

ASERTIVNI TRENING: EFEKTI TRETMANA, ODRŽIVOST PROMENA I UDEO TERAPEUTA U TERAPIJSKOM ISHODU

Snežana Tovilović¹

Odsek za psihologiju, Filozofski fakultet, Novi Sad

U radu je prikazan deo rezultata evaluacione studije grupnog treninga asertivnosti.

Tretman je primenjen na 18 grupa subjekata u vidu strukturiranog trening-programa asertivnosti prilagođenog potrebama nepsihijatrijskih klijenata u našoj sredini, tokom 9 grupnih seansi. Grupe su vodila dva terapeuta.

Tokom 20 meseci ispitivanja u trening-grupe je uključeno 215 dobrovoljno prijavljenih punoletnih subjekata. Konačni uzorak istraživanja čini 158 ispitanika koji su završili tretman i ispunili kriterijume za pristupanje ponovljenom merenju. Subjekti su upitničkom baterijom ispitani pre i 8 nedelja po završetku tretmana, a poduzorak od 35 ispitanika iz grupa jednog terapeuta retestiran je nakon dvostruko dužeg intervala.

Rezultati sprovedenog istraživanja potvrđuju hipotezu o potencijalnosti treninga asertivnosti da proizvede očekivana i značajna poboljšanja treniranih subjekata. Terapijski efekat ustanovljen je na simptomatskom nivou, u vidu redukovanja simptoma neasertivnog ponašanja koji su bili meta tretmana. Suprotno očekivanjima, utvrđen je interakcijski efekata tretmana i terapeuta na redukovanje simptoma neasertivnog ponašanja, što implicira potrebu daljeg ispitivanja terapeutskih varijabli. Posredstvom tretmana produkuju se i terapijske promene na strukturalnom nivou, u domenu opšte asertivnosti, socijalne anksioznosti i self-koncepta treniranih subjekata, a terapijski efekat možemo smatrati stabilnim, održivim i 16 nedelja po završetku tretmana.

Ključne reči: *trening asertivnosti, evaluacija tretmana, terapijski ishod*

¹ Adresa autora: tovilov@eunet.yu

Trening asertivnosti je stasao u okvirima kliničke prakse, gde je dosledno procenjivan kao korisna sastavna komponenta kliničkog tretmana različitih psihičkih poremećaja, no ubrzo (tačnije sedamdesetih godina prošlog veka) otiskuje se i van nje. Ekspanziji njegove upotrebe na širokom krugu korisnika pogoduje prepoznavanje interpersonalnih odnosa kao značajnog faktora za razvoj, samovrednovanje i kvalitet života osobe. Ovaj tretman je prepoznat kao "sredstvo" za usvajanje veština koje će podržati osobu u pojačanju samoefikasnosti, odbrani svojih prava, mogućnosti da bira i izrazi se. Tako je danas trening asertivnosti sastavni deo različitih preventivnih psiholoških programa, školskih mentalno-higijenskih programa, modula za razvoj socijalnih i specifičnih komunikacijskih veština različitih grupa korisnika, edukativnih programa za menadžere, voditelje dečjih i adolescentnih grupa.

Računamo li od vremena kada je bihevioralni terapeut Andrew Salter dao prvi sistematski opis treninga asertivnosti i promovisao "zauzimanje za sebe" kao pozitivan terapijski cilj za sve klijente, već pet decenija nam je na raspolaganju jedan paket terapijskih intervencija dokazane upotrebne vrednosti, bogatog varijeteta i učestalosti primene. No, domaćoj psihološkoj praksi sadržina tog "paketa" čini se nedovoljno poznatom - sam izraz asertivnost je nedovoljno odomaćen i/ili različito tumačen, trening asertivnosti se sporadično i nesistematski koristi, a još manje je predmet istraživanja.

Polazeći od pretpostavke da je nepoznavanje (ili nedovoljno poznavanje) samog tretmana, njegove upotrebne vrednosti i "dometa" najveća prepreka na putu šire primene, prvim razumnim korakom činila se evaluacija jednog strukturiranog modela asertivnog treninga, u osnovi namenjenog podsticanju asertivnog ponašanja i redukovanju simptoma otežanog interpersonalnog i socijalnog funkcionisanja.

Asertivnost - pojam i konstrukt

Asertivnost (eng. *assertiveness*) spada među "uvezene" psihološke pojmove, neprevodive jednom rečju na srpski jezik. U engleskom jeziku, ovim izrazom se označava spremnost osobe da potvrdi, odbrani ili zaštiti svoje pravo; insistira na sopstvenim pravima; izrazi nešto samopouzdanost, samouvereno i sigurno, bez obzira što to ne sledi iz nekog objektivnog dokaza; zauzme stav i odlučno se izrazi, energično, čak i agresivno. Ovaj termin je kod nas u opštoj upotrebi u izvornom obliku, a paralelno se koriste izrazi *samopotvrđujuće ponašanje*, *zauzimanje za sebe*, *samopouzdanost izražavanje*.

Pri nastojanju da jasno definišemo pojam asertivnosti, suočavamo se s teškoćama uzrokovanim sklonošću različitih autora da asertivnost nekad određuju kao ponašanje, sposobnost ili veštinu, nekad kao stav ili osobinu ličnosti. Najčešće se pojam asertivnosti pojašnjava u kontekstu dva kvalitativno drugačija oblika

socijalnog ponašanja – neasertivnog (pasivnog, defanzivnog, submisivnog) i agresivnog.

Manuel Smith, autor američkog bestsela o asertivnosti »Kada kažem *ne* osećam se krivim«, opisao je asertivnost kao biološki datu, treću moguću opciju kao odgovor na situaciju kada smo u sukobu sa drugim ljudima (Smith, 1988). Borba i bekstvo su prva dva. Smith asertivnost vidi kao najkorisniji, ali i najređe korišćen način rešavanja interpersonalnih konflikata.

Većina bihejvioralnih terapeuta zapravo smatra da asertivnost leži na kontinuumu (Hersen i Bellack, 1985; Kazdin, 1984), da je na jednom kraju "neasertivna osoba" koja ima teškoće u izražavanju pozitivnih emocija u odnosu na druge ljude, pri susretu sa nepoznatim osobama, traženju usluge, saveta ili informacije, odbijanju nerazumnih zahteva druge osobe itd. Takva osoba ne zna da započne i završi konverzaciju, da verbalno reaguje na socijalno efektivan način, da adekvatno izrazi nezadovoljstvo ili saosećanje. Na drugom kraju istog kontinuumu je "agresivna osoba" - koncentrisana na sebe i svoje potrebe, samodovoljna u komunikaciji s drugima, koja ne vodi računa o pravima i privilegijama drugih ljudi. "Asertivna osoba" je između ovih ekstrema - ona direktno izražava svoja osećanja (i pozitivna i negativna), bori se za svoja i ne ugrožava tuđa legitimna prava, aktivno traži načine da uspostavi dobre relacije sa drugima, osoba koja se generalno dobro snalazi u delikatnim i neprijatnim socijalnim situacijama (Hjelle i Ziegler, 1992).

Joseph Wolpe definiše asertivno ponašanje kao *socijalno adekvatno verbalno i motorno izražavanje bilo koje emocije umesto anksioznosti* (Wolpe, 1990). Po njegovom mišljenju, asertivnost obuhvata više kategorija emocionalnog ponašanja. Najbliže je kategoriji *suprotstavljajućeg ponašanja* (eng. *oppositional behavior*) - osoba iskazuje svoje potrebe ili izražava nesaglasnost, suprotstavlja se ili nekog odbija na socijalno adekvatan način. Provokativno, agresivno, nasilno ponašanje, zastrašivanje, kao i sarkazam su van prihvaćenog određenja asertivnosti. Druga kategorija asertivnosti je *izražavanje osećanja* bilo koje vrste ili stepena. Afektivno izražavanje je asertivno ukoliko osoba jasno izrazi kako se oseća na *socijalno adekvatan način*. U osnovi asertivnog izražavanja afekta je želja, nastojanje osobe da izrazi kako se oseća, a ne manipulacija.

Autori Lange i Jakubowska (1976), zaslužni za doslednu primenu i promociju treninga asertivnosti kao kognitivno-bihejvioralne procedure, asertivnost definišu kao *izražavanje misli, osećanja i uverenja na direktan, iskren i adekvatan način bez ugrožavanja prava druge osobe*. Asertivno ponašanje počiva na poštovanju bazičnog prava osobe da se *izrazi i zauzme za sebe* i iz njega izvedenih prava. Suštinske razlike između različitih socijalnih ponašanja ovi autori određuju prema načinu na koji se osoba ophodi prema svojim pravima, pravima druge osobe i kakav komunikacijski cilj ima. Po mišljenju Langea i Jakubowske, koje dele mnogi zagovornici asertivnosti kao "sredstva" za uspostavljanje zdravih interpersonalnih odnosa, *cilj asertivnosti je humanistički, a ne utilitaristički*. Cilj asertacije je komunikacija i ostvarivanje kvalitetnih interpersonalnih odnosa, a ne manipulacija ili "ponašajna receptura" za ostvarivanje ličnih potreba. Naglašavajući da cilj asertacije nije "garantovani" uspeh u dostizanju ciljeva, ekskluzivna borba samo za

lična prava, niti postizanje prednosti u odnosu na druge ljude, Jakubowska predlaže upotrebu termina *odgovorna asertivnost*. Time se naglašava vrednosna orijentacija ovih autora – naglasak na kooperativnosti, međusobnom podsticanju, otvorenoj komunikaciji, uvažavanju sebe i drugih ljudi.

Jedan od načina na koji se određuje pojam asertivnosti je onaj kome se uglavnom priklanjaju kliničari, voljni da »regulišu status« asertivnog *poremećaja*. Tako se asertivnost definiše kao "multidimenzionalni koncept koji se koristi za deskripciju socijalnog funkcionisanja osobe u rasponu od normalne adaptacije do socijalne neefikasnosti patoloških razmera" (Azais i Granger, 1995). Nozološki status poremećaja asertivnosti često se ispituje u odnosu na dimenziju socijalne anksioznosti i socijalne fobije, kao najizraženijeg oblika poremećaja socijalnog funkcionisanja. Rezultati studije Grangera i saradnika (1995) ukazuju da nedostatak asertivnosti ima svoju i afektivnu i anksioznu komponentu, te da poremećaj asertivnosti zauzima položaj između anksioznosti i depresije. Asertivnost obezbeđuje adaptaciju u socijalnoj interakciji, a pri ispoljavanju, ekspresiji asertivnosti angažovani su različiti psihički procesi, odnosno bihevioralne, kognitivne i emocionalne komponente (Azais i sar., 1999). Posledično, kako smatraju ovi autori, tretmani neasertivnosti bi trebalo da angažuju svaku od tih komponentata u cilju terapijske promene.

Razumevanju toga šta (ne)asertivnost jeste doprinela su i ispitivanja povezanosti asertivnosti sa bazičnim dimenzijama ličnosti. Hernandez i Mauger (1980) su ustanovili da asertivnost značajno negativno korelira sa neuroticizmom i značajno pozitivno sa ekstraverzijom, odnosno najizraženiji deficit u ispoljavanju asertivnog ponašanja pokazuju neurotični introverti.

Trening asertivnosti - komponente i procedure

Najveće zasluge za razvoj asertivnog treninga obično se pripisuju Josephu Wolpe-u i Arnoldu Lazarusu koji su jasnije podcrtali razliku između asertivnosti i agresivnosti i utvrdili različite procedure koje se u sastavni deo ovog tretmana (Wolpe i Lazarus, 1966, Wolpe, 1990).

Trening asertivnosti je *polu-strukturirana* terapijska procedura. Ne postoji potpuna saglasnost u vezi s tim koje sve komponente i procedure čine trening asertivnosti. To je posledica njegove primene na različito definisanim ciljevima i na različitim grupama ljudi i/ili psiholoških poremećaja. Odabir specifičnih terapijskih postupaka namenjenih podsticanju asertivnosti zavisi od pretpostavljenih, tj. utvrđenih uzroka ili faktora neasertivnosti. Golfried i Davison (1976, prema Davison i Neale, 1999) govore o nekoliko takvih faktora:

1. Klijent nema informaciju kako u određenim situacijama može ili treba da se ponaša i šta da kaže. Tada je uloga terapeuta da obrati pažnju na uočen deficit socijalnih veština i pruži klijentu potrebne informacije.

2. Neki klijenti se ne ponašaju asertivno na adekvatan način – intonacija, izraz lica, kontakt očima ili položaj tela nisu u skladu sa njihovom verbalnom porukom. Modeliranje ponašanja i igranje uloga mogu doprineti direktnijem i odlučnijem samoizražavanju.

3. Katkada postoje kognitivne prepreke ka asertivnom ponašanju pojedinih klijenata. Izjave poput: «Ako se zauzmem za sebe i budem odbijen, to će biti katastrofa» ili predviđanje katastrofičnih posledica asertivnog istupanja prepreka su asertivnom ponašanju. Sistematska desenzitizacija i kognitivna restrukturacija mogu biti od koristi takvim klijentima u okviru asertivnog treninga.

4. Neki klijenti su neasertivni zato što se u njihovom vrednosnom sistemu zauzimanje za sebe smatra neprikladnim aktom. Rad sa ovakvim klijentima neminovno povlači sa sobom etička pitanja. Opcija terapijskog delovanja bez narušavanja vrednosnog sistema klijenta jedna je od mogućih.

U priručniku za voditelje trening-grupa Lange i Jakubowska (1976) opisuju osnovne kognitivno-bihejvioralne procedure treninga asertivnosti. Po njihovom mišljenju svaki trening asertivnosti uključuje četiri bazične procedure:

- 1) podučavanje klijenta razlikama između asertacije i agresivnosti, kao i između pasivnosti i učtivosti;
- 2) procedure koje pomažu klijentu da identifikuje i prihvati svoja asertivna prava i prava drugih ljudi;
- 3) redukovanje postojećih kognitivnih i afektivnih prepreka na putu za asertivno ponašanje (iracionalnih uverenja, ekscitirajuće anksioznosti, osećanje krivice, bes i dr.);
- 4) razvijanje asertivnih veština pomoću praktičnih metoda.

Ovakav sastav procedura čini AT tipičnim kognitivno-bihejvioralnim tretmanom u kome su kognitivni i bihejvioralni terapijski elementi međusobno prožimajući i isprepleteni. Poslednja procedura uključuje pretežno upotrebu bihejvioralnih tehnika, podučavanje i trening različitih veština asertacije, izbegavanja manipulacije i drugih veština koje spadaju u domen asertivnog ponašanja (npr. iniciranje konverzacije, upućivanje kritike, traženje informacije, odbijanje, upućivanje pohvale i drugo), dok se u prethodnim koracima (naročito pri redukovanju kognitivnih i afektivnih prepreka) mahom koriste tipične kognitivne i/ili kognitivno-edukativne tehnike.

No, tipični pred-korak bilo koje procedure u treningu asertivnosti jeste *razvijanje sistema uverenja koji podržava asertivno ponašanje osobe* (Lange i Jakubowska, 1976; Wolpe, 1990). Dakle, *osnovni preduslov primene AT* je klijentova spremnost da *prihvati asertivno ponašanje* kao mogući pristup u interpersonalnom ponašanju. Tako od tipičnog izdanka bihejviorizma stasalog u okvirima kliničke prakse, kroz utemeljenje osnovnih procedura i uvođenja novina koje je "u miraz" donela kognitivna terapija, asertivni trening je danas u širokoj

upotrebi kao tretman koji proističe iz teorijske orijentacije kognitivno-bihejvioralnih terapija.

Iako trening asertivnosti može biti primenjen individualno ili grupno, praktičari grupni trening smatraju podesnijim za primenu, jer grupa predstavlja dobar, podstičući okvir za modeliranje nekog novog oblika socijalnog ponašanja. No, ekstremno anksioznim i izrazito socijalno fobičnim subjektima individualnom primenom obezbeđuje se rad u zaštićenijim uslovima u odnosu na grupu, a trener je u prilici da radi intenzivnije. Individualnoj primeni pribegava se i kada je problem neasertivnosti samo jedna od manifestacija kompleksnijih psiholoških problema koji zahtevaju individualni tretman ili su nepodesni za rad u grupi.

Trening asertivnosti kao predmet istraživanja

Efekti treninga asertivnosti prvobitno su bila česta istraživačka meta bihejvioralno orijentisanih kliničara. Većina tih istraživanja sprovedena je na studentskoj populaciji ili psihijatrijskim pacijentima i bila usmerena na utvrđivanje globalne efektivnosti AT i relativne efektivnosti modeliranja, bihejvioralne probe i fidbeka kao komponenata AT. Iako su rezultati tih studija kompleksni i teški za sumiranje, čini se da bilo koja od primenjenih tehnika treninga dovodi do značajnih promena u ponašanja subjekata iz populacije studenata, dok je globalni zaključak da psihijatrijski pacijenti zahtevaju detaljnije struktuirane tretman-pakete u kojima je modeliranje segment od posebnog značaja (Nietzel i sar., 1994). Zapravo, nameće se zaključak da je bihejvioralna proba najznačajnija komponenta ovog tretmana, dok je modeliranje procedura neophodna za usvajanje kompleksnih asertivnih veština.

Od sredine 70-tih godina, u periodu prerastanja treninga asertivnosti u kognitivno-bihejvioralnu proceduru, sprovedena su brojna istraživanja koja su demonstrirala preimućstva ovog tretmana u njegovoj KBT formi (npr. Alden i sar., 1978; Linehan i sar., 1979). Iako bi se metodološkoj korektnosti ovog "talasa" istraživanja mogli uputiti razni prigovori, na osnovu njihovih rezultata izveden je opšti zaključak o opravdanosti i važnosti učešća nekog oblika kognitivne restrukturacije u podsticanju asertivnog ponašanja. No, nema jasnih podataka o tome koji vid kognitivne restrukturacije se čini uspešnijim u proizvođenju efektivnog AT.

Iako je na osnovu većine istraživanja potvrđeno da trenirani subjekti značajno napreduju u odnosu na one koji su dobili placebo ili na netretirane subjekte, bilo je teško pokazati da se "uvežbano" asertivno ponašanje prenosi u *in vivo* kontekst (Nietzel i sar., 1994). Na osnovu prvih pokušaja ispitivanja generalizacije asertivnog ponašanja i transfera razvijene asertivnosti efekti su se često pokazivali kao razočaravajuće slabi (npr. Bellack, 1983), što se samo delimično dalo pripisati nesavršenostima istraživačkih instrumenata ili tehnika.

Ispitivanja održivosti efekata AT su retka. U jednom od njih (Baggs i Spence, 1990) je ustanovljeno da održavanju promena posredovanih treningom asertivnosti i

daljem porastu tretman-efekata doprinose dopunske seanse. Grupa koja je tokom šestomesečnog praćenja podsticana u razvoju asertivnih veština kroz održavanje dodatnih jednomesečnih seansi pokazivala je dalje progresivno poboljšanje u odnosu na grupu koja je imala placebo-seanse i grupu ispitanika za koje dodatne seanse nisu bile organizovane. Tri meseca po završetku tretmana razlike među grupama su bile minimalne, a nakon šest meseci značajno veće u korist onih koji su dalje trenirali.

U nekim ispitivanjima očekivani efekti treninga asertivnosti bi izostajali, posebno u slučajevima kada su učesnici tretmana bili pripadnici pojedinih subkulturalnih grupa (npr. Stewart, 1986). No, razlozi ovakvih odstupanja mahom nisu jasno eksplicirani, niti sistemski ispitivani.

U skladu sa mnogostrukom primenom treninga asertivnosti, realizovana su i brojna istraživanja njegovih efekata u prevenciji i tretmanu različitih poremećaja. Česti subjekti tih ispitivanja su adolescenti. Rezultati istraživanja su pokazali da se AT uspešno koristi za razvijanje socijalnih veština na generalnoj populaciji adolescenata (Rotheram i Armstrong, 1980); za modifikaciju agresivnog ponašanja adolescenata (Huey, 1988, prema Young-il Kim, 2003) i prevenciju korišćenja alkohola, duvana i droga (Turner i sar., 1993). U pregledu istraživanja efekata AT na adolescentnoj populaciji nalazimo i podatke da se posredstvom AT poboljšava prosocijalno ponašanje adolescenata za različitim tegobama, kao što su mentalna retardacija (Geeler i dr., 1980), emocionalni poremećaji (Shroll, 1997), oštećenja sluha (Lemanek i dr., 1986), oštećenja vida (Flener, 1992) (sve prema Young-il Kim, 2003).

Na pragu 90-tih godina fokus istraživača se od treninga asertivnog ponašanja, kao *specifičnog* socijalnog ponašanja, pomera na šire interesovanja za "opšte" socijalne veštine za koje se veruje da su esencijalne za efektivno interpersonalno funkcionisanje. U poslednje vreme, istraživanja treninga asertivnosti pretežno se sprovode s ciljem ispitivanja mogućnosti njegove primene u prevenciji i postvenciji različitih poremećaja, vulnerabilne populacije, u kliničkim i vankliničkim uslovima, gde se trening asertivnosti primenjuje u vidu samostalnog programa ili u okviru multi-komponentnih programa za razvoj socijalnih veština, socijalne kompetentnosti i adekvatnog interpersonalnog ponašanja, redukovanja socijalne anksioznosti, socijalnih fobija i drugo (npr. Caplan i sar., 1992; Glueckauf i Quittner, 1992; Weinhardt i sar., 1998; Huppert i sar., 2003).

Istraživanja AT (naročito rana) su doživela znatne kritike (Lange i Jakubowska, 1976; Rakos, 1991; Nietzel, 1994). Većina eksperimentalnih studija je bila ograničena na ispitivanje negativne asertacije ili asertivno odbijanje, što uključuje izražavanje nezadovoljstva ili *reči «ne»* na nerazumne zahteve, dok je zanemareno je ispitivanje asertivnog izražavanja pozitivnih emocija u komunikaciji ili izražavanje bliskosti. Kritike su pale i na račun ignorisanja pitanja da li i kakve šire, sveobuhvatnije promene kod klijenata bivaju podstaknute treningom asertivnosti. Neke od kritika upućenih istraživačima efekata AT su i: ispitivanje relativno uskih i specifičnih efekata AT i/ili njegovih komponenata, neekspliciranost standarda primenjenog programa, neprirodnost uslova ispitivanja i/ili izvođenje

eksperimentalnih studija u znatno kraćem trajanju u odnosu na dužinu treninga koja se sprovodi u realnim, prirodnim uslovima; ispitivanje na relativno malom uzorku ispitanika, kao i na ispitanicima koji nisu motivisani za promenu ponašanja.

Predmet ovog istraživanja je strukturirani trening-program asertivnosti, koji je koncipiran i primenjen u skladu sa preporukama praktičara i nalazima istraživača zapadnih zemalja. Pri formulisanju problema istraživanja rukovodili smo se činjenicom da je reč o "pionirskom" pokušaju sistematske primene treninga asertivnosti kod nas. Organizovali smo evaluacionu studiju u cilju empirijske validacije primenjenog trening-programa, ali i sticanja potpunijeg uvida u terapijski ishod treninga asertivnosti. Primarni cilj istraživanja bio je testiranje hipoteze o potencijalnosti treninga asertivnosti da proizvede značajna poboljšanja u interpersonalnom ponašanju, karakteristikama i samopoimanju treniranih subjekata. U radu je prikazan deo rezultata te studije.

METOD

Uzorak

Osnovni skup iz koga je izdvojen uzorak za istraživanje su punoletni, dobrovoljno prijavljeni subjekti za učešće u trening programu asertivnosti koji su prošli trijažu i uključeni u trening-grupe. Uzorkovanje je najvećim delom izvršeno po principu biranja lancem preporuka. Lista zainteresovanih, potencijalnih korisnika programa je kontinuirano dopunjavana i ažurirana od strane nadležnih saradnika, a prijavljeni subjekti sa liste uključivani su u grupe prema redosledu prijavljivanja i slučajno raspoređivani u grupe kod jednog od dva trenera.

Konačni uzorak ispitanika čine subjekti koji su ispunili kriterijume za ponovljeno merenje i odazvali se na retest u predviđenom terminu. Uslov za pristupanje retestu bio je prisustvovanje na najmanje 8 od ukupno 9 grupnih susreta i redovan rad na vežbama i zadacima koje program predviđa.

Primenom opisanih principa uzorkovanja, od 215 ispitanika koji su pristupili tretmanu, konačni uzorak ispitanika obuhvaćen ovim istraživanjem čini 158 subjekata iz 18 vođenih trening-grupa, starosti između 18 i 56 godina (s tim da gotovo tri četvrtine uzorka čine subjekti starosti između 21 i 28 godina starosti). Procenat ispitanih subjekata muškog pola iznosi svega 15,8% (25 ispitanika), što je gotovo šest puta manje u odnosu na 84,2% (ili 133) ispitanica.

Prema podacima prikupljenim iz Upitnika za prijavu učesnika, petinu subjekata istraživanja čine osobe koje su se ranije obraćale za pomoć psihološkim i psihijatrijskim službama, uglavnom zbog tegoba anksiozno-depresivnog tipa. Pregledom protokola MMPI-202 koji su subjekti ispunjavali pri trijaži, utvrdili smo da oko 11% (18) ispitanih subjekata na skali depresivnosti (D) ima rezultat koji

prelazi kritični T-skor 70, dok je kod oko 13% subjekata (21 ispitanik) na skali anksioznosti (AN) takođe registrovano klinički značajno odstupanje.

Istraživanje je sprovedeno u periodu od maja 2001. do januara 2003. godine u prostorijama Švedske humanitarne organizacije «Individualna pomoć» u Novom Sadu, uz finansijsku podršku i saradnju osoblja ove organizacije. Za sve subjekte koji su bili u tretmanu u ovom periodu učestvovanje u trening grupama bilo je besplatno.

Nacrt i varijable istraživanja

Radi procene efekata tretmana primenjen je nacrt sa ponovljenim merenjem. Tretman je sistematski replikovao, odnosno primenjen prema utvrđenom programu u istom obimu i trajanju i pri istim uslovima na svim grupama subjekata - učesnika trening grupa, a varirana su dva faktora: terapeut (trener A i trener B) i vreme do ponovljenog merenja (poduzorak od 35 ispitanika retestiran je 16 nedelja po završetku tretmana, a ostali ispitanici nakon 8 nedelja). Prvi terapeut (trener A) je vodio 10 grupa iz kojih je selekcionisano 95 subjekata za istraživanje (60,1%), a drugi (trener B) 8 grupa sa 63 subjekta (39,9%) čiji su upitnički odgovori uzeti u obzir.

Nacrtom je predviđena kontrola varijabli za koje je pretpostavljeno da značajno utiču na vrednosti merenih zavisnih varijabli: stepen anksioznosti, prisutnost simptoma depresivnosti i izraženost iracionalnih uverenja pre stupanja u tretman. Ova varijable registrovane su u prvom merenju.

Predviđena je i eliminaciona kontrola - isključeni su odgovori ispitanika koji su tokom tretmana ili u vremenskom intervalu do ponovljenog merenja bili uključeni u neki paralelni psihoterapijski tretman, kao i odgovori ispitanika koji su od momenta stupanja u tretman do drugog merenja doživeli značajan distres.

Tokom tretmana i do momenta retestiranja nijedan od ispitivanih subjekata nije bio podvrgnut medikamentoznoj terapiji.

INSTRUMENTI

Za trijažu prijavljenih korisnika programa, odnosno izdvajanje osnovnog skupa osoba koje smo smatrali podobnim za uključivanje u trening-grupe korišćeni su podaci iz Liste osnovnih podataka o učesniku i MMPI-202 (Biro, 1995). Potom su ukupni skorovi na skalama anksioznosti (An) i depresivnosti (D) ovog inventara korišćeni kao mere stepena anksioznosti i izraženosti depresivnih simptoma ispitanika pre stupanja u tretman. Za procenu stepena izraženosti iracionalnih

uverenja kod subjekata pre stupanja u tretman primenjena je prevedena i modifikovana verzija Bernardove Skale opštih stavova i uverenja (Bernard, 1998; Marić, 2002).

Upitničku baterija primenjena je grupno u dva merenja, pre i nakon tretmana čine:

- *Rathusov test asertivnosti*, odnosno prevedena i adaptirana skala originalnog Rathusovog instrumenta namenjenog proceni opšteg stepena asertivnosti (Rathus, 1978; Milankov, 1993),
- *Skala socijalne anksioznosti*, namenjena ispitivanju socijalne anksioznosti kao dimenzije (Tovilović, 2004),
- *Bezinovićeve skale self koncepta* namenjena dimenzionom merenju različitih aspekata ovog konstrukta (Bezinović, 1988) i sačinjena od 7 subskala: skala percipirane nekompetentnosti, skala istrajnosti, Rosenbergova skala samopoštovanja, skala usamljenosti, skala za merenje straha od negativne evaluacije, skala opšteg zadovoljstva, skala eksternalnosti lokusa kontrole,
- *Asertivne mreža* - instrument sačinjen po uzoru na skalu koji su opisali Wolpe i Lazarus (1966) i modifikovan za potrebe ovog istraživanja. U izmenjenoj verziji, asertivnu mrežu vizuelno čine prazna polja u koja ispitanik unosi broj od 1 do 5, kao obeležje stepena teškoće da se u socijalnoj situaciji ponaša na specifičan, asertivan način (kolone) u odnosu na određene ljude iz svoje socijalne okoline (redovi). Tako je operacionalizovano deset varijabli za praćenje promena na simptomatskom nivou, definisanih kao stepen teškoće subjekta da (1) traži uslugu od druge osobe, (2) odbije zahtev druge osobe, (3) izrazi nesaglasnost sa mišljenjem druge osobe, (4) vodi konverzaciju sa drugim, (5) izrazi lično mišljenje u socijalnoj situaciji, (6) uputi pohvalu drugome, (7) prihvati pohvalu druge osobe, (8) uputi kritiku, (9), prihvati kritiku i (10) održava kontakt pogledom u socijalnoj situaciji.

Opis primenjenog tretmana

Primenjeni program AT kreiran je po uzoru na grupno vođeni trening program asertivnosti autora Langea i Jakubowske (1976). Odabrana je verzija strukturiranog programa za grupu zatvorenog tipa kako bi se sprovela sistematska replikacija tretmana. Program je predviđao unapred utvrđene tematske celine za 9 susreta. Tempo okupljanja grupe bio je jednom sedmično u trajanju od 2 sata i 15 minuta.

Korigovanjem pilot verzije programa, tretman je koncipiran kao trening program sa utvrđenim tematskim celinama i domaćim zadacima. Po preporuci autora čiji je model poslužio kao osnova za oblikovanje tretmana, program uključuje četiri bazične komponente treninga asertivnosti: (1) edukaciju o razlikama između

tri tipa interpersonalnog ponašanja - asertivnog, pasivnog i agresivnog, (2) procedure namenjene prihvatanju asertivnih prava, (3) terapijske procedure primenjene radi redukovanja kognitivnih i afektivnih prepreka za asertivno ponašanje, (4) procedure namenjene razvijanju asertivnih veština pomoću praktičnih metoda.

Učesnici su dobijali prateći radni materijal u kome su eksplicirana grupna pravila, program i ciljevi grupe, dat sažet edukativni materijal koji prati tematske celine predviđene programom i ponuđen prostor za beleženje pisanih domaćih zadataka i izveštaja o urađim bihevioralnim domaćim zadacima. Vežbe i domaći zadaci koje program predviđa sprovedeni su jednoobrazno, a specifični domaći zadaci su po potrebi zadavani učesnicima grupe individualno. U proseku, svaki učesnik je dobijao minimalno jedan do tri individualna domaća zadatka.

U radu sa grupama su poštovana pravila rada sa malim strukturiranim grupama i korišćen set tehnika uobičajen za primenu kognitivno-bihevioralne terapije u grupi. Terapijski procesi kognitivne restrukturacije sprovedeni su kroz edukaciju i primenu ABC modela emocionalnog poremećaja iz oblasti Racionalno-emotivno-bihevioralne terapije, na primer-situacijama i karakterističnim problem-situacijama koje su tokom rada iznosili članovi grupe. Korišćen je set bihevioralnih tehnika čija je upotreba uobičajena u okviru treninga asertivnosti: modeliranje, modifikacija, bihevioralna proba, sistematska desenzitizacija.

U protokolima koji su treneri vodili po završetku svakog grupnog susreta beležena je prisutnost članova grupe i eventualna odstupanja od predviđenog plana tretmana.

REZULTATI I DISKUSIJA

Procene efekata tretmana (ponovljena merenja) i variranih faktora (terapeuta i vremenskog intervala do ponovljenog merenja) vršene su pod modelom Multivarijantne analize kovarijansi. Primenjene su separatne analize za dva seta zavisnih varijabli - u domenu ispitivanih karakteristika (strukturni nivo promena) i u domenu karakterističnih simptoma neasertivnog ponašanja koji su bili "meta" tretmana (simptomatski nivo promena). Primenom ovog modela omogućena je kontrola pre-tretmanskih karakteristika subjekata uključenih u tretman (anksioznost, depresivnost, iracionalna uverenja), odnosno eliminisan njihov korektivni uticaj na ishod tretmana. U radu su prikazani rezultati koji se odnose na ispitivane efekte, odnosno njihove interakcije.

Efekat tretmana i terapeuta

Tabela 1: Pregled glavnih efekata - strukturalni nivo promena (MANCOVA 1)

Efekti	Wilks' Lambda	R _x	p
terapeut (A i B)	.935	1.083	.378
tretman (merenje1 i merenje2)	.543	13.542	.000
interakcijski efekat (terapeut x tretman)	.969	.514	.862

Na osnovu rezultata prve analize (tabela 1) uočavamo da je *jedino tretman* faktor koji ostvaruje značajne efekte na prvom setu zavisnih varijabli. Dakle, kada smo statistički eliminisali uticaj depresivnosti, anksioznosti i nivoa iracionalnih uverenja subjekata pre tretmana (kovarijate), utvrdili smo značajno odstupanje pred i post-tretmanskih mera ispitivanih karakteristika. Nakon tretmana subjekti se (statistički) značajno menjaju unutar ispitivanih domena. Te (strukturalne) promene ne možemo pripisati slučaju, niti uticaju različitih terapeuta koji su primenili tretman, već ih pripisujemo delovanju samog tretmana.

Tabela 1a : Efekat tretmana na strukturalnom nivou

zavisne varijable	MS	MSE	F	p
asertivnost	9407.252	87.3267	107.7248	.000
socijalna anksioznost	9987.150	135.3969	73.7620	.000
nekompetentnost	424.904	17.2379	24.6493	.000
istrajnost	65.484	13.3037	4.9223	.002
samopoštovanje	315.460	23.4314	13.4631	.000
usamljenost	1023.871	35.9956	28.4444	.000
strah od negativne evaluacije	1461.936	34.8732	41.9215	.000
opšte zadovoljstvo	275.621	8.9358	30.8448	.000
eksterni lokus kontrole	153.310	15.9281	9.6251	.000

Efekat primenjenog tretmana indikovano je povećanjem stepena asertivnosti, samopoštovanja, istrajnosti i opšteg zadovoljstva subjekata nakon tretmana, kao i redukovanjem stepena socijalne anksioznosti, percepcije lične nekompetentnosti, doživljaja usamljenosti, straha od negativne evaluacije i eksternog lokusa kontrole (tabela 1a). Jednom rečju, tretman (i samo tretman, nezavisno od delovanja terapeuta) dovodi do poboljšanja u svakom od domena merenih karakteristika treniranih subjekata.

Grafički prikaz 1: Rezultati merenja pre i posle tretmana (karakteristike)

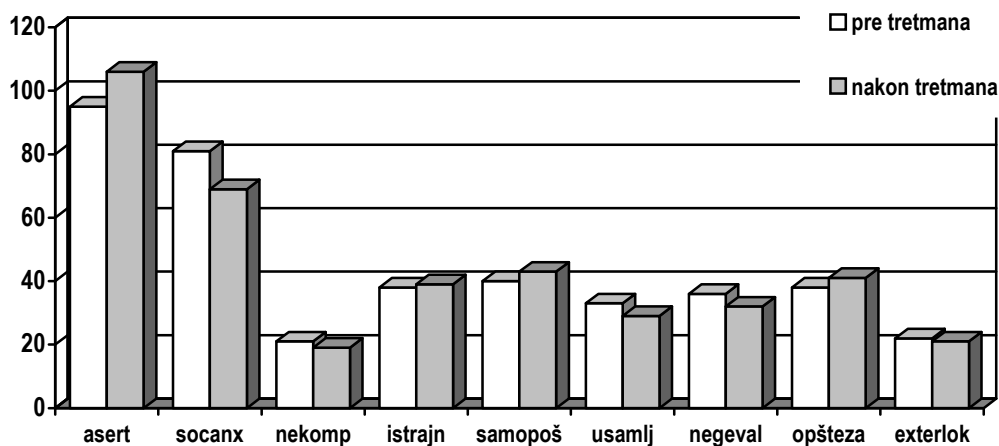


Tabela 2: Pregled glavnih efekata - simptomatski nivo promena (MANCOVA 2)

Efekti	Wilks' Lambda	R _x	p
terapeut (A i B)	.949	.737	.687810
tretman (merenje1 i merenje2)	.549	11.702	.000000*
interakcijski efekat (terapeut x tretman)	.879	1.960	.041895*

Druga analiza uključuje set zavisnih varijabli koje se odnose na karakteristična interpersonalna ponašanja, odnosno simptome neasertivnosti. Na osnovu rezultata, prikazanih u tabeli 2, uočavamo da se značajni efekti odnose na tretman (ponovljena merenja), a ustanovljen je i značajan interakcijski efekat tretmana i terapeuta.

Tabela 2a : Efekat tretmana na strukturalnom nivou

zavisne varijable	MS	MSE	F	p
kontakt pogledom	362.579	12.519	28.96	.000
primiti kritiku	4587.064	59.362	77.272	.000
uputiti kritiku	5976.471	66.235	90.230	.000
primiti pohvalu	1087.502	36.560	29.744	.000
dati pohvalu	574.317	26.167	21.947	.000
reći mišljenje	3560.986	48.118	74.004	.000
voditi razgovor	791.101	21.538	36.729	.000
ne slagati se	1656.968	40.194	41.223	.000

odbiti	3682.083	55.169	66.741	.000
tražiti uslugu	1833.063	42.895	42.733	.000

Rezultati (tabela 2a) govore u prilog pretpostavci da *tretman efektivno deluje u smislu redukovanja simptoma neasertivnog ponašanja*. Samom tretmanu može se pripisati efektivnost terapijskog delovanja u domenu svakog od merenih ponašanja, a "težište" efekta tretmana je u redukovanju problema da se uputi i primi kritika, izrazi lično mišljenje i odbije zahtev druge osobe.

Grafički prikaz 2: Razlike u merenjima pre i posle tretmana (simptomi neasertivnosti)

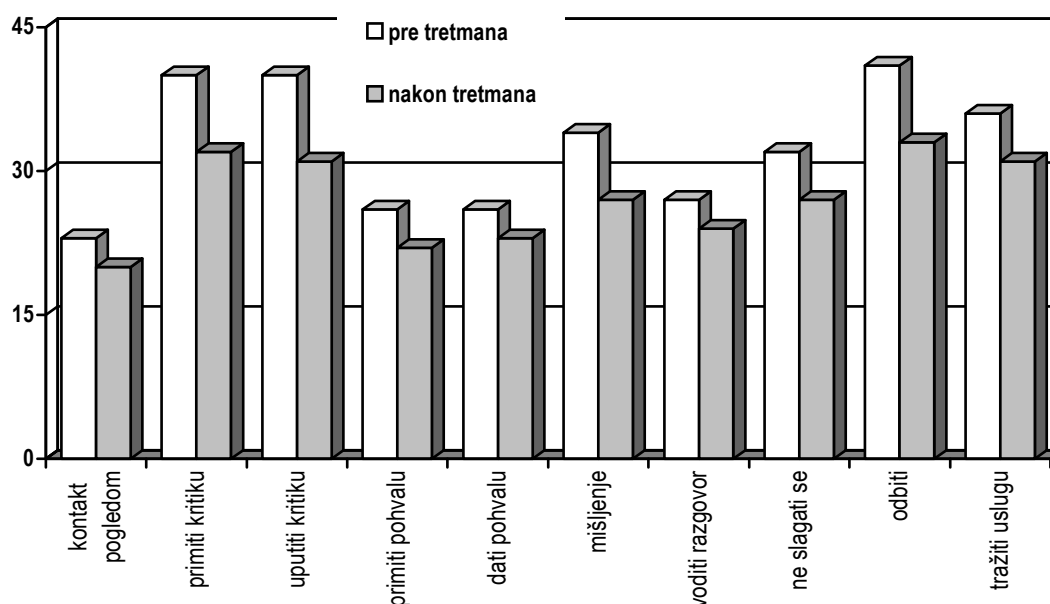


Tabela 2b : Interakcijski efekat tretmana i terapeuta na strukturalnom nivou

zavisne varijable	MS	MSE	F	p
kontakt pogledom	54.942	12.519	4.388	.037*
primiti kritiku	21.142	59.362	.356	.551
uputiti kritiku	2.574	66.235	.038	.843
primiti pohvalu	59.112	36.560	1.616	.205
dati pohvalu	225.369	26.167	8.612	.003*
reći mišljenje	156.531	48.118	3.253	.073
voditi razgovor	81.386	21.538	3.778	.053*
ne slagati se	70.604	40.194	1.756	.187

odbiti	359.589	55.169	6.517	.011*
tražiti uslugu	104.737	42.895	2.441	.120

No, suprotno očekivanjima, razlike utvrđene ponovljenim merenjem ne samo da možemo pripisati delovanju tretmana, već *i delovanju tretmana u interakciji sa terapeutom koji ga je sproveo!* Imajući na umu utvrđenu značajnost interakcijskog efekta tretmana i terapeuta (na nivou $p < 0,05$), zaključujemo da su efekti koje pripisujemo uticaju tretmana povezani sa karakterističnim terapeutskim delovanjem, tj. *i terapeut koji vodi grupu za trening asertivnosti predstavlja značajnu varijablu terapijskog ishoda.* Prema rezultatima prikazanim u tabeli 2b, jedan terapeut je bio "uspešniji" da tretmanom efektivnije redukuje stepen teškoća subjekata da *daju pohvalu, asertivno odbiju neopravdan zahtev* (razlike značajne na nivou 0,01), kao i *da održavaju kontakt pogledom sa sagovornikom i vode razgovor* (razlike značajne na nivou 0,05). Oba terapeuta su "u kombinaciji" sa tretmanom "jednako uspešno" (odnosno neznačajno različito) reduktivno delovala na teškoće subjekata da upute i prime kritiku, prime pohvalu, traže uslugu, oponiraju sagovorniku i otvoreno izraze svoje mišljenje.

Specifični udeo terapeuta na terapijski ishod (takozvani *terapeutski efekat*) je aktuelan predmet istraživanja u oblasti evaluacije psihoterapije i široko prihvaćen među kliničarima, a ispitivanja interaktivnog efekta tretmana i terapeuta korisna su prvenstveno zbog mogućnosti neposredne primene rezultata istraživanja na praksu u cilju povećavanja verovatnoće pozitivnog terapijskog ishoda (Lambert i Ogles, 2004). Dobijeni nalaz koji govori u prilog interakcijskog delovanja tretmana i terapeuta je zanimljiv, delom i zbog činjenice da ga zatičemo samo na jednom od dva seta merenih varijabli, tj. na merama ponašanja. Primenjeni istraživački nacrt ne obezbeđuje odgovor na pitanje *zašto* i *kako* dva terapeuta koja primenjuju isti tretman različito modifikuju simptome neasertivnog ponašanja (i samo ponašanja!) subjekata u tretmanu - terapeutske varijable nismo uvrstili u analizu, niti raspoložemo podatkom kako su trenirani subjekti procenili voditelje svojih grupa. No, to nas ne lišava mogućnosti da postavimo neke hipoteze koje bi u budućnosti zavredivale proveru, jer je svakako značajno ispitati "*kakav*" terapeut efektivnije modifikuje socijalno ponašanje i doprinosi boljem ishodu tretmana koji "i sam" efektivno deluje. Generalno, važno je primetiti da smo interakcijski efekat tretmana i terapeuta "zatekli" na reaktivnijem setu mera - merama ponašanja, gde je terapeutsko delovanje bilo najdirektnije i najaktivnije, sadržano u naporu i veštini terapeuta da deluje korektivno, razvija socijalne veštine subjekata u tretmanu i redukuje neasertivno ponašanje učesnika trening-grupe. Analiziramo li domene u kojima su se terapeuti u sadejstvu sa tretmanom razlikovali po efektu (kao poznavaoци implementiranog programa) naslućujemo da su se razlike javile uglavnom u domenim gde modifikacija neasertivnog ponašanja nije "programski" bila visoko-strukturirana (veštine vođenja razgovora, održavanje kontakta pogledom pre svega). Ali ta pretpostavka ne objedinjuje sve aspekte neasertivnog ponašanja koje su značajno različito redukovane. Pretpostavka je da razlike mogu poticati od veštine terapeuta da implementira segmente trening-programa za koje nisu

predviđene jasno strukturirane bihevioralne vežbe, možda i stepena izgrađenosti tih socijalnih veština samog terapeuta koji u tretmanu nije jedini, ali je najvažniji model socijalnog ponašanja. Za očekivati je i da su različiti stilovi vođenja grupe delom "odgovorni" za različite interakcijske efekte, jer grupi za trening asertivnosti (po iskustvu drugih praktičara a i po iskustvima iz naše prakse) generalno više pogoduje *aktivan i direktivan stil*. Osim ovih, ostaje i mogućnost da su određene varijacije u primeni relativno složenog trening-programa od strane različitih terapeuta pre "proizvođači" interakcijskog efekta tretmana i terapeuta, nego lične karakteristike trenera AT grupe, iako smo tu mogućnost brižljivo nastojali preduprediti sprovođenjem jednoobraznih tretmana.

Održivost terapijskih efekata

Dodatnim analizama na istraživačkom poduzorku ispitivana je relativna trajnost terapijskih efekata grupnog treninga asertivnosti poređenjem grupa ispitanika čije smo opšte karakteristike i karakteristična interpersonalna ponašanja merili pre i nakon tretmana, i to u dve različito udaljene vremenske tačke od završetka tretmana. Određenije, nastojali smo odgovoriti na pitanje: postoje li razlike u efektu tretmana (merenjima pre i nakon tretmana) među grupama ispitanika koji su retestirani 8 nedelja po završetku tretmana i onih koji su ponovljenom merenju pristupili nakon dvostruko dužeg intervala (16 nedelja po završetku tretmana). U ovom slučaju efekti tretmana praćeni su kod subjekata koji su bili uključeni u trening-grupe kod istog terapeuta.

Tabela 3: Pregled glavnih efekata - strukturalni nivo promena (MANCOVA 3)

Efekti	Wilks' Lambda	R_x	p
vremenski interval do ponovljenog merenja	.873	.870	.556
tretman (merenje1 i merenje2)	.434*	8.253*	.000*
interakcijski efekat (vreme x tretman)	.907	.647	.751

Tabela 4: Pregled glavnih efekata - simptomatski nivo promena (MANCOVA 4)

Efekti	Wilks' Lambda	R_x	p
vremenski interval do ponovljenog merenja	.788	1.420	.197
tretman (merenje1 i merenje2)	.405*	8.220*	.000*
interakcijski efekat (vreme x tretman)	.778	1.590	.133

Testiranjem značajnosti glavnih efekata i interakcijskog delovanja tretmana i vremena ponovljenog merenja, ustanovili smo da *samo tretman ostvaruje statistički značajan efekat* (tabele 3 i 4). Takav rezultat je prisutan na oba seta zavisnih varijabli, odnosno i na strukturalnom i na simptomatskom nivou promena. Grupe ispitanika retestiranih u različitim vremenskim intervalima se ne razlikuju značajno, niti je ustanovljen interakcijski efekat tretmana i vremenske udaljenosti ponovnog merenja. Dakle, efekti tretmana jednako (tj. neznačajno različito) se očitavaju i 8 i 16 nedelja nakon završenog trening-programa, odnosno možemo ih smatrati prisutnim tokom 16 nedelja po završetku tretmana. Odsustvo značajnosti interakcijskog efekta tretmana i vremenskog intervala do ponovljenog merenja govori u prilog održavanja, stabilnosti terapijskog ishoda treninga asertivnosti do druge, vremenski udaljenije kriterijumske tačke.

ZAKLJUČCI

Prikazani rezultati studije efekata grupnog treninga asertivnosti govore u prilog pretpostavci da taj tretman, u primenjenom obliku i trajanju, dovodi do statistički značajnih, relativno održivih i očekivanih poboljšanja treniranih subjekata.

Ustanovljen je očekivani terapijski efekat na simptomatskom nivou, u smislu redukovanja stepena teškoće subjekata da ispoljavaju karakteristična asertivna ponašanja koja su bila meta trening-programa. Nakon tretmana trenirani subjekti u značajno manjoj meri ispoljavaju teškoće pri traženju usluge od druge osobe, odbijanju neopravdanog zahteva, iskazivanju nesaglasnosti sa drugom osobom, konverzaciji, kada izražavaju lično mišljenje, daju i prihvataju pohvalu, upućuju i primaju kritiku i pri održavanju kontakta pogledom u socijalnoj situaciji. Najupadljivijim "dometom" treninga asertivnosti na bihevioralnom planu možemo smatrati značajno redukovanje stepena teškoće da se uputi kritičko mišljenje, bolji prijem kritike, te razvijanje potencijala za verbalno samoizražavanje, čak i kada ono uključuje suprotstavljanje sagovorniku.

Suprotno našim očekivanjima, simptomatsko-reduktivnom efektu treninga asertivnosti na bihevioralnom nivou doprinosi i trener grupe - ustanovili smo da treneri koji vode grupu za trening asertivnosti po jednoobraznom programu mogu različito uspešno uticati na redukovanje stepena otežanog asertivnog ponašanja u domenima koje primenjeni program obuhvata. Te razlike ne možemo pripisati terapijskom delovanju nezavisno od tretmana, već "sadejstvu" tretmana i različitim terapeuta. No, obzirom da nacrtom nismo predvideli praćenje terapijskih varijabli, ovaj nalaz smo diskutovali "rečnikom pretpostavki" i naglasili važnost daljeg ispitivanja "načina" na koji terapeut doprinosi boljem tretmanskome ishodu na ponašajnom nivou, odnosno izraženijem korektivnom uticaju u domenu neasertivnog ponašanja.

U skladu sa našim očekivanjima, promene posredovane tretmanom premašuju ponašajni nivo. Osam nedelja po završetku tretmana evidentirana su značajna poboljšanja kod treniranih subjekata i na strukturalnom nivou, prvenstveno u smislu povećanja stepena opšte asertivnosti, redukovanja stepena socijalne anksioznosti, kao i promene na nivou self-koncepta nakon tretmana. Stepem percipirane nekompetentnosti, straha od negativne evaluacije, doživljaja usamljenosti i eksternalnosti lokusa kontrole se značajno redukuje, a poboljšava samopoštovanje, opšte zadovoljstvo i istrajnost u realizaciji cilju usmerenih aktivnosti.

Rezultati ispitivanja govore u prilog relativne održivosti terapijskih efekata grupnog treninga asertivnosti. Tačnije, nismo registrovali da se grupe ispitanika koje su ponovljenom merenju pristupile u različitim vremenskim intervalima (8 i 16 nedelja) po završetku tretmana značajno razlikuju po efektima tretmana.

Rezultati sprovedenog istraživanja saglasni su nalazima studija koje su gotovo dosledno demonstrirale terapijsku efektivnost treninga asertivnosti na bihejvioralnom planu. Sudeći po rezultatima ovog istraživanja, primenjeni "domaći" trening-program daje terapijske efekte koji premašuju ponašajni nivo, a te promene se očitavaju i 16 nedelja po završetku tretmana.

LITERATURA

- Alden, L., Safran, J., & Weideman, R. (1978). A comparison of cognitive and skills training strategies in the treatment of unassertive clients. *Behavior Therapy*, **9**, 843-846.
- Azais, F., Granger, B. (1995). Disorders of assertiveness and social anxiety. *Annales Medico-Psychologiques*, vol. 153, **10**, 667-675.
- Azais, F., Granfer, B., Debray, Q., Ducroix, C. (1999). Cognitive and emotional approach to assertiveness. *L'Encephale*, vol.25, **4**, 353-357.
- Baggs, K., Spence, S.H. (1990). Effectiveness of booster sessions in the maintenance and enhancement of treatment gains following assertion training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol.58, **6**, 845-854.
- Bernard, M.E. (1998). Validation of the general attitude and beliefs scale. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, **16**, 183-196.
- Biro, M. (1995). *Dijagnostička procena ličnosti MMPI-202*. Novi Sad: Futura publikacije, Filozofski fakultet.
- Caplan, M., Weissberg, R.P., Grober, J.S., Sivo, P.J., Grady, K., Jacoby, C. (1992). Social competence promotion with inner-city and suburban young adolescents: effects on social adjustment and alcohol use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 60, **1**, 56-63.
- Davison, G.C., Neale, J.M. (1999). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko, Naklada Slap.

- Glueckauf, R.L., Quittner, A.L. (1992). Assertiveness training for disabled adults in wheelchairs: self-report, role-play, and activity pattern outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol.60, 3, 419-425.
- Granger, B., Azais, F., Albercque, C., Debray, Q. (1995). Between anxiety and depression. The status of assertiveness disorders and social phobias. *Annales Medico-Psychologiques*, vol. 153, 3, 204-206.
- Hernandez, S.K., Mauger, P.A. (1980). Assertiveness, aggressiveness and Eysenck's personality variables. *Personality and Individual Differences*, vol.1, 2, 143-149.
- Hersen, M., Bellack, A.S. (Eds.) (1985). *Handbook of clinical behavior therapy with adults*. New York, Plenum.
- Huppert, J.D., Roth, D.A., Foa, E.B. (2003). Cognitive-behavioral treatment of social phobia: new advances. *Current Psychiatry Reports*, vol.5, 4, 289-296.
- Hjelle, L.A., Ziegler, D.J. (1992): *Personality theories: basic assumptions, research, and applications*, 3rd ed..New York, McGraw-Hill, Inc.
- Kazdin, A.E. (1984). *Behavior modification in applied settings*. Homewood (IL), Dorsey Press.
- Lange, A.J., Jakobowski, P. (1976). *Responsible assertive behavior: cognitive/behavioral procedures for trainers*. Champaign: Research Press.
- Lambert, J.M., Ogles, B.M. (2004): The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In Lambert, M.J. (ed.) *Psychotherapy and Behavior Change*, 5th ed. New York, John Wiley & Sons, Inc.
- Linehan, M. M., Goldfried, M. M., & Goldfried, A. P. (1979). Assertion therapy: Skill training or cognitive restructuring. *Behavior Therapy*, 10, 372-388.
- Marić, Z. (2002). *Kognitivni činioci emocije i emocionalnog poremećaja iz ugla REBT: Magistarski rad*. Beograd, Filozofski fakultet.
- Milankov, R. (1993). *Standardizacija Retusovog upitnika za merenje asertivnosti (RAS): diplomski rad*. Novi Sad, Filozofski fakultet.
- Nietzel, M.T., Bernstein, D.A., Milich, R. (1994). *Introduction to clinical psychology*, 4th ed. New Jersey, Prentice Hall.
- Rakos, R.E. (1991). *Assertive behavior: Theory, research and training*. New York, Routledge.
- Rathus, S.A., Nevid, J.S. (1978). *Behavior therapy: strategies for solving problems in living*. New York, Signet book.
- Rotheram, M.J., Armstrong, M. (1980). Assertiveness training with high school students. *Adolescence*, 15, 267-276.
- Smith, M. (1988). *When I say No, I feel guilty: How to cope - using the skills of systematic assertive therapy*. New York, Bantam books.
- Stewart, C.G. (1986). Effects of assertiveness training on the self-esteem of black high school students. *Journal of Counseling & Development*, vol.64, 10, 638-641.
- Tovilović, S. (2004). Latentna struktura skale socijalne anksioznosti i relacije između socijalne anksioznosti i iracionalnih uverenja. *Psihologija*, vol.37, 1, 63-88.

- Turner, G.E. et al. (1993). Which lesson components mediate refusal assertion skill improvement in school-based adolescent tobacco use prevention? *International Journal of Addictions*, **28**, 749-763.
- Weinhardt, L.S., Carey, M.P., Carey, K.B., Verdecias, R.N. (1998). Increasing assertiveness skills to reduce HIV risk among women living with a severe and persistent mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol.66, **4**, 680-684.
- Wolpe, J., & Lazarus, A.A. (1966). *Behavior therapy techniques : A guide to the treatment of neuroses*. New York, Pergamon Press.
- Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy*, 4th ed. New York, Pergamon Press.
- Young-il, K. (2003). The effects of assertiveness training on enhancing the social skills of adolescents with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, **5**, 285-297.

ABSTRACT

ASSERTIVENESS TRAINING: EFFECTS OF TREATMENT, MAINTENANCE OF CHANGE AND THERAPISTS' CONTRIBUTION IN THERAPY OUTCOME

Snežana Tovilović

In this research is shown part of results concerning evaluation study of group assertiveness training.

Treatment, which has been organized as structured program of assertiveness training, has been applied on 18 groups of subjects during 9 group sessions. This treatment has been adjusted to non-psychiatric clients from our country. Groups were lead by two therapists.

During 20 months of our research 215 voluntary participants of full age have joined training groups. Final sample consisted of 158 subjects who had finished treatment and who had fulfilled criteria for taking repeated measurement. Subjects had taken battery of questionnaires before the treatment and eight weeks after they had completed treatment. Subsample, which included 35 subjects from one therapist's groups, took retest after twice longer time period.

Results of conducted research have confirmed the hypothesis concerning the potentiality of assertiveness training to produce expected and significant improvements of treated subjects. Therapy effect is found on symptomatic level through reduction of symptoms of non-assertive behaviors, which were target of the treatment. Contrary to expectation interactive effect of treatment and therapist to reduction of symptoms of non-assertive behavior has been found, which implies need for further investigation of variables that are related to therapists. Through the medium of treatment therapeutic changes in structural level, in domain of general assertiveness, social anxiety and treated subjects' self-concept are produced. The effect of therapy we might consider stabled and maintained after 16 weeks of finishing the treatment.

Key words: assertiveness training, evaluation of treatment, therapy outcome