

# Strategije emocionalne regulacije članova obitelji ovisnika

---

**Bačić, Marinela**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2023**

*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:162:988907>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-07-14**



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

*Repository / Repozitorij:*

[University of Zadar Institutional Repository](#)



Sveučilište u Zadru

Odjel za psihologiju

Diplomski sveučilišni studij psihologije (jednopedmetni)

**Marinela Bačić**

**Strategije emocionalne regulacije članova obitelji  
ovisnika**

**Diplomski rad**

Zadar, 2023.

Sveučilište u Zadru

Odjel za psihologiju

Diplomski sveučilišni studij psihologije (jednopedmetni)

Strategije emocionalne regulacije članova obitelji ovisnika

Diplomski rad

Student/ica:

Marinela Bačić

Mentor/ica:

dr. sc. Zvezdan Penezić

Zadar, 2023.



## Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Marinela Bačić**, ovime izjavljujem da je moj **diplomski** rad pod naslovom **Strategije emocionalne regulacije članova obitelji ovisnika** rezultat mogega 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 mogega 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 mogega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 27. rujna 2023.

## Sadržaj

|   |    |
|---|----|
| <b>1. UVOD</b> .....  | 1  |
| 1.1. Depresivnost, anksioznost i stres članova obitelji ovisnika .....  | 2  |
| 1.2. Kognitivno-emocionalna regulacija članova obitelji ovisnika .....  | 6  |
| 1.3. Model stresa – napetosti – savladavanja – podrške .....  | 8  |
| 1.4. Socijalna podrška kod članova obitelji ovisnika .....  | 12 |
| <b>2. CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE</b> .....   | 14 |
| 2.1. Cilj istraživanja .....  | 14 |
| 2.2. Problemi i hipoteze .....  | 14 |
| <b>3. METODA</b> .....  | 16 |
| 3.1. Sudionici .....  | 16 |
| 3.2. Mjerni instrumenti .....   | 19 |
| 3.2.1. Upitnik općih podataka .....   | 19 |
| 3.2.2. <b>Upitnik kognitivne emocionalne regulacije</b> (CERQ; Garnefski, Kraaij i Spinhoven, 2001; adaptirana hrvatska verzija: Soldo i Vulić-Prtorić, 2018) ..... | 19 |
| 3.2.3. <b>Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa</b> (DASS-21; Henry, Crawford, 2005; adaptirana hrvatska verzija: Ercegovic i Penezić, 2012) .....             | 20 |
| 3.2.4. <b>Skala socijalne podrške</b> (SPSS; Macdonald, 1998; adaptirana hrvatska verzija Ivanov i Penezić, 2010) .....   | 21 |
| 3.3. Postupak .....   | 21 |
| <b>4. REZULTATI</b> .....   | 22 |
| <b>5. RASPRAVA</b> .....  | 28 |
| 5.1. Zastupljenost vrsta i kombinacija ovisnosti u obiteljima sudionika .....   | 28 |
| 5.2. Strategije emocionalne regulacije kod članova obitelji ovisnika .....  | 29 |
| 5.3. Faktori socijalne podrške kod članova obitelji ovisnika .....  | 30 |
| 5.4. Povezanost neugodnih emocionalnih stanja i strategija emocionalne regulacije .....   | 31 |
| 5.5. Povezanost faktora socijalne podrške i strategija emocionalne regulacije .....   | 35 |
| 5.6. Medijacijska uloga socijalne podrške .....   | 38 |
| 5.7. Ograničenja i prijedlozi za buduća istraživanja .....  | 39 |
| <b>6. ZAKLJUČCI</b> .....   | 41 |
| <b>7. LITERATURA</b> .....  | 41 |

## STRATEGIJE EMOCIONALNE REGULACIJE ČLANOVA OBITELJI OVISNIKA

### *Sažetak*

Ovisnost je dugotrajna bolest koja oblikuje specifično ponašanje i funkcioniranje. Na ovisnika utječu psihoaktivne tvari, biološki i okolišni faktori te osobine ličnosti. Ti faktori međusobno djeluju, utječući na rad, odnose i dinamiku obitelji. Ovisnost je prepoznata kao bolest koja značajno utječe na članove obitelji ovisnika, često uzrokujući tjeskobu, depresiju i strah. Model stresa-napetosti-savladavanja-podrške objašnjava kako problemi ovisnosti stvaraju kroničan stres za obitelj, često rezultirajući fizičkim i psihičkim problemima. Obitelj reagira usvajanjem različitih strategija suočavanja i traženjem socijalne podrške. Emocionalna regulacija, odnosno kontrola izražavanja emocija, igra ključnu ulogu u tom procesu. Pri tome je emocionalna regulacija povezana s raznim aspektima mentalnog zdravlja i dobrobiti tako da su njezine adaptivne strategije povezane s nižim razinama depresivnosti, anksioznosti i stresa, dok su maladaptivne strategije povezane s njihovim višim razinama (Aldao i sur., 2010; Garnefski i sur., 2004; Garnefski i Kraaij, 2007; Hu i sur., 2014). Cilj istraživanja bio je ispitati kognitivne strategije i razine socijalne podrške koje članovi obitelji ovisnika koriste, odnos emocionalne regulacije sa simptomima depresivnosti, anksioznosti i stresa, kao i socijalne podrške kod članova obitelji ovisnika i ispitati medijacijsku ulogu socijalne podrške između kognitivnih emocionalnih regulacija i neugodnih emocionalnih stanja. U istraživanju je sudjelovalo 67 sudionika čija se dob kretala između 19 i 73 godine. Podaci su prikupljeni Uпитnikom kognitivne emocionalne regulacije - CERQ (Soldo i Vulić-Prtorić, 2018), Skalom depresivnosti, anksioznosti i stresa - DASS (Ercegovac i Penezić, 2012) i Skalom socijalne podrške - SPSS (Ivanov i Penezić, 2010). Sudionici istraživanja češće primjenjuju adaptivne strategije i imaju pristup umjerenim do visokim razinama socijalne podrške. Ustanovljeno je da postoji pozitivna povezanost između depresivnosti, anksioznosti i stresa te maladaptivnih kognitivnih strategija za regulaciju emocija kao i negativna povezanost između simptoma emocionalne nelagode i adaptivnih strategija. Također, postoji pozitivna povezanost između faktora socijalne podrške i adaptivnih kognitivnih strategija za regulaciju emocija, kao i negativna povezanost s maladaptivnim strategijama. Utvrđena je i medijacijska uloga socijalne podrške između kognitivnih emocionalnih regulacija i neugodnih emocionalnih stanja. S povećanjem učestalosti korištenja adaptivne strategije pozitivnog refokusiranja, povećava se razina ukupne socijalne podrške te se snižava razina stresa.

**KLJUČNE RIJEČI:** ovisnost, članovi obitelji ovisnika, depresivnost, anksioznost, stres, strategije kognitivne emocionalne regulacije, socijalna podrška

## EMOTIONAL REGULATION STRATEGIES OF FAMILY MEMBERS OF ADDICTS

### *Summary*

Addiction is a chronic disease that shapes certain behaviors and functions. An addict is influenced by psychoactive substances, biological and environmental factors, and personality traits. These factors interact and impact work, relationships, and family dynamics. Addiction is recognized as a disease that has a significant impact on family members of addicts, often causing anxiety, depression, and fear. The stress-strain-coping-support model explains how addiction problems cause chronic stress in the family, often leading to physical and psychological problems. The family responds by using various coping strategies and seeking social support. Emotion regulation, i.e., the control of emotional expression, plays a crucial role in this process. In this context, emotion regulation itself has been associated with various aspects of mental health and well-being, such that its adaptive strategies (acceptance, reorientation to planning, positive reorientation, positive reappraisal, and perspective taking) are associated with lower levels of depression, anxiety, and stress, whereas maladaptive strategies (self-blame, blaming others, rumination, and disaster management) are associated with higher levels of depression, anxiety, and stress (Aldao et al., 2010; Garnefski et al., 2004; Garnefski and Kraaij, 2007; Hu et al., 2014). The aim of the study was to examine the cognitive strategies and levels of social support utilized by family members of addicts, the relationship between emotional regulation and symptoms of depression, anxiety, and stress, as well as social support among family members of addicts, and to investigate the mediating role of social support between cognitive emotional regulation and distressing emotional states. Sixty-seven participants between the ages of 19 and 73 participated in the study. Data were collected using the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire - CERQ (Soldo and Vulić-Prtorić, 2018), Depression, Anxiety and Stress Scale - DASS (Ercegovac and Penezić, 2012), and Social Support Scale - SPSS (Ivanov and Penezić, 2010). Study participants prefer to employ adaptive strategies and have access to moderate to high levels of social support. It was found that there is a positive correlation between depression, anxiety and stress and maladaptive cognitive emotion regulation strategies and a negative correlation between emotional stress symptoms and adaptive strategies. There is also a positive correlation between social support factors and adaptive cognitive emotion regulation strategies and a negative correlation with maladaptive strategies. A mediating role of social support between cognitive emotion regulation and unpleasant emotional states was also found. With an increase in the frequency of using the adaptive strategy of positive refocusing, the level of overall social support increases and the level of stress decreases.

**KEYWORDS:** addiction, family members of addicts, depression, anxiety, stress, cognitive emotional regulation strategies, social support

## 1. UVOD

Problemi vezani uz uporabu tvari odnose se na negativne posljedice koje proizlaze iz uporabe određenih tvari, a koje mogu uključivati fizičke ili mentalne povrede, društvene ili međuljudske probleme, zanemarivanje važnih obveza i/ili pravne poteškoće. Ti problemi mogu nastati zbog uporabe različitih tvari, uključujući alkohol, opijate, kanabis, amfetamine/metamfetamine i ovisničke lijekove/medikamente. Prema definiciji Američke psihološke asocijacije (2016), ovisnost je stanje u kojem tijelo mora imati tvar kako bi izbjeglo fizičke i psihološke simptome povlačenja.

Ranija istraživanja o negativnim učincima zlouporabe različitih tvari su se prvenstveno fokusirala na štetu koja nastaje za samu osobu. Međutim, sada se sve više shvaća da bi trebalo uzeti u obzir i negativne posljedice na članove obitelji ovisnika (ČOO) i druge bliske osobne odnose (Laslett i sur., 2013; Ramstedt i sur., 2015; Rossow i sur., 2016). Ova situacija posebno utječe na partnere ili roditelje koji dijele dom s članom obitelji koji pati od ovisnosti. Međutim, odnosi se i na ostale članove obitelji, poput braće i sestara, djedova i baka, tetki i ujaka, kao i na one članove obitelji koji žive dalje, ali su i dalje snažno pogođeni. Osim toga, ovaj problem također pogađa druge članove šire obitelji koji imaju obaveze prema ovisnoj osobi, kao i bliske prijatelje i suradnike čije su veze dovoljno bliske da se smatraju „kao obitelj“ (Orford i sur., 2013). Članovi obitelji i prijatelji osoba s ovisnostima uglavnom ostaju nepoznati i nebrojeni te najčešće trpe u tišini. Važno je istaknuti da iako je fokus na utjecajima ovisnosti na članove obitelji, a ne na samoj ovisnosti, ne želi se dalje stigmatizirati u ime pogođenih članova obitelji na štetu korisnika supstanci.

Općenito, smatra se da su članovi obitelji pogođeni bliskim kontaktom s ovisnim rodbinskim članovima, koji su sami osiromašeni zbog ovisnosti (Levy, 2006), pa su njihove životne okolnosti često obilježene siromaštvom i socijalnom isključenošću (Seddon, 2006). Nema pouzdanih izvora koji bi dali precizne podatke o broju ljudi koji su pogođeni ovisnošću u obitelji i prijateljskom krugu. Iako postoje izvješća o šteti koju ovisnost nanosi članovima obitelji i prijateljima, nemoguće je izračunati njihov točan opseg (Orford i sur., 2013; Velleman, 2010). Sljedeće istraživanje omogućilo je procjenu prevalencije članova obitelji pogođenih poremećajima ovisnosti u općoj populaciji Njemačke: 9,5% opće populacije starije od 15 godina izjavilo je da imaju blisku osobu s trenutnim problemom ovisnosti koji se odvijao u prethodnih 12 mjeseci, dok je 4,5% izjavilo da imaju bližnjeg s



prošlom ovisnošću. To znači da je od ukupne populacije od 71,3 milijuna sudionika, otprilike 6,8 milijuna sudionika pogođeno trenutačnom ovisnošću, a dodatnih 3,2 milijuna sudionika pogođeno je prošlom ovisnošću (Bischof i sur., 2022).

Iskustvo članova obitelji koji su pogođeni situacijama ovisnosti naziva se u međukulturnim istraživanjima „varijabilno univerzalno“. Na primjer, istraživanje u Meksiku istaknulo je važnost: prijetnje financijskoj stabilnosti obitelji zbog alkohola ili droga, posebno ako su obitelji već siromašne; razlika u načinu na koji se muškarci i žene nose s tim problemima, naročito u tradicionalnijim društvima; te važnost obitelji i zajednice u podršci, iako to može donijeti i veći rizik. U engleskoj kulturi naglasak je na prijetnji individualnoj autonomiji obitelji zbog zloupotrebe stvari. U pakistansko-kashmirskoj zajednici, velike obitelji i zajednice pružaju podršku, ali i mogućnost veće izloženosti i sramote. Kod australskih Aboridžina primjećuje se da alkoholizam i nasilje nisu samo privatni problem pojedinaca, već i javni problem zajednice te da obiteljski i društveni običaji otežavaju suprotstavljavanje problemima članova obitelji (Orford i sur., 2010). Dodatni faktori koji mijenjaju osnovno iskustvo članova obitelji uključuju vrstu stvari koja se zloupotrebljava i način njenog korištenja - na primjer, je li ta stvar tradicionalna ili nova u zajednici te gdje se koristi, kod kuće ili izvan nje. Osnovno iskustvo također ovisi o odnosu između člana obitelji i osobe koja zloupotrebljava stvar, kao i njihovim godinama. Različito je suočavanje s problemom tinejdžerskog djeteta u usporedbi s odraslom osobom, ili s problemom partnera ili supružnika. Također, opcije suočavanja partnera ovise o trajanju veze, bilo da je ona relativno nova ili traje već desetljećima (Orford i sur., 2010).

### 1.1. Depresivnost, anksioznost i stres članova obitelji ovisnika

Redovito su uočene visoke prosječne vrijednosti na standardnoj mjeri općeg lošeg zdravlja kod ČOO, te značajne korelacije između lošijeg zdravlja i stupnja utjecaja koji izvješćuju da problemi s ovisnošću njihovih bližnjih imaju na njihov život i život njihovih obitelji (Orford i sur., 2005). Što se tiče utjecaja ovisnika o alkoholu na ČOO, u Australiji (Laslett i sur., 2010) i Novom Zelandu (Casswell i sur., 2011) provedena su dva istraživanja u kojima je ispitan utjecaj članova obitelji koji puno piju na zdravlje njihovih bližnjih. Istraživanja su se fokusirala na osobe koje su sudionici smatrali „prilično teškim konzumentima alkohola“. U australskom istraživanju dodatno su postavljena pitanja o tome kako su te osobe utjecale na sudionike tijekom prethodne godine, koje su osobe utjecale najviše te koliko su sudionici bili pogođeni. Oba istraživanja koristila su Europsku mjeru kvalitete života u pet dimenzija (EQ5-D) za mjerenje zdravlja, a rezultati su pokazali

značajno lošije rezultate kod osoba koje su identificirale teške konzumente alkohola u svojoj obitelji (Laslett i sur., 2010), posebno kada su te osobe živjele sa sudionicima najmanje polovinu vremena (Casswell i sur., 2011).

U tom pogledu i američko istraživanje (Greenfield i sur., 2015) doprinosi rastućoj literaturi koja pokazuje da je doživljavanje štete od alkohola od strane drugih konzumenata povezano sa značajno nižom kvalitetom života (Casswell i sur., 2011; Livingston i sur., 2010) i lošijim mentalnim zdravljem (Ferris i sur., 2011; Laslett i sur., 2011). Rezultati Leeja i suradnika (2011) potvrdili su da članovi obitelji osoba s ovisnošću doista doživljavaju lošiju psihološku dobrobit u usporedbi s kontrolnom skupinom zdravih osoba. Rezultati na standardiziranim samoizvještajnim mjerama psihološkog zdravlja, blagostanja i stresa ukazivali su na lošiju funkcionalnost i veću psihijatrijsku morbidnost. Prema istraživanju Greenfielda i suradnika (2015) članovi obitelji mogu trpjeti višestruke štete zbog alkoholizma drugih osoba. Slični rezultati su dobiveni i kod utjecaja ovisnika o psihoaktivnim tvarima na ČOO. Izazovi koji predstavljaju imati voljenu osobu s problemima u korištenju psihoaktivnih tvari mogu negativno utjecati na različite aspekte života osoba bliskih njima. To uključuje lošije mentalno ili tjelesno zdravlje (Hjörn i sur., 2014), društvenu izolaciju i lošije obiteljske uvjete (Birkeland i Weimand, 2015; Haugland, 2005). Slično tome, kao što utjecaj ovisnika o psihoaktivnim tvarima može stvoriti izazove za osobe bliske njima, istraživanja su također pokazala da prisutnost kockara u obiteljima donosi slične dinamike, utječući na mentalno zdravlje, socijalne veze i obiteljske uvjete. Irie i Yokomitsu (2022) su pregledom literature o utjecaju kockanja na ČOO zaključili da je prisutnost kockara u obiteljima bila povezana s povećanim kockanjem ili drugim ponašanjima vezanim uz ovisnosti među članovima obitelji; vjerojatno je dolazilo do raznih konflikata unutar obitelji između kockara, njihovih obitelji i partnera; prisutnost kockara u obiteljima povećavala je rizik od nasilja i zlostavljanja prema članovima obitelji, partnerima i samim kockarima; i problemi s kockanjem generirali su različite tjelesne i mentalne zdravstvene probleme kod obitelji kockara, kao i kod drugih osoba u njihovoj blizini.

Iz navedenih istraživanja može se zaključiti da su emocionalne posljedice koje partneri ili članovi obitelji pripisuju snažno povezane s depresijom i anksioznošću, što ukazuje na povezanost posljedica ovisnosti na intimne odnose. Prema Američkoj psihološkoj asocijaciji (2016), anksioznost je emocija koja se karakterizira osjećajem napetosti, zabrinutim mislima i fizičkim promjenama, dok se depresija očituje kao nedostatak interesa ili užitka u svakodnevnim aktivnostima, popraćen promjenom težine ili

sna, nemogućnošću koncentracije, osjećajem bezvrijednosti ili prekomjernom krivnjom (APA, 2016). Stres je fiziološka ili psihološka reakcija na unutarnje ili vanjske stresore, uključujući promjene koje utječu na gotovo svaki sustav tijela i način na koji ljudi osjećaju i ponašaju se (2016). Stres koji su članovi obitelji doživjeli proizlazi iz napetih i ponekad agresivnih odnosa, kao i sukoba oko novca i imovine. Osim toga, članovi obitelji izražavaju osjećaje nesigurnosti, brige i ugroženosti obiteljskog i kućnog života. Često opisuju osjećaj anksioznosti i depresije, što se očituje kroz napadaje panike, bolove u prsima, poremećaje spavanja, visok krvni tlak, pa čak i suicidalne misli (Orford i sur., 2010).

U istraživanju o stresnim životnim okolnostima koje su proveli Brown i Moran (1997), prekomjerno konzumiranje alkohola članova obitelji redovito se pojavljuje kao primjer vrste stresa koji uključuje „ponižavanje“ i „zarobljenost“, te koji povećava rizik od depresije kod žena. Više istraživanja potvrdila su vezu između konzumacije alkohola kod oženjenih muškaraca i depresije te anksioznosti kod njihovih supruga (Ferris i sur., 2011; Homish i sur., 2006). Također, zaključak koji proizlazi iz intervjua s muškarcima koji su partneri žena s problemima vezanim uz konzumaciju alkohola ili narkotika jest da imaju vrlo slična iskustva kao žene koje su partnerice muškaraca s takvim problemima. Istraživanja na drugim mjestima također su došla do istih zaključaka, unatoč tome što su brojke male i postoje neizbježni problemi s uzorkom (Estes i Baker, 1982; Philpott i Christie, 2008).

Činjenica je da biti u vezi s osobom koja zlorabljuje alkohol može biti vrlo stresno, često dovodi do nesuglasica, a osobe bliske takvoj osobi često su izložene agresiji, psihičkom i ponekad fizičkom zlostavljanju (Orford i sur., 2010). Osim toga, te osobe osjećaju veliku odgovornost za tu osobu, unatoč tome što se osjećaju izdanima i nevažnima (Orford i sur., 2013). Članovi obitelji mogu biti izloženi verbalnom ili fizičkom zlostavljanju kao rezultat konzumacije alkohola njihovog bliskog člana ili partnera ili se od njih može tražiti da se brinu o pijanoj osobi (Jiang i sur., 2015; Storrivoll i sur., 2016). Problemi stigmatizacije i osjećaj izolacije često su prisutni kod osoba bliskih takvoj osobi (Corrigan i sur., 2006). Posljedično, članovi obitelji koji su doživjeli štetu zbog pijenja partnera ili bliske osobe izvijestili su o nižem psihološkom blagostanju, višim razinama stresa i simptomima depresije ili tjeskobe (Greenfield i sur., 2015; Karriker-Jaffe i sur., 2017). Uz to, zloropotreba alkohola može imati velik utjecaj na ekonomski status obitelji, a takvo ponašanje često dovodi do pucanja obiteljskih veza (Jackson i sur., 2006).

Odrasla djeca koja su bila članovi obitelji ovisnika čine veliku skupinu izloženu visokom riziku za loše zdravlje (Orford i sur., 2013). Ta skupina osjeća emocije anksioznosti, depresije, očaja, straha, bijesa i zlopamćenja prema bližnjima, kao i krivnju i gubitak samopouzdanja. Članovi obitelji vrlo često se žale na opće loše zdravlje, poremećaje spavanja i prehrane, povećanu ili nestabilnu upotrebu supstanci, uključujući pušenje duhana i upotrebu propisanih lijekova, kao i simptome fizičkih bolesti (npr. anemija, glavobolja, bolovi u leđima, hipertenzija, astma, palpitacije, migrene, probavne smetnje). Slično je izvještavano iz zemalja kao što su Finska, SAD, bivša Čehoslovačka i Južna Koreja (Student i Matova, 1969; Wiseman, 1991; Yang, 1997). Prema citiranim nalazima iz prethodnih istraživanja (Bischof i sur., 2018; Orford i sur., 2013; Orford i sur., 2010), članovi obitelji pogođeni ovisnošću prijavili su više razine depresije i smanjenog samoprocijenjenog zdravlja, pri čemu su bliski članovi obitelji prijavili najveći teret, a periferni članovi obitelji slijedili su ih. Rezultati ukazuju na snažnu povezanost između nedavne ovisnosti i lošeg zdravlja te depresije, što se podudara s analizama provedenim u Sjedinjenim Američkim Državama na temelju podataka o zdravstvenom osiguranju, koje sugeriraju da se psihosocijalno opterećenje partnerica muškaraca s poremećajem upotrebe alkohola smanjuje nakon uspješnog liječenja (Weisner i sur., 2010). Također su utvrđene značajne veze između prekomjernog i rizičnog pijenja, pušenja, depresije i samoprijavljenog zdravlja; članovi obitelji pogođeni ovisnošću izvijestili su o višim razinama svih tih problema.

Negativni učinci poremećaja ovisnosti na zdravlje članova obitelji dosljedno su dokazani i potvrđuju visoki značaj zdravlja u vezi s depresijom (Casswell i sur., 2011; Greenfield i sur., 2016; Karriker-Jaffe i sur., 2018). U obiteljima s osobama koje pate od ovisnosti zabilježene su povećane stope viktimizacije, ozljeda, poremećaja raspoloženja i anksioznosti, smanjen ukupni status zdravlja, značajno povećana uporaba zdravstvenih usluga, troškovi medicinskog liječenja i gubici produktivnosti u usporedbi s ljudima koji imaju slične životne situacije, ali nemaju člana obitelji koji pati od poremećaja ovisnosti (Orford i sur., 2013; Dawson i sur., 2007; Salize i sur., 2014; Svenson i sur., 1995). Osim toga, podaci iz Sjedinjenih Američkih Država također pokazuju da su ukupni troškovi medicinskog liječenja u obiteljima s članovima koji pate od poremećaja ovisnosti u usporedbi s pojedincima koji nisu pogođeni poremećajem ovisnosti u obitelji povezani s pijanstvom u referentnoj populaciji; dokazi ukazuju na to da su povećane bolesti i potrebe za liječenjem kod članova obitelji ovisnika izravna posljedica poremećaja ovisnosti prisutnog u obitelji i da se smanjuju kada se postigne apstinencija kod člana obitelji koji pati

od poremećaja ovisnosti (Ray i sur., 2009; Weisner i sur., 2010). Istraživanja su također pokazala smanjenje životnog vijeka (broj godina života) bliskih srodnika osoba s problemima u korištenju psihoaktivnih tvari (Benishek i sur., 2011; Hjörn i sur., 2014). Osim toga, istraživanja izvještavaju o lošijim socio-demografskim uvjetima kod bliskih srodnika: siromaštvo, prekid školovanja ili rada (Benishek i sur., 2011; Hjörn i sur., 2014; Orford i sur., 2010), te niže razine obrazovanja izvještene su kod partnera osoba s problemima u korištenju psihoaktivnih tvari u usporedbi s općom populacijom (Dawson i sur., 2007).

## 1.2. Kognitivno-emocionalna regulacija članova obitelji ovisnika

Stres pogođenih članova obitelji utječe na njihovu sposobnost suočavanja sa situacijom (Templeton i sur., 2007). Suočavanje je proces u kojem pojedinci usvajaju kognitivne i ponašajne mjere za upravljanje, smanjenje ili toleriranje situacija koje su izazovne ili premašuju njihove uobičajene resurse (MacNeill i sur., 2016). Suočavanje se može klasificirati kao usmjereno na problem ili emocije (Lazarus i Folkman, 1984) i kategorizirati prema funkciji napora za suočavanje (MacNeill i sur., 2016). Upitnik za kognitivno reguliranje emocija (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire - CERQ; Garnefski i sur., 2001) razvijen je radi procjene kognitivnih strategija suočavanja povezanih s reguliranjem emocija. CERQ se ističe u odnosu na prethodne instrumente zbog uključivanja šireg skupa kognitivnih strategija suočavanja. Konkretno, CERQ mjeri devet kognitivnih strategija suočavanja: samookrivljavanje; prihvaćanje; ruminaciju; pozitivno refokusiranje (tj. usredotočavanje na pozitivna iskustva); preusmjeravanje na planiranje (tj. obraćanje pažnje na korake potrebne za rješavanje situacije); pozitivnu reprocjenu (tj. pridavanje događaju neke vrste pozitivnog značaja); stavljanje u perspektivu (tj. umanjivanje važnosti događaja); katastrofiziranje; i okrivljavanje drugih.

Autori opisuju samookrivljavanje, okrivljavanje drugih, ruminaciju i katastrofiziranje kao maladaptivne strategije suočavanja. Prihvaćanje, preusmjeravanje na planiranje, pozitivno refokusiranje, pozitivna reprocjena i stavljanje u perspektivu opisuju se kao adaptivne strategije suočavanja (Garnefski i sur., 2001). Unatoč nekim varijacijama među istraživanjima, samookrivljavanje, ruminacija i katastrofiziranje dosljedno su povezani sa simptomima depresije. Osim toga, pozitivna reprocjena čini se da je obrnuto povezana s depresijom (Aldao i sur., 2010; Garnefski i sur., 2004; Garnefski i Kraaij, 2007; Hu i sur., 2014). Manji broj istraživanja implicira samookrivljavanje, ruminaciju i katastrofiziranje u stanju anksioznosti (Garnefski i sur., 2001; Kraaij i sur., 2003).

Kognitivni procesi suočavanja smatraju se relevantnima za doživljavanje i izražavanje fizičkog i mentalnog stresa (Lazarus, 1993). Strategije regulacije emocija mogu predviđati simptome povezane sa stresom (Vanderhasselt i sur., 2014). Prema Garnefski i suradnicima (2001), opći koncept regulacije emocija može se smatrati kognitivnim stilom upravljanja obradom emocionalno poticajnih informacija, što obuhvaća širok spektar kognitivnih, ponašajnih, emocionalnih i fizioloških odgovora. Pretpostavlja se da ovaj koncept predstavlja razumijevanje veze između ponašanja i emocija te povezanosti između afektivnih stanja i stresa (Rudolph i sur., 2007). Strategije kognitivne regulacije emocija navode se kao utjecajne na početni emocionalni odgovor i njegov daljnji tijek kada se pojedinci suoče sa stresnim životnim događajima (Garnefski i sur., 2006; Jinyao i sur., 2012).

Adaptivne strategije kognitivne regulacije emocija od iznimne su važnosti za dobrobit i uspješno funkcioniranje te su ključne za pokretanje, motivaciju i učinkovitost zadatka, dok maladaptivne strategije mogu rezultirati maladaptivnim ponašanjem koje nije povoljno za rehabilitaciju pojedinca (Wang i sur., 2014; Garnefski i sur., 2001). Adaptivno suočavanje igra važnu ulogu u primjeni zdravih ponašanja (Lee Bagglely i sur., 2004), dok se maladaptivno suočavanje primjećuje kod različitih mentalnih poremećaja (Bouchard i sur., 2004). Bitan aspekt regulacije emocija je sposobnost pojedinaca da koriste prilagodbe strategije suočavanja tijekom stresnih situacija (Hien i Miele, 2003; Zimmer-Gembeck i sur., 2014). Drugim riječima, kako bi se nosili sa stresom, ljudi trebaju znati koristiti strategije koje im pomažu kontrolirati svoje emocionalne reakcije. Prema Aldao i suradnicima (2015), istraživanja o regulaciji emocija su nekada bila temeljena na literaturi o načinima suočavanja, posebno onima koji se usmjeravaju na emocionalne reakcije. Otkako je stvoren, alat CERQ se pokazao kao koristan u predviđanju depresije, anksioznosti, bijesa i stresa (Martin i Dahlen, 2005; Mirzaee, 2016).

Nakon analize kvalitativnih podataka, u istraživanju McCanna i Lubmana (2018) identificiran je niz strategija suočavanja koje koriste članovi obitelji ovisnika (ČOO): traženje pravovremenog pristupa informacijama utemeljenim na dokazima kako bi jačali svoje prilagodljive strategije suočavanja; promicanje fizičkog zdravlja, poput vježbanja ili razvijanja zdravih navika; jačanje mentalnog zdravlja, kao što je usredotočivanje na pozitivne aspekte života i sudjelovanje u aktivnostima koje im pružaju zadovoljstvo; korištenje neformalne podrške od strane prijatelja i obitelji te korištenje formalne podrške stručnjaka, poput medicinskih sestara i kliničara za mentalno zdravlje, kako bi pružili

emocionalnu, instrumentalnu i edukativnu podršku. Rezultati istraživanja McCanna i Lubmana (2018) ističe potrebu da članovi obitelji ovisnika razviju učinkovite strategije suočavanja, uključujući promicanje fizičkog i mentalnog zdravlja te pristupanje neformalnoj i formalnoj podršci. Službe za mentalno zdravlje imaju važnu ulogu u pružanju emocionalne, instrumentalne i edukativne podrške kako bi se članovima obitelji ovisnika omogućilo razvijanje prilagodljivih strategija suočavanja.

### 1.3. Model stresa – napetosti – savladavanja – podrške

Tijekom proteklih nekoliko desetljeća, Orford i njegovi suradnici (2013) proveli su istraživanja među članovima obitelji osoba koje imaju problema s alkoholom, drogom ili kockanjem. Na temelju njihovih istraživanja i nalaza drugih istraživačkih skupina, Orford i suradnici (2010) razvili su model nazvan „model stresa – napetosti – savladavanja – podrške“ (engl. *stress-strain-coping-support model*, SSCS).

SSCS model (prikazan na Slici 1) fokusira se na iskustva i strategije suočavanja članova obitelji koji su bliski s osobom koja ima problema s ovisnošću. SSCS model prvenstveno je model obiteljskog zdravlja, ali smatra se da se može primijeniti i na članove drugih skupina koje su pogođene sličnim izazovima. Ovaj model tretira pogođene članove obitelji kao obične osobe izložene nizu ozbiljno stresnih okolnosti ili nepovoljnih uvjeta. Slični uvjeti uključuju bolest ili invaliditet člana obitelji, kroničnu nezaposlenost ili siromaštvo obitelji te izloženost katastrofalnim događajima i njihovim posljedicama poput poplava, gladi ili potresa. Za razliku od nekoliko ranijih modela ovisnosti i obitelji, SSCS model osmišljen je da bude nepatološki u svojim pretpostavkama o pogođenim članovima obitelji i njihovim razmišljanjima, emocijama i djelovanju u vezi s ovisnim članovima obitelji. Konkretno, model izbjegava bilo kakve naznake da se krivnja za razvoj ili održavanje problema ovisnosti kod bliskih osoba može pripisati postupcima članova obitelji: članovi obitelji često su prenaplašeno spremni okriviti sebe, a teorije stručnjaka često su izričito ili neizravno podržavale samokrivnju (Orford i sur., 2010). Model opisuje pet glavnih komponenti koje objašnjavaju utjecaj bliskog odnosa s osobom koja ima ozbiljan problem s ovisnošću. Prva komponenta ili pretpostavka iza modela jest da blizina osobe koja ima ozbiljan problem s ovisnošću može biti izrazito stresna, kako za samog ovisnika, tako i za njegove bliske članove obitelji. Osobe koje zloupotrebjavaju alkohol, drogu ili se bave kockanjem često mogu poduzimati postupke koji značajno negativno utječu na pojedine članove obitelji i, općenito, na obiteljski život.

Druga komponenta ovog modela odnosi se na napetost koju doživljavaju kao direktnu posljedicu stresnih situacija povezanih s problemima ovisnosti bliskih članova obitelji. Članovi obitelji i bliska socijalna mreža ovisnika često su izloženi pritiscima, napetostima i visokim zahtjevima kao neposrednom rezultatu problema prekomjerne konzumacije. Zbog toga je vjerojatno da će članovi obitelji i socijalna mreža pokazivati znakove „napetosti“ u vidu fizičkog i psihičkog lošeg zdravlja. Potpuno je normalno i očekivano da obitelj i socijalna mreža osoba koje se suočavaju s problemima alkoholizma, ovisnosti o drogama ili kockanju osjećaju stres i imaju poteškoća u prilagodbi situaciji te traže načine kako se najbolje nositi s njom, prema modelu SSCS (Orford i sur., 2010).

Treći dio modela, nazvan „Načini na koje obitelji i mreže rješavaju probleme“ (engl. *Ways families and networks cope*) opisuje tri stila suočavanja. Prvi stil je „tolerantno-pasivno suočavanje“ (engl. *tolerant-inactive coping*) koje uključuje opravdavanje problema, preuzimanje krivice, skrivanje istine i pretvaranje da je sve u redu. Ovaj stil suočavanja povezan je s najvišim razinama fizičkih i psiholoških simptoma. „Pristajanje na“ ovisnost rodbinskog člana može biti češće u kulturama gdje se više cijeni hijerarhija ili „udaljenost moći“ (Smith i sur., 2006) ili gdje su obiteljske strukture tradicionalne. Međutim, pronađeno je i u svim kulturama, uključujući i SAD (Wiseman, 1991), kao i među Englezima bijele rase (Orford i sur., 2005). Drugi stil je „aktivno suočavanje“ (engl. *engaged coping*) kada članovi obitelji i društvene mreže pokušavaju ograničiti uporabu tvari, postavljaju pravila, jasno daju do znanja da problem uzrokuje nelagodu i traže smanjenje konzumacije. Treći stil je „suočavanje udaljavanjem“ (engl. *withdrawal coping*) što znači da se članovi obitelji i mreže udaljavaju od situacije i osobe koja konzumira alkohol, fokusiraju se na sebe, zanemaruju problem ili ignoriraju konzumaciju alkohola (Velleman i Templeton, 2003).

Često se ističe kontrast između načina na koji se podnosi ovisničko ponašanje člana obitelji i načina na koji članovi obitelji traže načine za osamostaljivanje. Neki autori opisuju borbu kroz koju prolaze članovi obitelji ovisnika u postizanju takve neovisnosti. Primjerice, Asher (1992), temeljem svog istraživanja supruga muškaraca s problemima s alkoholom u Sjedinjenim Američkim Državama, opisuje njihovu borbu da usmjere pažnju na vlastita prava, obveze i potrebe, te da manje osobno shvaćaju situaciju (što je nazvano „depersonalizacija“).

U istraživanju Orforda i suradnika (2005) provedenom u tri zemlje, identificirani su sljedeći elementi „osamostaljivanja“: ne brinuti, činiti što član obitelji želi, uključiti se u



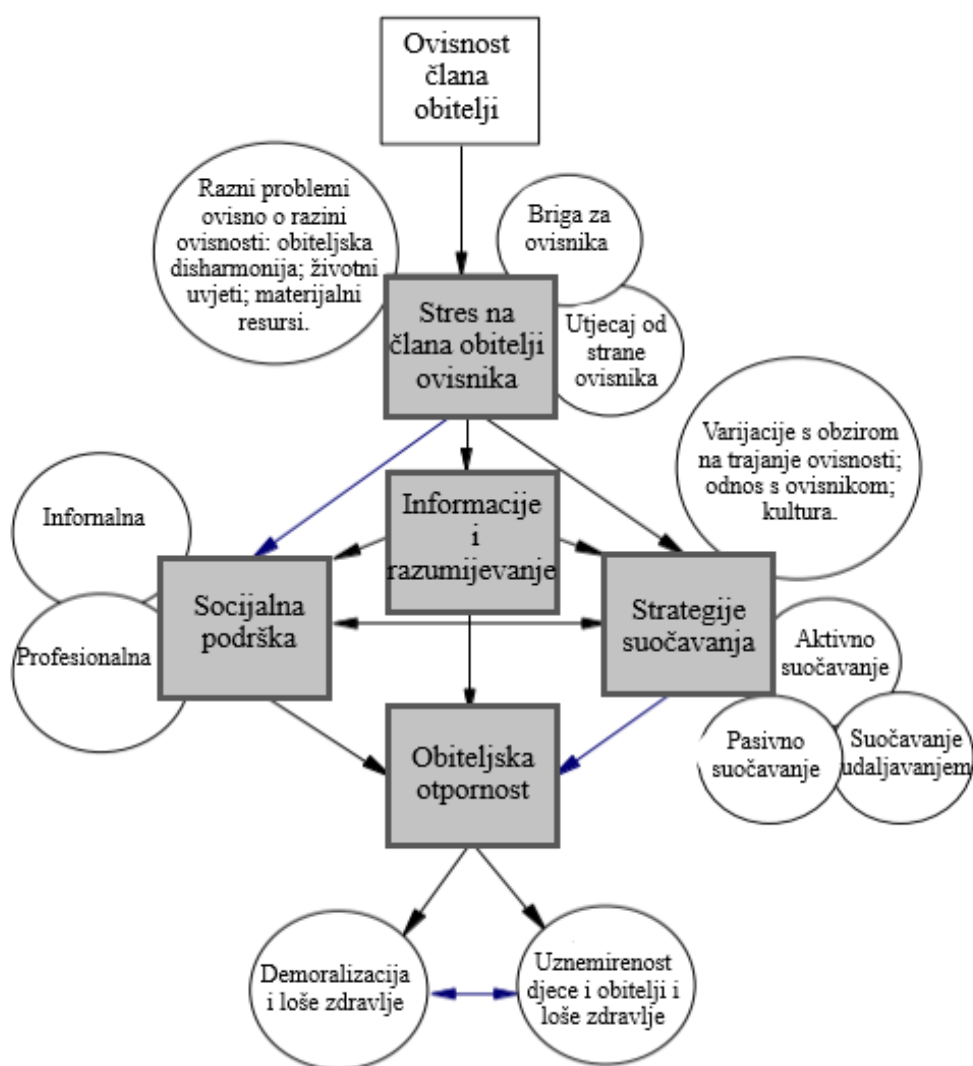
druge aktivnosti, pobjeći ili otići, posvetiti pažnju sebi, te ostvariti novi i bolji život za sebe i ostale članove obitelji. Ovaj široki niz postupaka nazvan je „angažiranim suočavanjem“ ili suprotstavljanjem konzumaciji alkohola ili droga. Može se razlikovati barem tri odvojene podskupine postupaka. Prva podskupina (emocionalna i kontrolirajuća), o kojoj malo članova obitelji ovisnika ima pozitivno mišljenje na temelju vlastitog iskustva, uključuje agresivno ili emocionalno ponašanje prema svojim bližnjima, ili miješanje u njihovu konzumaciju alkohola ili droga u nastojanju da je kontroliraju. Druga podskupina (zaštita sebe, obitelji i doma) obuhvaća načine suočavanja koji imaju cilj smanjenja štete za člana obitelji, dom i posebno djecu, umjesto izravne kontrole prekomjerne konzumacije alkohola ili droga. Treća podskupina (asertivna i podržavajuća) obuhvaća načine na koje članovi obitelji ovisnika afirmiraju vlastito razumijevanje ozbiljnosti problema, postavljaju granice za prihvatljivo i neprihvatljivo ponašanje, te pružaju podršku svom bližnjem u nastojanju da kontrolira konzumaciju alkohola ili droga ili da potraži liječenje. Ako se promatra razumijevanje načina na koji bliski članovi obitelji ovisnika percipiraju situaciju i njihov pristup tome, to je povezano s načinom na koji se nose s problemom, ali je konceptualno različito. Dio procesa boljeg razumijevanja je dobivanje točnih informacija.

Članovi obitelji osoba koje pate od problema ovisnosti koriste razne strategije kako bi se nosili sa svojim svakodnevnim životom. Te strategije mogu uključivati postavljanje granica, traženje podrške od obitelji i prijatelja, pokušaje emocionalnog distanciranja te poticanje ovisnika da se uključe u proces liječenja (Hellum i sur., 2022). Međutim, rezultati istraživanja Hellum i suradnica (2022) su također pokazali da se ove strategije suočavanja često mijenjaju tijekom vremena, jer se članovi obitelji iscrpljuju i preopterećeni su utjecajem ovisnosti na njihove živote. U nekim situacijama, članovi obitelji mogu čak razviti vlastite probleme s ovisnošću ili mentalnim zdravljem zbog stresa koji uzrokuje borba s ovisnošću njihove voljene osobe.

Članovi obitelji ljudi koji imaju problema s alkoholom mogu proći kroz različite vrste troškova, bilo financijskih (poput medicinskih troškova) ili emocionalnih. Problemi s alkoholom ne utječu samo na osobu koja pije, već također utječu na članove obitelji i osobe koje su im bliske, što može dovesti do konflikata, agresije, psihološkog i ponekad čak i fizičkog zlostavljanja. Bliske osobe koje su zabrinute obično se suočavaju s dugotrajnim borbama prije nego što se odluče potražiti pomoć od profesionalaca, često osjećajući da su im svakodnevni životi nepredvidljivi, stresni i puni svađa. Također imaju problema s osjećajem stigmatizacije i izolacije. Sve u svemu, potrebno je pružiti bolju podršku i

osigurati bolji pristup stručnoj pomoći (Hellum i sur., 2022). Kvalitativna istraživanja ukazuju da drugi interpersonalni faktori, poput brige o rodbini, predstavljaju dodatne izvore stresa (Orford i sur., 2005) koji mogu doprinijeti kroničnom stresu i razvoju depresije, posebno kada su razine ljudskih resursa i čimbenika otpornosti niske (Orford i sur., 2010).

Četvrti sastavni dio SSCS modela je „Društvena podrška za članove obitelji“, budući da obiteljima mogu pomoći ili ometati u tome kako dobro se nose sa situacijama, ovisno o tome kako drugi ljudi (ostali članovi obitelji, prijatelji, susjedi i stručnjaci) reagiraju i međusobno djeluju. Za ČOO, dobra društvena podrška smatra se ključnim resursom za suočavanje, tako da su suočavanje i društvena podrška blisko povezani. Konačno, uz ostala četiri sastavna dijela, peti element modela je „Informacije i razumijevanje“, koji opisuje razumijevanje članova obitelji o tome što se događa i kako to shvaćaju (Orford i sur., 2010; Orford i sur., 2013; Velleman i Templeton, 2003).



Slika 1 Model stresa – napetosti – savladavanja – podrške (Orford i sur., 2013)

#### 1.4. Socijalna podrška kod članova obitelji ovisnika

Socijalna podrška je kompleksan pojam koji uključuje različite aspekte, poput strukture (veličina društvene mreže, izvor veza, učestalost kontakata) i funkcionalnosti podrške (informacijska, materijalna, emocionalna), kao i negativne interakcije, nezadovoljstvo sustavom podrške i osjećaj potrebe za podrškom (Barrera, 1986). Postoji različito razumijevanje društvene podrške. Jedan pristup je definiranje društvene podrške kao frekvencije kontakta s drugim ljudima, percipirane dostupnosti resursa i stvarno pružene podrške te procjene adekvatnosti te podrške iz formalnih i neformalnih izvora (Cohen i sur., 2000; Hooyman i Kiyak, 2011). Ovaj koncept obuhvaća proces pružanja ili razmjene različitih vrsta podrške, bilo opipljivih ili nematerijalnih, u odgovoru na potrebe drugih. Društvenu podršku mogu pružati neformalni izvori poput obitelji i prijatelja, kao i formalni izvori kao što su plaćeno osoblje ili socijalne usluge. Međutim, ključnu ulogu u tome ima procjena ČOO o društvenoj podršci koja može ublažiti posljedice stresnih događaja i utjecati na njihovu psihološku dobrobit (Mittelman, 2005). U kontekstu podrške članovima obitelji koji se suočavaju s problemom ovisnosti o supstancama, postavljaju se dva važna pitanja: koju podršku članovi obitelji idealno trebaju kako bi se nosili sa stresnim situacijama i koju podršku zaista dobivaju (Orford i sur., 2010).

Orford i suradnici (2005) istraživali su iskustva podrške članova obitelji te su identificirali četiri glavne dimenzije podrške koje su u skladu s općim kategorijama funkcionalne podrške opisane u literaturi: emocionalna podrška, informacijska podrška, društveno druženje i instrumentalna podrška. Također su prepoznate i dvije dodatne dimenzije koje se odnose specifično na podršku u kontekstu ovisnosti o supstancama: podrška u suočavanju (npr. svjesnost o alternativama, nenadmašan pristup) te stavovi i postupci prema članovima obitelji koji koriste problematične supstance. Kvaliteta društvene podrške (emocionalna, informacijska ili materijalna) smatra se važnim resursom za članove obitelji osoba s ovisnostima i može pozitivno utjecati na njihovo zdravlje (Orford i sur., 2010). Chang i suradnici (2001) su istraživali prediktore društvene podrške u odnosima skrbnik/pacijent te su zaključili da je pronalazak pomoći važniji od čestih kontakata u društvenim mrežama te da poteškoće u pronalaženju pomoći od prijatelja pozitivno koreliraju s teretom i depresijom skrbnika, dok su povezane s manjim stupnjem zadovoljstva. Također su primijetili da mladi skrbnici s većim ograničenjima na društvenim mrežama i u svakodnevnim aktivnostima doživljavaju najveći teret. Iz toga proizlazi da varijacije u teretu skrbnika nisu toliko povezane s količinom pružene pomoći, već se temelje na njihovim

subjektivnim iskustvima i percepciji društvene podrške. Unatoč dobro poznatom značaju društvene podrške za opće zdravlje, posebice kao zaštite u stresnim situacijama (Cohen i Wills, 1985), članovi obitelji ovisnika mogu se smatrati skupinom koja posebno treba dobru društvenu podršku.

Međutim, dokazi upućuju na to da je društvena podrška za ČOO vrlo problematična. Wiseman (1991) opisao je društvenu podršku suprugama ovisnika kao „krhku“. Često sami članovi obitelji izražavaju nevoljkost da razgovaraju o problemu s drugima, vjerujući da se problemi trebaju rješavati unutar obitelji, da dobar roditelj ili supruga trebaju moći nositi s tim, da saznanje o problemu može donijeti sramotu ili stid, da će ovisni član obitelji reagirati loše ako drugi saznaju, ili jednostavno da su drugi ljudi previše zauzeti svojim vlastitim stvarima ili neće moći pomoći. Zbog snažnih emocija koje ovisnost izaziva kod drugih, i zbog problema u odabiru pravog načina reagiranja, drugi koji bi podržali napore ČOO-a u suočavanju s problemom ili razumijevanju situacije, često su percipirani kao nedovoljno podržavajući, kritični ili čak otvoreno neprijateljski prema stavu ČOO-a. Neki ČOO su kritizirani od strane drugih zbog previše strogog pristupa, dok su drugi kritizirani zbog nedostatka odlučnosti. Često, ČOO osjećaju da je stav drugih prema njima, kako je izrazila jedna partnerica ovisnika o drogama, „podnesi ili šuti ili ga izbaci“ (Orford i sur., 2005).

Stručna podrška za članove obitelji ovisnika (ČOO) čini se jednako problematična kao i neformalna podrška. U zemljama s manje razvijenim profesionalnim uslugama, ČOO su ponekad kritični prema neosjetljivom i čak brutalnom postupanju koje njihovi bliski članovi dobivaju od policije ili u institucijama. No, čak i u zemljama s relativno razvijenim uslugama, profesionalci su često percipirani od strane ČOO-a kao osobe kojima nedostaje znanje, svijest ili čak suosjećajno razumijevanje. Ako njihovi bližnji dobivaju pomoć od specijaliziranih ustanova, ČOO često osjećaju da im nedostaje informacija, djelomice zbog toga što profesionalni modeli liječenja uglavnom isključuju njih i sprječavaju dijeljenje informacija s njima zbog strogih i nedosljednih pravila o povjerljivosti klijenata. Također, religija je ponekad prikazana od strane ČOO-a kao općenito podržavajuća (primjerice u grupi u crkvi koja zajedno moli i pruža međusobnu emocionalnu podršku) i ponekad kao institucija koja nudi specifične tehnike suočavanja koje ČOO-u daju nadu (primjerice svjedočenje davanja zavjeta nepijenja, što je često percipirano kao korisno od strane meksičkih suprugama). U drugim trenucima religija i njeni svećenici su viđeni kao poticatelji žrtvovanja i izdržljivosti u teškim situacijama, podržavajući trpljenje s ovisnošću i odvrćajući od neovisnosti (Orford i sur., 2005).

## 2. CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE

### 2.1. Cilj istraživanja

Iako postoje brojna istraživanja o suočavanju osoba koje se bore s ovisnošću (MacNeill i sur., 2016), malo se pažnje posvećuje suočavanju članova njihovih obitelji (Laslett i sur., 2013; Ramstedt i sur., 2015; Rossow i sur., 2016). Osim toga, postoje ograničena sredstva za poboljšanje suočavanja ČOO s problemom ovisnosti unutar obitelji (Kelly i sur., 2017; Weegmann i Head, 2016), iako se često javlja velika potreba za pomoć obiteljima pogođenim ovisnošću, kao što je vidljivo iz visoke stope korištenja telefonskih linija za pomoć (Garde i sur., 2017). S obzirom na prirodu i ozbiljnost problema ovisnosti za članove obitelji ovisnika, potrebno je provesti više istraživanja kako bi se saznalo kako se oni nose sa situacijama ovisnosti, pogotovo na domaćoj populaciji s obzirom na manjak istraživanja u Hrvatskoj. Cilj ovog istraživanja je stoga bio ispitati kognitivne strategije koje članovi obitelji ovisnika koriste; procijeniti simptome depresije, anksioznosti i stresa kod ČOO; izmjeriti društvenu podršku koju ČOO doživljavaju od svoje obitelji i prijatelja te ispitati odnos emocionalne regulacije sa simptomima depresivnosti, anksioznosti i stresa, kao i socijalne podrške kod članova obitelji ovisnika i ispitati medijacijsku ulogu socijalne podrške između kognitivnih emocionalnih regulacija i neugodnih emocionalnih stanja.

### 2.2. Problemi i hipoteze

1. Utvrditi razine adaptivnih (prihvatanje, preusmjeravanje na planiranje, pozitivno refokusiranje, pozitivna procjena i stavljanje u perspektivu) i maladaptivnih (samookrivljavanje, okrivljavanje drugih, ruminacija i katastrofiziranje) kognitivnih strategija emocionalne regulacije kod članova obitelji ovisnika.

H1: S obzirom da se članovi obitelji ovisnika nalaze u izrazito stresnoj situaciji, a kronična izloženost stresu povezana je s negativnim ishodima (iscrpljenost, pad kognitivnih funkcija, loše zdravstvene navike, simptomi depresije, izbjegavajuća ponašanja i negativni socijalni odnosi) (Juster i sur., 2010). Fiziološki odgovori, psihološki odgovori i akutni stres povezani su s maladaptivnim kognitivnim strategijama regulacije emocija, a negativno povezani s adaptivnim kognitivnim strategijama regulacije emocija (Cai i sur., 2017). S obzirom na navedeno, očekuje se da će članovi obitelji ovisnika pokazivati veće korištenje maladaptivnih strategija (samookrivljavanje, okrivljavanje drugih, ruminacija i katastrofiziranje) u usporedbi

s adaptivnim strategijama (prihvatanje, preusmjeravanje na planiranje, pozitivno refokusiranje, pozitivna reprocjena i stavljanje u perspektivu).

2. Utvrditi razine faktora socijalne podrške (emocionalna podrška obitelji i prijatelja, podrška samopoštovanju obitelji i prijatelja, informacijska podrška obitelji i prijatelja, instrumentalna podrška obitelji i prijatelja, emocionalna podrška obitelji, podrška samopoštovanju obitelji, informacijska podrška obitelji, instrumentalna podrška obitelji, emocionalna podrška prijatelja, podrška samopoštovanju prijatelja, Informacijska podrška prijatelja i instrumentalna podrška prijatelja) kod članova obitelji ovisnika.

H2: Članovi obitelji osoba koji imaju problema s ovisnošću često osjećaju sram i mogu se odlučiti povući iz društva ili skrivati svoj odnos s ovisnim članom obitelji (Orford i sur., 2005). Između trećine i petine članova obitelji izvještavaju o napetim i udaljenim odnosima s drugim članovima obitelji ili prijateljima zbog problema s ovisnošću kod člana obitelji (Corrigan i sur., 2006). S obzirom da je socijalna podrška za članove obitelji ovisnika vrlo problematična i slaba (Wiseman, 1991), očekuje se da će članovi obitelji ovisnika pokazivati niske razine faktora socijalne podrške.

3. Ispitati postoji li povezanost između maladaptivnih i adaptivnih kognitivnih strategija emocionalne regulacije i:
  - a) depresivnosti, anksioznosti i stresa kod članova obitelji ovisnika.
  - b) faktora socijalne podrške kod članova obitelji ovisnika.

H3 a): Veza između strategija emocionalne regulacije i simptoma emocionalne nelagode (kao što su depresija, anksioznost i stres) dokazana je u prijašnjim istraživanjima (Garnefski i sur., 2001). Adaptivne strategije (prihvatanje, preusmjeravanje na planiranje, pozitivno refokusiranje, pozitivna reprocjena i stavljanje u perspektivu) povezane su s nižim razinama depresivnosti, anksioznosti i stresa, dok su maladaptivne strategije (samookrivljavanje, okrivljavanje drugih, ruminacija i katastrofiziranje) povezane s njihovim višim razinama (Aldao i sur., 2010; Garnefski i sur., 2004; Garnefski i Kraaij, 2007; Hu i sur., 2014). Stoga, za pretpostaviti je da će postojati pozitivna povezanost između depresivnosti, anksioznosti i stresa s maladaptivnim kognitivnim strategijama emocionalne

regulacije i negativna povezanost neugodnih emocionalnih stanja s adaptivnim strategijama.

H3 b): Tijekom procesa suočavanja sa stresnim situacijama, socijalna podrška može imati višestruku funkciju, osim što može smanjiti vjerojatnost stresnog događaja, socijalna podrška može umanjiti subjektivni doživljaj stresa nakon što se stresor dogodi (Mittelman, 2005). Za pretpostaviti je da postoji pozitivna povezanost adaptivnih strategija emocionalne regulacije i faktora socijalne podrške kao i negativna povezanost maladaptivnih strategija i faktora socijalne podrške.

4. Ispitati medijacijsku ulogu socijalne podrške između kognitivnih emocionalnih regulacija i neugodnih emocionalnih stanja.

H4: Provedena istraživanja ukazuju na postojanje medijacijske uloge socijalne podrške između kognitivnih emocionalnih regulacija i neugodnih emocionalnih stanja (Cai i sur., 2017), stoga za pretpostaviti je da socijalna podrška ima ulogu medijatora u odnosu između kognitivnih emocionalnih regulacija i neugodnih emocionalnih stanja kod članova obitelji ovisnika. S povećanjem učestalosti korištenja adaptivnih strategija, povećavaju se razine socijalne podrške te će se sniziti i razina neugodnih emocija, a s povećanjem učestalosti korištenja maladaptivnih strategija, snižavaju se razine socijalne podrške te će se povisiti razina neugodnih emocija.

### **3. METODA**

#### **3.1. Sudionici**

U sklopu ovog istraživanja, sudjelovalo je ukupno 67 članova obitelji osoba koje su podložne ovisnostima. Sudionici su većinom odrasle osobe ženskog spola ( $N=62$ , 92.52% ukupnog broja), dok muškarci čine manji dio uzorka ( $N=5$ , 7.46%). Dob sudionika je između 19 i 73 godine ( $M=41.40$ ,  $SD=14.41$ ). Najveći dio sudionika posjeduje srednjoškolsko obrazovanje (32 sudionika, što čini 47.76% ukupnog broja), dok je njih 24 (35.82%) završilo visoko stručno obrazovanje, te 11 (16.42%) osoba ima višu stručnu spremu. Sudionici su izvijestili da većinom raspolažu s prosječnim kućanskim prihodima ( $N=52$ , 77.61%). S druge strane, ispodprosječne prihode ima manji broj sudionika ( $N=8$ , 11.94%), dok je iznadprosječnih prihoda evidentirano kod najmanje osoba ( $N=7$ , 10.45%).

U istraživanju je ispitivano prisustvo članova obitelji koji se suočavaju s ovisnošću, s izuzetkom pušenja. Rezultati su ukazali na raznolikost vrsta ovisnosti koje su prisutne unutar uzorka, zajedno s njihovim postotnim udjelima. Rezultati pokazuju sljedeće: ukupno 35 sudionika (52.24%) izjavilo je da trenutno ima barem jednog člana obitelji koji se nalazi u procesu liječenja ovisnosti. Dodatnih 23 sudionika (34.33%) je navelo da je barem jedan član obitelji u prošlosti imao problema s ovisnošću, ali se sada nalazi u stabilnoj fazi remisije. Devet sudionika (13.43%) nije imalo člana obitelji s ovisnošću, ali su naveli da poznaju nekoga izvan uže obitelji tko se bori s ovisnošću. Prema Orfordu i suradnicima (2013) situacija ovisnosti utječe na druge članove proširene obitelji koji imaju odgovornosti prema ovisnoj osobi, kao i bliske prijatelje i suradnike čije su veze toliko bliske da se smatraju "kao obitelj", pa su iz tog razloga i ovi sudionici uključeni u analizu. Šest sudionika je navelo da trenutačno nemaju nikakvih iskustava s ovisnostima u obitelji ili u širem krugu poznanika te su isključeni iz istraživanja. Što se tiče prisutnosti ovisnika u kućanstvu, ukupno 11 sudionika (16.42%) izjavilo je da trenutno živi s osobom koja je ovisnik. 22 sudionika (32.84%) je odgovorilo da trenutno ne živi s ovisnikom. Dodatnih 34 sudionika (50.75%) je navelo da su nekada živjeli s ovisnikom, ali sada više ne dijele domaćinstvo s njima. Analizirajući vrstu odnosa između sudionika i ovisnika, otkriveni su sljedeći rezultati: ukupno je 10 sudionika (14.93%) izvijestilo da su u partnerskom odnosu s ovisnikom. Njih 16 (23.88%) je izjavilo da su u odnosu roditelja s ovisnikom. Kod 15 sudionika (22.39%) je zabilježen odnos djeteta prema ovisniku. Ukupno 14 sudionika (20.90%) ima odnos s ovisnikom kao braća ili sestre. Jedan sudionik (1.49%) je izvijestio o višestrukim odnosima s ovisnicima, uključujući roditeljski i bratsko-sestrinski odnos. Rezultati su pokazali da je 11 sudionika (16.42%) imalo različite druge vrste odnosa s osobama koje pate od ovisnosti.

Članovi obitelji ovisnika iznijeli su različite vrste i kombinacije ovisnosti prisutnih kod ovisnika u svojim obiteljima, a u Tablici 1 prikazani su rezultati u obliku postotaka i frekvencije prema učestalosti pojave svake vrste i kombinacije ovisnosti. Najviši udio zabilježen je za „Ostale droge“ i „Alkohol“, svaka s postotkom od 20.90%, što ukazuje na čestu prisutnost ovih oblika ovisnosti. Također, značajan udio osoba iznio je prisutnost „Patološkog kockanja“ i prekomjerne konzumacije „Marihuane“ kod ovisnika u svojim obiteljima, čime je obuhvaćeno 14.92% uzorka. Ovaj rezultat naglašava važnost prepoznavanja i pravilnog tretmana problema patološkog kockanja i upotrebe marihuane kod ovisnika. Također, primjetan je značajan udio kombinacija ovisnosti, poput „Alkohol, Marihuana, Ostale droge“ (4.48%). Ovaj fenomen ukazuje na postojanje međuodnosa



između različitih oblika ovisnosti te na moguće kompleksne učinke takvih kombinacija na pojedinca. Značajan udio je i kod ovisnosti povezanih s „Receptnim lijekovima“, koji iznosi 2.99%. To upućuje na važnost stroge kontrole i regulacije korištenja receptnih lijekova kako bi se spriječila zloupotreba. Manji udio kod kombinacija ovisnosti poput „Alkohol, Ostale droge, Patološko kockanje“, „Alkohol, Marihuana, Ostale droge, Receptni lijekovi, Ostalo“ i ostalih kombinacija otvara pitanje specifičnih dinamika ovih kombinacija i faktora koji dovode do njihove pojave.

*Tablica 1* Prikaz zastupljenosti vrsta i kombinacija ovisnosti u obiteljima sudionika

| Vrste ovisnosti   | <i>F</i> | %     |
|---|----------|-------|
| Ostale droge  | 14       | 20.90 |
| Alkohol   | 14       | 20.90 |
| Marihuana   | 5        | 7.46  |
| Patološko kockanje  | 5        | 7.46  |
| Alkohol, Marihuana  | 4        | 5.97  |
| Alkohol, Marihuana, Ostale droge  | 3        | 4.48  |
| Alkohol, Ostale droge   | 3        | 4.48  |
| Alkohol, Receptni lijekovi  | 2        | 2.99  |
| Marihuana, Ostale droge   | 2        | 2.99  |
| Receptni lijekovi   | 2        | 2.99  |
| Alkohol, Ostale droge, Receptni lijekovi                                | 2        | 2.99  |
| Alkohol, Ostale droge, Patološko kockanje                               | 1        | 1.49  |
| Alkohol, Marihuana, Ostale droge, Receptni lijekovi, Ostalo             | 1        | 1.49  |
| Alkohol, Marihuana, Ostale droge, Receptni lijekovi, Patološko kockanje | 1        | 1.49  |
| Alkohol, Marihuana, Ostale droge, Patološko kockanje                    | 1        | 1.49  |
| Alkohol, Marihuana, Ostale droge, Receptni lijekovi                     | 1        | 1.49  |
| Alkohol, Marihuana, Patološko kockanje                                  | 1        | 1.49  |
| Marihuana, Ostale droge, Patološko kockanje                             | 1        | 1.49  |
| Ostale droge, Patološko kockanje  | 1        | 1.49  |
| Ostale droge, Receptni lijekovi   | 1        | 1.49  |
| Alkohol, Receptni lijekovi, Ostalo                                      | 1        | 1.49  |
| Ostalo  | 1        | 1.49  |

### 3.2. Mjerni instrumenti

Upitnik korišten u istraživanju se sastojao od dijela s pitanjima o općim podacima, Upitnika kognitivne emocionalne regulacije (eng. *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire - CERQ*; Garnefski, Kraaij i Spinhoven, 2001), Skale depresivnosti, anksioznosti i stresa (eng. *Depression, Anxiety and Stress Scale - DASS-21*; Henry, Crawford, 2005) i Skale socijalne podrške (eng. *Scale of Perceived Social Support - SPSS*; Macdonald, 1998).

#### 3.2.1. Upitnik općih podataka

Prvi dio upitnika općih podataka sastojao se od pitanja o dobi, spolu te obrazovanju, uključujući stupanj stručne sprema koji su sudionici završili (SSS – srednja stručna sprema, VŠS – viša stručna sprema i VSS – visoka stručna sprema). Također, postavljena su pitanja o obiteljskom prihodu, koji je obuhvatio uobičajene ukupne prihode kućanstva, podijeljene na kategorije ispodprosječnih, prosječnih i iznadprosječnih prihoda.

Drugi dio upitnika sastojao se od pitanja poput: „Imate li člana obitelji koji pati od ovisnosti (osim pušenja)? Koja vrsta ovisnosti je u pitanju? U kakvom ste odnosu s osobom koja pati od ovisnosti?“.

#### 3.2.2. **Upitnik kognitivne emocionalne regulacije** (CERQ; Garnefski, Kraaij i Spinhoven, 2001; adaptirana hrvatska verzija: Soldo i Vulić-Prtorić, 2018)

CERQ je samoizvještajni upitnik koji služi za ispitivanje kognitivnih strategija koje pojedinac koristi nakon suočavanja s negativnim događajem ili situacijom. Sastoji se od 35 pitanja koja su podijeljena u devet različitih subskala, od kojih svaka sadrži četiri pitanja, osim kod strategije prihvaćanje koja sadrži tri čestice. Namijenjen je osobama starijima od 12 godina, a sudionici na ljestvici od 1 do 5 označavaju koliko često koriste svaku od strategija nakon neugodnog iskustva. Rezultat se izračunava zbrajanjem odgovarajućih čestica za svaku strategiju, pri čemu visoki rezultat ukazuje na čestu upotrebu strategije, a niski rezultat ukazuje na rijetku upotrebu strategije. Koeficijenti unutarnjih konzistentnosti svih subskala su u ovom istraživanju visoki te se kreću između .69 i .92 (Tablica 3).

Subskale su sljedeće:

1. *Samookrivljanje* – zaokupljenost mislima o vlastitim pogreškama i sklonost pojedinca da okrivljuje sebe za negativna iskustva (npr. „Osjećam da sam ta osoba koju treba kriviti.“).

2. *Prihvatanje* – razmišljanje o tome kako nije moguće promijeniti ono što se dogodilo i prihvaćanje da život ide dalje (npr. „Mislim da moram naučiti živjeti s tim.“).
3. *Ruminacija* – neprekidno razmišljanje o osjećajima i mislima vezanima uz negativan događaj (npr. „Zaokupljen/a sam time što mislim i osjećam u vezi toga što se dogodilo.“).
4. *Pozitivno refokusiranje* – razmišljanje o drugim, ugodnijim stvarima umjesto o stvarnome događaju (npr. „Mislim na nešto lijepo umjesto na ono što se dogodilo.“).
5. *Preusmjeravanje na planiranje* – razmišljanje o koracima koje je potrebno poduzeti kako bi se pojedinac suočio s događajem (npr. „Planiram što bi bilo najbolje učiniti.“).
6. *Pozitivna reprocjena* – razmišljanje o pridavanju pozitivnoga značenja događaju u smislu osobnoga razvoja (npr. „Mislim da mogu postati snažnija osoba nakon toga što se dogodilo.“).
7. *Stavljanje u perspektivu* – umanjivanje ozbiljnosti situacije njezinim uspoređivanjem s drugim događajima i iskustvima (npr. „Govorim si kako ima i gorih stvari u životu.“).
8. *Katastrofiziranje* – eksplicitno isticanje i naglašavanje katastrofičnosti situacije (npr. „Često mislim kako je to najgore što se osobi može dogoditi.“).
9. *Okrivljavanje drugih* – misli prebacivanja krivnje na druge za ono što je pojedinac iskusio (npr. „Osjećam da su drugi odgovorni za to što se dogodilo.“).

### 3.2.3. **Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa** (DASS-21; Henry, Crawford, 2005; adaptirana hrvatska verzija: Ercegovac i Penezić, 2012)

Upitnik DASS razvijen je kako bi se procijenili simptomi depresije, anksioznosti i stresa kod adolescenata i odraslih. Skala se sastoji od 42 tvrdnje koje su podijeljene u tri podskale: depresivnost, anksioznost i stres - s po 14 tvrdnji u svakoj. Subskala depresivnosti odnosi se na simptome disforije, beznadnosti, vlastitog obezvrjeđivanja, apatije i nedostatka interesa. Subskala anksioznosti odnosi se na pobuđenost autonomnog sustava te situacijsku anksioznost. Skala stresa obuhvaća pokazatelje kronične, nespecifične pobuđenosti, poteškoće opuštanja, uznemirenost, nestrpljenje i sl. Sudionici procjenjuju svoje stanje zaokruživanjem brojeva na Likertovoj skali od 0 do 3, a ukupni rezultat se dobiva kao linearna kombinacija procjena za svaku podskalu. Koeficijenti pouzdanosti za ove podskale kreću se od .95 za depresivnost, .95 za anksioznost i .96 za stres (Tablica 5). Viši rezultat upućuje na višu razinu depresivnosti, anksioznosti ili stresa, a ukupan rezultat na cijeloj skali moguće je promatrati kao opću psihološku uznemirenost (Bottesi i sur., 2015). U nastavku

su prikazane granične vrijednosti simptoma od normalnih do ekstremno ozbiljnih za originalnu DASS-42 skalu (Tablica 2).

*Tablica 2* Granične vrijednosti DASS 42 preuzete iz Lovibonda i Lovibonda (1995)

|                    | Depresivnost | Anksioznost | Stres |
|--------------------|--------------|-------------|-------|
| Normalno           | 0-9          | 0-7         | 0-14  |
| Blago              | 10-13        | 8-9         | 15-18 |
| Umjereno           | 14-20        | 10-14       | 19-25 |
| Ozbiljno           | 21-27        | 15-19       | 26-33 |
| Ekstremno ozbiljno | 28+          | 20+         | 34+   |

#### 3.2.4. Skala socijalne podrške (SPSS; Macdonald, 1998; adaptirana hrvatska verzija Ivanov i Penezić, 2010)

Skala percipirane razine socijalne podrške (SPSS), izvorno razvijena 1998. godine od strane Macdonalda, ima za cilj izmjeriti podršku koju pojedinci doživljavaju od svoje obitelji i prijatelja. Ova skala obuhvaća tri glavne skale: ukupnu socijalnu podršku, socijalnu podršku od obitelji te socijalnu podršku od prijatelja. Svaka od ovih triju skala ima po četiri podskale: emocionalnu podršku, podršku samopoštovanju, informacijsku podršku i instrumentalnu podršku. Ukupno, ovo čini ukupno 12 podskala: Emocionalna podrška obitelji i prijatelja, Podrška samopoštovanju obitelji i prijatelja, Informacijska podrška obitelji i prijatelja, Instrumentalna podrška obitelji i prijatelja, Emocionalna podrška obitelji, Podrška samopoštovanju obitelji, Informacijska podrška obitelji, Instrumentalna podrška obitelji, Emocionalna podrška prijatelja, Podrška samopoštovanju prijatelja, Informacijska podrška prijatelja i Instrumentalna podrška prijatelja.

Ova skala sastoji se od ukupno 56 stavki koje se ocjenjuju na ljestvici od 1 do 5 stupnjeva, pri čemu 1 označava „uopće se ne slažem“, a 5 „potpuno se slažem“. Važno je napomenuti da su određene stavke bodovane obrnuto, a viši rezultati na skali i podskalama ukazuju na višu razinu percipirane socijalne podrške. Visoka je pouzdanost svih podskala (raspon od .85 do .97) i cijele skale .97 (Tablica 4).

### 3.3. Postupak

Istraživanje je provedeno putem internetskog obrasca tijekom lipnja i srpnja 2023. godine. Upitnik je distribuiran putem e-maila različitim organizacijama koje se bave

problemom ovisnosti, prevencijom ovisnosti te pružanjem podrške ovisnicima i njihovim obiteljima. Na samom početku upitnika pružena je jasna uputa, naglašavajući da je popunjavanje potpuno anonimno te da će rezultati biti analizirani na razini skupine. Sudionici su imali mogućnost prekinuti popunjavanje upitnika u bilo kojem trenutku. Prosječno vrijeme potrebno za ispunjavanje upitnika iznosilo je otprilike 15 minuta.

#### 4. REZULTATI

U svrhu odgovora na prvi i drugi problem u sljedećim tablicama (Tablice 3 i 4) dani su osnovni deskriptivni pokazatelji za dobivene zbirne rezultate po sudioniku za pojedinu skalu i njene podskale.

Tablica 3 Deskriptivni pokazatelji za podskale CERQ skale (N=67)

|                          | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>Raspon rezultata</i> | <i>Asimetričnost</i> | <i>Sploštenost</i> | <i>K-S test</i> | <i>a</i> |
|--------------------------|----------|-----------|-------------------------|----------------------|--------------------|-----------------|----------|
| Samookrivljavanje        | 8.62     | 3.70      | 4 – 20                  | 0.82                 | 0.11               | .14**           | .82      |
| Prihvatanje              | 11.53    | 2.97      | 3 – 15                  | -0.90                | 0.24               | .17**           | .70      |
| Ruminacija               | 13.07    | 3.56      | 4 – 20                  | -0.33                | -0.42              | .12*            | .77      |
| Pozitivno refokusiranje  | 13.89    | 3.93      | 4 – 20                  | -0.60                | -0.17              | .16**           | .92      |
| Planiranje               | 16.41    | 3.12      | 4 – 20                  | -1.13                | 2.30               | .16**           | .82      |
| Pozitivna reprocjena     | 14.76    | 3.81      | 4 – 20                  | -0.59                | 0.33               | .08             | .83      |
| Stavljanje u perspektivu | 13.82    | 3.76      | 4 – 20                  | -0.14                | -0.48              | .11*            | .76      |
| Katastrofiziranje        | 10.77    | 3.57      | 4 – 18                  | 0.17                 | -0.77              | .10*            | .69      |
| Okrivljavanje drugih     | 8.17     | 3.73      | 4 – 20                  | 1.00                 | 0.55               | .19**           | .83      |

K-S test=Kolmogorov-Smirnov test.; \*p<.05, \*\*p<.01

Podaci za podskale CERQ upitnika, po rezultatima Kolmogorov-Smirnovljeva testa (K-S test), nisu uzorci iz populacije s normalnom distribucijom osim kada se radi o strategiji pozitivna reprocjena (Tablica 3). Ipak, distribucije su približno simetrične ili umjereno asimetrične ( $-1 < \text{asimetričnost} < 1$ ). Sudionici su relativno skloni strategijama prihvatanje, zatim planiranje, pozitivna reprocjena i stavljanje u perspektivu (najveće vrijednosti aritmetičkih sredina, negativno zakrivljene distribucije), a najmanje strategijama samookrivljavanje, katastrofiziranje i okrivljavanje drugih (najmanje vrijednosti aritmetičke sredina, pozitivno zakrivljene distribucije) (Tablica 3).

Ako se strategije podijele na adaptivne (prihvatanje, pozitivno refokusiranje, planiranje, pozitivna procjena, stavljanje u perspektivu) i maladaptivne (samookrivljavanje, ruminacija, katastrofiziranje, okrivljavanje drugih), može se reći da sudionici u istraživanju više pribjegavaju adaptivnim strategijama. Također, maladaptivne strategije kao što su samookrivljavanje i katastrofiziranje imaju nešto višu pozitivnu asimetriju, dok adaptivna strategija kao što je prihvaćanje ima negativnu asimetriju, što može sugerirati veću koncentraciju rezultata na višim vrijednostima (Tablica 3).

Tablica 4 Deskriptivni pokazatelji za podskale SPSS skale (N=67)

|                                   | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>Raspon<br/>rezultata</i> | <i>Asimetričnos<br/>t</i> | <i>Spljoštenos<br/>t</i> | <i>K-S<br/>test</i> | <i>a</i> |
|-----------------------------------|----------|-----------|-----------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------|----------|
| Emocionalna podrška obitelji      | 28.20    | 6.41      | 12 - 35                     | -0.86                     | -0.11                    | .14**               | .90      |
| Instrumentalna podrška obitelji   | 28.85    | 5.68      | 12 - 35                     | -1.27                     | 1.27                     | .16**               | .85      |
| Podrška samopoštovanju obitelji   | 26.17    | 6.86      | 10 - 35                     | -0.64                     | -0.30                    | .10                 | .89      |
| Informacijska podrška obitelji    | 27.19    | 7.34      | 8 - 35                      | -0.82                     | -0.15                    | .14**               | .93      |
| Emocionalna podrška prijatelja    | 28.79    | 6.37      | 7 - 35                      | -1.34                     | 1.83                     | .16**               | .92      |
| Instrumentalna podrška prijatelja | 27.22    | 6.14      | 7 - 35                      | -1.27                     | 1.88                     | .17**               | .86      |
| Podrška samopoštovanju prijatelja | 28.89    | 5.37      | 11 - 35                     | -1.20                     | 1.72                     | .13**               | .86      |
| Informacijska podrška prijatelja  | 28.53    | 6.83      | 7 - 35                      | -1.22                     | 1.31                     | .17**               | .93      |
| Emocionalna podrška               | 57.00    | 10.37     | 24 - 70                     | -1.14                     | 1.57                     | .12**               | .89      |
| Instrumentalna podrška            | 56.07    | 9.98      | 19 - 70                     | -1.31                     | 2.29                     | .14**               | .87      |
| Podrška samopoštovanju            | 55.07    | 10.24     | 23 - 70                     | -0.88                     | 0.97                     | .08                 | .88      |
| Informacijska podrška             | 55.73    | 11.10     | 21 - 70                     | -0.74                     | 0.33                     | .11*                | .90      |
| Podrška obitelji                  | 110.43   | 24.73     | 46 - 140                    | -0.96                     | 0.16                     | .12**               | .96      |
| Podrška prijatelja                | 113.44   | 23.85     | 36 - 140                    | -1.36                     | 1.91                     | .16**               | .97      |
| Ukupno                            | 223.00   | 40.10     | 87 - 280                    | -1.09                     | 1.37                     | .11*                | .97      |

K-S test=Kolmogorov-Smirnov test.; \*p<.05, \*\*p<.01

Osvrćući se na podatke prikazane u Tablici 4, sudionici su u pravilu imali srednje do visoke rezultate na podskalama SPSS skale. Izjašnjavaju se o visokoj razini socijalne podrške obitelji i prijatelja. Radi se o umjerenj ili jakoj negativnoj asimetričnosti podataka. Rezultati su nešto niži samo za podskalu podrška samopoštovanju obitelji. Podaci za ovu podskalu, prema Kolmogorov-Smirnovljevu testu su uzorak iz populacije s normalnom distribucijom (Tablica 4).

Prosječne vrijednosti za različite aspekte socijalne podrške variraju (Tablica 4). Članovi obitelji ovisnika češće doživljavaju blago višu razinu emocionalne podrške ( $M=57$ ), zatim instrumentalne ( $M=56.07$ ), informacijske ( $M=55.73$ ) i naposljetku podrške samopoštovanju ( $M=55.07$ ). Emocionalna podrška od obitelji ( $M=28.20$ ) i prijatelja ( $M=28.79$ ) gotovo su izjednačene. To sugerira da članovi obitelji ovisnika doživljavaju sličnu razinu emocionalne podrške od obitelji i prijatelja. Instrumentalna podrška od obitelji ( $M=28.85$ ) i podrška od prijatelja ( $M=27.22$ ) također su usporedive, pri čemu obitelj pruža nešto više instrumentalne podrške. Što se tiče podrške samopoštovanju prijatelja ( $M=28.89$ ) u usporedbi s podrškom samopoštovanju obitelji ( $M=26.17$ ), čini se da prijatelji pružaju veće razine podrške za samopoštovanje. Kod informacijske podrške obitelji ( $M=27.19$ ), rezultati su nešto niži nego li kod informacijske podrške prijatelja ( $M=28.53$ ). Što se tiče izvora podrške (obitelj -  $M=110.43$  i prijatelji -  $M=113.44$ ), prosječna vrijednost podrške prijatelja je nešto viša od podrške od obitelji. Razina ukupne podrške iznosi  $M=223.00$  (Tablica 4). Ova vrijednost predstavlja sumu svih aspekata podrške (emocionalne, instrumentalne, podrške samopoštovanju i informacijske podrške) od obitelji i prijatelja članovima obitelji ovisnika. Razina ukupne podrške sugerira da članovi obitelji ovisnika doživljavaju visoku količinu podrške iz različitih izvora. Važno je napomenuti da je ovo statistička srednja vrijednost i ne uzima u obzir individualne varijacije i jedinstvene okolnosti svakog člana obitelji.

Tablica 5 Deskriptivni pokazatelji za podskale DASS skale (N=67)

|              | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>Raspon rezultata</i> | <i>Asimetričnost</i> | <i>Spljoštenost</i> | <i>K-S test</i> | <i>a</i> |
|--------------|----------|-----------|-------------------------|----------------------|---------------------|-----------------|----------|
| Depresivnost | 9.62     | 10.31     | 0 – 42                  | 1.19                 | 0.87                | .19**           | .95      |
| Anksioznost  | 9.28     | 10.09     | 0 – 41                  | 1.38                 | 1.44                | .17**           | .95      |
| Stres        | 14.44    | 11.68     | 0 – 42                  | 0.68                 | -0.61               | .12**           | .96      |
| Ukupno       | 33.35    | 30.41     | 0 – 125                 | 1.02                 | 0.44                | .15**           | .98      |

K-S test=Kolmogorov-Smirnov test.; \*  $p<.05$ , \*\*  $p<.01$

Podaci za podskale DASS skale nisu uzorci iz populacije s normalnom distribucijom (Tablica 5). Za podskale depresivnost i anksioznost postoji jaka pozitivna asimetričnost podataka (asimetričnost > 1), 50% sudionika ima rezultat za ove podskale manji od 5. Sudionici imaju više rezultate za treću emocionalnu nelagodu – stres, podaci za podskalu stres su umjereno pozitivno asimetrični. Prema граниčnim vrijednostima iz Tablice 2 sudionici u prosjeku imaju blagu depresivnost i anksioznost, a stres na granici normalnog.

Da bi se odgovorilo na treći problem istraživanja, izračunate su Pearsonove koeficijente korelacije među podacima za podskale DASS skale (emocionalna nelagoda) i podskale CERQ skale (strategije emocionalne regulacije) (Tablica 6) kao i među podacima za podskale CERQ skale i podskale SPSS skale (socijalna podrška) (Tablica 7). Uzorak od 67 sudionika spada u velike uzorke što dozvoljava korištenje parametrijskih testova.

Tablica 6 Pearsonovi koeficijenti korelacije za rezultate podskala DASS i CERQ skala

|                          | Depresivnost | Anksioznost | Stres |
|--------------------------|--------------|-------------|-------|
| Samookrivljavanje        | .32**        | .26**       | .26** |
| Prihvatanje              | .05          | .02         | .06   |
| Ruminacija               | .42**        | .43**       | .48** |
| Pozitivno refokusiranje  | -.33**       | -.27*       | -.26* |
| Planiranje               | .16          | .17         | .18   |
| Pozitivna reprocjena     | -.30*        | -.18        | -.18  |
| Stavljanje u perspektivu | -.10         | .00         | .02   |
| Katastrofiziranje        | .45**        | .46**       | .40** |
| Okrivljavanje drugih     | .38**        | .50**       | .53** |

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

Postoji statistički značajna slaba pozitivna povezanost između depresivnosti, anksioznosti i stresa i maladaptivnih strategija emocionalne regulacije samookrivljavanje, ruminacija, katastrofiziranje i okrivljavanje drugih (Tablica 6). Što su više razine emocionalne nelagode, to se više upotrebljavaju spomenute maladaptivne strategije.

Također postoji statistički značajna slaba negativna povezanost između simptoma emocionalne nelagode i pozitivnog refokusiranja kao adaptivne strategije emocionalne regulacije (Tablica 6). Što sudionici više koriste adaptivnu strategiju pozitivnog



refokusiranja to imaju niže razine depresivnosti, anksioznosti i stresa. Druge povezanosti nisu statistički značajne, osim pozitivne reprocjene koja je slabo negativno povezana samo s depresivnošću tako da ne zadovoljava uvjete dovoljne za interpretaciju.

Tablica 7 Pearsonovi koeficijenti korelacije za rezultate podskala SPSS i CERQ skala

|                          | Emocionalna podrška | Instrumentalna podrška | Podrška samopoštovanju | Informacijska podrška | Podrška obitelji | Podrška prijatelja | Ukupno |
|--------------------------|---------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|------------------|--------------------|--------|
| Samo-okrivljavanje       | -.06                | -.11                   | -.07                   | -.05                  | -.06             | -.06               | -.07   |
| Prihvatanje              | .22                 | .13                    | .17                    | .24                   | .20              | .13                | .20    |
| Ruminacija               | -.11                | -.17                   | -.08                   | -.05                  | -.11             | -.06               | -.11   |
| Pozitivno refokusiranje  | .37**               | .37**                  | .27*                   | .32**                 | .17              | .41**              | .35**  |
| Planiranje               | .06                 | .01                    | .02                    | .01                   | -.09             | .13                | .03    |
| Pozitivna reprocjena     | .28*                | .20                    | .22                    | .26*                  | .15              | .27*               | .25*   |
| Stavljanje u perspektivu | .24                 | .19                    | .18                    | .24*                  | .16              | .21                | .22    |
| Katastrofiziranje        | -.27*               | -.34**                 | -.19                   | -.24*                 | -.22             | -.22               | -.27*  |
| Okrivljavanje drugih     | -.28*               | -.10                   | -.24*                  | -.25*                 | -.25*            | -.13               | -.23   |

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

Većina tipova (Tablica 7) socijalne podrške obitelji i prijatelja (osim podrške obitelji) ima slabo pozitivnu povezanost s korištenjem pozitivnog refokusiranja kao strategije emocionalne regulacije. Najznačajnija je podrška prijatelja. Sudionici koji često primjenjuju strategiju pozitivnog refokusiranja, tj. usmjeravaju svoju pažnju na ugodnije situacije umjesto na stvarni događaj, imaju više razine socijalne podrške obitelji i prijatelja. Također, emocionalna podrška, informacijska podrška od obitelji i prijatelja, kao i podrška prijatelja općenito, također su pozitivno povezane s korištenjem pozitivne reprocjene kao strategije. Može se zaključiti da osobe koje često primjenjuju adaptivnu strategiju pozitivne reprocjene, tj. pridaju situaciji osobni značaj u smislu osobnog razvoja, imaju više razine podrške od obitelji i prijatelja. Isto tako, stavljanje situacije u perspektivu i informacijska podrška slabo su pozitivno povezani s korištenjem pozitivne reprocjene. Osobe koje češće koriste adaptivnu strategiju stavljanja situacije u perspektivu, tj. umanjuju ozbiljnost situacije

usporedbom s drugim događajima i iskustvima, primaju više razine informacijske podrške od obitelji i prijatelja.

S druge strane, maladaptivna strategija katastrofiziranja slabo je negativno povezana s emocionalnom, instrumentalnom i informacijskom podrškom obitelji i prijatelja, kao i ukupnom razinom podrške od drugih. To znači da sudionici koji manje koriste katastrofiziranje imaju više razine spomenutih razina podrške. Nadalje, maladaptivna strategija okrivljavanja drugih slabo je negativno povezana s emocionalnom, informacijskom podrškom i podrškom od obitelji. Osobe koje češće primjenjuju strategiju okrivljavanja drugih imaju niže razine spomenutih razina podrške.

Da bi se ispitala medijacijska uloga socijalne podrške između kognitivnih emocionalnih regulacija i neugodnih emocionalnih stanja u kontekstu četvrtog problema, korištena je medijacijska analiza u tri koraka regresijske analize (Baron i Kenny, 1986).

Kao zavisna varijablu uzeta je emocionalna nelagoda stres ( $Y$ ) koja ima normalnu distribuciju i pogodna je za običnu regresijsku analizu. Za prediktorske varijable uzete su strategije emocionalne regulacije ( $X_i$ ) povezane s medijator varijablom dok je za medijator varijablu uzeta ukupna socijalna podrška ( $M$ ). Izmjeren je direktan doprinos  $X$  na  $Y$  i indirektan doprinos  $X$  na  $Y$  kroz  $M$ .

Regresijski modeli su sljedeći:

$$\begin{aligned}(Y &\leftarrow X) \\ (M &\leftarrow X) \\ (Y &\leftarrow MX)\end{aligned}$$

Statistička značajnost prediktora ( $p < .05$ ) u modelu ( $M \leftarrow X$ ) i statistička značajnost medijatora u modelu ( $Y \leftarrow MX$ ) upućuje da je indirektni doprinos različit od 0.

U modelu ( $M \leftarrow X$ ) od prediktorskih varijabli strategija emocionalne regulacije statistički značajna je samo varijabla (strategija) pozitivno refokusiranje ( $p = .0041$  - *backward* selekcija modela) pa će se pozitivno refokusiranje uzeti kao jedinog prediktora. Medijator (ukupna socijalna podrška) statistički je značajna varijabla u modelu ( $Y \leftarrow MX$ ),  $p = .0138$ .

Sljedeća tablica pokazuje rezultate medijacijske analize:

Tablica 8 Pokazatelji doprinosa posredovanja medijatora

| Prediktor               | Indirektan doprinos prediktora posredovanjem medijatora | Direktan doprinos prediktora | Ukupan doprinos (direktan+indirektan) | Ukupan doprinos (zanemarujući medijator) | Udio posredovanja medijatora u ukupnom doprinosu | Omjer indirektnog i direktnog doprinosa |
|-------------------------|---|------------------------------|---------------------------------------|--|--|---|
| Pozitivno refokusiranje | -0.31852**  | -0.45903                     | -0.77755**                            | -0.77755                                 | 0.40964*   | 0.69389*                                |

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

Direktni doprinos mjeri u kom razmjeru se mijenja zavisna varijabla kada se prediktor poveća za jednu jedinicu mjere, a medijator varijabla ostaje nepromijenjena. Suprotno, indirektan doprinos mjeri u kom razmjeru se mijenja zavisna varijabla kada se prediktor varijabla ne mijenja, a medijator varijabla se mijenja za iznos koji bi se promijenila da se nezavisna varijabla povećala za jednu jedinicu mjere.

S povećanjem učestalosti korištenja adaptivne strategije pozitivnog refokusiranja, povećava se razina ukupne socijalne podrške te se snižava razina stresa. Prema ovom istraživanju, udio posredovanja medijatora u ukupnom učinku na zavisnu varijablu je oko 41% iako se mora naglasiti da ovaj pokazatelj ima slabu statističku značajnost ( $p < .05$ ; Tablica 8).

## 5. RASPRAVA

Članovi obitelji koji su pogođeni pretjeranim konzumiranjem alkohola ili uzimanjem droga od strane člana obitelji zabrinuti su i imaju valjan razlog za to. Brinu se zbog toga što se događa s tim članom obitelji, sa sobom i ostalim članovima obitelji. Kao odgovorni članovi obitelji, žele pronaći najbolji način suočavanja s situacijom u kojoj se nalaze. No, to nije jednostavan zadatak. Okolnosti s kojima se suočavaju nisu očekivane, niti su naučili kako se nositi s njima. Izloženi su zahtjevima koji izazivaju akutne dileme, primjerice, hoće li posuditi novac članu obitelji. Ponekad članovi obitelji imaju iskustva s pokušajem različitih načina suočavanja, ali nijedan se ne čini uspješnim (Orford i sur., 2010).

### 5.1. Zastupljenost vrsta i kombinacija ovisnosti u obiteljima sudionika

Najzastupljeniji oblici ovisnosti među članovima obitelji ovisnika bili su „Ostale droge“ i „Alkohol“. Također, značajan broj članova obitelji naveo je „Patološko kockanje“ i „Marihuanu“ što ukazuje na potrebu za prepoznavanjem i odgovarajućim tretmanom tih ovisnosti. Primjetno je i da postoje kombinacije ovisnosti, poput „Alkohol, Marihuana“ i

npr. „Marihuana, Ostale droge“, što sugerira da različiti oblici ovisnosti međusobno mogu imati kompleksne učinke na članove obitelji ovisnika. Ovisnost o „Receptnim lijekovima“ također je zastupljena, naglašavajući važnost stroge kontrole i regulacije lijekova kako bi se spriječila njihova zloupotreba. Manji broj članova obitelji ukazao je na prisutnost kombiniranih ovisnosti, kao što su „Alkohol, Ostale droge, Patološko kockanje“ i „Alkohol, Marihuana, Ostale droge, Receptni lijekovi, Ostalo“, što postavlja pitanja o specifičnim faktorima koji dovode do takvih kombinacija. Navedeni podaci su sukladni podacima o štetama od supstanci (Moan i sur., 2019) i stopama prevalencije alkohola i droga u Njemačkoj (Seitz i sur., 2019), prema kojima je najčešća ovisnost u obitelji alkoholizam, a zatim uporaba marihuane i drugih ilegalnih droga. Niska prijava ovisnosti o receptnim lijekovima sugerira da je ta vrsta ovisnosti vjerojatno više skrivena od strane rodbine, pogotovo ako se lijek propisuje dugoročno radi medicinskih stanja.

Alkohol se smatra odgovornim za više štete nanijetih drugima nego duhan ili bilo koja vrsta ilegalnih droga (Nutt i sur., 2010), a uz ostale droge, najzastupljenija je ovisnost u obiteljima sudionika. Niske stope apstinencije od alkohola, tj. malo ljudi koji se potpuno suzdržavaju od konzumacije alkohola, mogu doprinijeti manjem prepoznavanju opasnosti i štete koju alkohol može uzrokovati. To znači da, budući da se alkohol često konzumira, mnogi možda nisu svjesni koliko stvarne štete on može uzrokovati. Na primjer, osobe koje nemaju obitelj ili prijatelje s problemima vezanim uz alkohol ili droge mogu precijeniti koliko bi štete takva situacija mogla donijeti, dok su osobe koje žive s takvim problemima možda manje osjetljive na tu vrstu opasnosti (Melberg, 2011). S druge strane, ako je netko okružen ljudima koji konzumiraju alkohol ili drogu na štetan način, možda će biti manje sklon prepoznati taj problem. Ovo ukazuje na to da okolina i društvo u kojem osoba živi mogu oblikovati percepciju i reakciju na ovisnosti. Subjektivna procjena štete koju ovisnost nanosi drugima jedan je od ključnih izazova s kojima se istraživači suočavaju. Drugim riječima, razumijevanje i prepoznavanje štete od ovisnosti može biti otežano zbog različitih faktora kao što su socijalna dinamika, osobna iskustva i okruženje.

## 5.2. Strategije emocionalne regulacije kod članova obitelji ovisnika

Članovi obitelji ovisnika u ovom istraživanju često koriste strategije kao što su prihvaćanje, planiranje, pozitivna reprocjena i stavljanje u perspektivu (visoke vrijednosti aritmetičke sredine i negativno zakrivljene distribucije). S druge strane, strategije poput samookrivljavanja, katastrofiziranja i okrivljavanja drugih manje su česte među sudionicima (niske vrijednosti aritmetičkih sredina i pozitivno zakrivljene distribucije). Kada se ove

strategije razmotre kao adaptivne (prihvatanje, pozitivno refokusiranje, planiranje, pozitivna reprocjena, stavljanje u perspektivu) i maladaptivne (npr., samookrivljavanje, ruminacija, katastrofiziranje, okrivljavanje drugih), primjećuje se da sudionici češće koriste adaptivne strategije. Navedeni rezultati nisu sukladni s hipotezom, prema kojoj se pretpostavilo da će sudionici s obzirom na kroničan stres koji doživljavaju biti skloniji maladaptivnim strategijama, stoga je hipoteza odbačena.

Zuckerman i Gagne (2003) opisuju pet-faktorski model adaptivnog i maladaptivnog suočavanja, gdje se raspon strategija suočavanja koje primjenjuju, u ovom slučaju, pogođeni članovi obitelji, proteže od potpune uključenosti do izbjegavanja. Adaptivno suočavanje vjerojatnije će koristiti pogođeni članovi obitelji jer pokušavaju smanjiti utjecaj uporabe droga njihovog srodnika, što je moguće objašnjenje zašto sudionici ovog istraživanja češće koriste adaptivne strategije. Adaptivno suočavanje obično se predstavlja kao samopomoć, gdje pogođeni članovi obitelji planiraju unaprijed, traže informacije i uključuju socijalnu podršku, dok maladaptivno suočavanje može uključivati izbjegavanje i samokažnjavanje (MacNeill i sur., 2016; Zuckerman i Gagne, 2003). Strategije suočavanja značajno utječu na razine stresa članova obitelji ovisnika zbog zlouporabe supstanci od strane bliskih osoba. Adaptivne strategije suočavanja, poput planiranja, traženja informacija i traženja društvene podrške, vjerojatnije će koristiti članovi obitelji ovisnika u smanjenju utjecaja zlouporabe supstanci od strane bližnjih. S druge strane, maladaptivne strategije suočavanja, kao što su izbjegavanje i samokažnjavanje, povezane su s povećanjem razine stresa članova obitelji ovisnika (McCann i Lubman, 2018). Rezultate se može objasniti i karakteristikama populacije sudionika u istraživanju. Od ukupno 67 sudionika, 23 ima člana obitelji koji se u prošlosti borio s ovisnošću, ali se sada nalazi u stabilnoj remisiji. Za ove sudionike, stresna situacija ovisnosti trenutno nije prisutna u njihovim životima. Nadalje, 11 sudionika trenutno živi s ovisnikom, dok njih 22 trenutno ne dijeli dom s ovisnikom. Dodatno, 34 sudionika su nekada živjeli s ovisnikom. Taj podatak znači da 56 sudionika u uzorku trenutno nije u blizini ovisnika, što značajno utječe na razinu stresa koju doživljavaju. Također, vrsta odnosa s ovisnikom također igra ulogu u njihovoj percepciji stresa, a bila je raznolika među sudionicima istraživanja.

### 5.3. Faktori socijalne podrške kod članova obitelji ovisnika

Razina socijalne podrške varira među članovima obitelji ovisnika. Emocionalna podrška je slična kod obitelji i prijatelja. Instrumentalna podrška varira, pri čemu obitelj pruža nešto više podrške. Što se tiče podrške samopoštovanju, prijatelji često pružaju višu razinu.

Informacijska podrška je slična, iako je podrška prijatelja nešto viša. Ukupno, članovi obitelji doživljavaju srednje do visoku količinu podrške od obitelji i prijatelja. Važno je napomenuti da su ovi podaci statističke srednje vrijednosti i da individualne varijacije nisu uzete u obzir. Navedeni rezultati nisu sukladni s hipotezom, prema kojoj se pretpostavilo da će sudionici doživljavati niže razine socijalne podrške s obzirom na problematiku adekvatne socijalne podrške za ČOO, stoga je hipoteza odbačena.

Društvena podrška za pogođene članove obitelji ima važnu ulogu u modelu stresanapetosti-suočavanje-podrška (Orford i sur., 2010). Dobra društvena podrška se cijeni, a sudionici su izvijestili o visokoj razini socijalne podrške koju dobivaju od obitelji i prijatelja, rezultati su samo nešto niži kod podskale koja se odnosi na podršku samopoštovanju unutar obitelji. Emocionalna podrška najčešće je spominjana vrsta podrške u literaturi. Jednostavno imati nekoga s kim se može razgovarati i tko sluša člana obitelji je najčešći oblik podrške. Članovi obitelji dosljedno govore u kvalitativnim istraživanjima da cijene kada se drugi ljudi stave na raspolaganje na način koji omogućava članu obitelji da otvoreno razgovara o problemu u atmosferi prihvaćanja i podrške (Orford i sur., 2010). Često je posebno cijenjena podrška drugih ljudi koji su „prošli kroz isto“, koji su vjerojatno „na istoj valnoj duljini“ i koji su mogli pomoći ČOO da osjete da nisu sami. Praktična materijalna podrška također je bila iznimno cijenjena, kao i pružanje točnih informacija. Stručnjaci su često bili istaknuti među izvorima informacijske podrške, iako je ona mogla dolaziti iz različitih izvora, kako formalnih tako i neformalnih. Populacija sudionika u istraživanju bila je pažljivo selekcionirana. Tijekom regrutacije sudionika, ostvaren je kontakt s različitim udrugama koje se bave problematikom ovisnosti. Većina udruga koje su reagirale usko je surađivala s članovima obitelji ovisnika, što sugerira da su sudionici imali pristup formalnoj i neformalnoj društvenoj podršci. Važno je napomenuti da je prisutnost ove podrške mogla utjecati na rezultate istraživanja.

#### 5.4. Povezanost neugodnih emocionalnih stanja i strategija emocionalne regulacije

U ovom radu provjereno je postoji li povezanost između depresivnosti, anksioznosti i stresa te maladaptivnih i adaptivnih kognitivnih strategija emocionalne regulacije. Utvrđeno je da postoji statistički značajna slaba pozitivna povezanost između depresivnosti, anksioznosti i stresa i maladaptivnih strategija emocionalne regulacije: samookrivljavanje, ruminacija, katastrofiziranje i okrivljavanje drugih, što je i u skladu s očekivanjima (Garnefski i sur., 2001; Kraaij i sur., 2003). Što se više upotrebljavaju spomenute maladaptivne strategije, to su više razine emocionalne nelagode. Također postoji statistički

značajna slaba negativna povezanost između simptoma emocionalne nelagode i pozitivnog refokusiranja kao adaptivne strategije emocionalne regulacije. Što sudionici više koriste adaptivnu strategiju pozitivnog refokusiranja to imaju niže razine depresivnosti, anksioznosti i stresa. Ostale povezanosti nisu statistički značajne.

Brojni istraživački radovi su istaknuli vezu između primjene devet različitih strategija za regulaciju emocionalnih stanja i pojava emocionalnih teškoća kao što su depresija, anksioznost, stres i ljutnja (Garnefski i sur., 2001; Garnefski i Kraaij, 2006, 2007; Garnefski i sur., 2004; Garnefski i sur., 2002). Rezultati istraživanja ukazuju na povezanost između ruminacije, katastrofiziranja i samookrivljanja te emocionalnih izazova kod ljudi svih životnih dobi (Garnefski i Kraaij 2006), što implicira da upotreba specifičnih taktika za regulaciju emocija može povećati osjetljivost osoba za razvoj simptoma psihičkih poteškoća kao odgovor na teške životne situacije (Garnefski i sur., 2002).

S druge strane, korištenje kognitivnih strategija poput pozitivne reprocjene, stavljanja u perspektivu, pozitivnoga refokusiranja i planiranja omogućuje pojedincima da lakše podnesu i prevladaju negativna životna iskustva (Garnefski i Kraaij 2006). Adaptivne strategije povezane su s povoljnijim ishodima, a maladaptivne s ponašajnim i emocionalnim problemima (MacNeill i sur., 2016). Iz ovog stajališta zaključuje se da maladaptivno suočavanje povećava, dok adaptivno suočavanje smanjuje stres kod pogođenih članova obitelji ovisnika. Kada pojedinac primjenjuje adaptivne tehnike za regulaciju emocija, kao što je pozitivno refokusiranje, postaje sposobniji u identifikaciji i upravljanju svojim nepoželjnim emocionalnim stanjima. Suprotno tome, kad pojedinac primjenjuje neprikladne strategije za regulaciju emocija, kao što su izbjegavanje ili potiskivanje emocija, to može rezultirati dugotrajnim neugodnim emocionalnim stanjima.

Članovi obitelji pogođeni ovisnošću često govore o osjećajima gubitka kvalitetnih odnosa koje su nekad imali sa svojom sada ovisnom djecom, partnerima, roditeljima ili braćom i sestrama, zajedno s promijenjenim osjećajima prema osobama koje zloupotrebljavaju supstance. Takvi osjećaji obično sadrže negativne elemente kao što su osjećaji povrijeđenosti, gorčine, osjećaj da su iznevjereni, ljutnja ili mržnja, ali su gotovo uvijek izrazito ambivalentni, sadržavajući pozitivne reference na dobre osobine koje je bliska osoba pokazala u prošlosti ili koje dolaze do izražaja kada se supstance ne koriste, ili pozitivne nade za budućnost (Velleman i sur., 1993). S gledišta SSCS modela, rasprostranjenost ovakvih načina djelovanja ukazuje na izuzetno teške i napete dileme

suočavanja u koje se članovi obitelji upuštaju, stavljeni u okolnosti koje izazivaju kompleksan skup snažnih osjećaja prema ovisniku i pretjeranom ponašanju ovisnika, te koji uključuju složen skup obveza prema ovisniku i drugim članovima obitelji (Orford i sur., 2013).

U nastavku su razmotreni potencijalni faktori koji mogu objasniti povišene razine depresije, anksioznosti i stresa članova obitelji ovisnika. Prema referentnim vrijednostima iz Tablice 2, prosječno gledano, sudionici pokazuju blagu depresivnost i anksioznost, dok je razina stresa na rubu normalnog. Neki od najistaknutijih elemenata stresnog iskustva života s članom obitelji koji pretjerano konzumira alkohol ili droge uključuju: odnos s članom obitelji koji postaje neprijatan i ponekad agresivan; sukobi oko novca i posjeda; osjećaj nesigurnosti; briga za tog člana obitelji; te ugroženost doma i obiteljskog života.

Četiri vrste štete proizlaze iz ponašanja ovisnika o alkoholu – problemi u obitelji i braku; financijske teškoće; fizičko nasilje ili napadi; i oštećenje imovine – svaka od ovih šteta pokazala je snažnu, neovisnu povezanost s depresijom (Greenfield i sur., 2016). Nedavno iskustvo više šteta od osoba koje su konzumirale alkohol značajno negativno utječe na trenutačno mentalno stanje i razinu stresa (Greenfield i sur., 2016). Izloženost određenim štetama mogu se grupirati zajedno, kao što su štete vezane uz obitelj i financije koje su češće doživljavane kod žena, od partnera koji konzumira velike količine alkohola, dok su napadi i vandalizam češće doživljavani kod muškaraca (često pripisani pijanstvu stranaca). Jedna od najčešćih šteta koje su se pojavile, prijetnja ili osjećaj straha od osobe koja je konzumirala alkohol, može se činiti kao relativno manji prekršaj, no utjecaj takvih šteta može ovisiti o specifičnom događaju i trajanju povećanog stanja straha. U usporedbi s drugim vrstama šteta, prijetnja od osobe koja je konzumirala alkohol bila je jedna od šteta koja je najčvršće bila povezana s nedavnim stresom, čak i nakon uzimanja u obzir demografskih karakteristika žrtve (Karriker-Jaffe i sur., 2017). Konkretno, primijećene su značajne veze nedavnog stresa s prijetnjama od člana obitelji, supružnika/partnera ili prijatelja. Ti rezultati sugeriraju da sudionici mogu opisivati relativno ozbiljne događaje koji dugoročno utječu na njihovo mentalno zdravlje. Potrebna su daljnja istraživanja karakteristika specifičnih događaja koji uključuju prijetnje od osoba pod utjecajem alkohola te čimbenika koji mogu zaštititi žrtve od dugoročnih negativnih posljedica (Karriker-Jaffe i sur., 2017).

Što se tiče financijskih problema zbog tuđeg konzumiranja alkohola, dok se percipirana podrška obitelji pokazala kao zaštićen faktor kod problema s alkoholom, nesuglasice unutar



obitelji i financijski problemi zajedno mogu imati suprotan učinak. Neprijatni događaji koji uključuju novac i posjede prilično su raznoliki, uključuju: kupovinu stvari za člana obitelji koje taj član obitelji kasnije prodaje; posuđivanje bez pitanja; uzimanje predmeta iz kuće, uključujući stvari sentimentalne i financijske vrijednosti; nedostatak plaćanja najamnine kako je očekivano ili izostanak doprinosa obiteljskim financijama; ili član obitelji koji zloupotrebljava supstance kontrolira financije i ostavlja osobu koja vodi kućanstvo uskraćenom za novac za osnovne potrebe (Orford i sur., 2010). Česta situacija je ona u kojoj je član obitelji osjeća pritisak od strane dotičnog člana obitelji da mu da novac ili ga posudi. Zahtjev je često popraćen optužbom ili prigovorom, prijetnjom ili stvarnom agresijom, tako da članovi obitelji često na kraju popuste takvim zahtjevima ili potrebama (Orford i sur., 2010). Stoga je vjerojatno da će ova kombinacija biti povezana s anksioznošću ili depresijom (ili oboje u slučaju financijskih šteta) proizašlim iz konzumiranja alkohola od strane bliskih osoba i članova obitelji. Financijske štete uzrokovane konzumacijom alkohola drugih osoba češće su prisutne kod nezaposlenih osoba, osoba ispod linije siromaštva te osoba s obiteljskom poviješću problema s alkoholom. Globalni ekonomski pad i visoke stope nezaposlenosti mogu pogoršati financijsku štetu uzrokovanu konzumacijom alkohola od strane obitelji ili partnera (Greenfield i sur., 2015).

U kvalitativnim istraživanjima koje su obradili Orford i suradnici (2010) ponekad se član obitelji udaljava, ne komunicira i rijetko sudjeluje u obiteljskom životu. U mnogim slučajevima spominjane su neobjašnjive promjene u raspoloženju tog člana obitelji. Iako fizička agresija nije bila prisutna svugdje, neki oblik agresivnog ponašanja bio je čest, opisan na različite načine: razdražljivost, verbalno zlostavljanje, neljubaznost, kritika i dominirajuće ponašanje. Ponekad su situacije bile i ozbiljnije: prijetnje, guranje, udaranje te oštećivanje namještaja ili drugih predmeta. Uz ove direktne agresivne oblike, primijećena je i prijevarena, laganje te ponekad iznošenje lažnih optužbi o članu obitelji drugima. Imanje oštećeno od strane drugih osoba koje su konzumirale alkohol je sljedeći najdepresivniji incident, a to može uključiti određene financijske troškove i osjećaj povrede privatnosti (Greenfield i sur., 2016). Članovi obitelji žive s velikom mjerom nesigurnosti. Vrlo često postoji nesigurnost zbog nepouzdanosti prisutnosti ovisnog člana obitelji u domu (Orford i sur., 2010).

Briga je karakteristika stresa, a uključuje brigu za fizičko i mentalno zdravlje ovisnika, brigu o samopomoći, obrazovanju, radnoj ili drugoj uspješnosti, financijama, društvu u kojem se ovisnik kreće te njegovoj/njenoj budućnosti. No, obično također uključuje

zabrinutost za funkcioniranje cijele obitelji, održavanje kvalitetnih odnosa unutar obitelji i s drugima, te brigu o sposobnosti obitelji da dobro funkcionira sada i u budućnosti radi dobrobiti svih svojih članova. Najveći teret brige često je vezan uz moguće posljedice na djecu: zabrinutost zbog mogućnosti nasilja ili zanemarivanja, općenita briga o miješanju s dobrim odgojem djece ili zabrinutost da bi djeca mogla ponoviti ponašanje ovisnika (Orford i sur., 2013). Iako u radu nije ispitana razina ovisnosti, ona utječe na razinu brige članova obitelji ovisnika i može objasniti dio dinamike odnosa prema ovisnom članu obitelji. Konzumiranje pet i više pića korisnika alkohola negativno je povezana s brigom bližnjih. Moguće objašnjenje je da svakodnevno ili vrlo često konzumiranje alkohola može značiti da obitelj, prijatelji i domaćinstva rizičnog korisnika postaju manje suosjećajni i prepuste konzumenta da se sam brine za sebe. Odstupanje ili udaljavanje od osobe koja pretjerano konzumira alkohol i stjecanje neovisnosti od nje jedna je od glavnih vrsta strategija suočavanja koje članovi obitelji ili prijatelji pogođeni pretjeranim konzumiranjem alkohola mogu prihvatiti. Također je moguće da čest konzument alkohola uzrokuje manje problema za određenu količinu konzumacije zbog veće tolerancije ili jer je njihov način života prilagođen njihovom konzumiranju alkohola. Ovi rezultati mogu sugerirati da vrlo intenzivno, ali povremeno konzumiranje alkohola predstavlja glavni čimbenik za predviđanje prevalencije brige za druge. Zanimljivo je da je učestalost vlastitog konzumiranja alkohola kod sudionika također bila negativno povezana s brigom, vjerojatno zbog činjenice da osobe koje češće konzumiraju alkohol nisu sposobne skrbiti se za druge (Jiang i sur., 2015).

##### 5.5. Povezanost faktora socijalne podrške i strategija emocionalne regulacije

Većina tipova socijalne podrške obitelji i prijatelja (izuzev obiteljske podrške) ima slabo pozitivnu povezanost s primjenom pozitivnog refokusiranja kao strategije za regulaciju emocija. Najznačajnija je podrška prijatelja. Sudionici koji često koriste strategiju pozitivnog refokusiranja, što znači da usmjeravaju svoju pažnju na ugodnije situacije umjesto na stvarni događaj, doživljavaju više razine socijalne podrške od obitelji i prijatelja. Također, emocionalna podrška, informacijska podrška od obitelji i prijatelja, kao i podrška prijatelja općenito, također su pozitivno povezane s primjenom pozitivne reprocjene kao strategije. Može se zaključiti da osobe koje često primjenjuju adaptivnu strategiju pozitivne reprocjene, odnosno pridaju situaciji osobni značaj u smislu osobnog razvoja, doživljavaju više razine podrške od obitelji i prijatelja. Isto tako, stavljanje situacije u perspektivu i informacijska podrška su također slabo pozitivno povezane. Osobe koje često koriste

adaptivnu strategiju stavljanja situacije u perspektivu, što znači da umanjuju ozbiljnost situacije usporedbom s drugim događajima i iskustvima, doživljavaju više razine informacijske podrške od obitelji i prijatelja. S druge strane, maladaptivna strategija katastrofiziranja slabo je negativno povezana s emocionalnom, instrumentalnom i informacijskom podrškom od obitelji i prijatelja, kao i ukupnom razinom podrške od drugih. To znači da sudionici koji manje koriste katastrofiziranje doživljavaju više razine spomenutih razina podrške. Nadalje, maladaptivna strategija okrivljavanja drugih slabo je negativno povezana s emocionalnom, informacijskom podrškom i podrškom od obitelji. Osobe koje češće primjenjuju strategiju okrivljavanja drugih doživljavaju niže razine spomenutih razina podrške.

Iznenadjuće je da se ne može govoriti o povezanosti socijalne podrške obitelji i prijatelja s prihvaćanjem i planiranjem iako su one najčešće korištene adaptivne strategije emocionalne regulacije kod sudionika u ovom istraživanju. Mogući razlog za to je da svaka osoba ima različite potrebe i strategije suočavanja. Može se dogoditi da neki članovi obitelji preferiraju prihvaćanje i planiranje kao strategije suočavanja koje žele razvijati sami, neovisno o podršci koju dobivaju od drugih. U takvim slučajevima, veza između socijalne podrške i prihvaćanja/planiranja može biti slaba. Kvaliteta podrške također može varirati. Može se dogoditi da članovi obitelji dobivaju emocionalnu ili praktičnu podršku od obitelji i prijatelja, ali ta podrška možda nije usmjerena prema promicanju prihvaćanja i planiranja u vezi s problemima ovisnosti. Možda se više usredotočuju na pružanje utjehe ili pomoći u konkretnim situacijama, a manje na promicanje dugoročnog suočavanja s problemom. Na primjer, ako obitelj i prijatelji nisu dovoljno informirani o problemima ovisnosti, njihova podrška može biti ograničena na emocionalnu podršku, a možda neće znati kako bolje potaknuti prihvaćanje i planiranje.

Shvaćanje koje ČOO imaju o tome što se događa, njihov stav prema tome i osjećaj koji iz toga crpe važan je dio suočavanja. Dio boljeg razumijevanja uključuje primanje dobrih i točnih informacija. Ponekad se radi o činjenicama informativne prirode; na primjer, imenima vrsta ilegalnih droga, načinima njihove primjene i nekim od njihovih učinaka, ili informacijama o jačini različitih alkoholnih pića. Razgovor o prirodi ovisnosti i poteškoćama s kojima se njihovi ovisni članovi obitelji suočavaju izrazito koristi obitelji (Orford i sur., 2013).

Emocionalna, materijalna i informacijska podrška poznate su kategorije koje se nalaze u općoj literaturi o društvenoj podršci (Orford i sur., 2010). No, pronađeno je da postoje dvije vrste podrške koje članovi obitelji pogođeni problemima ovisnosti tako često spominju da su vrijedne razdvajanja kao zasebne kategorije, a jedna od njih je podrška suočavanjem. Uočeno je kako članovi obitelji posebno cijene druge ljude koji podržavaju njihove vlastite napore u suočavanju umjesto da ih kritiziraju ili se protive njima. Često su osjećali neodobravanje od strane drugih u vezi načina na koje se suočavaju s problemom, ili su primili izravne kritike o svojim reakcijama; stoga je podrška njihovoj zauzetoj poziciji cijenjena. Druga posebna kategorija pozitivne društvene podrške je pozitivan odnos prema članu obitelji. Konstantno su izražavane pozitivne stvari o članovima obitelji, prijateljima, susjedima ili stručnjacima koji su pozitivno komunicirali s članom obitelji koji zloupotrebljava tvari ili su izražavali pozitivne osjećaje o tom članu obitelji kao osobi koja zaslužuje pomoć i podršku te koja potencijalno može promijeniti svoje ponašanje (Orford i sur., 2010). Budući da je društvena podrška općenito prepoznata kao ključna za očuvanje dobrog zdravlja te kao zaštitni faktor u suočavanju sa stresnim situacijama (Cohen i Wills, 1985), članovi obitelji ovisnika predstavljaju posebno ranjivu skupinu koja je u potrebi za tom podrškom.

Obiteljska stigmatizacija može dovesti do diskriminacije u obliku napetih i udaljenih odnosa s proširenom obitelji ili prijateljima. Tema krivnje i sramote često se pojavljuje u istraživanjima obitelji s članom koji ima mentalnu bolest ili poremećaj ovisnosti o drogama. Ta krivnja i sramota mogu biti usmjerene prema članovima obitelji koji su smatrani odgovornima za nastanak poremećaja ili nisu uspjeli pomoći pacijentu u pridržavanju tretmana. Kao rezultat, članovi obitelji mogu doživjeti osjećaje sramote i kontaminacije te mogu odlučiti skrivati svoj odnos s pogođenim članom obitelji ili u potpunosti izbjegavati društvene situacije. Istraživanja su pokazala da između petine i trećine članova obitelji izvješćuju o napetim i udaljenim odnosima s proširenom obitelji ili prijateljima zbog člana obitelji s mentalnom bolešću ili poremećajem ovisnosti o drogama. Takvo izbjegavajuće ponašanje primjer je diskriminacije prema članu obitelji zbog stigme povezane s njihovom mentalnom bolešću ili poremećajem ovisnosti o drogama (Corrigan i sur., 2006).

Vlasti i policija imaju ograničenu kontrolu nad privatnim prostorima i, osim u slučaju naloga koji se mogu zatražiti i odobriti samo uz dostatne dokaze, mnoge štete koje alkohol nanosi drugima ostaju skrivene iza zatvorenih vrata. Međutim, često se događa da članovi obitelji i osobe bliske konzumentima alkohola ne prijavljuju štete koje drugi trpe zbog

konzumacije alkohola. Moguće je da se štete, poput zanemarivanja na primjer, ne doživljavaju dovoljno značajnima za intervenciju, ili postoji vjerovanje da bi intervencija mogla rezultirati negativnim posljedicama većim od onih koje uzrokuje sam konzument alkohola.

Također može biti da postoji nesklonost fokusiranju na negativne posljedice vlastitog ponašanja ili ponašanja obitelji i prijatelja. Ova saznanja naglašavaju potrebu za ponovnim razmatranjem društvenih politika usmjerenih na sprječavanje zloupotrebe alkohola i smanjenje broja slučajeva štete alkohola drugima. Sveukupno, alkohol može imati štetne učinke na bliske osobe koje su u kontaktu s teškim konzumentima alkohola, s dugotrajnim negativnim posljedicama (Greenfield i sur., 2015). Također, vlastita uporaba supstanci snažno je povezana s prijavljivanjem štete od uporabe tih supstanci od strane drugih. Rezultati ukazuju na to da su ljudi koji puše tolerantniji prema pušenju drugih, dok osobe koje često koriste alkohol i ilegalne droge to čine često s drugima, povećavajući vjerojatnost da će biti pogođeni štetom od uporabe supstanci od strane drugih (Moan i sur., 2019).

Članovi obitelji nalaze se u vrlo oslabljenoj poziciji kao posljedica gubitka kontrole koju osjećaju nad vlastitim životima i životima svojih obitelji. To postaje još gore zbog nedostatka razumijevanja i ponekad otvorenih krivnji ili kritika koje dobivaju od drugih. Vrste društvene podrške koje osnažuju članove obitelji stoga su one koje prepoznaju višeslojnu prirodu stresa kojem je član obitelji vjerojatno izložen, složenost suočavanja s dilemama s kojima se član obitelji suočava, suprotstavljene potrebe i obaveze koje član obitelji mora imati na umu te miješane osjećaje koje vjerojatno osjeća prema bliskom članu obitelji (Orford i sur., 2010).

## 5.6. Medijacijska uloga socijalne podrške

Kao četvrti problem, ispitana je medijacijska uloga socijalne podrške između kognitivnih emocionalnih regulacija i neugodnih emocionalnih stanja. Socijalna podrška može djelovati kao medijator između kognitivne emocionalne regulacije i neugodnih emocionalnih stanja na sljedeći način: kada osoba koristi adaptivne strategije emocionalne regulacije, kao što je pozitivno refokusiranje ili prihvaćanje, ona može lakše prepoznati i kontrolirati svoja neugodna emocionalna stanja. Tada je osoba spremnija da osjeća podršku i razumijevanje od drugih, poput članova obitelji ili prijatelja, što joj može pomoći da se osjeća manje usamljeno i izolirano te da bolje regulira svoje emocionalno stanje. Obrnuto, kada osoba koristi maladaptivne strategije emocionalne regulacije, poput ruminacije ili katastrofiziranja,

to može dovesti do dugotrajnih neugodnih emocionalnih stanja. Ako se osoba ne osjeća dovoljno podržano i ne dobiva ili traži potrebnu socijalnu podršku, to također može pogoršati njezino emocionalno stanje. Dakle, socijalna podrška može djelovati kao medijator između kognitivne emocionalne regulacije i neugodnih emocionalnih stanja.

U ovom radu pronađeno je da s povećanjem učestalosti korištenja adaptivne strategije pozitivnog refokusiranja, povećava se razina ukupne socijalne podrške te se snižava razina stresa. Kognitivna emocionalna regulacija (u ovom slučaju pozitivno refokusiranje) povezana je s načinom kako osoba percipira i doživljava stresne situacije i neugodne emocije. Pozitivno refokusiranje je strategija suočavanja u kojoj osoba preusmjerava svoju pažnju s neugodnih ili stresnih događaja na ugodne aspekte života (npr. umjesto da se fokusiraju na nešto što ih muči, osoba može namjerno razmišljati o nečemu lijepom ili ugodnom). Pozitivno refokusiranje pomaže osobi da privremeno zaboravi na stres i osjeća se emocionalno olakšano, čime se smanjuju simptomi stresa. Osobe koje su bolje u regulaciji svojih emocija mogu se bolje nositi sa stresom i imati manje neugodnih emocionalnih reakcija. Osobe koje koriste adaptivne strategije za regulaciju emocija, kao što je pozitivno refokusiranje, vjerojatno privlače ili traže više socijalne podrške. To može biti zbog njihove pozitivne i konstruktivne naravi, koja privlači podršku i razumijevanje od drugih ljudi. Kada osoba doživi tešku situaciju ili stres, a koristi strategiju pozitivnog refokusiranja, spremnije će tražiti ili dobiti podršku od bliskih ljudi, kao što su obitelj i prijatelji u obliku podrške, razumijevanja ili čak savjeta od drugih. Socijalna podrška uključuje razgovor o problemima, izražavanje emocija i savjete od strane tih osoba. Veća razina socijalne podrške pruža osobi resurse i podršku za suočavanje sa stresom. Kroz veću razinu socijalne podrške, osoba se može bolje nositi sa stresom i smanjiti emocionalni teret koji stres može izazvati. Doživljavanje manje stresa može doprinijeti smanjenju ukupnih neugodnih emocionalnih stanja.

#### 5.7. Ograničenja i prijedlozi za buduća istraživanja

Što se tiče ograničenja, zbog krossekcijskih podataka, nemoguće je izvući zaključke o uzročno-posljedičnim vezama. Potrebni su longitudinalni podaci kako bi se dokazale uzročno-posljedične veze između ovisničkih poremećaja i opterećenja u obiteljima. Definicija „ovisničkih poremećaja“ u procjeni statusa obitelji s ovisnošću oslanjala se na subjektivne procjene sudionika i nije klinički validirana. Stoga odražava percepciju i znanje sudionika, koje je vjerojatno temeljeno na onome što su mogli primijetiti o ponašanju svojeg bližnjeg te atribucijama koje su tada mogli napraviti o vezi između tih primijećenih

ponašanja i korištenja supstanci ili kladjenja. Moguće je da članovi obitelji ovisnika manje sudjeluju u istraživanjima vezanim uz zdravlje, što može rezultirati potcjenjivanjem stvarne prevalencije u populaciji (Bischof i sur., 2022).

Dok se članovi obitelji diljem svijeta većinu vremena na različite načine suočavaju s pretjeranim konzumiranjem alkohola ili uzimanjem droga od strane svojih članova, ti načini suočavanja su potpuno razumljivi kada se shvate okolnosti. Najbolje ih je promatrati kao vrlo prirodne reakcije običnih ljudi na skup vrlo teških okolnosti. Daleko od toga da su samozadovoljni ili nekritični prema načinima na koje se pokušavaju nositi s tim, članovi obitelji obično su vrlo nesigurni i nelagodni u vezi s tim što trebaju poduzeti te rado prihvaćaju pomoć i savjete (Orford i sur., 2010). Članovi obitelji pokazuju volju za uključivanjem u savjetodavne usluge, stoga je važno da usluge liječenja implementiraju u rutinsko procjenjivanje dobrobiti članova obitelji kako bi se razumjele njihove specifične potrebe i stilovi suočavanja te pružila odgovarajuća intervencija. Moguće strategije koje bi omogućile članovima obitelji da se učinkovitije nose s ovisnošću uključuju rad na samopouzdanju i vještinama upravljanja stresom, uz pružanje smjernica o načinima suočavanja i tehnikama. Učinkovitost petokoraknih i kratkih intervencija trebala bi biti testirana na lokalnoj populaciji i prilagođena lokalnoj kulturi (Lee i sur., 2011). Procjena i liječenje - posebno kod žena - trebaju uzeti u obzir moguću ulogu partnera i članova obitelji u konzumaciji alkohola. Sveukupno, dokumentiranje utjecaja šteta, uključujući povezanost s narušavanjem mentalnog zdravlja, važno je u dokazivanju potrebe za jačanjem politika kontrole alkohola (Greenfield i sur., 2015).

Buduća istraživanja trebala bi uzeti u obzir u kojoj mjeri trajanje i težina ovisnosti utječu na loše zdravlje ili opterećenje članova obitelji, te razlikovanje područja koja su pogođena zbog svake vrste ovisnosti. Potrebna su i kvalitativna istraživanja, gdje će se uključiti pitanja koja se fokusiraju na iskustva članova obitelji ovisnika, kao i više konstrukata psiholoških stresora (poput brige za dobrobit ovisnika ili percepcija razine stresa). To sugerira da su potrebna daljnja istraživanja kako bi se razumjela uloga i interakcija percepcije stresa (kognitivnog) i načina suočavanja (ponašajnog) na fizičko i mentalno zdravlje. Također bi bilo korisno provesti ispitivanje razina varijabli navedenih u ovom istraživanju i njihovih međusobnih odnosa, uzimajući u obzir vrstu ovisnosti i vrstu odnosa između sudionika i ovisnika. Nažalost, zbog nedostatka uzorka ravnotežnog po ovim kategorijama, to nije bilo moguće izvesti.

Obiteljski i društveni odnosi su kompleksni, a štetama je teško upravljati. Uz niz drugih razloga koji su navedeni, ovo također doprinosi nerazmjerno malom prepoznavanju šteta koje ovisnici nanose svojim članovima obitelji. Postoji perspektiva da će se to u budućnosti transformirati daljnjim istraživanjima.

## 6. ZAKLJUČCI

1. Utvrđene su razine adaptivnih i maladaptivnih kognitivnih strategija emocionalne regulacije kod članova obitelji ovisnika. Članovi obitelji ovisnika u ovom istraživanju češće primjenjuju adaptivne strategije kognitivno emocionalne regulacije.
2. Utvrđene su razine faktora socijalne podrške kod članova obitelji ovisnika. Članovi obitelji ovisnika u ovom istraživanju imaju umjereno do visoke razine socijalne podrške.
3. A) Postoji pozitivna povezanost između depresivnosti, anksioznosti i stresa te maladaptivnih kognitivnih strategija za regulaciju emocija kao i negativna povezanost između simptoma emocionalne nelagode i adaptivnih strategija.  
B) Postoji pozitivna povezanost između faktora socijalne podrške i adaptivnih kognitivnih strategija za regulaciju emocija i kao i negativna povezanost faktora s maladaptivnim strategijama.
4. Utvrđena je medijacijska uloga socijalne podrške između kognitivnih emocionalnih regulacija i neugodnih emocionalnih stanja. S povećanjem učestalosti korištenja adaptivne strategije pozitivnog refokusiranja, povećava se razina ukupne socijalne podrške te se snižava razina stresa.

## 7. LITERATURA

- Ahuja, A., Orford, J., i Copello, A. (2003). Understanding how families cope with alcohol problems in the UK West Midlands Sikh community. *Contemporary Drug Problems*, 30 (4), 839-873. <http://dx.doi.org/10.1177/009145090303000406>
- Aldao, A., Sheppes, G., i Gross, J. J. (2015). Emotion regulation flexibility. *Cognitive Therapy and Research*, 39(3), 263–278. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10608-014-9662-4>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., i Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>



- Asher, R. M. (1992). *Women with alcoholic husbands: Ambivalence and the trap of codependency*. London: The University of North Carolina Press.
- American Psychological Association (2016). American Psychological Association. Preuzeto sa: <http://www.apa.org/research/action/glossary.aspx>
- Baron, R. M., i Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Barrera Jr, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445.
- Benishek, L. A., Kirby, K. C., i Dugosh, K. L. (2011). Prevalence and frequency of problems of concerned family members with a substance-using loved one. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37(2), 82–88. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.540276>
- Beynon, C., Bayliss, D., Mason, J., Sweeney, K. i Perkins, C. i Henn, C. (2019). Alcohol-related harm to others in England: A cross-sectional analysis of national survey data. *BMJ Open*, 9(5), e021046. [10.1136/bmjopen-2017-021046](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021046).
- Birkeland, B., Weimand, B. (2015). *Adult relatives to persons with substance abuse problems – a qualitative study on living conditions*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Bischof, G., Bischof, A., Velleman, R., Orford, J., Kuhnert, R., Allen, J., Borgward, S., i Rumpf, H. J. (2022). Prevalence and self-rated health and depression of family members affected by addictive disorders: results of a nation-wide cross-sectional study. *Addiction (Abingdon, England)*, 117(12), 3140–3147. <https://doi.org/10.1111/add.15960>
- Bischof, G., Meyer, C., Batra, A., Berndt, J., Besser, B., Bischof, A., Eck, S., Krause, K., Möhring, A., i Rumpf, H. J. (2018). Angehörige Suchtkranker: Prävalenz, Gesundheitsverhalten und Depressivität. *Sucht*, 64(2), 63-72. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000530>
- Bloomfield, K., Jensen, H. A. R., i Ekholm, O. (2019). Alcohol's harms to others: the self-rated health of those with a heavy drinker in their lives. *European Journal of Public Health*, 29(6), 1130–1135. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz092>
- Bottesi, G., Ghisi, M., Altoè, G., Conforti, E., Melli, G. i Sica, C. (2015). The Italian version of the Depression Anxiety Stress Scales-21: Factor structure and psychometric properties on community and clinical samples. *Comprehensive Psychiatry*, 60, 170-181.

- Bouchard, G., Guillemette, A. i Landry-Léger, N. (2004). Situational and dispositional coping: An examination of their relation to personality, cognitive appraisals, and psychological distress. *European Journal of Personality*, 18(3), 221-238. 10.1002/per.512.
- Brown, G. W., i Moran, P. M. (1997). Single mothers, poverty and depression. *Psychological Medicine*, 27(1), 21–33. <https://doi.org/10.1017/s0033291796004060>
- Cai, W., Pan, Y., Zhang, S., Wei, C., Dong, W., i Deng, G. (2017). Relationship between cognitive emotion regulation, social support, resilience and acute stress responses in Chinese soldiers: Exploring multiple mediation model. *Psychiatry Research*, 256, 71–78. doi:10.1016/j.psychres.2017.06.018
- Casswell, S., You, R. Q., i Huckle, T. (2011). Alcohol's harm to others: reduced wellbeing and health status for those with heavy drinkers in their lives. *Addiction (Abingdon, England)*, 106(6), 1087–1094. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03361.x>
- Chang, B. L., Brecht, M. L., i Carter, P. A. (2001). Predictors of social support and caregiver outcomes. *Women & Health*, 33(1-2), 39–61. [https://doi.org/10.1300/J013v33n01\\_04](https://doi.org/10.1300/J013v33n01_04)
- Cohen, S., Underwood, L., i Gottlieb, B. (2000). *Social support measurement and intervention*. New York: Oxford University Press.
- Cohen, S., i Wills, S. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., i Miller, F. E. (2006). Blame, shame, and contamination: the impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 20(2), 239–246. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.2.239>
- Dawson, D. A., Grant, B. F., Chou, S. P., i Stinson, F. S. (2007). The impact of partner alcohol problems on women's physical and mental health. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(1), 66–75. <https://doi.org/10.15288/jsad.2007.68.66>
- Estes, N. J., i Baker, J. M. (1982). Spouses of alcoholic women. U N. J. Estes, i M. E. Heinemann (Ur.), *Alcoholism: Development, Consequences and Interventions* (pp. 231e238). St. Louis: Mosby.
- Ferris, J. A., Laslett, A. M., Livingston, M., Room, R., i Wilkinson, C. (2011). The impacts of others' drinking on mental health. *The Medical Journal of Australia*, 195(3), S22–S26. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2011.tb03261.x>

- Garde, E. L., Manning, V., i Lubman, D. I. (2017). Characteristics of clients currently accessing a national online alcohol and drug counselling service. *Australasian Psychiatry*, 25(3)250– 253. <https://doi.org/10.1177/1039856216689623>
- Garnefski, N. i Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric Features and Prospective Relationships with Depression and Anxiety in Adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141–149.
- Garnefski, N. i Kraaij, V. (2006). Relationship between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40, 1659–1669.
- Garnefski, N., Kraaij, V. i Spinhoven, P. (2002). *Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*. Leiderdorp, Datec.
- Garnefski, N., Kraaij, V. i Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311–1327.
- Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J. i Van den Komer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. *Personality and Individual Differences*, 36, 267–276.
- Garnefski, N., Van den Komer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J. i Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: Comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European Journal of Personality*, 16, 403–420.
- Greenfield, T. K., Karriker-Jaffe, K. J., Kaplan, L. M., Kerr, W. C., i Wilsnack, S. C. (2015). Trends in Alcohol's Harms to Others (AHTO) and Co-occurrence of Family-Related AHTO: The Four US National Alcohol Surveys, 2000–2015. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 9(S2), 23–31. doi:10.4137/SART.S23505
- Greenfield, T. K., Karriker-Jaffe, K. J., Kerr, W. C., Ye, Y., i Kaplan, L. M. (2016). Those harmed by others' drinking in the US population are more depressed and distressed. *Drug and Alcohol Review*, 35(1), 22–29. <https://doi.org/10.1111/dar.12324>
- Haugland, B. S. M. (2005). Recurrent Disruptions of Rituals and Routines in Families With Paternal Alcohol Abuse. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 54(2), 225–241. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.0197-6664.2005.00018.x>
- Hellum, R., Bilberg, R., i Nielsen, A. S. (2022). "He is lovely and awful": The challenges of being close to an individual with alcohol problems. *Nordisk alkohol- &*

narkotikatidskrift: NAT, 39(1), 89–104.  
<https://doi.org/10.1177/14550725211044861>

- Hien, D. A., i Miele, G. M. (2003). Emotion-focused coping as a mediator of maternal cocaine abuse and antisocial behavior. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 17(1), 49–55.  
<https://doi.org/10.1037/0893-164x.17.1.49>
- Hjärn, A., Arat, A, i Vinnerljung B. (2014). *Growing up with parental substance abuse or mental illness – how is life as adults?* Stockholm: Stockholms Universitet/Karolinska Institutet i samarbete med Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet.
- Homish, G. G., Leonard, K. E., i Kearns-Bodkin, J. N. (2006). Alcohol use, alcohol problems, and depressive symptomatology among newly married couples. *Drug and Alcohol Dependence*, 83(3), 185–192.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.10.017>
- Holmila, M. (1997). Family roles and being a problem drinker's intimate other. *European Addiction Research*, 3 (1), 37-42.
- Hooyma, N.R., i Kiyak, H.A. (2011). *Social gerontology: A multidisciplinary perspective* (9th ed.). Boston, MA: Allyn i Bacon.
- Hu, L. i Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1–55.
- Irie, T., i Yokomitsu, K. (2022). The impact of gamblers' behaviors and problems on families and relationship partners: A scoping literature review. *Journal of Gambling Issues*, 49, 1–43. <https://doi.org/10.4309/jgi.2022.49.1>
- Jackson, D., Usher, K., i O'Brien, L. (2006). Fractured families: parental perspectives of the effects of adolescent drug abuse on family life. *Contemporary nurse*, 23(2), 321–330.  
<https://doi.org/10.5555/conu.2006.23.2.321>
- Jiang, H., Callinan, S., Laslett, A.-M., i Room, R. (2015). Correlates of caring for the drinkers and others among those harmed by another's drinking: Caring for others. *Drug and Alcohol Review*, 34(2), 162–169. doi:10.1111/dar.12175
- Jinyao, Y., Xiongzha, Z., Auerbach, R. P., Gardiner, C. K., Lin, C., Yuping, W., i Shuqiao, Y. (2012). Insecure attachment as a predictor of depressive and anxious symptomatology. *Depression and Anxiety*, 29(9), 789–796.  
<https://doi.org/10.1002/da.21953>

- Juster, R.P., McEwen, B.S., i Lupien, S.J. (2010). Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 35(1), 2-16. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.10.002>
- Karriker-Jaffe, K. J., Greenfield, T. K., i Kaplan, L. M. (2017). Distress and alcohol-related harms from intimates, friends, and strangers. *Journal of Substance Use*, 22(4), 434–441. doi:10.1080/14659891.2016.1232761
- Karriker-Jaffe, K. J., Li, L., i Greenfield, T. K. (2018). Estimating mental health impacts of alcohol's harms from other drinkers: using propensity scoring methods with national cross-sectional data from the United States. *Addiction (Abingdon, England)*, 113(10), 1826–1839. <https://doi.org/10.1111/add.14283>
- Kelly, J. F., Fallah-Sohy, N., Cristello, J., i Bergman, B. (2017). Coping with the enduring unpredictability of opioid addiction: An investigation of a novel family-focused peer-support organization. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 77, 193– 200. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.02.010>
- Kraaij, V., Garnefski, N., i Van Gerwen, L. (2003). Cognitive coping and anxiety symptoms among people who seek help for fear of flying. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 74(3), 273–277.
- Laslett, A.-M., Callinan, S., i Pennay, A. (2013). The increasing significance of alcohol's harm to others research. *Drugs and Alcohol Today*, 13(3), 163–172. doi:10.1108/DAT-11-2012-0010
- Laslett, A., Catalano, P., Chikritzhs, T., Dale, C., Doran, C., Ferris, J., i sur. (2010). *Changing the way we drink: The range and magnitude of alcohol's harm to others*. Fitzroy, Victoria: The Centre for Alcohol Policy Research, Turning Point Alcohol and Drug Centre, Eastern Health.
- Laslett, A.-M., Room, R., Ferris, J., Wilkinson, C., Livingston, M., i Mugavin, J. (2011). Surveying the range and magnitude of alcohol's harm to others in Australia: Alcohol's harm to others. *Addiction*, 106(9), 1603–1611. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03445.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping Theory and Research: Past, Present and Future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247. <http://dx.doi.org/10.1097/00006842-199305000-00002>
- Lazarus, R. S., i Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, NY: Springer Publishing.

- Lee-Baggley, D., DeLongis, A., Voorhoeave, P., i Greenglass, E. (2004). Coping with the threat of severe acute respiratory syndrome: Role of threat appraisals and coping responses in health behaviors. *Asian Journal of Social Psychology*, 7(1), 9–23. <https://doi.org/10.1111/j.1467-839X.2004.00131.x>
- Lee, K. M., Manning, V., Teoh, H. C., Winslow, M., Lee, A., Subramaniam, M., Guo, S., i Wong, K. E. (2011). Stress-coping morbidity among family members of addiction patients in Singapore. *Drug and Alcohol Review*, 30(4), 441–447. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2011.00301.x>
- Lennox, R. D., Scott-Lennox, J. A., i Holder, H. D. (1992). Substance abuse and family illness: evidence from health care utilization and cost-offset research. *Journal of Mental Health Administration*, 19(1), 83–95. <https://doi.org/10.1007/BF02521310>
- Levy, N. (2006). Autonomy and addiction. *Canadian Journal of Philosophy*, 36(3):427-447. <http://dx.doi.org/10.1353/cjp.2006.0018>
- Livingston, M., Wilkinson, C., i Laslett, A. M. (2010). Impact of heavy drinkers on others' health and well-being. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(5), 778–785. <https://doi.org/10.15288/jsad.2010.71.778>
- Lovibond, S. H. i Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. (2nd. Ed.) Sydney: Psychology Foundation
- Martin, R. C., i Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences*, 39(7), 1249–1260. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.06.004>
- MacNeill, L., DiTommaso, E., i Brunelle, C. (2016). Coping style as a moderator of chronic loneliness and substance use in emerging adults. *Journal of Depression and Anxiety*, 5(1), 215. <https://doi.org/10.4200/2167-1044.1000215>
- McCann, T. V., i Lubman, D. I. (2018). Adaptive coping strategies of affected family members of a relative with substance misuse: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 74(1), 100–109. <https://doi.org/10.1111/jan.13405>
- Melberg H. O., Hakkarainen P., Houborg E., Jääskeläinen M., Skretting A., Ramstedt M., i Rosenqvist P. (2011). Measuring the Harm of Illicit Drug Use on Friends and Family. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 28(2), 105–121. <https://doi.org/10.2478/v10199-011-0012-5>
- Mirzaee, M. (2016). Psychometric properties of cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ) and its relationship with depression, anxiety and stress among students in

- Tehran. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 7(2 S2), 54.  
10.5901/mjss.2016.v7n2s2p54
- Mittelman, M. (2005). Taking care of the caregivers. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(6), 633–639. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000184416.21458.40>
- Moan, I. S., Bye, E. K., Storvoll, E. E., i Lund, I. O. (2019). Self-reported harm from others' alcohol, cigarette and illegal drug use in Norway. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift : NAT*, 36(5), 413–429. <https://doi.org/10.1177/1455072519836372>
- Mugavin, J., Livingston, M., i Laslett, A. M. (2014). Seeking help because of others' drinking. *Drug and Alcohol Review*, 33(2), 161–168. <https://doi.org/10.1111/dar.12113>
- Ng C. H. (1997). The stigma of mental illness in Asian cultures. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31(3), 382–390. <https://doi.org/10.3109/00048679709073848>
- Nutt, D. J., King, L. A., Phillips, L. D., i Independent Scientific Committee on Drugs (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet (London, England)*, 376(9752), 1558–1565. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61462-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61462-6)
- Orford, J., Natera, G., Copello, A., Atkinson, C., Mora, J., Velleman, R., i sur. (2005). *Coping with alcohol and drug problems: The experiences of family members in three contrasting cultures*. London: Brunner-Routledge.
- Orford, J., Natera, G., Velleman, R., Copello, A., Bowie, N., Bradbury, C., Davies, J., Mora, J., Nava, A., Rigby, K., i Tiburcio, M. (2001). Ways of coping and the health of relatives facing drug and alcohol problems in Mexico and England. *Addiction (Abingdon, England)*, 96(5), 761–774. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2001.96576111.x>
- Orford, J., Templeton, L., Velleman, R., i Copello, A. (2005). Family members of relatives with alcohol, drug and gambling problems: a set of standardized questionnaires for assessing stress, coping and strain. *Addiction (Abingdon, England)*, 100(11), 1611–1624. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01178.x>
- Orford, J., Velleman, R., Copello, A., Templeton, L. i Ibanga, A. (2010) The experiences of affected family members: A summary of two decades of qualitative research. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(s1), 44–62. <http://dx.doi.org/10.3109/09687637.2010.514192>

- Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L., i Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social science & medicine* (1982), 78, 70–77. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.036>
- Philpott, H., i Christie, M. M. (2008). Coping in male partners of female problem drinkers. *Journal of Substance Use*, 13(3), 193-203. <http://dx.doi.org/10.1080/14659890701682345>
- Ramstedt, M., Sundin, E., Moan, I. S., Storvoll, E. E., Lund, I. O., Bloomfield, K., ... Tigerstedt, C. (2015). Harm experienced from the heavy drinking of family and friends in the general population: A comparative study of six Northern European countries. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 9(S2), 107–118. doi:10.4137/SART.S23746
- Ray, G. T., Mertens, J. R., i Weisner, C. (2009). Family members of people with alcohol or drug dependence: health problems and medical cost compared to family members of people with diabetes and asthma. *Addiction (Abingdon, England)*, 104(2), 203–214. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02447.x>
- Rossow, I., Felix, L., Keating, P., i McCambridge, J. (2016). Parental drinking and adverse outcomes in children: A scoping review of cohort studies: Parental drinking and harms to children. *Drug and Alcohol Review*, 35(4), 397–405. doi:10.1111/dar.12319
- Rudolph, S., Flett, G., i Hewitt, P. (2007). Perfectionism and Deficits in Cognitive Emotion Regulation. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*. 25(4), 343-357. 10.1007/s10942-007-0056-3.
- Salize, H., Jacke, C. i Kief, S. (2014). Produktivitätsverluste, berufliche Einbußen und Unterstützungsleistungen von Angehörigen von Patienten mit Alkoholabhängigkeit vor und nach der Entzugsbehandlung. *SUCHT - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis / Journal of Addiction Research and Practice*, 60(4). 215-224. 10.1024/0939-5911.a000318.
- Seddon, T. (2006). Drugs, crime and social exclusion: social context and social theory in British drugs e crime research. *British Journal of Criminology*, 46(4), 680-703. <https://dx.doi.org/10.1093/bjc/azi079>
- Seitz, N. N., Lochbühler, K., Atzendorf, J., Rauschert, C., Pfeiffer-Gerschel, T., i Kraus, L. (2019). Trends In Substance Use And Related Disorders: Analysis of the Epidemiological Survey of Substance Abuse 1995 to 2018. *Deutsches Arzteblatt international*, 116(35-36), 585–591. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0585>



- Smith, P. B., Harris Bond, M., i Kagitçibasi, C. (2006). *Understanding social psychology across cultures*. London: Sage.
- Storvoll, E. E., Moan, I. S., i Lund, I. O. (2016). Negative consequences of other people's drinking: Prevalence, perpetrators and locations: Harm from other people's drinking. *Drug and Alcohol Review*, 35(6), 755–762. doi:10.1111/dar.12376
- Student, V., i Matova, A. (1969). Development of mental disorders in the wives of alcoholics. *Ceskoslovanoka Psychiatrie*, 65(1), 23-29.
- Svenson, L. W., Forster, D. I., Woodhead, S. E., i Platt, G. H. (1995). Individuals with a chemical-dependent family member. Does their health care use increase?. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*, 41, 1488–1493.
- Tempier, R., Boyer, R., Lambert, J., Mosier, K., i Duncan, C. R. (2006). Psychological distress among female spouses of male at-risk drinkers. *Alcohol (Fayetteville, N.Y.)*, 40(1), 41–49. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2006.09.032>
- Templeton, L. J., Zohhadi, S. E., i Velleman, R. D. B. (2007). Working with family members in specialist drug and alcohol services: Findings from a feasibility study. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 14(2), 137-150. <https://doi.org/10.1080/09687630600901123>
- Vanderhasselt, M. A., Koster, E. H., Onraedt, T., Bruyneel, L., Goubert, L., i De Raedt, R. (2014). Adaptive cognitive emotion regulation moderates the relationship between dysfunctional attitudes and depressive symptoms during a stressful life period: a prospective study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(2), 291–296. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.01.003>
- Velleman, R. (2010). The policy context: reversing a state of neglect. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 17(Suppl. 1), 8-35.
- Velleman, R., Templeton, L., i UK Alcohol, Drugs and the Family Research Group (2003). Alcohol, drugs and the family: results from a long-running research programme within the UK. *European Addiction Research*, 9(3), 103–112. <https://doi.org/10.1159/000070978>
- Wang, Y., Yi, J., He, J., Chen, G., Li, L., Yang, Y., i Zhu, X. (2014). Cognitive emotion regulation strategies as predictors of depressive symptoms in women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-oncology*, 23(1), 93–99. <https://doi.org/10.1002/pon.3376>
- Weegmann, M., i Head, A. (2016). Circles of care: Applied group analysis with family and friends. *Group Analysis*, 49(4), 431–451.

- Weisner, C., Parthasarathy, S., Moore, C., i Mertens, J. R. (2010). Individuals receiving addiction treatment: are medical costs of their family members reduced?. *Addiction (Abingdon, England)*, 105(7), 1226–1234. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02947.x>
- Wiseman, J. P. (1991). *The other half: Wives of alcoholics and their social-psychological situation*. New York: Aldine de Gruyter
- Wynaden, D., Chapman, R., Orb, A., McGowan, S., Zeeman, Z., i Yeak, S. (2005). Factors that influence Asian communities' access to mental health care. *International journal of Mental Health Nursing*, 14(2), 88–95. <https://doi.org/10.1111/j.1440-0979.2005.00364.x>
- Yang, J. (1997). *Culture, family and alcoholism in South Korea*. Goldsmiths College, University of London.
- Zimmer-Gembeck, M. J., Dunbar, M. D., Ferguson, S., Rowe, S. L., Webb, H., i Skinner, E. A. (2014). Introduction to the special issue. *Australian Journal of Psychology*, 66(2), 65–70. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12056>
- Zuckerman, M., i Gagne, M. (2003). The COPE revised: Proposing a 5-factor model of coping strategies. *Journal of Research in Personality*, 37(3), 169–204. [https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(02\)00563-9](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(02)00563-9)