

Kombiniranje tehnik v vedenjski in kognitivni terapiji#

LEONIDA ROTVEJN PAJIČ*

Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše, Ljubljana

Povzetek: Vedenjski in kognitivni pristop v zdravljenju vedenjskih, emocionalnih in učnih težav otrok in mladostnikov se ne omejuje samo na eno teoretično načelo ali posamezno tehniko, ampak združuje raznolike strategije, ki v svoji osnovi temeljijo na teoretičnih in empiričnih izsledkih različnih področij razvojne psihologije, kot so raziskave o samonadzoru, socialni kogniciji, spominu, metakognitivnih procesih, atribucijskih procesih. V prispevku so predstavljene osnovne tehnike v vedenjskem in kognitivnem pristopu, ki se v terapevtskem postopku prilagajajo posamezniku in se medsebojno dopolnjujejo. Medsebojno kombiniranje tehnik je predstavljeno s primerom iz prakse.

Ključne besede: kognitivne in vedenjske tehnike, hiperkinetična motnja, anksioznost, depresivnost, agresivnost

Combination of behavioural and cognitive techniques

LEONIDA ROTVEJN PAJIČ

Consulting center for children, youth and parents, Ljubljana, Slovenia

Abstract: The cognitive-behavioral approach in the treatment of behavioural disorders, emotional disorders and learning difficulties is not limited to a single theoretical principle or technique, but integrates different techniques. The various techniques are derived from theoretical and empirical findings in different domains of developmental psychology (self-control, social cognition, memory, metacognitive and attributional processes). The aim of the article is to present some basic cognitive and behavioral techniques that are individually adapted during therapy and mutually supplement each other. A case of combining techniques is also presented.

Key words: Cognitive and behavioural techniques, hyperkinetic disorder, anxiety, depression, aggression

CC=3311 3312

#Prispevek je bil predstavljen na 3. Kongresu psihologov Slovenije oktobra 1999 v Portorožu v okviru simpozija "Vedenjska in kognitivna terapija v Sloveniji".

**Naslov / address: mag. Leonida Rotvejn Pajič, Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše, Gotska 18, 1000 Ljubljana, Slovenija, e-mail: leonida.pajic@guest.arnes.si*

Vedenjsko - kognitivni pristop temelji na predpostavki, da je razvoj različnih motenj povezan s kompleksno interakcijo med čustvi, vedenjem, vplivom okolja in izkušenj ter kognitivnimi dogodki, kognitivnimi procesi, kognitivnimi produkti, kognitivnimi strukturami. Ne glede na etiologijo in možne biološke vplive imajo tako v procesu razvoja in vzdrževanja neke motnje ključni pomen posredujoči kognitivni procesi.

Cilj vedenjsko - kognitivnega pristopa je običajno modifikacija določenega vedenja (recimo agresivnosti, anksioznosti, impulzivnosti...), ki pa jo skušamo doseči s spremembo v kognitivnih procesih in z različnimi vedenjskimi postopki. Klient in terapevt tako skupaj delata kognitivne predelave in vedenjske vaje za rešitev različnih osebnih, učnih in interpersonalnih težav.

V bistvu težko strogo ločujemo med vedenjsko in kognitivno terapijo. Kognitivna terapija je integralni del vedenjske terapije (Đurđić, cit. po Anić, 1990), ki analizira in skuša vplivati na vse vidike vedenja in njihov medsebojni odnos. Prvotno razvit vedenjski pristop, s svojim poskusom usmerjanja čposameznikovega vedenja in emocij v koristno smer, v skladu z zakonitostmi teorij učenja, je kmalu pokazal potrebo po izpopolnjevanju. Klinična praksa in raziskave so namreč pokazale, da ni možno trajno vzdrževati na novo naučenega vedenja izključno z nadzorom s strani okolice. Za to, da se lahko naučene spremembe v vedenju in čustvovanju ohranjajo dlje časa, je bilo potrebno razviti tehnike, ki bi posamezniku omogočile usvajanje samonadzora. K temu so pripomogle raziskave, ki jih je vodil Mahoney, Skinnerjev učenec. Dokazal je, da so misli lahko enako podkrepljevane ali kaznovane kot vedenje, ki ga lahko opazamo (Douglas in Peters, 1979; Mahoney, 1977). Leta 1969 pa je Bandura objavil tekst, v katerem razlaga, da je proces terapevtskega izboljšanja v osnovi odvisen od kognitivnih mehanizmov, ki pa se najlažje vzpodbudijo z vedenjskimi postopki. Iz tega se je razvil vedenjsko-kognitivni model za razumevanje in zdravljenje psihičnih motenj (Bandura, 1969). Pomembna lastnost tega modela je interakcijsko stališče o prilagajanju posameznika okolici, pri čemer pa posameznik ni samo pasivno izpostavljen vplivom okolja.

Tehnike v vedenjsko-kognitivnem pristopu

V vedenjsko - kognitivnem pristopu se najpogosteje uporabljajo naslednje tehnike:

Vedenjske tehnike:

- relaksacija,
- pogojevanje,
- učenje po modelu,
- trening asertivnosti,
- izpostavljanje,
- samoopazovanje,

- načrtovanje aktivnosti,
- igra vlog.

Kognitivne tehnike:

- tehnika samoinštrukcij,
- tehnika reševanja problemov,
- imaginacija,
- kognitivna restrukturacija.

Te tehnike pa v praksi težko strogo ločujemo med seboj, saj se v terapevtskem procesu močno prepletajo, se dopolnjujejo in individualno prilagajajo posamezniku.

Ker je skupna predpostavka vsem navedenim terapevtskim tehnikam, da imajo, ne glede na to, kako je neka motnja nastala, kognitivni procesi in njihovo medsebojno delovanje v njenem vzdrževanju pomembno vlogo, je v terapiji otrok v fazi ocenjevanja potrebno ločiti med *kognitivnimi distorzijami* (izkrivljanji) in *kognitivnimi deficiti* (primanjkljaji; Kendall in Braswell, 1985).

Kognitivni deficiti (primanjkljaji) se v kognitivnem funkcioniranju nanašajo na odsotnost mišljenja oz. odsotnost učinkovitih mediacijskih strategij za kontrolo lastnega vedenja. Otrokom s kognitivnimi primanjkljaji primanjkuje previdno predelovanje - procesiranje informacij v situacijah, kjer bi bil razmislek dobrodošel oz. potreben. Kognitivni deficiti pogosto vodijo v eksternalne motnje, kot so agresivnost, hiperaktivnost. Naloga vedenjsko - kognitivne terapije v takšnih primerih je usposobiti otroka za uporabo strategij verbalne mediacije (notranjega govora), prekiniti delovanje brez premisleka, usposobiti otroka za bolj premišljeno (refleksivno) soočanje s problemskimi situacijami, razvijati boljši samonadzor.

Nasprotno pa so *kognitivne distorzije* (izkrivljenja, zmote; napake v mišljenju, izkrivljene zaznave) opazne pri otrocih, ki informacije sicer predelujejo, vendar to počnejo na disfunkcionalen način (nelogični, iracionalni, pristranski zaključki). Kognitivne distorzije lahko tako vodijo v internalne motnje, kot so anksioznost, depresija, šolska fobija. Pri kognitivnih distorzijah je potrebno najprej identificirati izkrivljeno mišljenje, se prepričati, če je za otroka resnično moteče (distorzije niso vedno disfunkcionalne), nato pa ga ustrezno korigirati.

Intervence v vedenjsko - kognitivni obravnavi otrok morajo upoštevati te osnovne razlike, saj se glede na njih in samo naravo težav oblikujejo cilji in strategije za terapijo.

Kombinacija vedenjskih in kognitivnih tehnik pri nekaterih motnjah

Agresivnost

Pri agresivnih otrocih so prisotne tako kognitivne distorzije kot tudi kognitivni deficiti. Njihove *kognitivne distorzije* se kažejo v zožani percepciji vedenja drugih oseb. Vedenju drugih ljudi dajejo napačne atribucije, iščejo znake agresivnosti in sovražnosti, namere drugih interpretirajo kot napad nase. Ob nevtralnem vedenju drugih se hitro počutijo ogroženi, napadeni, zato odgovarjajo na agresiven način. *Kognitivni deficiti* (primanjkljaji) so vidni v njihovi omejeni sposobnosti za produciranje različnih, neagresivnih rešitev interpersonalnih problemov. Agresivni otroci pri tem kažejo kvalitativne in kvantitativne pomanjkljivosti: Raziskava, ki sta jo opravila Richard in Dodge (Kendall, 1993), je pokazala, da agresivni otroci v odgovoru na konfliktno situacijo producirajo manj možnih rešitev, vendar je v njihovih rešitvah veliko več neverbalnih, na akcijo usmerjenih rešitev, ter sovražnih in agresivnih izbir.

Vedenjske in kognitivne intervence agresivnih otrok so usmerjene zlasti na vzpodbujanje širše perspektive zaznavanja, razvijanje zmožnosti iskanja čimveč možnih alternativnih rešitev določenega problema, vrednotenje možnih alternativ in odločanje o najboljši možni rešitvi, vaje izvajanja rešitev. Pri tem se uporabljajo zlasti naslednje vedenjske in kognitivne tehnike: tehnike reševanja problemov, igre vlog, modeliranje in samoopazovanje. Pri tem imajo posebno vlogo igre vlog, ki agresivnemu otroku nudijo možnost za vajo interpersonalnih socialnih in kognitivnih spretnosti (naučenih s pomočjo tehnik modeliranja, samoopazovanja in drugih), pa tudi možnosti za razširjanje perspektive razmišljanja v določeni situaciji. V igri vlog, v kateri lahko ob otroku sodeluje samo terapevt ali pa tudi skupina drugih otrok, imajo agresivni otroci možnost prisluhniti perspektivi drugega v situaciji in razviti spretnosti za dajanje bolj točnih atribucij o namenu drugih, lažje razvijajo empatijo za doživljanje drugih.

Anksioznost

Kliniki in raziskovalci opredeljujejo anksioznost kot multidimenzionalni konstrukt, ki se kaže na fiziološkem, vedenjskem, čustvenem in kognitivnem nivoju (Carr, 1998). Pri anksioznih otrocih niso opazni primanjkljaji v predelovanju informacij, očitne pa so *distorzije* oziroma pristranskosti. Anksiozni otroci se tako zelo obremenjujejo s tem, kaj si o njih mislijo drugi, in velikokrat pričakujejo negativne posledice.

Raziskave (Kendall, 1993) kažejo, da so pri anksioznih otrocih najučinkovitejše kombinirane strategije, ki vplivajo na glavne komponente anksioznosti (fiziološka, kognitivna, čustvena, vedenjska). Glavni cilj kognitivnih in vedenjskih intervenc je

izgradnja nove (ali izboljšanje obstoječe) šablone soočanja. To vključuje zmanjševanje in korekcijo izkrivljenih interpretacij ter ocenjevanje dogodkov z bolj alternativno šablono ter posledično ustrežnejše ravnanje. Pri anksioznosti so izraziti fiziološki znaki, zato je te otroke potrebno najprej učiti prepoznavati svoje simptome in zmanjševati vznemirjenje.

S tehnikama *samoopazovanja* (self-monitoring) in *samoinštrukcij* (self-instructional training) se otroke usmerja v to, da opazujejo svoje stanje vznemirjenosti, ga povežejo z obstoječim čustvenim stanjem, prepoznavajo svoje tipične situacije, ki jim vzbujajo občutja jeze ali frustriranosti, ter ob tem uporabljajo inhibicijska samonavodila (»Stop!«, »Premisli!«, »Kakšne možnosti imam?«).

Za uspešnejše soočanje z anksioznimi občutki se pogosto uporablja *trening relaksacije*, prilagojene trokovi razvojni stopnji. Velikokrat se medsebojno kombinirajo *progresivna mišična relaksacija*, *tehnike dihanja* in *imaginacija*. S pomočjo tehnik *modeliranja* pa se otrokom demonstrira željene strategije za soočanje v situacijah strahu in stresa, otrok pa kasneje te strategije imitira (v postopnem izpostavljanju glede na hierarhijo zanj ogrožujočih situacij).

Otrok lahko opazuje žive modele ali simbolične preko video posnetkov, kot najbolj učinkovito za anksiozne in depresivne otroke a se je pokazala vloga terapevta kot modela, ki se sooča z otrokovimi stresnimi situacijami, ob tem opisuje svoje občutke, jih predeluje skupaj z otrokom in pokaže svoje načine spoprijemanja ter obvladovanja situacije.

Pri anksioznih otrocih so pomembne še tehnike *igre vlog*, *izpostavljanje in vivo* ter *feedback* in *pogojevanje*, ki služita predvsem za vzdrževanje željenega vedenja.

Kendall (1993) navaja, da so starši anksioznih otrok, ki so bili deležni kombinacije naslednjih vedenjskih in kognitivnih tehnik (*kognitivne*: samoinštrukcije in tehnike reševanja problemov; *vedenjske*: relaksacija, izpostavljanja in nagrajevanja), poročali o pomembnem zmanjšanju anksioznosti pri otrocih. Otroci sami pa so na lestvicah samoocenjevanja dosegali boljše rezultate, po stiski in patologiji so se uvrstili znotraj meja normale. Pomembno se je zvišala tudi njihova spretnost spoprijemanja in soočanja s težavami. Primerajva diagnoz pred in po tretmaju je pokazala, da 64 % otrok, vključenih v terapijo, po tretmaju ni več imelo diagnoze anksioznost.

Depresivnost

Pri depresivnih otrocih opazamo *distorzije* v atribucijah (so bolj depresogene; njihov lokus kontrole je eksternalen; razloge za pozitivne dogodke pripisujejo zunanjim dejavnikom, za negativne pa samemu sebi). Samovrednotenje je zelo nizko, z visokimi standardi, veliko je samokaznovanja, njihova pričakovanja glede prihodnosti so negativna.

S kognitivnimi in vedenjskimi tehnikami se pri depresivnih otrocih skuša

prekiniti pasivnost (tehnike *načrtovanja aktivnosti*) in razvijati predvsem spretnosti samonadzora (tehnike *samoopazovanja* s poudarkom na pozitivnih dejanjih, mislih, vedenju; tehnike *samovrednotenja* s poudarkom na zmanjšanju standardov oz. kriterijev; tehnike *samopodkrepljevanja* in *asertivni trening*). Ob tem so za depresivne otroke pomembne še tehnike *socialnih spretnosti*, zlasti metode vzpostavljanja in vzdrževanja interakcij, tehnike obvladovanja konfliktov, imaginacije in tehnike *kognitivnega restrukturiranja*, vključno s soočanjem o pomanjkanju dokazov za njihove izkrivljene percepcije.

Hiperkinetična motnja

Impulzivni, nemirni otroci (ki jih po mednarodnih klasifikacijah bolezni ICD 10 in DSM IV lahko uvrstimo v kategorijo otrok s hiperkinetično motnjo oziroma motnjo pozornosti s hiperaktivnostjo ali brez nje) pogosto reagirajo brez premisleka, težave imajo (Barkley, 1998) predvsem z

- vzdrževanjem pozornosti in vztrajnosti,
- inhibicijsko kontrolo
- s prilagajanjem stopnje vznemirjenosti določeni nalogi ali zahtevam situacije.

To se kaže v njihovem hitrem delovanju brez premisleka, pomanjkljivosti pri reševanju problemov zlasti zaradi pomanjkanja predvidevanja in načrtovanja, v prilagajanju vedenja in samoregulaciji. Otroci z motnajmi pozornosti in hiperaktivnosti ne zmorejo kognitivno predelati lastnega vedenja, se ustaviti, pogledati, prisluhni. Zato je terapija otrok s hiperkinetično motnjo usmerjena predvsem na izgradnjo samonadzora, pri čemer je glavni poudarek na kognitivnih procesih (reševanje problemov in predvidevanje posledic svojih dejanj) kot tudi na samoopazovanju vedenja.

Prikaz primera kombiniranja vedenjskih in kognitivnih tehnik pri vodenju skupine nemirnih otrok

V obravnavi nemirnih otrok se običajno uporabljajo različne vedenjske in kognitivne tehnike, ki se med seboj kombinirajo, dopolnjujejo in individualizirajo. Poudarek vedenjskega dela terapije je, da se s pomočjo zunanjih kriterijev vpliva na otrokovo vedenje (jasna navodila, pravila, posledice, doslednost vzgojnih postopkov, pogojevanje). Kognitivni del pa je usmerjen v vzpostavitev otrokove notranje kontrole. Za razvoj samokontrole in uspešnega reševanja različnih življenjskih problemov se skuša vzpodbujati naslednjih šest splošnih veščin (Anić, 1990):

1. določanje problema,
2. pristop k problemu,

3. usmerjanje pozornosti,
4. predpostavke o možnih načinih obvladovanja težav,
5. prepoznavanje in popravki napak v reševanju,
6. samopodkrepitev.

Princip dela v skupini nemirnih otrok, ki jo vsako šolsko leto vodim v Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše, temelji na naslednjih vedenjskih in kognitivnih tehnikah:

1. Reševanje problemov.
2. Kognitivno modeliranje.
3. Samoinštrukcije.
4. Tehnike podkrepljevanja:
 - samopodkrepljevanje,
 - nagrajevanje - žetoniranje.

Tehnika samoinštrukcij je zasnovana na verbalni mediaciji – uporabi govora kot notranjega (internaliziranega) regulatorja in orodja mišljenja. Tehnika tako razvija zavestno in kontrolirano usmerjanje notranjega govora pri sistematičnem reševanju problemov, saj temelji na prepričanju, da so emocije in vedenje pod vplivom notranjega govora, ki se v človeku internalizira med razvojem, predvsem na osnovi lastnih izkušenj in povratnih informacij okolja.

Raziskave (Camp, Blom, Herbert in van Dorninck, 1981; Kendall in Braswell, 1985) kažejo, da je učenje glasne verbalizacije inhibicijskih navodil lahko učinkovito že v predšolskem obdobju. Ugotovili so, da otroci že takrat svoje naloge ob motečih pogojih rešujejo uspešneje, če uporabljajo naučene samoinštrukcije (navodila samemu sebi), s pomočjo katerih se vodijo skozi posamezne stopnje reševanja. Copeland (cit. po Goldstein in Goldstein, 1989) je na osnovi Kohlbergejeve klasifikacije opravila raziskavo o zasebnem govorjenju šestnajstih hiperaktivnih in nehiperaktivnih dečkov pri prosti igri. Ugotovila je, da hiperaktivni dečki govorijo več kot nehiperaktivni in uporabljajo več vzklikov in opisov, ki se nanašajo na okolje in nase, ne pa na samo izvajanje in načrtovanje svojih dejanj. Avtorica predpostavlja določen generalni oziroma specifični kognitivni zaostanek pri hiperaktivnih dečkih. Camp ugotavlja (Camp in dr., 1981) visoke razlike v kognitivnem modelu tudi pri agresivnih in neagresivnih dečkih. Ugotavlja, da agresivni dečki kažejo pomembnejše hitrejše reagiranje, več irelevantnih komentarjev med delom, reševanjem nalog, nižje dosežke na WISC-u, vendar poudarja, da to ni glavni kriterij za razlikovanje med agresivnimi in neagresivnimi otroci.

Prve terapevtske programe, zasnovane na samoinštrukcijah, sta izdelala Meichenbaum in Goldfried (Meichenbaum, 1977) in so bili namenjeni impulzivnim otrokom. Ugotovila sta, da je trening s tehnikami samoinštrukcij pomembno izboljšal učinkovitost impulzivnih otrok pri reševanju raznovrstnih nalog. Njuni programi so

imeli naslednje cilje:

- usposobiti impulzivne otroke, da bi uporabljali verbalna samonavodila in da bi nanje pravilno reagirali;
- izboljšati druge posredne veščine za uporabo notranjega govora, ki pripomorejo h kontroliranju vedenja;
- odpraviti pomanjkljivosti v razumevanju situacij;
- vzpodbujati otroke k samopodkrepljevanju za primerno vedenje.

V programih se uporabljajo samoinstrukcije, ki vsebujejo naslednje elemente (Anić, 1990):

- vprašanja o naravi in zahtevah naloge,
- odgovore na vprašanja v obliki kognitivne vaje,
- samonavodila v obliki vodenja skozi vsako stopnjo izvrševanja naloge,
- samopodkrepitev.

Pri tem tehnike samoinstrukcij že vključujejo tudi *tehniko reševanja problemov*, ki sta jo avtorja – D’Zurilla in Goldfried (cit. po Anić, 1990) definirala kot *usposabljanje otroka, da postane sam svoj terapevt*. Tehnika uči sistematičen, strukturiran pristop k reševanju različnih problemov, tako kognitivnih kot socialnih oz. medosebnih. Problem tako predstavlja situacijo, na katero se je treba odzvati in jo rešiti. Pri tem je pomembno, da se:

- problem prepozna, definira, formulira;
- osredotoči na možne rešitve, pri čemer se vzpodbuja k iskanju večih možnih poti in k predvidevanju posledic posameznih možnosti;
- odloči za najboljšo možnost;
- izbrana rešitev preveri.

Tehnika reševanja problemov je ključni element v večini vedenjskih in kognitivnih intervenc.

Ob tehnikah samoinstrukcij in reševanja problemov se uporablja še *tehnika modeliranja oziroma učenja po modelu* (Bandura, 1969), ko voditelj predstavlja otrokom model, ki se sooča z določenim problemom. Ob tem glasno verbalizira svoja razmišljanja, dileme in odločitve (s čimer otroku demonstrira svoje kognitivno procesiranje) ob seveda sistematičnem reševanju nalog. Pri tem je pomembno, da model otroka ne uči neposredno, ampak mu samo pokaže kakšno od možnih poti skozi nalogo. Hkrati se namensko sooča z ovirami, spodrsaljaji, frustracijami in se skuša uspešno spoprijemati z njimi - tako otroku kaže možne “coping” strategije.

Hkrati se uporabljajo tudi *tehnike podkrepljevanja*, ki so pomembne za utrjevanje in ohranjanje na novo naučenega pristopa. Pomembne so zlasti za učenje

otrokovega samonagrajevanja - vzbujanja občutkov zadovoljstva ob uspehu, kar stopnjuje otrokovo samozaupanje, samoučinkovitost, motiviranost in pozitivno samopodobo.

Tehnike reševanja problemov, modeliranja in samoinštrukcij se v skupini kombinirajo in postopoma izvajajo v več fazah:

1. Model (terapevt) najprej samostojno rešuje nalogo, glasno verbalizira, otrok ga opazuje. Ob tem demonstrira tehniko reševanja problemov, ki se odvija v večih stopnjah:
 - definiranje problema ("Kaj je moj problem, naloga?", "Kaj moram narediti?");
 - iskanje več možnih rešitev ("Kako lahko to naredim?", ki je v začetnih fazah usmerjeno predvsem v produciranje večih možnih rešitev, kasneje pa tudi v vrednotenje posameznih alternativ in v izbor najboljše rešitve - načrt);
 - vodenje skozi reševanje ("Ali delam po načrtu?", "Nič drugega ni pomembno", verbalizacija postopkov izvajanja);
 - samovrednotenje ("Kako mi je šlo?").
2. Otrok rešuje isto nalogo, model ga glasno usmerja.
3. Otrok glasno daje navodila sam sebi in rešuje nalogo ob upoštevanju sistematičnega pristopa.
4. Otrok rešuje nalogo ob šepetanju navodil.
5. Otrok rešuje nalogo molče, ob tem pa uporablja notranji govor.

Ta proces je dolgotrajen, uči se ga postopoma. Otroci v posameznih fazah potrebujejo veliko vaje in utrjevanja ter čimveč prenosa v vsakodnevne domače in šolske situacije.

Literatura

- Anić, N. (1990). *Praktikum iz kognitivne i bihevioralne terepije III [Handbook of cognitive-behavioral therapy III]*. Zagreb: Društvo psihologa Hrvatske.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart, Winston.
- Barkley, R.A. (1998). *Attention-deficit disorder: a handbook for diagnoses and treatment*. New York: Guilford Press.
- Camp, B.W., Blom, G., Herbert, F. in van Dorninck, W. (1977). Think aloud: A program for developing self-control in young aggressive boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 5, 157-168.
- Carr, A. (1998). *The handbook of child and adolescent clinical psychology*. London: Routledge.
- Douglas, V.I. in Peters, K.G. (1979). *Toward a clearer definition of the attention deficit of*

- hyperactive children: Attentional and the development of cognitive skills*. New York: Plenum Press.
- Goldstein, S. in Goldstein, M. (1989). *Managing attention disorders in children*. New York: Wiley.
- Kendall, P.C. (1993). Cognitive-behavioral therapies with youth: Guiding theory, current status, and emerging developments, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (2), 235-247.
- Kendall, P.C. in Braswell, L. (1985). *Cognitive-behavioral therapy for impulsive children*, New York: Guilford Press.
- Mahoney, M.J. (1977). Some applied issues in self-monitoring. V J.D. Cone in R.P. Hawkins (ur.), *Behavioral assesment: New direction in clinical psychology* (str. 245-254). New York: Brunner/Mazel.
- Maichenbaum, D. (1977). *Cognitive behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press.