



Depresija i asertivnost kod alkoholičara

Depression and assertiveness in alcoholics

Ana Ristić¹, Dragan Vukadinović²

¹JPU Pčelica Niš, Srbija

²SBPB „Gornja Toponica”, Niš, Srbija

Apstrakt

Štetne posledice konzumiranja alkohola, kako za pojedinca, tako i za porodicu alkoholičara i širu društvenu zajednicu, dobijaju poslednjih decenija epidemijski karakter. Kod osoba koje boluju od alkoholizma, kao bolesti zavisnosti, često su prisutni simptomi depresivnosti. Raniji teorijski modeli su depresivnost, konstatovanu kod ovih osoba, pozicionirale kao jedan od početnih simptoma, čak i jedan od etioloških faktora u nastanku alkoholizma. Savremena istraživanja na neurotransmiterskom i morfološkom nivou opisuju evidentne promene koje konzumacija alkohola izaziva, posebno nakon duževremene upotrebe, a prezentuju se, između ostalog, i depresivnim simptomima. Činjenica da je konzumacija alkohola vezana i za uticaj kulturološkog, običajnog odnosa sredine u kojoj osoba živi, inicira i razmatranje, odnosno analizu asertivnih kapaciteta osobe da se suprotstavi negativnim životnim stilovima.

Sprovedenim istraživanjem analizirali smo depresivnost i asertivne kapacitete 30 pacijenata na Odeljenju za alkoholizam, u okviru Specijalne bolnice za psihijatrijske bolesti „Gornja Toponica”. Potvrđeno je statistički značajno povećanje prisustva depresivnih simptoma kod ovih osoba. Ujedno je, primenom skale asertivnosti, konstatovan i statistički značajan niži nivo asertivnih kapaciteta ovih osoba. Analizom rezultata potvrđena je teza, analizirana i u drugim radovima, da bi prilikom prijema alkoholičara na lečenje bilo potrebno da se u rutinsku kliničku praksu uvede skrining na depresiju, uz ponovnu dijagnostičku procenu posle četiri nedelje, radi distinkcije alkoholom indukovane depresije od sekundarne depresije. Lečenje sekundarne depresije moglo bi doprineti sprečavanju recidiva alkoholizma. Osim navedenog, asertivni trening, u okviru psihoterapije alkoholizma ovih pacijenata, i rad na povećanju njihovih asertivnih kapaciteta, bili bi u direktnoj funkciji održanja apstinencije.

Ključne reči: alkoholizam, depresivnost, asertivnost

Abstract

Harmful consequences of alcohol consumption, both for the individual, and their family, but also for the wider community, have acquired an epidemic character in recent decades. People suffering from alcohol dependence often have symptoms of depression. Earlier theoretical models of depression, found in these people, positioned it as one of the initial symptoms, even etiological factors in the development of alcoholism. Modern research on the neurotransmitter and morphological level describes the obvious changes that alcohol consumption causes, especially after long-term use, and is presented, among other things, with the symptoms of depression, that are, the analyses of his assertive capacities to oppose negative lifestyles.

The conducted research analyzed the moderation and assertive capacities of 30 patients at the Department of Alcoholism, within the Special Hospital for Psychiatric Diseases “Gornja Toponica”. A statistically significant increase in the presence of depressive symptoms in these individuals was confirmed. At the same time, by applying the assertiveness scale, a statistically significant lower level of assertive capacities of these persons was ascertained. The analysis of the results confirmed the thesis analyzed in other papers so that when admitting alcoholics for treatment, it would be necessary to introduce depression screening in routine clinical practice with diagnostic evaluation repeated after four weeks, in order to differentiate alcohol-induced depression from secondary depression. Treating secondary depression could help prevent the recurrence of alcoholism. In addition to the above, assertive training within the psychotherapy of alcoholism of these patients and work on increasing their assertive capacities would be in the direct function of maintaining abstinence.

Key words: alcoholism, depression, assertiveness



Uvod

Više hiljada godina ljudi konzumiraju alkoholna pića, te intenzivno konzumiranje, koje dovodi i do oštećenja organizma, dobija epidemijski karakter (u Evropi se procenjuje da je prisutno kod 5% muškaraca i 1% žena). Osim bioloških posledica za osobe koje konzumiraju alkohol, ova bolest ima i širi socijalni značaj ugrožavajući i porodice tih konzumenata, ali javljaju se i štetne posledice u širem socijumu (odsustvovanje s posla, duža bolovanja, itd.).

Etiologija alkoholizma je kompleksna, multifaktorska pojava i u sebi sadrži komponente bio-psiho-socijalnih uzroka. Zbog ove kompleksnosti, nemoguće je označiti pojedinačno nijedan faktor kao isključivi uzrok, već razvoj i tok bolesti zavise često i od same dinamike uzroka i posledica konzumiranja alkohola. Prisustvo alkohola u CNS-u narušava prirodni odnos postojećih neurotransmitera koji posledično mogu da izmene i morfološki određene strukture CNS-a (osnov za biološke teorijske pristupe u tumačenju nastanka adicije).

Logično je pitanje zbog čega osobe uopšte imaju potrebu da konzumiraju alkohol (za koji je evidentno da oštećuje organizam). Istraživanja pokazuju da su konzumaciji alkohola sklonije anksiozne ličnosti, osobe koje boluju od pojedinih neuroza, te se tu uvodi i psihološki faktor koji je osnov za grupu istraživanja i teorijskih modela (psihološke teorije). Istražujući karakteristike ličnosti, pokušano je da se definiše struktura ličnosti kod koje je sklonost (potreba da konzumiraju alkohol) naglašenija od drugih ljudi. Neka istraživanja pokazuju da postoje takve crte ličnosti, ali određeni broj i negira postojanje jedinstvenog profila alkoholičara. Analizirajući uzajamni odnos faktora koji razmatraju psihološke i biološke teorije u nastanku alkoholizma, postaje očigledno da ne postoji dominacija jednog od ovih faktora, već da su u stalnom uzajamnom dinamičkom odnosu (1–4).

Uz navedene faktore, činjenica je da je u zemljama u kojima kulturološko-običajno-religijski obrasci zabranjuju konzumiranje alkohola, postoji manje alkoholičara, i to ukazuje da širi socijalni faktori mogu da utiču na nastanak i dinamiku ove bolesti. Ove teorije ne negiraju prethodne teorijske modele, već samo potvrđuju izuzetnu etiološku kompleksnost nastanka alkoholizma.

U pokušaju prevencije nastanka alkoholizma, kao i u lečenju same bolesti i njenih posledica, bilo je puno grešaka, jer se pažnja usmeravala samo na jedan od navedenih faktora. Smatrajući da je ova bolest stvar izbora pojedinca, pokušano je da se represivnim metodama bolesnici „odviknu” od konzumiranja, a tako i da se preventivno deluje na druge kako ne bi konzumirali alkohol. Činjenica je da ni sečenje nogu alkoholičaru u Sparti, kao ni batinanje koje je preporučivao Dušanov zakonik, nisu ni „iskorenili” alkoholizam, niti izlečili alkoholičare. Pod pokušaj restrikcije možemo podvesti i američku zabranu prodaje

alkohola u cilju prevencije alkoholizma koja, takođe, nije dala očekivane rezultate. Medicinski model koji za svaku bolest „očekuje” da nađe uzrok i posledično da, eliminacijom istog izleči bolest, nedovoljan je u terapiji bolesti zavisnosti, pa i alkoholizma. U okvirima medicine mogu se „rešavati” i delimično sanirati organska oštećenja do kojih dovodi konzumacija alkohola, ali je evidentno da je medicina nedovoljna da razreši širi aspekt komplikacija ove bolesti.

Psihološke teorije dale su daleko šire sagledavanje ovog problema. Polazeći od principa da se pacijentu pomogne u izlečenju ove bolesti, analizirane su karakteristike alkoholičara, pa se već u psihoanalitičkim teorijama naglašava sličnost između depresije i alkoholizma i činjenice da su ove dve bolesti vrlo često u komorbiditetu. Iako većina istraživanja u okviru teorija ličnosti tvrdi da ne postoji karakteristični profil alkoholičara, uočavaju se neke zajedničke crte ličnosti, iako se radi o heterogenoj populaciji. U okvirima bihevioralne teorije, opisujući razvoj alkoholizma po principu nagrade i kazne, u značajnoj meri se približava i opisuje model koji odgovara novijim istraživanjima iz oblasti adicije, a koji ukazuju i na morfološke promene koje za posledicu imaju pojačanu želju da se konzumira alkohol. Naime, u okviru teorijskih razmatranja, opisane su promene veličine i funkcije pojedinih jedara u CNS-u nakon dužeg konzumiranja alkohola, što odgovara modelu naučenog ponašanja i sklonosti da se određeno ponašanje ponavlja u bihevioralnom modelu (5–8).

Očigledno je da je nedovoljno poznavanje vrlo kompleksnog mehanizma nastanka alkoholizma dovelo do toga da se kroz razne teorijske modele, različitim rečima opisuju segmenti jednog istog složenog procesa. Iako se u ovom trenutku ne može precizno reći i opisati, zbog svoje složenosti, nastanak i razvoj alkoholizma, svaki od ovih modela pomogao je da se napravi korak više u razumevanju ovih osoba, a i posledično je davao praktične i funkcionalne terapijske metode.

Držeći se principa da se ključne manifestacije ove bolesti detaljnije analiziraju, osnovni predmeti istraživanja u ovom radu bili su depresivnost i asertivnost kod alkoholičara.

Depresivnost je fenomen koji su pojedini autori čak navodili i kao etiološki faktor za nastanak alkoholizma. Međutim, brojna istraživanja su negirala isključivu ulogu depresije u nastanku alkoholizma, što je i obrazloženo ranijom analizom teorijskih modela. I danas se koriste termini „primarna” i „sekundarna” depresivnost kod alkoholičara, gde je samo vreme nastanka prvih simptoma odlučujući faktor da se postavi jedna od ove dve dijagnoze (9).

U okviru etioloških teorija nastanka alkoholizma ukazano je na značaj uticaja mikrosredine i šireg socijuma. Podgrupe u okviru kojih se nalaze osobe, posebno u značajnim razvojnim fazama kao što je adolescencija, mogu imati negativan uticaj po pitanju

odnosa prema konzumiranju alkohola. Kapaciteti osobe da se na jasan način odupre – verbalizuje negativan stav prema konzumiranju psihoaktivnih supstanci, u značajnoj meri zavisi od asertivnih kapaciteta pojedinca. Zbog toga se u okviru ovog istraživanja obratila pažnja na asertivnost alkoholičara, gde se i kroz osnovne hipoteze pretpostavilo da će kod ovih osoba skor na A skali (skala asertivnosti) pokazati niže asertivne kapacitete od kontrolne grupe.

Teorijski modeli u tumačenju etiologije alkoholizma

U sklopu proučavanja uzroka nastanka alkoholizma (i drugih bolesti zavisnosti) ranije se polazilo isključivo od naslednih uzroka. Nakon toga su analizirani faktori vezani za ličnost posmatrane osobe. Kasnije se fokus interesovanja proširio i na interakciju ličnosti sa njenom okolinom, ali su analizirani i značajni događaji tokom života.

Globalno se faktori koji se prožimaju kod pojave bolesti zavisnosti, uključujući i alkoholizam, dele u tri velike kategorije: 1. *biološki*, 2. *individualno-personalistički* (psihoanalitičke teorije, teorije učenja i bihevioralni pristup, kognitivno-bihevioralne teorije, teorije sistema) i 3. *sociološki i kulturno-antropološki* (etnoantropološke teorije, sociološke teorije, kulturno-antropološke teorije) (10–13).

I Biološke teorije

1. **Genetske** – Poremećaji su vezani za nasleđe, tj. genetsku formulu čoveka. Izvršena su brojna genetska istraživanja na monozigotnim i dizigotnim blizancima, ali uprkos nekim rezultatima koji idu u prilog genetskom tumačenju nastanka alkoholizma, još uvek nema preciznih zaključaka. Prema istraživanjima navode se podaci da 52% alkoholičara ima bar jednog roditelja alkoholičara. U slučaju da je jedan od roditelja alkoholičar, 20%–30% dece takođe pokazuje simptome alkoholizma. Sinovi očeva alkoholičara imaju 4 puta veći rizik za obolevanje od alkoholizma, od sinova očeva nealkoholičara. Oko 60% alkoholičara ima alkoholičare u užoj porodici. Kada je u pitanju transmisija alkoholizma u odnosu na polove, primećena je mnogo veća učestalost kod pripadnika muškog pola, u odnosu na pripadnike ženskog pola (8).
2. **Metaboličke** – Po metaboličkim tumačenjima, alkoholizam je posledica greške metabolizma. Negativno dejstvo na neurone imaju i supstance nastale u toku metabolizma alkohola. Po ovoj teoriji, CNS stvara odbranu od ovih neželjenih dejstava stvarajući toleranciju.
3. **Neurotransmitterske** – Radi se o neuravnoteženosti neurotransmiterskih mehanizama. Ključni neuro-

transmitterski sistemi u razvoju alkoholizma su noradrenergički (čija je značajna uloga u mehanizmima potkrepljenja, nagrade i kazne) i dopaminergički (uloga u održavanju ponašanja).

4. **Neurološko-biološka teorija** – Poremećaji su vezani za nervne ćelije; prolaskom kroz lipidne strukture ćelijske membrane, alkohol remeti međudelovanje ovih lipidnih struktura i funkcionalnih proteina (receptori, enzimi); alkohol remeti funkciju neurona i negativno deluje na neurotransmitere (noradrenalin, dopamin, serotonin).

Nedostatak svih ovih bioloških teorija je taj što se ne zna da li je neki poremećaj uzrok ili posledica alkoholizma.

II Psihološke teorije

1. **Bihevioralna teorija učenja** – Bihevioralna teorija tvrdi da je alkoholizam uslovljen i naučen način ponašanja. Alkoholizam je funkcionalni poremećaj i rezultat je iskustva. To je naučeno ponašanje, rezultat nagrade i kazne, odnosno ponašanje usvojeno instrumentalnim učenjem. Usvaja se i potkrepljenjem, kao i učenjem po modelu (11).
2. **Psihoanalitička teorija** – Ova teorija alkoholičare vidi kao infantilne osobe koje imaju neurotičnu strukturu ličnosti. Oni su oralno fiksirani, sa autodestruktivnim pulzijama. Postoji sličnost između depresije i alkoholizma i vrlo je čest komorbiditet. Brojni analitičari opisuju kako prikrivena seksualnost može biti i uzrok alkoholizma. Takva osoba beži u alkohol kako bi „razblažila” svoju psihičku patnju zbog neispoljene (latentne) homoseksualnosti, koja je za tu osobu, zbog snažne homofobije sredine, nespojiva sa prihvaćenim društvenim normama.
3. **Teorija ličnosti** – Ova teorija više obraća pažnju etiologiji nego suzbijanju alkoholizma. Većina sprovedenih istraživanja govori o tome kako ne postoji karakteristični profil ličnosti alkoholičara. Podaci koji su dobijeni ranijim istraživanjima ne govore o tipičnom profilu koji bi važio za sve alkoholičare, već da postoje neke crte ličnosti koje su donekle zajedničke (radi se o heterogenoj populaciji). Prikaz profila prestupnika alkoholičara izdvaja tri različita profila (**D-Pd-Pt; Hs-D-Hy-Pd; i Hs-D-Hy-Pt** dobijenih putem upitnika MMPI) iz čega se može videti da je depresivnost prisutna kod sva tri profila (6).
4. **Transakciona analiza** – Transakcionisti posmatraju alkoholizam kao međusobni odnos alkoholičara i osoba iz okoline kao oblik društvene igre u kojoj svako ima neku dobit (uloge: „Alkoholičar”, „Progonilac”-supruga, „Spasilac”-doktor, „Glupan”-prijatelj, „Veza”). Cilj igre je održavanje homeostaze (2).

III Socio-kulturne teorije

1. **Sistemska teorija** – Porodica čini sistem koji prenosi obrasce ponašanja. Poremećaj u jednom delu sistema izaziva reakciju i poremećaj u drugom delu. Ova teorija govori o tendencijama i planu delovanja unutar sistema i njegovom odnosu prema spolja, načinu ponašanja, organizaciji sistema. Ovaj pristup nije ograničen samo na porodicu, već i na širu sredinu (radna okolina, porodično okruženje). Sistemski pristup gleda na celu porodicu kao na bolesnika. Svaka porodica alkoholičara je manje ili više poremećena, disfunkcionalna, patološka.
2. **Strateški porodični pristup** – Ovaj pristup posvećuje pažnju komunikacijama i njihovom izražaju i ponašanju. Usmeren je na rešavanje aktuelnog problema, uz očekivanje da će zatim doći do potpunog opšteg poboljšanja.
3. **Strukturalni pristup** – Nastoji restrukturirati porodični sistem u datoj situaciji po principu „ovde i odmah”. Ne obraća pažnju prvenstveno na komunikaciju članova porodice, već se usmerava na analizu njihovog međudelovanja (da li postoje granice, savezi).
4. **Teorija o pristupačnosti alkoholnog pića** – Što je pristupačnost alkoholnim pićima veća, veća je i prevalenca i težina alkoholom izazvanih poremećaja u toj zajednici. Prevencija se sprovodi različitim merama (visoke cene alkohola, ograničenje nabavke...).
5. **Antropološke teorije** – Ove teorije zasnivaju se na socijalnim i kulturološkim faktorima koji vladaju u određenoj zajednici i regulišu potrošnju alkoholnih pića.
6. **Ekonomska teorija upotrebe alkohola** – Ova teorija opisuje rasprostranjenost i potrošnju alkoholnih pića i njihove promene u vezi sa menjanjem cena i odnosa u društvu. Istražuje ekonomske štete koje izaziva ispijanje alkohola.
7. **AA teorija alkoholizma** – Temelji se na konceptu bolesti koji su napravili „Anonimni alkoholičari” (AA) iz 1935. godine.
8. **Teorija socijalnog učenja** – Ona govori o tome kako dolazi do razvoja alkoholom izazvanih poremećaja socijalnim učenjem (približava se „uslovljenim reakcijama”, kao u Pavlovljevom eksperimentu). Insistira se na punoj apstinenciji i opisuje se negativno delovanje reklamiranja alkoholnih pića.
9. **Medicinski pristup** – Zasniva se na konceptu bolesti. Alkoholizam se smatra bolešću i sprovodi se lečenje njegovih komplikacija, ali se ne obraća pažnja na poremećaje ponašanja alkoholičara i na suzbijanje alkoholom izazvanih poremećaja.

Depresija

Pojam **depresija** obuhvata veliki spektar poremećaja, heterogene etiologije, od blagih do vrlo teških oblika. Granice između pojedinih podtipova su fleksibilne i kod istog bolesnika klinička slika se može pomerati kroz različite oblike spektra depresije.

Da bi se postavila dijagnoza (primarne) depresije, neophodno je isključiti prisustvo drugih oboljenja i *direktno dejstvo supstanci*, kao što su alkohol i drugi psihoaktivni agensi.

Hronična upotreba alkohola dovodi do neurotransmiterskih i morfoloških promena u nervnom sistemu koje mogu dovesti do ispoljavanja simptoma depresivnosti. Značaj simptoma depresivnosti, koji se evidentira kod alkoholičara, ranije je imao čak i etiološko tumačenje nastanka ove bolesti koja se ogledala u podeli na primarni i sekundarni alkoholizam. Pitanje kauzalnosti i distinkcije primarno/sekundarno kod alkoholizma i depresije, utvrđuje se pomoću hronološkog redosleda pojavljivanja (9). Primarniji je onaj poremećaj koji se prvi pojavi u toku životne istorije pojedinca.

1. **Primarni alkoholizam** – podrazumevao je genetsko-biološki razvoj bolesti kod „normalne osobe” (da nije konzumirala alkohol, verovatno nikada ne bi razvila simptome depresije), a koja, nakon upotrebe alkohola ili u fazi uspostavljene apstinencije, razvije depresivne simptome, tzv. „sekundarna depresija”. Pojam sekundarne depresije nema jasno etiopatogenetsko značenje, već podrazumeva da alkoholizam hronološki prethodi depresiji. U stručnoj i naučnoj javnosti još uvek traje rasprava u vezi sa nerešenim pitanjem prirode povezanosti alkoholizma i sekundarne depresije. Takođe se postavlja pitanje dužine perioda apstinencije posle koga možemo tvrditi da depresija nije posledica sindroma apstinencije, već da se radi o sekundarnoj depresiji kod primarnog alkoholizma. I u sklopu drugih istraživanja naglašen je značaj sekundarne depresije. „Sekundarna depresija u ranoj apstinenciji može značajno da utiče na tok i ishod lečenja alkoholičara. Ona smanjuje kognitivne sposobnosti alkoholičara i njihovu saradnju pri lečenju, uz mogućnost pojave teške depresije, suicida i recidiva” (9).
2. **Sekundarni alkoholizam** – genetsko-biološka predispozicija osoba da razviju depresiju (depresija bi se kod ovih ljudi razvila i da nikada nisu konzumirali alkohol), kod kojih se alkohol nadovezuje kao „samomedikacija” i gde postoji visok rizik da se razvije alkoholizam. Pojedini stručnjaci ovaj alkoholizam nazivaju „sekundarni alkoholizam”, pokušavajući time da naglase značaj genetsko-biološke predispozicije.

Grupa depresivnih alkoholičara je relativno mala subpopulacija primarnih alkoholičara, ali klinički je vrlo značajna. Pored redovnog programa za lečenje

alkoholizma, ova grupa zahteva poseban terapijski pristup za depresiju sa kombinacijom farmakoterapije i psihoterapije. Sledeće podatke navodi dr Popović (2007): „Depresija je uzrok velikog broja suicida kod alkoholičara (od svih samoubica, 20% čine alkoholičari). 80% alkoholičara bar jednom u životu ima period sa intenzivnim depresivnim simptomima. Od tog broja, 1/3 njih ima simptome major depresije bar dve nedelje. 40% alkoholičara ima depresivne simptome nakon jedne nedelje apstinencije” (11).

Asertivnost

Asertivnost obuhvata neophodne socijalne veštine za razvoj ličnih i profesionalnih kompetencija. Omogućava ljudima da deluju u, za sebe, najboljem interesu bez ograničenja u vidu straha ili anksioznosti. Asertivno ponašanje promovise pozitivan, direktan, ljubazan odnos orijentisan na cilj, povećavajući na taj način vrednost socijalnih interakcija. **Asertivnost** predstavlja izražavanje misli, osećanja i uverenja na direktan, pošten (iskren) i adekvatan način, uz uvažavanje prava drugih ljudi. Suprotno tome, agresija uključuje samoizražavanje karakteristično po ugrožavanju prava drugih ljudi i ometanju drugih da postignu svoje ciljeve” (13–15).

U skladu sa definicijom koju iznose autori, asertivnost predstavlja:

- Izražavanje vlastitih misli, osećanja, uverenja bez težnje ka dominaciji, ponižavanju ili degradiranju drugoga.
- Samopoštovanje i poštovanje drugih, po principu – Ja sam vredna osoba, Ti si vredna osoba.
- Asertivna osoba poštuje mišljenja i stavove drugih, ali ne mora nužno da slaže sa njima.
- Samozaštitno ponašanje – osoba čuva svoje dostojanstvo u situacijama kada postoji opasnost da bude izmanipulisana, zloupotrebljena ili iskorišćena.

Biti asertivan znači aktivno se zauzimati za sebe i svoja prava, iskazivati svoje potrebe i stavove na direktan, nedvosmislen i otvoren način, uvažavajući i ne ugrožavajući time druge. Ovakvo ponašanje je korisno u svim potencijalno frustrirajućim socijalnim kontaktima, kada su ugroženi interesi ili potrebe neke osobe, kada se osoba nađe pred neopravdanim zahtevom drugih, ili naprosto zahtevom koji želi da odbije, kada su joj ugrožena prava ili se nađe pred bilo kakvom vrstom nepravde.

Asertivnost ne podrazumeva samo način ponašanja, već i to kako se osoba oseća. Odsustvo osećanja krivice i straha i osećaj da se postupa ispravno, čine emocionalnu komponentu asertivnosti. Emocionalni odnos prema socijalnim situacijama zapravo i određuje kako će se neka osoba ponašati.

Neki ljudi postanu nesigurni, uznemireni ili uplašeni kada se nađu u situaciji u kojoj je potrebno da

se na bilo koji način konfrontiraju sa drugima. Neki drugi pojedinci brzo planu i svaku naznaku konflikta tumače kao veoma ugrožavajuću, neprestano se boreći i onda kada, zapravo, i nisu ugroženi. Prvi tip ljudi se označava kao pasivan, a drugi kao agresivan.

Onaj ko sigurno zastupa svoja prava, umanjuje šansu drugima da se o njega koriste. Bitno je ne odustajati od svojih asertivnih prava.

Tipovi asertivnosti:

- *Bazična asertivnost* – Predstavlja najosnovnije potvrđivanje, zauzimanje za sebe u nekoj situaciji, predstavlja suštinu asertivnosti i sastavni deo svakog drugog tipa asertivnosti. Ostali tipovi se, zapravo, sastoje od bazične asertivnosti i dodatka koji pojašnjavaju našu asertivnu poruku.
- *Empatička asertivnost* – Podrazumeva bazičnu asertivnost sa dodatkom izražavanja svojih osećanja povodom toga. Drugoj osobi želimo da poručimo kako se mi osećamo, ili joj nudimo svoju saosećajnost i razumevanje.
- *Eskalirajuća asertivnost* – Tip stepenovane asertivnosti gde postepeno povećavamo svoju asertivnost do krajnje čvrstog i nepokolebljivog stava bez kompromisa.
- *Ugovorna opcija* – Ovde se ostavlja mogućnost drugoj osobi da promeni ponašanje pre nego što preduzmemo krajnje mere. Da li je ugovorna opcija pretnja ili asertacija zavisi od tona kojim je izrečena. Da bi ugovorna opcija bila prava asertacija, potrebno je da se iznosi mirno, kao saopštenje tj. obaveštenje o našem sledećem koraku, ako se situacija ne promeni (ako-onda).
- *Konfrontativna asertivnost* – Koristimo je kada se na bilo koji način konfrontiramo, suočavamo, izražavamo suprotno ili drugačije mišljenje. Često je imamo u situacijama kada druga osoba radi suprotno od onog što govori. Tada iznosimo šta je osoba rekla ili obećala, šta je uradila i šta mi želimo da je ona uradila. To se radi bez ljutnje i optuživanja. Konfrontativnom asertivnošću se služimo da bismo se drugoj osobi, na neki način, suprotstavili ili je suočili sa njenom nedoslednošću u ponašanju. Na ovaj način iskazujemo koliko vrednujemo prethodno uspostavljene dogovore.
- *JA asertivnost* – Klasična asertacija; iz Ja-poruka su proistekle sve ostale forme asertivnosti, kako bi dopunile osnovnu Ja-poruku. Svaka asertacija podrazumeva da mi iskazujemo svoje lično, subjektivno mišljenje, osećanje ili želju, ali kod Ja-asertivosti stavljamo poseban naglasak na taj aspekt asertivnosti. Ja-asertacija je posebno korisna kada želimo da naglasimo subjektivnost našeg mišljenja, autentičnost našeg osećanja ili snagu naše lične potrebe/želje.

Osnovni elementi asertivnog govora:

- Jasno izrazite koje vam ponašanje smeta.
- Navedite razloge zbog kojih vam nečije ponašanje smeta, kako se tada osećate, šta o tome mislite i kako to na vas utiče.
- Formulшите jasan zahtev i šta želite da se učini povodom toga (16,17).

Ciljevi istraživanja

Opšti:

1. Utvrditi da li postoje statistički značajne razlike u stepenu depresivnosti i asertivnosti između poduzoraka alkoholičara i nealkoholičara.
2. Utvrditi da li postoji statistički značajna povezanost između nivoa izraženosti depresivnih simptoma i nivoa asertivnosti kod celog uzorka i na nivou poduzoraka.

Posebni:

1. Utvrditi da li postoje statistički značajne razlike u stepenu anhedonije između poduzoraka alkoholičara i nealkoholičara.
2. Utvrditi da li postoje statistički značajne razlike u pogledu specifičnih depresivnih simptoma između poduzoraka alkoholičara i nealkoholičara.
3. Utvrditi da li postoje statistički značajne razlike u stepenu povezanosti zavisnih i kontrolnih varijabli kod poduzoraka alkoholičara i nealkoholičara.

Metoda rada

Osnovnu grupu čini 30 muških pacijenata na Odeljenju za alkoholizam, sa dijagnozom alkoholizma (F.10.2), koji su aktuelno u postupku lečenja u SBPB „Gornja Toponica”. Kontrolnu grupu čini 30 muškaraca koji nemaju istoriju alkoholizma, niti lečenja od bolesti zavisnosti (po kriterijumu dijagnostikovanja umereno piju (za muškarce manje od 2 ili 2 pića na dan; za starije osobe oba pola manje od jednog pića na dan). Ispitanici u osnovnoj i kontrolnoj grupi su ujednačeni po polu, godinama starosti i obrazovanju.

Instrumenti:

- **Skala simptoma depresivnosti** (*D skala*; Novović i Biro, 2009);

Ova skala je sastavljena od subskale, skale anhedonije i skale specifičnih depresivnih simptoma. D skala je nastala na osnovu faktorizacije stavki D skale MMPI-202 (Biro, 2001), na uzorku od 120 depresivnih, anksioznih i mešovitih anksiozno-depresivnih pacijenata. Konačna verzija D skale obuhvata širok spektar indikatora depresivnosti. Stavke sa najvećim opterećenjima na prvoj glavnoj komponenti tiču se depresivnih kognitivnih sadržaja, tj. beznadežnosti i bespomoćnosti („ne vredi živeti”, „promašen život”,

„život pruža samo ono najgore”), problema u kognitivnom funkcionisanju (pamćenje, koncentracija), gubitkom energije i motivacije i depresivnog afekta; takođe i stavke koje se odnose na anhedoniju („život nije pun interesantnih stvari”, „ne nalazim zadovoljstvo u raznim aktivnostima”).

Faktor sa ajtemima formulisanim u pravcu depresivnosti obuhvata različite simptome depresivnosti, te se zove faktor specifičnih depresivnih simptoma (SDS). Faktor koji okuplja ajteme formulisane tako da negativnim odgovorom označe prisustvo depresivnosti, obuhvata indikatore naglašene životne energije, elana, radosti i zadovoljstva, doživljaj samopouzdanja, subjektivnog osećaja zdravlja i naziva se pozitivna emocionalnost/anhedonija.

- **Skala asertivnosti** (*A skala*; Tovilović, Okanović i Krstić, 2009)

Konstrukt asertivnosti se najčešće objašnjava u kontekstu dva kvalitativno drugačija oblika interpersonalnog ponašanja – pasivnog i agresivnog, pri čemu se asertivnost nalazi između ovih ekstrema. Asertivnost isključuje snishodljivost, submisivno ili pasivno interpersonalno ponašanje, kao i zauzimanje za sebe u socijalnoj situaciji, na socijalno neadekvatan, nelegitiman – agresivan način. A skala je konstruisana od stavki koje opisuju reakcije i ponašanja tipična za (ne)ispoljavanje asertivnosti. Ispitanik je instruisan da pomoću petostepene skale odgovori u skladu sa svojim reakcijama u socijalnim situacijama koje zahtevaju asertivnost, u rasponu od stalne odsutnosti tih reakcija ili ponašanja (nikad), do njihove stalne prisutnosti (uvek). Od ukupno 27 stavki A skale, njih 13 imaju pozitivno usmerenje (u smeru asertivnosti), a 14 ajtema ima negativno usmerenje. Dvosmernost ajtema A skale uzrokovana je oslanjanjem na teorijske postavke o konstrukt asertivnosti koje su našle svoju potporu u empirijskim studijama. Asertivnost se definiše i kao multidimenzionalni koncept pomoću koga se opisuje socijalno ponašanje osobe, u rasponu od normalne adaptacije do socijalne neefikasnosti patoloških razmera. Status poremećaja asertivnosti je ispitivan u odnosu na dimenziju socijalne anksioznosti i socijalne fobije, kao najizraženijeg oblika poremećaja socijalnog funkcionisanja. U tom kontekstu, ajtemi negativnog usmerenja A skale obuhvataju indikatore neasertivnog ponašanja koji ukazuju na socijalno-inhibirano, pasivno interpersonalno ponašanje (npr. „Popuštam drugim ljudima više nego što bih hteo“ ili „Radije ću prećutati, nego da dođem u sukob sa drugom osobom“).

- **Upitnik sociodemografskih podataka koji obuhvata kontrolne varijable**

Statistička obrada podataka

Analiza podataka izvršena je primenom statističkog paketa SPSS 23.0. Od statističkih metoda i tehnika koristićemo deskriptivnu statistiku za utvrđivanje strukture uzorka (AS, SD, frekvencije i pro-

centi). Deskriptivna statistika će, takođe, biti primenjena za utvrđivanje izraženosti varijabli asertivnosti, depresivnosti i samokontrole, kao i kontrolnih varijabli. U okviru statistike zaključivanja koristimo korelacionu analizu, t-test, značajnost razlika.

Rezultati istraživanja

U tabeli 1 prikazana je depresivnost i asertivnost kod alkoholičara i nealkoholičara.

Iz table 1 se može zaključiti da postoje statistički značajne razlike u nivoima depresivnosti i asertivnosti

između poduzoraka alkoholičara i nealkoholičara, jer je Sig. (2-tailed) < 0,05 i u slučaju depresije (anhedonija, sds), kao i u slučaju asertivnosti.

U tabelama 2 i 3 prikazan je stepen izraženosti depresivnih simptoma i nivoa asertivnosti kod celog uzorka i na nivou poduzoraka.

Iz tabela 2 i 3 se uočava postojanje statistički značajne povezanosti između nivoa izraženosti depresivnih simptoma i nivoa asertivnosti kod celog uzorka i na nivou poduzoraka, jer je kod svake od navedenih varijabli značajnost ispod 0,05.

Tabela 1. Depresivnost i asertivnost kod alkoholičara i nealkoholičara

	Alkoholičari nasuprot nealkoholičara	Broj	Srednja vrednost	Standardna devijacija	Standardna greška srednje vrednosti
Anhedonija	Alkoholičari	30	3,2000	2,59176	,47319
	Nealkoholičari	30	1,8000	1,32353	,24164
SDS	Alkoholičari	30	4,5667	2,87298	,52453
	Nealkoholičari	30	1,4333	1,50134	,27411
Asertivnost	Alkoholičari	30	83,9667	13,42022	2,45019
	Nealkoholičari	30	100,0000	13,64829	2,49183
Test nezavisnih uzoraka			t-test		
			t	Stepeni slobode	Značajnost (2-tailed)
Anhedonija	Pretpostavlja se jednakost varijanse		2,635	58	,011
	Ne pretpostavlja se jednakost varijanse		2,635	43,162	,012
SDS	Pretpostavlja se jednakost varijanse		5,294	58	,000
	Ne pretpostavlja se jednakost varijanse		5,294	43,740	,000
Asertivnost	Pretpostavlja se jednakost varijanse		-4,588	58	,000
	Ne pretpostavlja se jednakost varijanse		-4,588	57,984	,000

Tabela 2. Stepem izraženosti depresivnih simptoma i nivoa asertivnosti kod svih pacijenata u ispitivanju

		Anhedonija	SDS	Asertivnost
Anhedonija	Pirsonova korelacija	1	,667**	-,427**
	Sig. (2-tailed)		,000	,001
	Broj	60	60	60
SDS	Pirsonova korelacija	,667**	1	-,518**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000
	Broj	60	60	60
Asertivnost	Pirsonova korelacija	-,427**	-,518**	1
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	
	Broj	60	60	60

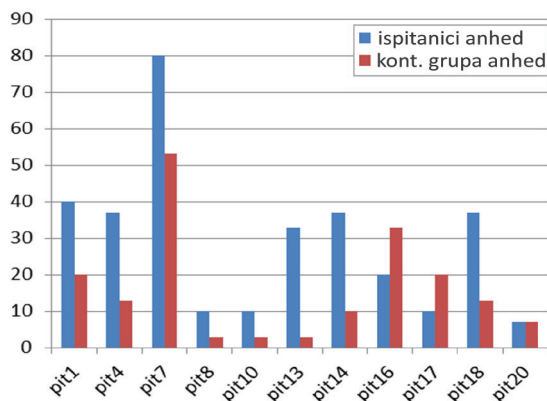
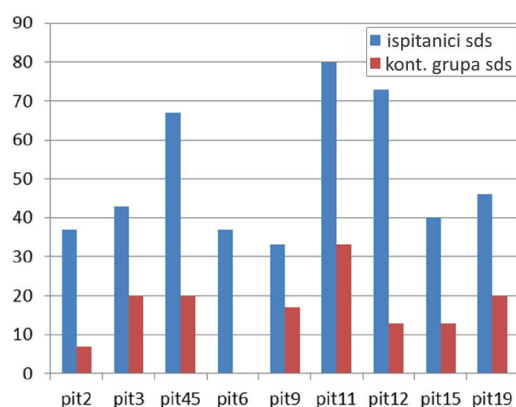
Tabela 3. Stepem izraženosti depresivnih simptoma i nivoa asertivnosti kod alkoholičara i nealkoholičara

Kontrolne varijable		Anhedonija	SDS	Asertivnost
Anhedonija	Korelacija	1,000	,618	-,319
	Značajnost (2-tailed)	.	,000	,014
	Stepeni slobode	0	57	57
Alkoholičari nasuprot nealkoholičara	Korelacija	,618	1,000	-,318
	Značajnost (2-tailed)	,000	.	,014
	Stepeni slobode	57	0	57
Asertivnost	Korelacija	-,319	-,318	1,000
	Značajnost (2-tailed)	,014	,014	.
	Stepeni slobode	57	57	0

Tabela 4. Stepen anhedonije između poduzoraka alkoholičara i nealkoholičara

	Alkoholičari nasuprot nealkoholičara	Broj	Srednja vrednost	Standardna devijacija	Standardna greška srednje vrednosti
Anhedonija	1	30	3,2000	2,59176	,47319
	0	30	1,8000	1,32353	,24164

		t-test		
Test nezavisnih uzoraka		t	Stepeni slobode	Značajnost (2-tailed)
Anhedonija	Pretpostavlja se jednakost varijanse	2,635	58	,011
	Ne pretpostavlja se jednakost varijanse	2,635	43,162	,012

**Grafikon 1. Odgovori na pitanja između osnovne i kontrolne grupe****Grafikon 2. Odgovori na pitanja između osnovne i kontrolne grupe****Tabela 5. Statistika pojave specifičnih depresivnih simptoma između poduzoraka alkoholičara i nealkoholičara**

	Alkoholičari nasuprot nealkoholičara	Broj	Srednja vrednost	Standardna devijacija	Standardna greška srednje vrednosti
SDS	1	30	4,5667	2,87298	,52453
	0	30	1,4333	1,50134	,27411

		t-test		
Test nezavisnih uzoraka		t	Stepeni slobode	Značajnost (2-tailed)
SDS	Pretpostavlja se jednakost varijanse	5,294	58	,000
	Ne pretpostavlja se jednakost varijanse	5,294	43,740	,000

Tabela 6. Stepen povezanosti zavisnih i kontrolnih varijabli kod poduzoraka alkoholičara i nealkoholičara

	Alkoholičari nasuprot nealkoholičara	Broj	Srednja vrednost	Standardna devijacija	Standardna greška srednje vrednosti
Pol	Alkoholičari	30	1,00	,000 ^a	,000
	Nealkoholičari	30	1,00	,000 ^a	,000
Starost	Alkoholičari	30	51,23	12,207	2,229
	Nealkoholičari	30	33,30	12,290	2,244
Nivo obrazovanja	Alkoholičari	30	1,97	,615	,112
	Nealkoholičari	30	2,33	,758	,138
Mesto boravka	Alkoholičari	30	1,83	,874	,160
	Nealkoholičari	30	1,60	,932	,170

		t-test		
		t	Stepeni slobode	Značajnost (2-tailed)
Starost ispitanika	Pretpostavlja se jednakost varijanse	5,670	58	,000
	Ne pretpostavlja se jednakost varijanse	5,670	57,997	,000
Nivo obrazovanja	Pretpostavlja se jednakost varijanse	-2,057	58	,044
	Ne pretpostavlja se jednakost varijanse	-2,057	55,633	,044
Mesto boravka	Pretpostavlja se jednakost varijanse	1,000	58	,321
	Ne pretpostavlja se jednakost varijanse	1,000	57,763	,321

U tabeli 4 prikazan je stepen anhedonije između poduzoraka alkoholičara i nealkoholičara (postoji statistički značajna razlika, $p < 0,05$).

Iz grafikona 1. možemo zaključiti da postoji značajna razlika u odgovorima na 13. pitanje između osnovne i kontrolne grupe. Ono glasi: „Moje pamćenje je potpuno u redu“. Poremećaji pamćenja i upamćivanja su opisani psihopatološki fenomeni kod alkoholizma, što ispitanici potvrđuju u svojim odgovorima.

U tabeli 5 prikazana je statistika pojave specifičnih depresivnih simptoma između poduzoraka alkoholičara i nealkoholičara (postoji statistički značajna razlika, $p < 0,05$).

Iz grafikona 2 možemo primetiti da postoji velika razlika u odgovorima na 6. pitanje u okviru D skale, koje glasi: „Život mi je, uglavnom, bio promašen“. Oko 30% ispitanih alkoholičara tvrdi da im je život bio promašen, dok nijedan od ispitanika kontrolne grupe ne iznosi takvo mišljenje. Ovo je značajan pokazatelj osećanja neispunjenosti životom, kod alkoholičara.

U tabeli 6 prikazan je stepen povezanosti zavisnih i kontrolnih varijabli kod poduzoraka alkoholičara i nealkoholičara.

Iz tabele 6. se može primetiti da se u odnosu na starost i nivo obrazovanja uočavaju statistički značajne razlike kod poduzoraka alkoholičara i nealkoholičara, dok mesto boravka nema uticaja.

Zaključak

Problem datog istraživanja odnosi se na ispitivanje povezanosti između asertivnosti i depresivnosti kod alkoholičara i na utvrđivanje razlike između pacijenata na Odeljenju za alkoholizam i kontrolne grupe na tim varijablama, što je i dokazano statističkom obradom dobijenih podataka.

U okviru teorijskih razmatranja obrazloženo je da sama dinamika višekratne upotrebe alkohola može dovesti do disbalansa u produkciji neurotransmitera u CNS. Neke promene su jednokratne u sklopu de-

lovanja alkohola (povremeno konzumiranje alkohola), ali ponovljena i intenzivna konzumacija može dovesti do trajnih posledica u okviru kojih može doći i do ispoljavanja depresivnih simptoma. Kad je potencijalna depresivnost, kod osoba koje ispunjavaju dijagnostičke kriterijume za bolest zavisnosti od alkohola, u pitanju, logična je pretpostavka da su među njima i osobe koje su u biološkom smislu bile determinisane za razvoj depresivnih simptoma.

Obrazložena je i socijalna komponenta u potencijalnom razvoju zavisnosti od alkohola kod pojedinca, isticanjem činjenice da se radi o legalnoj, socijalno prihvatljivoj (i na žalost široko distribuiranoj) psihoaktivnoj supstanci. Da li će pojedinac (najčešće u pubertetu ili ranoj adolescenciji) uspeti da se odupre evidentnoj čestoj ekspaniranosti ove psihoaktivne supstance, zavisi od njegovih asertivnih kapaciteta. Zbog toga smatramo da je ispitivanje asertivnosti kod osoba koje boluju od bolesti zavisnosti od izuzetnog značaja za prevenciju ove bolesti. Sa druge strane, edukacija o asertivnim tehnikama neophodan je terapijski element u cilju očuvanja uspostavljene apstinencije (naučiti pacijenta da kaže „ne“) zbog čega su ove tehnike detaljno opisane u teorijskom delu ovog rada. U okviru istraživanja je dokazano statistički značajno veće prisustvo depresivnosti kod alkoholičara u odnosu na kontrolnu grupu. Dokazan je i niži nivo asertivnosti kod datih pacijenata.

Primenjeni testovi ne omogućavaju utvrđivanje da li se radi o primarnoj ili sekundarnoj depresiji, već je samo konstatuju. Zato bi kao zaključak ovog rada proizlazio predlog:

Prilikom prijema alkoholičara na lečenje, bilo bi potrebno da se u rutinsku kliničku praksu uvede skrining na depresiju, uz ponovnu dijagnostičku procenu posle četiri nedelje radi distinkcije alkoholom indukovane depresije od sekundarne depresije. Lečenjem bi trebalo obuhvatiti ne samo sekundarnu depresiju teškog, već i depresiju umerenog i blagog stepena. Lečenje sekundarne depresije moglo bi popraviti ishod terapije alkoholizma i doprineti sprečavanju recidiva alkoholizma.

Literatura

- Berger J. Psihodiagnostika. Beograd: Zavod za udžbenike; 2014.
- Bern E. Koju igru igraš - inventar igara koje ilustruju opšta načela transakcione analize. Beograd: Beoknjiga; 2003.
- Brietenfeld D, Wolf D, i sar. Alkoholizam – sprječavanje, liječenje, oporavak, PIPA – o Problemima Izazvanim Pijenjem Alkohola. Rijeka: HSKLA; 2010.
- Čirić Z, Dimitrijević B. Osnovi sudske psihijatrije i sudske psihologije. Niš: SKC Niš; 2009.
- Čovičković Šternić N. Vodič dobre prakse za tretman alkoholizma. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije; 2013.
- Gojković V, Milovanović R. Prikaz profila prestupnika alkoholičara dobijen na testu MMPI. NBP 2002; 7(2): 87-96.
- Jovanović M. Anatomija adikcije. Kragujevac: Medicinski fakultet; 2002.
- Kovačević M. Zavisnost od supstanci – etiologija. Engrami, 2002; 24(3-4): 143-55.
- Mandić-Gajić G. Sekundarna depresija kod alkoholičara – klinički značaj. Vojn Sanit Pregl 2005; 62(9): 671-7.
- Nenadović M. Narkomanije i alkoholizam. Beograd: Medicinski fakultet; 1995.
- Popović V. Alkoholizam – epidemija našeg doba. Niš: Društvo bihevioralne prakse; 2007.
- Preradović M. i sar. Bolesti zavisnosti. Beograd: Vojna knjiga; 2005.
- Stojković Lj, Sedmak T. Alkoholizam - terapijski koncepti i praksa. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 2003.
- Strowig AB. Relapse determinants reported by men treated for alcohol addiction: the prominence of depressed mood. J Subst Abuse Treat 2000; 19(4): 469-74.
- Vučković N. Droga i medicina. Novi Sad: Futura; 2009.
- Vukadinović D. Socioepidemiološke karakteristike pacijenata lečenih na odeljenju za alkoholizam i odeljenju za narkomaniju SBPB G. Toponica. Zbornik radova XXVIII simpozijuma o bolestima zavisnosti, Vrnjačka Banja, 2012.
- Zdravstveno statistički godišnjak Republike Srbije za 2011. godinu, Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Miloš Jovanović Batut“, 2012.