdravlje imaju osobe koje su heteroseksualne, no ako su neheteroseksualne onda im je lakše ako spadaju pod monoseksualnu orijentaciju (homoseksualnu), te ako su otvoreni oko seksualnog identiteta. Prema rezultatima ovog istraživanja nije utvrđena razlika između heteroseksualnih i neheteroseksualnih osoba u mentalnom zdravlju te se isto utvrdilo između homoseksualnih i biseksualnih osoba te out osoba i osoba u ormaru.

Većina uzorka u ovom istraživanju (gotovo 80%) je ženskog spola tako da se mogu usporediti s rezultatima istraživanja Cochran i Mays (1999) te Hughes i suradnika (1997) čiji su uzorci ekstrahirani isključivo na populaciji žena. Pokazalo se da nema značajne razlike u stopama depresivnosti i anksioznosti između heteroseksualnih i neheteroseksualnih žena moguće jer su žene inače podložnije razvoju anksioznih i depresivnih simptoma neovisno o orijentaciji. Metodološki pristupi, uključujući pažljivu selekciju uzoraka i kontrolu sociodemografskih varijabli, pružili su dublji uvid u problematiku. Faktori koji su odgovorni za ovakve rezultate su socijalna podrška te rastuća otpornost i samoprihvatanje. Dakle, iako su žene podložnije navedenoj simptomatologiji isto tako su otvorenije tražiti socijalnu podršku u trenutcima stresa. To uvelike doprinosi regulaciji emocionalnih posljedica nakon dugog izlaganja stresu te osnaživanju njihove otpornosti. Navedeno je dovelo do veće razine samoprihvatanja što povoljno djeluje na opću dobrobit i bolje mentalno zdravlje. Na taj način moguće je da iako neheteroseksualne osobe općenito proživljavaju veći stres da se s njim bolje nose te tako ne odstupaju od rezultata koje postižu heteroseksualni pojedinci. No, osim toga, zabilježen je i podatak da su i heteroseksualne i neheteroseksualne osobe proživljavale jednake količine stresa unutar posljednjih 6 mjeseci što upućuje na postojanje drugih kontekstualnih socijalnih varijabli koje su odgovorne za jednakost u mentalnom zdravlju ovih skupina.

Prema Balsam i Mohr (2007) nije utvrđena razlika u razinama depresije, anksioznosti i stresa između homoseksualnih i biseksualnih žena što je u skladu s rezultatima ovog istraživanja. Kao objašnjenje navode kako su obje skupine razvile slične načine suočavanja sa stigmom te da zbog te adaptacije, uz socijalnu podršku, ostvaruju slične rezultate na skalama mentalnog zdravlja. Osim toga, važan aspekt ovog istraživačkog problema je i otvorenost oko vlastitog seksualnog identiteta. Ni u ovom aspektu nema razlike između otvorenih osoba i osoba koje skrivaju svoj seksualni identitet za što postoje dva alternativna objašnjenja. Moguće je da

su otvorene homoseksualne osobe, one koje su otkrile svoju seksualnu orijentaciju obitelji, prijateljima i kolegama, boljeg mentalnog zdravlja od onih koje skrivaju seksualni identitet, zbog veće socijalne podrške, manje tjeskobe, većeg pozitivnog afekta i samopoštovanja (Jordan i Deluty, 1998; Morris i sur., 2001). Alternativno, isto tako mogu biti izložene još većoj diskriminaciji (Herek i sur., 1997). Sve ovisi o specifičnim individualnim okolnostima u kojima se svaki LGB+ član nalazi.

Općenito sudionici ovog istraživanja imaju jednako zadovoljstvo životom i financijama neovisno o seksualnoj orijentaciji. Ovo se protivi većini istraživanja koja potvrđuju kako su neheteroseksualne osobe manje zadovoljne životom, a isto vrijedi za biseksualne kojima je dodatno otežano živjeti otvoreno pokazujući svoj seksualni identitet za razliku od heteroseksualnih osoba (Jorm i sur., 2002). S druge strane postoje istraživanja prema kojima se potvrđuje nepostojanje razlika što je u skladu s rezultatima ovog istraživanja. Prema Prempas (2014) je utvrđeno da su heteroseksualni i neheteroseksualni sudionici jednaki po razini zadovoljstva životom. Također, Brewster i Moradi (2010) naglašavaju da nema značajnih razlika u razinama zadovoljstva životom između biseksualnih i homoseksualnih osoba. No, da bi se to postiglo potrebna je dostupnost socijalne podrške te uvjeti za lakše samoprihvatanje vlastitog seksualnog identiteta. Uz navedeno, većina uzorka je u 20tim i 30tim godinama kada neovisno o orijentaciji većina prolazi kroz mnoge pritiske. Neki od njih su pritisak pokretanja karijere, pronalaženje životnih partnera i rješavanje financijskih pitanja (Schwartz, 2015). Pregledom niza istraživanja, te s obzirom da u uzorku sudionici imaju širok raspon dobi, jednakost u zadovoljstvu financijama može biti rezultat akumuliranog bogatstva kroz život (te otplaćivanje dugova) ili kao alternativno objašnjenje tzv. paradoks zadovoljstva. Ovaj paradoks opisuje kako mlađa i starija populacija imaju drugačiji pristup novcu, odnosno drugačije zahtjeve čije ispunjenje dovodi do zadovoljstva financijama. Dakle, iako mirovine jesu manje od plaća, potrebe u starijoj dobi također opadaju te se stariji ljudi akomodiraju uvjetima u kojima više nisu toliko u mogućnosti promijeniti trenutnu socioekonomsku situaciju (Van Praag i sur. 2004; Hansen i sur., 2008).

Naposljetku preostaju rezultati analiza koji se odnose na varijable otpornosti i usredotočene svjesnosti. Utvrđen je doprinos usredotočene svjesnosti i otpornosti ka mentalnom zdravlju pojedinca neovisno o seksualnoj orijentaciji. Također, nije utvrđena razlika u otpornosti u niti jednoj od uspoređivanih parova grupa sudionika. Utvrđeno je jedino da su otvorene osobe općenito više usredotočeno svjesne od osoba koje skrivaju seksualni identitet,

te da su homoseksualne otvorene osobe više usredotočeno svjesne od biseksualnih osoba koje skrivaju svoj seksualni identitet.

Socijalna podrška je ključan element za razvoj psihološke otpornosti. Sudionici će, bez obzira na seksualnu orijentaciju, u slučaju dostatne podrške obitelji, prijatelja i šire okoline lakše izgraditi veću otpornost. Također, heteroseksualne, homoseksualne i biseksualne osobe mogu koristiti slične strategije suočavanja kada se sukobljavaju s izazovima života. Snalažljivost je također važan čimbenik psihološke otpornosti i usredotočene svjesnosti, povezana je s individualnim resursima kao što su samopoštovanje, optimizam i emocionalna regulacija. Osim toga, prema teoriji manjinskog stresa, heteroseksualne, homoseksualne i biseksualne osobe mogu imati različite izvore stresa u životu ali nisu nužno u velikoj diskrepanci stresnosti (Schwartz, 2015). Ako se govori o isključivo neheteroseksualnim pojedincima, utvrdila se jednaka razina aktivizma u LGB+ zajednici od strane homoseksualnih i biseksualnih sudionika, što znači da je socijalna podrška ipak dostupna ovim osjetljivim skupinama. Ovo ima smisla s obzirom da se uzorkovanje LGB+ osoba obavljalo putem raznih online LGB+ grupa što smo po sebi iziskuje od njenih članova donekle višu razinu otvorenosti oko vlastite seksualnosti te višu razinu aktivnog sudjelovanja u zajednici. To bi objasnilo jednakost u razinama otpornosti što je u skladu s jednakosti u razinama rezultata na skalama mentalnog zdravlja, međutim ostaje usredotočena svjesnost. Istraživanje Naj i Solera (2019) pokazuje da usredotočena svjesnost i otpornost značajno pridonose zadovoljstvu životom, a nalazi sugeriraju da prakticiranje tehnika usredotočene svjesnosti može poboljšati otpornost, što zauzvrat može povećati zadovoljstvo životom te pomoći zaštititi mentalno zdravlje. Usredotočena svjesnost raste kako osobe razvijaju samosvijest, neosuđivački pristup ka sebi i svijetu oko sebe, prisutnost u sadašnjem trenutku i primjerice prihvatanje. Moguće je da se razlika pojavila između otvorenih osoba i onih koji se još skrivaju zbog velike uloge faktora samoprihvatanja u *coming out* procesu. Osim toga, uz dodatan doprinos otežavajućih okolnosti koje biseksualne osobe svakodnevno prolaze, ipak se istakao efekt pri kojem manju usredotočenu svjesnost imaju biseksualne osobe koje skrivaju svoj seksualni identitet od homoseksualnih otvorenih pojedinaca (Jorm i sur., 2002; Rosario i sur., 2023).

Uistinu, ako je internalizirana bifobija prisutna u većoj mjeri onda biseksualna osoba ne samo da ima internalnu borbu prihvatanja da je neheteroseksualne orijentacije već se mora nositi s diskriminacijom kojom se dovodi u pitanje postojanje ove kategorije seksualne orijentacije. Naime po nekima je biseksualnost samo prijelazna faza u homoseksualnost (Harrad, 2018), također neki biseksualce smatraju zbunjenima te im se ne validiraju njihova

iskustva s obzirom da se osobe monoseksualne orijentacije slažu da su u tome u pravu (Salim i sur., 2019).

No, valja naglasiti da nekonzistentnosti rezultata istraživanja u LGB+ populaciji moguće proizlaze iz nedovoljno ujednačenih skupina po broju sudionika. Obično je jednostavnije prikupiti heteroseksualne sudionike, zatim homoseksualne pa biseksualne itd. Ako se radi o spolu onda su muškarci manje otvoreni za sudjelovanje u istraživanjima. Dakle, grupe homoseksualnih i biseksualnih osoba rijetko dosežu troznamenaste bojeve, što umanjuje varijabilitet uzorka te statističku snagu analiza, odnosno otežava generaliziranje zaključaka. Također, većina istraživanja koja uključuju neheteroseksualne sudionike nisu reprezentativne za opću populaciju jer se obično najviše uzorkuje visoko obrazovanih, bijelaca, muškaraca i žena srednje klase. Nadalje, moguće je da se u tom uzorku LGB+ članova nalaze osobe koje nisu dovoljno prakticirale neheteroseksualna ponašanja da bi osjetili stigmatu te tako i negativne posljedice po mentalno zdravlje, kao i pozitivne posljedice razvijanja vještina usredotočene svjesnosti i otpornosti radi boljeg navigiranja kroz stresne situacije. Također, dio uzorka koji se izjasnio kao otvoren oko seksualnog identiteta je moguće u vrlo podržavajućoj okolini - žive u gradu koji je liberalnije mjesto stanovanja s manje diskriminacije (preko 80% uzorka LGB+ sudionika ovog istraživanja živi u gradu).

Uz to daljnja istraživanja bi se trebala fokusirati na izradu longitudinalnih nacrti kako bi se mogao obuhvatiti i socijalno-politički napredak društva koji bi se odrazio na rezultatima subjektivne dobrobiti pojedinaca. Uz to, longitudinalnim nacrtom bi se moglo pratiti coming out proces većeg broja sudionika. Kada je riječ o otpornosti, najdetaljniji pristup mjerenju je kombiniranje kvantitativnih mjernih instrumenata, zatim ispitivanjem zastupljenosti razvojno prikladnih ishoda visoke otpornosti te naposljetku dodati kvalitativan dio mjerenja u obliku, primjerice, intervjua kako bi se pristup mjerenju usmjerio na pojedinca. No, već je navedeno kako su potrebna daljnja istraživanja da bi se bolje razumjeli odnosi intrapersonalnih i okolinskih faktora otpornosti, pa se rezultati mjerenja uistinu ne mogu u potpunosti razjasniti kroz uzročno posljedične veze. Međutim, dosad prikupljena znanja su bila dovoljna da se oforme raznolike preventivne i terapijske intervencije koje postižu željene uspjehe (Mertens, 2007). Prema Cerit i Simsek (2021) intervencija može podučiti pojedinca da ojača svoje socijalne vještine te si osigura dobre resurse socijalne podrške. Također razvijene su razne terapijske tehnike koje mogu pomoći klijentu, primjerice razvijanje emocionalne inteligencije koja uvelike potpomaže povećanju otpornosti. Daljnjim istraživanjima se preciznost i dugotrajnost rezultata, nakon primjene intervencija i terapijskih tehnika, može samo poboljšati.

Osim toga, važno je poticati educiranost zdravstvenih djelatnika o LGB+ tematici kako bi inkluzivnije pristupali pacijentima (Takšić i sur., 2023). Prema Pikić i Jugović (2006) neki LGB+ članovi su se izjasnili kako su doživjeli diskriminaciju prilikom primanja zdravstvene pomoći - točnije rečeno u jednom primjeru se radilo o pomoći psihijatrica. Dakle takav tretman bi trebao biti nedopustiv kod djelatnika koji se bave psihologijom i psihijatrijom.

Nadalje, valja pripaziti da se tijekom davanja savjeta LGB+ populaciji naglasi da su psihološki alati i terapija pomoć koja im omogućava bolje snalaženje u heteronormativnom svijetu, no to nikako ne znači da su oni krivi za neuklapanje u društvo (Meyer, 2015). Ne smije se zaboraviti i važan utjecaj katoličkih vrijednosti unutar Republike Hrvatske koji pripomažu održavanju homofobnih stavova. Utjecaj je toliko velik da je dio obrazovnog sustava koji općenito, izvan domene nastavnog predmeta vjeronauka, rijetko spominje ili ne obrađuje teme homoseksualnosti (Bijelić, 2008). Ako se kojim slučajem i spominju, često se prikazuju kroz prizmu stigmatizacije ili ih se tretirana površno. Dakle, iznimno bi se olakšalo LGB+ osobama kada bi ih obrazovni sustav prepoznao i uključio u neki nastavni sadržaj na kvalitetan način. Navedeno se potkrepljuje dodatno provedenom analizom kojom je utvrđeno da su heteroseksualne osobe religioznije od neheteroseksualnih. To je logično s obzirom koliko katolička religija odbacuje LGB+ zajednicu, stoga je teško pronaći pojedince koji uspijevaju njegovati obje strane.

McConnell i suradnici (2016) naglašavaju važnost obiteljske podrške LGB+ pojedincima, stoga treba i dalje nuditi savjetodavne opcije za obitelji te radionice kako bi se olakšalo navigiranje kroz homofobno ukorijenjeno društvo. U daljnjim istraživanjima bi se također trebalo uključiti više specifičnih podgrupa unutar LGB+ zajednice, poput transrodnih osoba i queer osoba. To bi moglo pružiti dublji uvid u raznolikost njihovih iskustava. Nadalje, selektivnost uzorka, s prevladavajućim ženskim sudionicima, ograničava generalizaciju raznolikosti opće populacije. Uključivanjem većeg broja muških sudionika moglo bi se bolje prikazati razlike koje su prvotno bile očekivane.

Zaključno, psihološke i društvene intervencije su ključne za podršku LGB+ osoba. Uključivanje tehnika, radionica i edukacija o psihološkim alatima reguliranja emocija te postizanja usredotočene svjesnosti uvelike mogu doprinijeti poboljšanju mentalnog zdravlja i otpornosti LGB+ osoba.



## 8. ZAKLJUČAK

Heteroseksualna i neheteroseksualna populacija se ne razlikuju u razinama usredotočene svjesnosti, otpornosti te mentalnom zdravlju. No, unutar LGB+ populacije, osobe koje su otvorenije oko vlastitog seksualnog identiteta su usredotočeno svjesnije od onih koje skrivaju isti. Nadasve, isto vrijedi za homoseksualne osobe naspram biseksualnih. Osim toga, na neheteroseksualnoj te na heteroseksualnoj populaciji se utvrdilo da što je osoba starija to je usredotočeno svjesnija i otpornija te boljeg mentalnog zdravlja. Štoviše, viša razina usredotočene svjesnosti i otpornosti doprinosi boljem mentalnom zdravlju pojedinca neovisno o seksualnoj orijentaciji.

## 9. LITERATURA

- Ahani, A., Wahbeh, H., Nezamfar, H., Miller, M., Erdogmus, D. i Oken, B. (2014). Quantitative change of EEG and respiration signals during mindfulness meditation. *Journal of neuroengineering and rehabilitation*, 11(1), 1-11.
- Almeida Santos, Z. i Benevides Soares, A. (2018). Social skills, coping, resilience and problem-solving in psychology university students. *Liberabit*, 24, 265-276.
- Američka psihološka asocijacija (2008). Answers to your questions: For a better understanding of sexual orientation and homosexuality. Washington: American Psychological Association.
- Baer, R. A., Smith, G. T. i Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11(3), 191-206.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. i Toney, L. (2006a). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. i Toney, L. (2006b). Five facet mindfulness questionnaire. *Mindfulness*.
- Balsam, K. F. i Mohr, J. J. (2007). Adaptation to sexual orientation stigma: A comparison of bisexual and lesbian/gay adults. *Journal of Counseling Psychology*, 54(3), 306-319.
- Barker, M., Richards, C., Jones, R., Bowes-Catton, H., Plowman, T., Yockney, J. i Morgan, M. (2012). The bisexuality report: Bisexual inclusion in LGBT equality and diversity.
- Bašić, A. M. (2021). *Samopoštovanje i depresivnost kod studenata s obzirom na razinu perfekcionizma* (Doctoral dissertation, University of Zadar. Department of Psychology).
- Belzer, F., Schmidt, S., Lucius-Hoene, G., Schneider, J. F., Orellana-Rios, C. L. i Sauer, S. (2013). Challenging the construct validity of mindfulness assessment—a cognitive interview study of the Freiburg mindfulness inventory. *Mindfulness*, 4, 33-44.
- Ben-Shaan, T. L., Azulay-Debby, H., Dubovik, T., Starosvetsky, E., Korin, B., Schiller, M., ... i Rolls, A. (2017). Activation of the reward system boosts innate and adaptive immunity. *Nature Medicine*, 22(8), 940-944.
- Berghe, W. V., Dewaele, A., Cox, N. i Vincke, J. (2010). Minority-specific determinants of mental well-being among lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of Applied Social Psychology*, 40(1), 153-166.
- Bergomi, C., Tschacher, W. i Kupper, Z. (2013). The assessment of mindfulness with self-report measures: Existing scales and open issues. *Mindfulness*, 4, 191-202.

- Bijelić, N. (2008). Sex education in Croatia: Tensions between secular and religious discourses. *European Journal of Women's Studies*, 15(4), 329-343.
- Bijelić, N., i Hodžić, A. (2013). Heteronormativity in secondary schools in Zagreb: Young men wearing make-up, kissing and walking proudly. *Družboslovne razprave*, 29(73), 43-60.
- Biočić, M. (2022). *Odnos anksioznosti, ruminacije i kvalitete spavanja u uzorku studenata* (Doctoral dissertation, University of Zadar. Department of Psychology).
- Block J., Kremen A. M. (1996). IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 349–361.
- Boričević Maršanić, V., Paradžik, L., Zečević, I. i Karapetrić-Bolfan, L. (2015). Usredotočena svjesnost–mindfulness: primjena u djece i adolescenata. *Socijalna psihijatrija*, 43(3), 0-150.
- Bostwick, W. B., Boyd, C. J., Hughes, T. L. i McCabe, S. E. (2010). Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety disorders in the United States. *American Journal of Public Health*, 100(3), 468-475.
- Brand, S., Holsboer-Trachsler, E., Naranjo, J. R. i Schmidt, S. (2012). Influence of mindfulness practice on cortisol and sleep in long-term and short-term meditators. *Neuropsychobiology*, 65(3), 109-118.
- Brewster, M. E. i Moradi, B. (2010). Perceived experiences of anti-bisexual prejudice: Instrument development and evaluation. *Journal of counseling psychology*, 57(4), 451.
- Britton, W. B. (2019). Can mindfulness be too much of a good thing? The value of a middle way. *Current opinion in psychology*, 28, 159-165.
- Brown, K. W. i Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822.
- Bryan, C., O'Shea, D. i MacIntyre, T. E. (2018). The what, how, where and when of resilience as a dynamic, episodic, self-regulating system: A response to Hill et al.(2018).
- Cameron, E. L., Fox, J. D., Anderson, M. S. i Cameron, C. A. (2010). Resilient youths use humor to enhance socioemotional functioning during a day in the life. *Journal of Adolescent Research*, 25(5), 716-742.
- Cavanna, A. E., Purpura, G., Riva, A., Nacinovich, R. i Seri, S. (2023). The Western origins of mindfulness therapy in ancient Rome. *Neurological Sciences*, 1-9.
- Cerit, E. i Şimşek, N. (2021). A social skills development training programme to improve adolescents' psychological resilience and emotional intelligence level. *Archives of psychiatric nursing*, 35(6), 610-616.
- Chadwick, P., Hember, M., Symes, J., Peters, E., Kuipers, E. i Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of

- the Southampton mindfulness questionnaire (SMQ). *British Journal of Clinical Psychology*, 47(4), 451-455.
- Charles, S. T., Reynolds, C. A. i Gatz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of personality and social psychology*, 80(1), 136.
- Charmandari, E., Tsigos, C. i Chrousos, G. (2005). Endocrinology of the stress response. *Annu. Rev. Physiol.*, 67, 259-284.
- Cheung, F. i Lucas, R. E. (2014). Assessing the validity of single-item life satisfaction measures: Results from three large samples. *Quality of Life research*, 23, 2809-2818.
- Chiesa, A. i Serretti, A. (2010). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological medicine*, 40(8), 1239-1252.
- Childs, E. i De Wit, H. (2014). Regular exercise is associated with emotional resilience to acute stress in healthy adults. *Frontiers in physiology*, 161.
- Cochran, S. D. i Mays, V. M. (1999): "Prevalence of primary mental health morbidity and suicide symptoms among US adults by sexual orientation: Results from the 2006–2010 National Health Interview Survey."
- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A. i Conway, A. M. (2009). Happiness unpacked: positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion*, 9(3), 361.
- Colby, D. A. i Shifren, K. (2013). Optimism, mental health, and quality of life: A study among breast cancer patients. *Psychology, health and medicine*, 18(1), 10-20.
- Connor, K. M. i Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Corrigan, P. i Matthews, A. (2003). Stigma and disclosure: Implications for coming out of the closet. *Journal of mental health*, 12(3), 235-248.
- Csala, B., Ferentzi, E., Tihanyi, B. T., Drew, R. i Köteles, F. (2020). Verbal cuing is not the path to enlightenment. psychological effects of a 10-session hatha yoga practice. *Frontiers in Psychology*, 11, 1375.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., ... i Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic medicine*, 65(4), 564-570.
- de Terte, I., Stephens, C. i Huddleston, L. (2014). The development of a three part model of psychological resilience. *Stress and Health*, 30(5), 416-424.
- Dunne, J. D. (2015). Buddhist styles of mindfulness: A heuristic approach. In *Handbook of mindfulness and self-regulation* (pp. 251-270). New York, NY: Springer New York.

- Dunne, J. D., Thompson, E. i Schooler, J. (2019). Mindful meta-awareness: sustained and non-propositional. *Current Opinion in Psychology*, 28, 307-311.
- Egeland, B., Carlson, E. i Sroufe, L. A. (1993). Resilience as process. *Development and psychopathology*, 5(4), 517-528.
- Eid, J., Helge Johnsen, B., Bartone, P. T. i Arne Nissestad, O. (2008). Growing transformational leaders: Exploring the role of personality hardiness. *Leadership and Organization Development Journal*, 29(1), 4–23.
- Feder, A., Fred-Torres, S., Southwick, S. M. i Charney, D. S. (2019). The biology of human resilience: Opportunities for enhancing resilience across the life span. *Biological psychiatry*, 86(6), 443-453.
- Feinstein, B. A., i Marx, B. P. (2016). Minority stress and resilience.
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J. i Laurenceau, J. P. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 177-190.
- Fergus, S. i Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annu. Rev. Public Health*, 26, 399-419.
- Fernández-Martínez, E., Andina-Díaz, E., Fernández-Peña, R., García-López, R., Fulgueiras-Carril, I. i Liébana-Presa, C. (2017). Social networks, engagement and resilience in university students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(12), 1488.
- Fernández-Martínez, E., Andina-Díaz, E., Fernández-Peña, R., García-López, R., Fulgueiras-Carril, I., i Liébana-Presa, C. (2017). Social networks, engagement and resilience in university students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(12), 1488.
- Flach, F. (1988). *Resilience: Discovering a new strength at times of stress*. Ballantine Books.
- Fox, K. C., Spreng, R. N., Ellamil, M., Andrews-Hanna, J. R. i Christoff, K. (2015). The wandering brain: Meta-analysis of functional neuroimaging studies of mind-wandering and related spontaneous thought processes. *Neuroimage*, 111, 611-621.
- Frederick, T. i White, K. M. (2015). Mindfulness, Christian devotion meditation, surrender, and worry. *Mental Health, Religion and Culture*, 18(10), 850-858.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H. i Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment?. *International journal of methods in psychiatric research*, 12(2), 65-76.
- Fung, K. (2015). Acceptance and commitment therapy: Western adoption of Buddhist tenets?. *Transcultural Psychiatry*, 52(4), 561-576.

- Gates, G. J. (2011). LGBT identity: A demographer's perspective. *Loy. LAL Rev.*, 45, 693.
- Gethin, R. (2015). Buddhist conceptualizations of mindfulness. *Handbook of mindfulness: Theory, research, and practice*, 9-41.
- Goleman, D. (2006). *Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ*. Bantam books.
- Gračanin, A., Gunjača, V., Tkalčić, M., Kardum, I., Bajšanski, I. i Perak, B. (2017). Struktura usredotočene svjesnosti i njezina povezanost s crtama ličnosti i emocionalnim reagiranjem. *Psihologijske teme*, 26(3), 675-700.
- Greeson, J., Brantley, J., Ekblad, A., Fikkan, J., Lynch, T., Smoski, M., i Wolever, R. (2009). Mechanisms linking mindfulness, emotional experience, and sleep quality. *EXPLORE*, 5(3), 161-162.
- Gross, J. J. (2008). Emotion regulation. *Handbook of emotions*, 3(3), 497-513.
- Hall, S. P. (2020). Being Mindful About Mindfulness: Exploring the Dark Side. *International Journal of Coercion, Abuse, and Manipulation*, 1, 17-28.
- Hamarta, E., Ozyesil, Z., Deniz, M. i Dilmac, B. (2013). The prediction level of mindfulness and locus of control on subjective well-being. *International Journal of Academic Research*, 5(2).
- Hammond, C. (2004). Impacts of lifelong learning upon emotional resilience, psychological and mental health: Fieldwork evidence. *Oxford Review of Education*, 30(4), 551-568.
- Hansen, T., Slagsvold, B. i Moum, T. (2008). Financial satisfaction in old age: A satisfaction paradox or a result of accumulated wealth?. *Social Indicators Research*, 89, 323-347.
- Harrad, K. (2018). *Claiming the B in LGBT: Illuminating the bisexual narrative*. Thorntree Press.
- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, 135(5), 707-730.
- Hatzenbuehler, M. L., McLaughlin, K. A. i Nolen-Hoeksema, S. (2008). Emotion regulation and internalizing symptoms in a longitudinal study of sexual minority and heterosexual adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(12), 1270-1278.
- Hatzenbuehler, M. L., Slopen, N. i McLaughlin, K. A. (2014). Stressful life events, sexual orientation, and cardiometabolic risk among young adults in the United States. *Health Psychology*, 33(10), 1185.
- Herek, G. M., Gillis, J. R., Cogan, J. C. i Glunt, E. K. (1997). Hate crime victimization among lesbian, gay, and bisexual adults: Prevalence, psychological correlates, and methodological issues. *Journal of interpersonal violence*, 12(2), 195-215.

- Hodann-Caudevilla, R. M., Díaz-Silveira, C., Burgos-Julián, F. A. i Santed, M. A. (2020). Mindfulness-based interventions for people with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, 17(13), 4690.
- Hughes, T., Haas, A. P., Razzano, L., Cassidy, R. i Matthews, A. (1997): "Comparing lesbians' and heterosexual women's mental health: A multi-site survey of urban and rural communities."
- Huić, A., Jugović, I. i Kamenov, Ž. (2015). Stavovi studenata o pravima osoba homoseksualne orijentacije. *Revija za socijalnu politiku*, 22(2), 219-245.
- Isgandarova, N. (2019). Muraqaba as a mindfulness-based therapy in Islamic psychotherapy. *Journal of religion and health*, 58(4), 1146-1160.
- Ivanušec, S. (2021). *Kvalitativno istraživanje stavova dvije generacije ispitanika o pripadnicima LGBTQ zajednica* (Doctoral dissertation, University of Rijeka. Faculty of Humanities and Social Sciences. Department of Cultural Studies).
- Ivezić, E., Jakšić, N., Jokić-Begić, N., i Surányi, Z. (2012, May). Validation of the Croatian adaptation of the Depression, Anxiety, Stress Scales–21 (DASS-21) in a clinical sample. In *Conference paper presented at 18th Psychology Days in Zadar. Zadar*.
- Jennings, J. L. i Apsche, J. A. (2014). The evolution of a fundamentally mindfulness-based treatment methodology: From DBT and ACT to MDT and beyond. *International journal of behavioral consultation and therapy*, 9(2), 1.
- Jordan, K. M. i Deluty, R. H. (1998). Coming out for lesbian women: Its relation to anxiety, positive affectivity, self-esteem, and social support. *Journal of Homosexuality*, 35(2), 41-63.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Rodgers, B., Jacomb, P. A. and Christensen, H. (2002). Sexual orientation and mental health: results from a community survey of young and middle-aged adults. *The British Journal of Psychiatry*, 180(5), 423-427.
- Jurčić, M. (2011). Povijest LGBTIQ aktivizma u Hrvatskoj. *Čitanka lezbejskih i gej ljudskih prava*, 93.
- Kabat-Zinn J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clin Psychol Sci Prac*; 10: 144-56.
- Kabat-Zinn, J. (1994, September). Catalyzing movement towards a more contemplative/sacred-appreciating/non-dualistic society. In *Meeting of the working group*.
- Kalisch, R., Baker, D. G., Basten, U., Boks, M. P., Bonanno, G. A., Brummelman, E., ... i Kleim, B. (2017). The resilience framework as a strategy to combat stress-related disorders. *Nature human behaviour*, 1(11), 784-790.

- Kardum, I. (2024). *Informacijske potrebe i ponašanja LGBT studenata u Zadru vezane za "coming out" proces* (Doctoral dissertation, University of Zadar. Department of Information Sciences).
- Karreman, A. i Vingerhoets, A. J. (2012). Attachment and well-being: The mediating role of emotion regulation and resilience. *Personality and Individual Differences*, 53(7), 821-826.
- Kasen, S., Wickramaratne, P., Gameroff, M. J. i Weissman, M. M. (2012). Religiosity and resilience in persons at high risk for major depression. *Psychological medicine*, 42(3), 509-519.
- Kendler, K. S. (2005). "A gene for...": the nature of gene action in psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162(7), 1243-1252.
- Kessler, R. C. i Üstün, T. B. (2004). The world mental health (WMH) survey initiative version of the world health organization (WHO) composite international diagnostic interview (CIDI). *International journal of methods in psychiatric research*, 13(2), 93-121.
- Kirmayer, L. J. (2015). Mindfulness in cultural context. *Transcultural psychiatry*, 52(4), 447-469.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*, Third edition. New York: Guilford Press.
- Koh, A. S. i Ross, L. K. (2013). Mental health issues: A comparison of lesbian, bisexual and heterosexual women. In *Current issues in lesbian, gay, bisexual, and transgender health* (pp. 33-57). Routledge.
- Kohls, N., Sauer, S. i Walach, H. (2009). Facets of mindfulness—Results of an online study investigating the Freiburg mindfulness inventory. *Personality and Individual Differences*, 46(2), 224-230.
- Koziara, K., Mijas, M. E., Galbarczyk, A., Wycisk, J., Pliczko, M. P., Krzych-Milkowska, K., i Grabski, B. (2022). It gets better with age: Resilience, stigma, and mental health among lesbian, gay, bisexual, transgender and queer persons from Poland. *Frontiers in Psychology*, 13, 958601.
- Lauri Korajlija, A., Mihaljević, I. i Jokić-Begić, N. (2019). Mjerenje zadovoljstva životom jednom česticom. *Socijalna psihijatrija*, 47 (4), 449-469.
- Leigh, J., Bowen, S. i Marlatt, G. A. (2005). Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addictive behaviors*, 30(7), 1335-1341.
- Lindahl, J. R., Fisher, N. E., Cooper, D. J., Rosen, R. K. i Britton, W. B. (2017). The varieties of contemplative experience: A mixed-methods study of meditation-related challenges in Western Buddhists.



- Linehan, M. M. (1993). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. *NIDA research monograph*, 137, 201-201.
- Lovibond, P. F. i Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
- Lutz, A., Jha, A. P., Dunne, J. D. i Saron, C. D. (2015). Investigating the phenomenological matrix of mindfulness-related practices from a neurocognitive perspective. *American Psychologist*, 70(7), 632.
- Ma, S. H. i Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(1), 31.
- Mahar, B., Warsi, J. i Shah, T. (2022). Assessment of the state of mental health by using DASS-21 during COVID-19. *Rawal Medical Journal*, 47(2), 265-265.
- Mahlo, L. i Windsor, T. D. (2021). Older and more mindful? Age differences in mindfulness components and well-being. *Aging and Mental Health*, 25(7), 1320-1331.
- Mahmood Aliloo, M., Bakhshipour, A. i Matinpour, B. (2018). The role of spontaneous mind-wandering and dispositional mindfulness in predicting obsession symptoms in the college students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 24(2), 202-215.
- Malinowski, P. i Lim, H. J. (2015). Mindfulness at work: Positive affect, hope, and optimism mediate the relationship between dispositional mindfulness, work engagement, and well-being. *Mindfulness*, 6, 1250-1262.
- Manjkas, P. (2021). *Internalizirana homofobija i nasilje unutar LGBT zajednice* (Doctoral dissertation, University of Zagreb. Faculty of Croatian Studies).
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. i Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The lancet*, 372(9650), 1661-1669.
- Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and psychopathology*, 19(3), 921-930.
- Masten, A. S., Best, K. M. i Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and psychopathology*, 2(4), 425-444.
- McConnell, E. A., Birkett, M. i Mustanski, B. (2016). Families matter: Social support and mental health trajectories among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 59(6), 674-680.
- McLeod, S. (2007). Maslow's hierarchy of needs. *Simply psychology*, 1(1-18).

- Medvedev, O. N., Krägeloh, C. U., Narayanan, A. i Siegert, R. J. (2017). Measuring mindfulness: Applying generalizability theory to distinguish between state and trait. *Mindfulness*, 8, 1036-1046.
- Meiklejohn, J., Phillips, C., Freedman, M. L., Griffin, M. L., Biegel, G., Roach, A., ... i Saltzman, A. (2012). Integrating mindfulness training into K-12 education: Fostering the resilience of teachers and students. *Mindfulness*, 3, 291-307.
- Mertens, D. M. (2007). Transformative paradigm: Mixed methods and social justice. *Journal of mixed methods research*, 1(3), 212-225.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674.
- Meyer, I. H. (2013). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence.
- Meyer, I. H. (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 209-213.
- Milković, M. i Štambuk, M. (2019). Kako pristupiti mjerenju seksualne orijentacije, spolnog i rodnog identiteta? Preporuke za istraživanja o temama koje se odnose na LGBTIQ osobe. *Revija za sociologiju*, 49(2), 283-304.
- Min, J. A., Jung, Y. E., Kim, D. J., Yim, H. W., Kim, J. J., Kim, T. S., ... i Chae, J. H. (2013). Characteristics associated with low resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Quality of Life Research*, 22, 231-241.
- Min, J. A., Jung, Y. E., Kim, D. J., Yim, H. W., Kim, J. J., Kim, T. S., ... i Chae, J. H. (2013). Characteristics associated with low resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Quality of Life Research*, 22, 231-241.
- Molina, Y., Marquez, J. H., Logan, D. E., Leeson, C. J., Balsam, K. F., i Kaysen, D. L. (2015). Current intimate relationship status, depression, and alcohol use among bisexual women: The mediating roles of bisexual-specific minority stressors. *Sex roles*, 73, 43-57.
- Morris, J. F., Waldo, C. R. i Rothblum, E. D. (2001). A model of predictors and outcomes of outness among lesbian and bisexual women. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(1), 61-71.
- Naj, A. S. i Soler, R. E. (2019). Mindfulness, Resilience, and Life Satisfaction: A Mediation or Moderation Model? *International Journal of Applied Positive Psychology*, 4(2), 107-123.
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101.

- Neher, L. S., i Short, J. L. (1998). Risk and protective factors for children's substance use and antisocial behavior following parental divorce. *American journal of orthopsychiatry*, 68(1), 154-161.
- Newcomb, M. E., Birkett, M., Corliss, H. L. i Mustanski, B. (2014). Sexual orientation, gender, and racial differences in illicit drug use in a sample of US high school students. *American journal of public health*, 104(2), 304-310.
- Oblak, N. (2021). *Bifobija i brisanje biseksualnog identiteta: Najbolje od oba svijeta?: Najbolje od oba svijeta?* (Doktorska disertacija, Sveučilište u Ljubljani, Fakultet društvenih znanosti).
- Oei, T. P., Sawang, S., Goh, Y. W. i Mukhtar, F. (2013). Using the depression anxiety stress scale 21 (DASS-21) across cultures. *International Journal of Psychology*, 48(6), 1018-1029.
- Omidi, A., Mohammadi, A., Zargar, F. i Akbari, H. (2013). Efficacy of mindfulness-based stress reduction on mood States of veterans with post-traumatic stress disorder. *Archives of Trauma Research*, 1(4), 151.
- Ong, A. D., Bergeman, C. S. i Bisconti, T. L. (2004). The role of daily positive emotions during conjugal bereavement. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59(4), P168-P176.
- Ozawa-de Silva, C. (2015). Mindfulness of the kindness of others: The contemplative practice of Naikan in cultural context. *Transcultural Psychiatry*, 52(4), 524-542.
- Pachankis, J. E., Cochran, S. D. i Mays, V. M. (2015). The mental health of sexual minority adults in and out of the closet: A population-based study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(5), 890.
- Pahwa, S. i Khan, N. (2022). Factors affecting emotional resilience in adults. *Management and Labour Studies*, 47(2), 216-232.
- Pakula, B. B. J. (2017). *Sexual identity, minority stress, and the mental health of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual Canadians* (Doctoral dissertation, University of British Columbia).
- Pietrzak, R. H., Johnson, D. C., Goldstein, M. B., Malley, J. C., Rivers, A. J., Morgan, C. A., i Southwick, S. M. (2010). Psychosocial buffers of traumatic stress, depressive symptoms, and psychosocial difficulties in veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom: the role of resilience, unit support, and postdeployment social support. *Journal of Affective Disorders*, 120(1-3), 188-192.
- Pikić, A., i Jugović, I. (2006). Nasilje nad lezbijkama, gejevima i biseksualnim osobama u Hrvatskoj: izvještaj istraživanja.
- Plöderl, M. i Tremblay, P. (2015). Mental health of sexual minorities. A systematic review. *International review of psychiatry*, 27(5), 367-385.

- Pranjić, V. (2020). Stavovi učenika škola za medicinske sestre prema osobama homoseksualne orijentacije. *Nastavnička revija: Stručni časopis Škole za medicinske sestre Vinogradska*, 1(1), 40-60.
- Prempas, J. D. (2014). *The role of mindfulness and acceptance on the life satisfaction of gender, racial, and sexual minorities*. The Florida State University.
- Pretak, J. M. (2018). *Neurobiology of Trauma and Mindfulness: The Impact of Mindfulness-Based Interventions for the Treatment of Trauma through the Theoretical Frameworks of Sigmund Freud and Bessel van der Kolk*. Southern Connecticut State University.
- Priebe, S., Matanov, A., Schor, R., Straßmayr, C., Barros, H., Barry, M. M., ... i Gaddini, A. (2012). Good practice in mental health care for socially marginalised groups in Europe: a qualitative study of expert views in 14 countries. *BMC Public Health*, 12, 1-12.
- Purser, R. E. i Loy, D. (2013). Beyond McMindfulness. *Huffington Post*.
- Ratanasiripong, P., Park, J. F., Ratanasiripong, N. i Kathalae, D. (2015). Stress and anxiety management in nursing students: biofeedback and mindfulness meditation. *Journal of Nursing Education*, 54(9), 520-524.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of clinical psychology*, 58(3), 307-321.
- Richardson, G. E., Neiger, B. L., Jensen, S. i Kumpfer, K. L. (1990). The resiliency model. *Health education*, 21(6), 33-39.
- Rosario, M. (2023). Development of Lesbian/Gay, Bisexual, and Other Sexual Minority Individuals: The Closet and Disclosure as a Window into the Issue. *Archives of Sexual Behavior*, 52(5), 1923-1929.
- Rowe, A. i Regehr, C. (2010). Whatever gets you through today: An examination of cynical humor among emergency service professionals. *Journal of loss and trauma*, 15(5), 448-464.
- Rutten, B. P., Hammels, C., Geschwind, N., Menne-Lothmann, C., Pishva, E., Schruers, K., ... i Wichers, M. (2013). Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(1), 3-20.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 1-12.
- Salim, S., Robinson, M. i Flanders, C. E. (2019). Bisexual women's experiences of microaggressions and microaffirmations and their relation to mental health. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 6(3), 336-346.
- Scheller-Boltz, D. (2017). LGBT? LGBTQ+? LGBTTQQFAGPBDSM? Or just: QUEER! Critical remarks on an acronym in Slavonic and non-Slavonic languages. *Ceci n'est*

*pas une festschrift. Texte zur Angewandten und Romanistischen Sprachwissenschaft für Martin Stegu, Logos, 279-291.*

- Schwartz, B. (2015). The paradox of choice. *Positive psychology in practice: Promoting human flourishing in work, health, education, and everyday life*, 121-138.
- Schwind, J., Beanlands, H., Wang, A. H. i Aksenchuk, S. (2023). Mindful practices in higher education classrooms: Impact on student experiences. *International Health Trends and Perspectives*, 3(2), 204-215.
- Seagal, S. i Horne, D. (1996). Human dynamics: Fundamental distinctions. *Human Dynamics International*.
- Shadick, R., Dagirmanjian, F. B., Trub, L. i Dawson, H. (2016). Sexual orientation and first-year college students' nonmedical use of prescription drugs. *Journal of American college health*, 64(4), 292-299.
- Shapiro, S. i Weisbaum, E. (2020). History of mindfulness and psychology. In *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of clinical psychology*, 62(3), 373-386.
- Shapiro, S., Siegel, R. i Neff, K. D. (2018). Paradoxes of mindfulness. *Mindfulness*, 9, 1693-1701.
- Siegel, D. (2010). The science of mindfulness. *Shambhala Sun*, 18(4), 66-69.
- Slišković, A. i Burić, I. (2018). Kratka skala otpornosti. Zbirka psihologijskih skala i upitnika, 9(1), 7-13.
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International journal of behavioral medicine*, 15, 194-200.
- Sujato, B. (2011). *A history of mindfulness*. Bhikkhu Sujato.
- Štrkalj Ivezić, S., Folnegović Šmalc, V. i Mimica, N. (2007). Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja. *Medix: Specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 13(71), 56-58.
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. i Ullman, J. B. (2013). *Using multivariate statistics* (Vol. 6, pp. 497-516). Boston, MA: pearson.
- Takšić, I., Rukavina, M. i Radman, M. (2023). Odrednice stavova prema homoseksualnim osobama kod studenata zdravstvenih studija. *Journal of Applied Health Sciences= Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti*, 9(2), 185-194.
- Tang, Y. Y. i Posner, M. I. (2013). Tools of the trade: theory and method in mindfulness neuroscience. *Social cognitive and affective neuroscience*, 8(1), 118-120.

- Taren, A. A., Creswell, J. D. i Gianaros, P. J. (2013). Dispositional mindfulness co-varies with smaller amygdala and caudate volumes in community adults. *PloS one*, 8(5), e64574.
- Thomas, J., Furber, S. W. i Grey, I. (2017). The rise of mindfulness and its resonance with the Islamic tradition. *Mental Health, Religion and Culture*, 20(10), 973-985.
- Thomas, M. L., Kaufmann, C. N., Palmer, B. W., Depp, C. A., Martin, A. S., Glorioso, D. K., ... i Jeste, D. V. (2016). Paradoxical trend for improvement in mental health with aging: a community-based study of 1,546 adults aged 21-100 years. *The Journal of clinical psychiatry*, 77(8), 8771.
- Thompson, R. W., Arnkoff, D. B. i Glass, C. R. (2011). Conceptualizing mindfulness and acceptance as components of psychological resilience to trauma. *Trauma, Violence and Abuse*, 12(4), 220-235.
- Tusaie, K. i Dyer, J. (2004). Resilience: A historical review of the construct. *Holistic nursing practice*, 18(1), 3-10.
- van der Kolk, B. (2011). Putting neuroplasticity into clinical practice with neurofeedback: Rewiring the brains of children and adults who lack safety, selfregulation, capacity for play, and executive functioning. In *Paper session presented at the meeting of the*
- Van Praag, B. i Ferrer-i-Carbonell, A. (2004). *Happiness quantified: A satisfaction calculus approach*. Oxford: Oxford University Press.
- Vella, S. L. C. i Pai, N. B. (2019). A theoretical review of psychological resilience: Defining resilience and resilience research over the decades. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 7(2), 233-239.
- Vos, L. M., Habibović, M., Nyklíček, I., Smeets, T., & Mertens, G. (2021). Optimism, mindfulness, and resilience as potential protective factors for the mental health consequences of fear of the coronavirus. *Psychiatry Research*, 300, 113927.
- Vuletić, D. (2003). Gay i lezbijska povijest Hrvatske: Od Drugog svjetskog rata do 1990. *Gordogan*, 1(1), 106-123
- Wagnild, G. M. i Young, H. M. (1993). Development and psychometric. *Journal of nursing measurement*, 1(2), 165-17847.
- Wheaton, B. i Montazer, S. (2010). Stressors, stress, and distress. *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems*, 2, 171-199.
- White, B., Driver, S. i Warren, A. M. (2008). Considering resilience in the rehabilitation of people with traumatic disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 53(1), 9.
- Windle, G., Bennett, K. M. i Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and quality of life outcomes*, 9(1), 1-18.

World Health Organization. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all.

Wright, L. W., Adams, H. E. i Bernat, J., (1999). Development and Validation of the Homophobia Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21(4), 337-347.

Wright, M. O. D., Masten, A. S. i Narayan, A. J. (2012). Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. In *Handbook of resilience in children* (pp. 15-37). Boston, MA: Springer US.

Wu, G., Feder, A., Cohen, H., Kim, J. J., Calderon, S., Charney, D. S. and Mathé, A. A. (2013). Understanding resilience. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 7, 10.

Yang, F. i Oshio, A. (2024). A secure mind is a clear mind: The relationship between attachment security, mindfulness, and self-concept clarity. *Current Psychology*, 43(12), 11276-11287.

Yoshino, K. (2017). The epistemic contract of bisexual erasure 1. In *Sexuality and equality law* (pp. 329-352). Routledge.

Zivony, A. Lobel, T. (2014). The invisible stereotypes of bisexual men. *Archives of sexual behavior*, 43, 1165-1176.

## 10. PRILOZI

### 10.1. Prilog 1

Tablica 1 Pregled sociodemografskih podataka heteroseksualne i neheteroseksualne skupine - LGB+ (biseksualni i homoseksualni).

Sociodemografske varijable	Heteroseksualni uzorak	Neheteroseksualni uzorak		
		Ukupno - neheteroseksualni sudionici	Homoseksualni sudionici	Biseksualni sudionici
<b>Dob</b>	M=36	M=29	M=31	M=27
<b>N</b>	150	82	39	43
<b>Spol</b>	15,34% muških sudionika 84,66% ženskih sudionika	32,92% muških sudionika 67,07% ženskih sudionika	41,02% muških sudionika 58,97% ženskih sudionika	25,58% muških sudionika 74,41% ženskih sudionika
<b>Mjesto stanovanja</b>	77,34% u gradu 22,66% na selu	80,49% u gradu 19,51% na selu	82,05% u gradu 17,94% na selu	79,07% u gradu 20,93% na selu
<b>Stupanj obrazovanja</b>	39,34% srednja škola 37,33% preddiplomski studij 20,66% diplomski studij 2,67% doktorat	1,22% osnovna škola 39,02% srednja škola 26,83% preddiplomski studij 26,83% diplomski studij 6,09% doktorat	2,56% osnovna škola 33,34% srednja škola 25,65% preddiplomski studij 30,76% diplomski studij 7,69% doktorat	44,18% srednja škola 27,92% preddiplomski studij 23,25% diplomski studij 4,65% doktorat
<b>Bračni status</b>	13,34% u braku 44,67% slobodni 36,37% u vezi 5,34% veza na daljinu	13,41% u braku 42,68% slobodni 37,80% u vezi 4,87% veza na daljinu 1,24% udovac/ica	17,94% u braku 48,71% slobodni 25,67% u vezi 5,12% veza na daljinu 2,56% udovac/ica	9,31% u braku 37,21% slobodni 48,83% u vezi 4,65% veza na daljinu
<b>Radni status</b>	26,67% zaposlen/a 66% student/ica 6% nezaposlen/a 1,33% sezonski radnik	41,46% zaposlen/a 48,78% student/ica 4,87% nezaposlen/a 4,87% sezonski radnik	51,28% zaposlen/a 33,35% student/ica 10,25% nezaposlen/a 5,12% sezonski radnik	32,56% zaposlen/a 62,79% student/ica 4,65% sezonski radnik
<b>Religioznost</b>	M=2,46	M=1,73	M=1,65	M=1,79
<b>Stresnost prethodnih 6mj.</b>	M=3,9	M=3,84	M=3,73	M=3,97
<b>Zadovoljstvo životom</b>	M=6,65	M=6,65	M=6,78	M=6,53
<b>Zadovoljstvo financijama</b>	M=3,14	M=3,24	M=3,28	M=3,25
<b>Out/ u ormaru</b>	/	47,56% sudionika u ormaru (N=38) 52,44% out sudionika (N=44)	41,02% sudionika u ormaru (N=16) 58,97% out sudionika (N= 23)	51,16% sudionika u ormaru (N=22) 48,83% out sudionika (N=21)
<b>Aktivizam</b>	/	M=2,53	M=2,65	M=2,37



Od svih podataka u Tablici 1 se ističe razlika u aritmetičkim sredinama kod varijable religioznosti između heteroseksualne i neheteroseksualne skupine. Međutim, kako bi se provjerila ta razlika potrebno je koristiti neparametrijski Mann-Whitney U test zbog velikog odstupanja veličina poduzoraka. Za ostale varijable (stresnost prethodnih 6 mjeseci, zadovoljstvo životom i financijama te aktivizam) naizgled nema razlika, ali kako bi se to sa sigurnošću moglo tvrditi provodi se nekoliko dodatnih Mann-Whitney U testova. U razini aktivizma se uspoređuju homoseksualni i biseksualni sudionici čiji su uzorci slične veličine, stoga se primjenjuje t-test, jer su preduvjeti zadovoljeni. Levenov test ( $F=0,21$ ,  $df=79$ ,  $p>0,05$ ) je zadovoljavajuć, a Kolmogorov-Smirnovljev test ( $d=0,18$ ,  $p<0,05$ ) ukazuje na odstupanje no prema Kline (2011) je dozvoljeno korištenje parametrijske statistike jer su vrijednosti spljoštenosti i asimetričnosti odgovarajuće ( $SI=0,31$ ;  $KI=-0,78$ ).

*Tablica 2* Prikaz rezultata razlika dobivenih Mann-Whitney U testovima između heteroseksualnih i neheteroseksualnih sudionika u religioznosti, stresnosti prethodnih 6 mjeseci, zadovoljstvu životom i financijama.

	Suma rangova 1	Suma rangova 2	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Religioznost	20414,00	6614,000	3128,00	6,23	0,00
Stresnost prethodnih 6mj.	17701,50	9326,50	5840,50	0,69	0,48
Zadovoljstvo životom	17048,00	9980,00	5873,00	-0,63	0,52
Zadovoljstvo financijama	16517,00	10511,00	5342,00	-1,72	0,08

Utvrđena je statistički značajna razlika između heteroseksualnih i neheteroseksualnih osoba u religioznosti. Heteroseksualne osobe su se pokazale religioznijima od neheteroseksualnih. Također se može reći da su svi sudionici podjednako zadovoljni životom i financijama te su posljednjih 6 mjeseci podjednako bili pod stresom (Tablica 2). Uz to homoseksualni i biseksualni sudionici su jednako aktivni u LGB+ zajednici ( $t=1,09$ ,  $df=79$ ,  $p>0,05$ ).

Tablica 3 Prikaz rezultata hi-kvadrat testa između heteroseksualne i neheteroseksualne skupine u razinama intenziteta simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa.

		Heteroseksualni			Neheteroseksualni			Ukupno
		<i>f</i>	očekivane <i>f</i>	$\chi^2$	<i>f</i>	očekivane <i>f</i>	$\chi^2$	
Depresivnost	Normalno (0-9)	57	62,07	0,41	39	33,93	0,76	96
	Blago (10-13)	17	15,52	0,14	7	8,48	0,26	24
	Srednje (14-20)	31	29,09	0,12	14	15,91	0,23	45
	Teško (21-27)	17	16,16	0,04	8	8,84	0,08	25
	Jako teška (28+)	28	27,16	0,03	14	14,84	0,05	42
	Ukupno	<b>150</b>			<b>82</b>			<b>=232</b>
Anksioznost	Normalno (0-7)	62	57,01	0,44	26	30,99	0,80	88
	Blago (8-9)	10	9,72	0,01	5	5,28	0,02	15
	Srednje (10-14)	21	25,91	0,93	19	14,09	1,71	40
	Teško (15-19)	11	12,96	0,30	9	7,04	0,54	20
	Jako teško (20+)	45	43,40	0,06	22	23,60	0,11	67
	Ukupno	<b>150</b>			<b>82</b>			<b>=232</b>
Stres	Normalno (0-14)	67	61,92	0,42	29	34,08	0,76	96
	Blago (15-18)	11	12,90	0,28	9	7,10	0,51	20
	Srednje (19-25)	20	22,58	0,29	15	12,42	0,53	35
	Teško (26-33)	33	30,32	0,24	14	16,68	0,43	47
	Jako teško(34+)	18	21,29	0,51	15	11,71	0,92	33
	Ukupno	<b>150</b>			<b>82</b>			<b>=232</b>

Analizom rezultata hi-kvadrat testa pokazalo se da nema statistički značajne povezanosti u distribuciji razina depresivnosti, anksioznosti i stresa između heteroseksualne i neheteroseksualne skupine ( $\chi^2(4)_{DEP} = 2,12$ ;  $\chi^2(4)_{ANK} = 4,91$ ;  $\chi^2(4)_{STRES} = 4,88$ ,  $p > 0.05$ ). Dakle može se reći da su intenziteti simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa slični u obje skupine unatoč razlikama u seksualnoj orijentaciji (Tablica 3).

## 10.2. Prilog 2

Dakle osim Kolmogorov-Smirnovljev testa za provjeru normalnosti distribucije, te Levenovog testa za homogenost varijanci (Tablica 4), potrebno je zadovoljiti preduvjet homogenosti matrice kovarijance. Odnosno, provjerava se da li matrice kovarijance zavisnih varijabli imaju jednaku strukturu kroz sve grupe nezavisne varijable. Navedeno se provjerava Box M testom. Prema rezultatima Box M testa utvrđena je homogenost matrice kovarijance, odnosno ovaj preduvjet za računanje MANCOVE je zadovoljen ( $\chi^2 = 34,07$ ;  $p=0,63$ ) za sljedeće zavisne varijable: usredotočena svjesnost, otpornost i mentalno zdravlje (depresivnost, anksioznost i stres).

Također, potrebno je provjeriti linearnost odnosa kovarijata i zavisnih varijabli. Jedan od načina provjere ove linearnosti jest očitavanje Scatterplot grafa kovarijata sa svakom pojedinom zavisnom varijablom. Proučavanjem istih uočeno je kako ni u jednom Scatterplotu nije osiguran linearan odnos kovarijata i zavisne varijable. Sljedeći korak u tom slučaju je transformacija podataka logaritamskom ili kvadratnom funkcijom. Međutim, u oba slučaja nije došlo do željene promjene odnosno do zadovoljenja uvjeta linearnosti. Stoga, preduvjeti za MANCOVA test, nisu svi zadovoljeni pa se odabir statističkog alata mijenja. Iako bi sljedeći korak bio pokušati primijeniti zasebne ANOVE za svaku zavisnu varijablu, ipak se namjerava koristiti Mann-Whitney U test, jer je manje osjetljiv na razliku u broju sudionika među grupama.

### 10.3. Prilog 3

Rezultati Box M testa ukazuju na zadovoljenje uvjeta homogenosti kovarijance matrice između grupa ( $\chi^2 = 69,01$ ;  $p=0,28$ ). Nadalje, prije nego će se provesti dvosmjerna MANOVA analiza potrebno je, također, provjeriti preduvjet odsutnosti multikolinearnosti odnosno odsustvo visoke korelacije između nezavisnih varijabli te korelacija među zavisnim varijablama. Nezavisne varijable su, u ovom slučaju, kategorijalne stoga zahtijevaju korištenje Phi koeficijenta ( $\phi$ ). Računanje Phi koeficijenta se provodi pomoću kontingencijske tablice, dok je za zavisne moguće korištenje Pearsonovog ( $r$ ) koeficijenta.

Tablica 6 Prikaz kontingencijske tablice kategoričkih varijabli otvorenosti o seksualnom identitetu (out/u ormaru) i seksualne orijentacije (homoseksualna/biseksualna) uz vrijednost Phi koeficijenta (N=82).

Varijable	<i>out</i>	<i>u ormaru</i>	Ukupno
homoseksualne osobe	23	16	39
biseksualne osobe	21	22	43
Ukupno	44	38	82
Hi-kvadrat	,85	$p=,3579$	
Phi koeficijent	,01031		

Utvrđeno je da nije prisutna multikolinearnost, odnosno povezanost između nezavisnih varijabli nije značajna (Tablica 6). Osim toga, važno je da se provjeri odnos zavisnih varijabli međusobno, no korelacija ne smije biti viša od 0,8. Prema Tablici 9 je vidljivo, kako ni po ovom parametru, multikolinearnost nije prisutna. Nadalje, za pouzdanu interpretaciju rezultata važno je osigurati određeni broj sudionika koji su prema Tabachnick i suradnicima (2013) otprilike 20 po grupi što nije zadovoljeno s obzirom da jedna grupa sadrži 16 sudionika (Tablica 1, Tablica 6). No, postoji i opće pravilo po kojem ukupan broj sudionika (N) treba biti deset puta veći od broja zavisnih varijabli uključenih u analizu, što je u ovom slučaju 6. To znači da je potrebno barem 60 sudionika. S obzirom da je ukupan broj LGB+ sudionika 82, može se reći da je preduvjet zadovoljen.

Također, potrebna je provjera linearnosti odnosa zavisnih varijabli u svakoj grupi nezavisnih varijabli. Pregledom scatter-plot grafova za svaku skupinu sudionika (homoseksualni i *out*, homoseksualni i *u ormaru*, biseksualni i *out* te biseksualni i *u ormaru*) potvrđena je linearnost tih odnosa.

Naposljetku zadnji preduvjet za korištenje je provjera prisutnosti izuzetaka preko izračuna vrijednosti Mahalanobisovih udaljenosti. Veće vrijednosti označavaju slučajeve koji su daleko od centra distribucije. Pomoću rezultata hi-kvadrata može se odrediti kritična vrijednost - 12,58. Dakle svi sudionici kojima je Mahalanobisova udaljenost veća od 12.58 mogu se smatrati izuzetkom. Prema tome, od 82 sudionika, 2 osobe su isključene iz daljnje obrade.

#### 10.4. Prilog 4

Računanjem Tukey HSD post-hoc testova utvrđena je statistički značajna razlika jedino između homoseksualnih out osoba i biseksualnih osoba koje su još u ormaru u razinama usredotočene svjesnosti. Ostale p-vrijednosti nisu bile značajne stoga nema potrebe za njihovim obimnim tabličnim prikazivanjem. Na temelju Tablice 10 može se zaključiti da su homoseksualne out osobe usredotočeno svjesnije od biseksualnih još u ormaru.

*Tablica 9* Prikaz aritmetičkih sredina rezultata na skalama: usredotočene svjesnosti, otpornosti i mentalnog zdravlja za sudionike podijeljene u skupine po seksualnoj orijentaciji (homoseksualni/biseksualni) te po otvorenosti o seksualnom identitetu (out/ u ormaru).

Zavisne varijable	M (h/ormar)	M (h/out)	M (bi/ormar)	M (bi/out)
Usredotočena svjesnost	3,21	3,46	3,08	3,36
Otpornost	2,94	3,05	2,84	2,65
Depresivnost	17,37	10,18	12,63	19,62
Anksioznost	15,50	12,36	13,81	17,52
Stres	21,25	16,09	20,45	24,38

Legenda: h/ormar - homoseksualne osobe u ormaru, h/out - homoseksualne osobe koje su out, bi/ormar - biseksualne osobe u ormaru, bi/out - biseksualne osobe koje su out

Također, nakon uključivanja faceta usredotočene svjesnosti (opažanje, opisivanje, djelovanje sa sviješću, neprosuđivanje iskustva i nereagiranje) u analizu razlika između homoseksualnih i biseksualnih sudionika Bonferroni testom, ne utvrđuje se statistički značajna razlika (p vrijednosti se kreću od 0,086 do 0,33). Dakle kombinirani efekti faceta doprinose značajnoj razlici između homoseksualnih i biseksualnih osoba u konstruktivnijem višem reda, usredotočenoj svjesnosti, iako pojedinačne facete ne pokazuju značajne razlike.