

שליטה עצמית כהתערבות לגמילה מהרטבת לילה

תמי רונן, יוחנן וזנר וג'ורא רהבי

המאמר עוסק בבדיקת יעילותו של טיפול קוגניטיבי כדרך לגמילה מהרטבת לילה בקרב ילדים. טופלו 77 ילדים בני 7-12 שנים שסבלו מהרטבת לילה ראשונית בשכיחות של 6-7 לילות בשבוע ולא היה גורם רפואי להרטבתם. הילדים חולקו לארבע קבוצות: שלוש קבוצות טיפול (פעמון מעורר, אסימונים וטיפול קוגניטיבי) וקבוצת ביקורת אחת. יעילות הטיפול נקבעה על-פי אחוז הגמילה, משך הטיפול, קצב השינוי, שכיחות ההרטבה, אחוז הנשירה מהטיפול ואחוז הנסיגה לאחר הגמילה. הממצאים מורים, שהטיפול הקוגניטיבי דומה לטיפול בפעמון מעורר באחוז הגמילה ובמשך הטיפול, אך עדיף עליו במשתנים אחרים — באחוז הנשירה ובאחוז הנסיגה.

מבוא

הרטבת לילה היא תופעה נפוצה בקרב ילדים ובני נוער (Doleys, 1979), ומחקרים רבים עוסקים בבדיקת יעילותן של השיטות השונות לטיפול בה — פעמון מעורר (Mowrer & Mowrer, 1938), כלכלת אסימונים (Azrin, Sneed & Foxx, 1974; Taylor & Foxx, 1985), תרגילי התאפקות שיטתיים (Hallman, 1950) אימון למיטה יבשה (Azrin & Thiens, 1978) ושיטות רבות נוספות.

כל השיטות נמצאו יעילות להפחתת ההרטבה, אך לכולן גם חסרונות: (1) על-אף אחוזי הגמילה הגבוהים בקרב מסיימי הטיפול, קיימת נשירה בזמן הטיפול (11%-13%). (2) אצל רבים ממסיימי הטיפול (13%-50%) חלה לאחר זמן נסיגה (Azrin, Sneed & Foxx, 1974; Taylor & Turner, 1975). ליקויים אלה בשיטות ההתערבות המקובלות העלו את הצורך, לפתח שיטת התערבות חדשה ויעילה יותר. לשם כך פותחה חבילת התערבות, שתכליתה להקנות לילדים מרטיבים שליטה עצמית (רונן וזנר, בדפוס). ההתערבות מבוססת על התיאוריה ההתנהגותית-קוגניטיבית. בשנות השבעים חלה,

* ד"ר תמי רונן, היא מרצה בבית הספר לעבודה סוציאלית, על-שם בוב שאפל באוניברסיטת תל-אביב. ד"ר יוחנן וזנר ופרופ' ג'ורא רהבי הם מרצים בכירים באותו בית-ספר.

אמנם, התפתחות משמעותית ביישום טכניקות קוגניטיביות לשינוי התנהגות, אך הדבר נעשה בעיקר כשהיה צורך לפתח שליטה עצמית אצל מבוגרים (Beck, 1967; Ellis, 1962; Karoly & Kanfer, 1982; Rosenbaum, 1983), וכתחום הטיפול בילדים היישום היה מוגבל והצטמצם לקשת צרה של תגובות שליטה. בעוד שבטיפול במבוגרים נעשה נסיון, לפתור בעיה כוללת, כגון: חרדה, דיכאון או בעיות מין, הרי אצל ילדים טיפלו בדרך-כלל, רק במרכיב אחד ספציפי של ההתנהגות, כגון: התנהגות אימפולסיבית והיפראקטיבית בזמן מילוי מטלות בבית-הספר (Heins, Lioyd & Hallman, 1986). יעדים מקובלים אחרים בטיפול בילדים הם דפוסי התנהגות אינסטרומנטליים, כגון: הצבת מטרת (Nellans & Isroler, 1981), שימוש בטכניקות של פתרון בעיות (Chase & Clement, 1985; Stevenson & Fantuzzo, 1986), ושימוש בהוראות עצמיות (Kendall & Holland, 1979; Meichenbaum, 1979).

ההתערבות

המחקר הנוכחי עוסק ביישום שיטתי של טיפול התנהגותי-קוגניטיבי לפתרון בעיית הרטבת לילה של ילדים, ובודק את יעילותו.

בהתערבות חמישה שלבים (רונן ווחנר, בדפוס):

א. שינוי מושגים לא מותאמים

בהתבססנו על עבודותיו של אליס (Ellis, 1962), אנו מניחים, שחלק ממצוקותיו של האדם נובעות לא מבעיה אובייקטיבית כלשהי אלא מהערכה ופירוש סובייקטיביים למצבים שהוא נמצא בהם. פירוש לא רציונלי עלול לעורר רגשות שליליים וכתוצאה מכך דפוסי התנהגות לא רצויים (Ellis, 1962; Mahoney, 1974). בשלב זה המטרה היא להביא את המטופל לידי הבנה, שהוא האחראי להרטבה, ולכן גם הגמילה תלויה בו.

ב. ניתוח רציונלי של התופעה

מטרת השלב הזה, להסביר למטופל את תהליך התרחשות הבעיה — את הקשר שבין המוח לגוף ואת האפשרות להפוך תהליכים אוטומטיים, שאינם מתווכים על-ידי מערכת העצבים המרכזית, לתהליכים מתווכים. ההנחה היא, שכל מהמטופל מבין טוב יותר את המתרחש בגופו קל לו יותר, לקבל שהוא תורם להיווצרות הבעיה ולשנות את דרך ההתמודדות איתה (Mahoney & Thoresen, 1974). בשלב זה לומד המטופל, להבין את הקשר שבין שתייה לבין התרוקנות השלפוחית, את מקומו של המוח בתהליך הזה, ואת יכולתו להתערב ולשנות "פקודות", שמעביר המוח לגוף.

ג. פיתוח רגישות לגירויים פנימיים

על-ידי פיתוח הרגישות בדרך של זיהוי סימנים מוקדמים, ריכוז תשומת הלב בגירוי עצמו, ושימוש כדמיון, לומד המטופל לשלוט בתגובותיו השונות (Rodin, 1982). בשלב זה הוא לומד, לזהות את הלחץ בשלפוחית השתן ולהגביר את יכולתו להתאפק.

- ד. פיתוח שליטה עצמית
 המטופל לומד, לתרגל שליטה עצמית באמצעות שימוש במיומנויות, כמו: דמיון, ריכוז והוראות עצמיות (Copeland, 1982). הוא מתרגל שליטה בהתנהגויות שונות בחיי היום יום ולאחר-מכן הוא מגסה להפעיל מיומנויות אלו גם בתחום ההרטבה.
- ה. שימוש בתצפית הערכה וחיזוק עצמיים
 במהלך הטיפול לומד הילד, להשתמש במיומנויות של תצפית, הערכה וחיזוק עצמיים (Kanfer, 1980). הוא לומד להציב מטרות להתקדמותו, להעריך את הישגיו ולחזק את עצמו.

מהלך המחקר

נבדקים

המחקר התקיים בשירות קהילתי לבריאות נפש במרכז הארץ, וכל הילדים, שפנו לטיפול באותה שנה בשל הרטבה (100 במספר) הוזמנו לטיפול.

הילדים הוזמנו לריאיון ראשון כמקובל בשירות, ובעקבותיו הוצאו מהמדגם 23 ילדים — 3 בשל בעיות רפואיות בדרכי השתן, 5 בשל בעיות התפתחותיות שונות, 15 בשל גילם הצעיר — פחות מ-7 שנים.

המדגם הסופי כלל אפוא 77 ילדים בני 7–12 שנים (והגיל הממוצע — 10.4), מחציתם בנים ומחציתם בנות, וכולם בנים למשפחות עירוניות ממעמד סוציו-אקונומי בינוני במרכז הארץ.

כל הילדים סבלו מהרטבת לילה ראשונית (כלומר, הרטיבו ברציפות מיום לידתם) בתדירות של 6–7 לילות בשבוע, ולא אובחן אצלם כל גורם אורגני לתופעה.

באמצעות שאלון שליטה עצמית לילדים (Rosenbaum & Ronen, 1990) נמצא, שכל הילדים היו בעלי שליטה עצמית נמוכה. ממוצע השליטה העצמית היה נמוך, שלילי ונע בין 12.22– ל-3.15. ממוצע זה נמוך מממוצע השליטה העצמית של הילדים, שלא הרפנו לטיפול, שעמד על 9.09. הפער מובהק ברמה של $p \leq 0.05$.

הילדים חולקו ל-4 קבוצות לפי סדר פנייתם לשירות. כלומר, הילד הראשון הופנה לטיפול קוגניטיבי, השני לפעמון, השלישי לכלכלת אסימונים, הרביעי לקבוצת ביקורת וחזור חלילה. ניתוחי שונות, אשר השוו בין הנתונים הסוציו-דמוגרפיים של 4 הקבוצות, לא מצאו פערים מובהקים בכל המשתנים הקשורים לילד: גיל, שכיחות הרטבה ורמת השליטה העצמית.

מערך המחקר

המחקר השווה את יעילותן היחסית של 3 שיטות טיפוליות (פעמון, אסימונים וטיפול קוגניטיבי) ושל קבוצת ביקורת, שלא קיבלה כל טיפול. שלבי המחקר היו:

קו בסיס — שלושה שבועות ללא התערבות, מלבד מעקב אחר שכיחות ההרטבה. התערבות — הפעלת שיטת ההתערבות במשך תקופה של עד 24 שבועות.

סיום טיפול — מפגש מסכם בסוף הטיפול.
מעקב — בדיקה, שנערכה 6-12 חודשים לאחר סיום הטיפול.

איסוף פרטים

במפגש הראשון מילאו ההורים והילד שאלון פרטים ראשוניים ושאלון שליטה עצמית לילדים, ונשלחו הביתה לשלושה שבועות, ששימשו כקו בסיס. קבוצת הביקורת התבקשה להמתין שלושה חודשים לתחילת הטיפול — פרק ההמתנה המקובל כשירות שבו בוצע המחקר.

ילדי קבוצות הטיפול החזמו לפגישה לאחר תום תקופת קו הבסיס, ובמפגש נמסר להם, מהו סוג הטיפול שיקבלו. במהלך הטיפול מילאו הילדים וההורים דף מעקב יומי ומסרו אותו מדי שבוע למטפל. הרישום נמשך גם בתקופת המעקב. במפגש האחרון מילאו הילדים שאלון שליטה עצמית שני.

קריטריונים להשוואה

נקבעו שישה קריטריונים, להערכת תוצאות ההתערבות: ירידה בשכיחות ההרטבה, קצב הירידה, משך הטיפול, אחוז הגשירה מהטיפול ואחוז הנסיגה לאחר סיום הטיפול. לצורך ההשוואות נקבעו מספר הגדרות:

גמילה: מטופל נחשב יבש, אם במשך שלושה שבועות ברציפות לא היתה לו אף הרטבה אחת;

שיפור משמעותי: המטופל הפחית את שכיחות ההרטבה למקסימום, שאינו עולה על פעמיים בשבוע;

נשירה: הפסקת הטיפול אף שלא הופסקה ההרטבה;

אין שינוי: לא חל שיפור בשכיחות ההרטבות או שהשינוי לא הגיע לידי "שיפור משמעותי".

שיטות הטיפול

כלכלת אסימונים: הורי הילדים שבקבוצה זו למדו, כיצד לחזק את הילד בעזרת מדבקות שיינתנו לו בכל בוקר, שהילד קם יבש. כמו כן נקבעה רשימת חיזוקים, שיוכל הילד לקבל כתמורה למדבקות שאסף (Azrin, Sneed & Foxx, 1974; Foxx, 1985).

פעמון מעורר: ההורים והילד קיבלו פעמון מעורר (Bell & Pad) והודרכו, כיצד להשתמש בו. על הילד הוטלה החובה, לחבר את הפעמון מדי לילה. אם הרטיב, צלצל הפעמון, ואז נאלץ הילד להתעורר, לעצור את זרם השתן, לנתק את המכשיר, לקום לשירותים, להתפנות, לחזור לחדרו, להחליף מצעים, לחבר מחדש את המכשיר ולשכב לישון. הפעלת הפעמון היתה עקבית וקבועה מדי לילה במשך כל הטיפול (Deleon, 1985; Mowrer & Mowrer, 1938).

טיפול התנהגותי-קוגניטיבי: ההורים והילד למדו את חמשת המרכיבים העיקריים (כפי שהוזכרו במבנה תכנית ההתערבות), ותרגלו מרכיבים אלו במפגש שבועי עם המטפל.

ממצאים

א. ירידה בשכיחות ההרטבה

לוח 1 מציג באיזו מידה הצטמצמה ההרטבה בכל אחת מקבוצות הניסוי. בכל קבוצת טיפול הצטמצמה ההרטבה כמידה ניכרת (יותר מ-70% מן הנבדקים). בקבוצת הביקורת לא חל שיפור אצל אף אחד מן הנבדקים. כלומר בתוך שלושה חודשים, הסתיים הטיפול בהצלחה, אצל מרבית המטופלים, ולא היו הבדלים ניכרים בין קבוצות הטיפול השונות.

לוח 2 מציג את ההפרש הממוצע בין מספר הלילות היבשים בשלושת השבועות של קו הבסיס לבין מספר הלילות היבשים בשלושת השבועות האחרונים לטיפול. כאן בולט מאוד ההבדל בין השינוי הקטן, שחל בקבוצת הביקורת (עלייה של 0.75 לילות יבשים בממוצע) לבין השינויים, שחלו בשלוש קבוצות הטיפול (עלייה ממוצעת של 15-19 לילות יבשים). כלומר בכל מקרה, עדיף טיפול על פני המתנה ללא טיפול.

ב. קצב הירידה

קצב הירידה בשכיחות ההרטבה מוצג בתרשים 1, המראה את ממוצע שכיחות ההרטבה בכל שבוע בכל אחת מן הקבוצות. אפשר להבחין בשיפור הניכר, שחל בקבוצת הטיפול הקוגניטיבי כבר לאחר השבוע הראשון לטיפול. גם בקבוצת האסימונים חל בהתחלה

לוח 1: תוצאות הטיפול לפי הקבוצות השונות (באחוזים)

הקבוצה	נגמלו	חל שיפור		לא חל כל	
		משמעותי	שיפור	נשרו	אחוזים
טיפול קוגניטיבי	75	15	0	10	100
פעמון	63	16	0	21	100
אסימונים	30	40	0	30	100
ביקורת	0	0	89	11	100

$$X^2 = 89.906$$

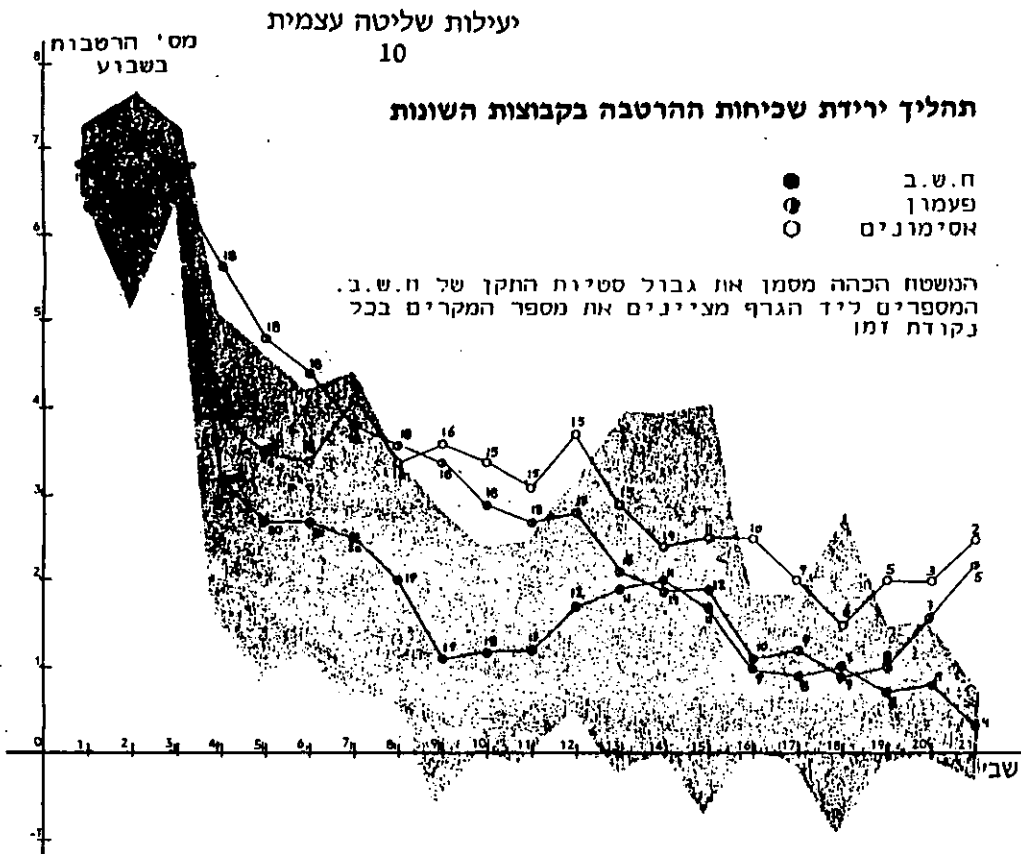
$$df = 21$$

$$p \leq .001$$

לוח 2: ניתוח שונות של ההפרש שבין שכיחות ההרטבה בשלושת השבועות האחרונים לטיפול ובין שכיחותה בשלושת השבועות של קו הבסיס

הקבוצה	ממצע ההפרש	סטיית תקן	N
טיפול קוגניטיבי	18.77	3.73	18
פעמון	18.80	2.45	15
אסימונים	15.07	4.96	14
ביקורת	.75	3.49	16

$\chi^2 = 84.8$ $df = 3$ $p \leq .001$



שיפור מהיר, אך הוא נוטרל על ידי הנסיגה, שחלה אחר-כך. את קבוצת הפעמון יאפינו שיפור ונסיגה, שהתחלפו לסירוגין במהלך כל הטיפול.

ג. הנשירה מטיפול

נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות מבחינת אחוז הנשירה מן הטיפול (ראה לוח 1 לעיל). הנשירה הגבוהה ביותר היתה בקבוצת האסימונים (30%) אחריה באה קבוצת הפעמון (21%) ואילו בקבוצה הקוגניטיבית אחוז הנשירה היה הנמוך ביותר (10% $p \leq .001$).

ד. שינוי בשליטה העצמית

השערתנו היתה, שכמות ההרטבה תפחת עם העלייה בשליטה העצמית, ולכן נבדקה השליטה העצמית ונערכה השוואה בין הקבוצות. לוח 3 מציג את השינוי בשליטה העצמית, שחל בקבוצות השונות.

השינוי ברמת השליטה העצמית של הילדים, שחל בעקבות הטיפול, נבדק במבחן t , שהשווה את השליטה העצמית לפני הטיפול ובסיומו. נמצא, שהילדים בכל ארבעת הקבוצות (כולל קבוצת הביקורת!) עלו ברמת השליטה העצמית שלהם.

בקבוצת הפעמון, האסימונים והביקורת היתה עלייה מובהקת ברמת השליטה העצמית, אך הציון נשאר נמוך, ואילו בקבוצת הטיפול הקוגניטיבי חל שינוי גדול ביותר. הילדים בקבוצה זו הגיעו לציון שליטה עצמית חיובי, שהיה אף גבוה מציון, שנמצא אצל ילדים נורמליים ללא פתולוגיה (Rosenbaum & Ronene, 1990).

ההבדל בין הקבוצות ברמת השליטה העצמית נבדק באמצעות ניתוח שונות, ונמצא ביניהן פער מובהק ($F = 12.9$ $df=3$ $x^2=1071.475$ $p \leq .001$).

לוח 3: השינוי בציוני השליטה העצמית בעקבות הטיפול (מבחני t)

מובהקות t	סטיית תקן	הגידול בשליטה	שליטה אחרי	שליטה לפני	N	הקבוצה
.001	13.36	21.53	-17.82	- 3.70	17	טיפול קוגניטיבי
.002	6.09	5.16	- 1.00	- 6.16	18	פעמון
.008	5.22	4.13	-8.73	-12.86	15	אסימונים
.003	9.28	8.85	-1.64	-10.13	14	ביקורת

שישה עד שנים-עשר חודשים, לאחר סיום הטיפול נערכה פגישת מעקב, אך לצורך ההשוואה נלקחו בחשבון רק ששת חודשי המעקב הראשונים. לצורך הניתוח נקבעו הקריטריונים הבאים:

- לא הרטיבו — ילדים שלא הרטיבו יותר מפעמיים בתקופה זו.
- הרטיבו מעט — ילדים שלא הרטיבו יותר מפעם בשבוע.
- הרטיבו הרבה — ילדים שהרטיבו בקביעות יותר מפעם בשבוע.

בקבוצת הטיפול הקוגניטיבי, היתה רמת ההרטבה בתקופת המעקב נמוכה ביותר. רק כ-15% מהילדים בקבוצה זו יותר מפעמיים, לעומת כ-60% בשתי הקבוצות האחרות ($\chi^2 = 16.835, p \leq .05$). לוח 4 מציג את אחוז המרטיבים בתקופת המעקב בקבוצות השונות. כדי לוודא, שהדיווחים מהימנים נלקחו בחשבון אך ורק הדיווחים של הילדים, שמילאו את דפי המעקב באופן קבוע ושהוריהם אישרו את נכונות דיווחיהם. דיווחים שמולאו באופן חלקי בלבד (רק מקצת הפרטים הרשומים בדף המעקב, או רק חלק מתקופת המעקב) לא נלקחו בחשבון. לכן, המדגם בניתוח זה קטן יותר ואינו כולל את כל הילדים, שהשתתפו במחקר.

לוח 4: שכיחות ההרטבה בתקופת המעקב (באחוזים)

הקבוצה	לא הרטיבו	הרטיבו מעט	הרטיבו הרבה	בסך-הכול	
				N	באחוזים
טיפול קוגניטיבי	84.6	7.7	7.7	100	13
פעמון	40.0	60.0	0	100	10
אסימונים	40.0	60.0	0	100	10

דיון ומסקנות

השוואת הטיפול הקוגניטיבי לגמילת ילדים מהרטבת לילה עם קבוצת הביקורת מעידה, שהשיטה יעילה. על מידת היעילות מצביעה ההשוואה לקבוצת הטיפול האחרות, במיוחד לקבוצת הפעמון, המוכרת מהספרות המקצועית כיעילה לטיפול בתופעה. בהשוואה נמצא, שלעניין אחוז הגמילה ומשך הטיפול, הטיפול הקוגניטיבי יעיל כמו הטיפול בפעמון, יכולה להחשב לשיטה אפקטיבית. ואולם ייתודו של הטיפול הקוגניטיבי אינו באחוז הגמילה אלא בשני מרכיבים אחרים: אחוז הנשירה ואחוז הנסיגה.

אחוזי הנשירה והנסיגה הגבוהים, הקיימים בטיפול בהרטבה (כ-30%) (Azrin & Thiens, 1978; Young & Morgan, 1972) הביאו לנסיגות, לפתח מודלים טיפוליים המתאימים לילדים, שנסוגו לאחר גמילה. מערך חיזוק חלקי הצליח, להפחית את

הנסיגה ל-25% (Finley et al., 1973; Taylor & Turner, 1975), מודל של לימוד יתר (over-learning) הפחית את הנסיגה ל-23% (Taylor & Turner, 1975). שיטות אחרות כמו אימון מחדש (Sack & DeLeon, 1983) ואימון למיטה יבשה לא הצליחו להפחית את אחוז הנסיגה באותה מידה כמו שיטת הטיפול הקוגניטיבי, אשר הוצגה במחקר הנוכחי (15.4%).

הטיפול הקוגניטיבי זול יותר מטיפולים אחרים, שכן אינו מצריך מכשור מיוחד ואינו מפריע לסדר יומו הרגיל של הילד. להיפך, הטיפול מגביר את סקרנותו של הילד, מעורר בו עניין ורצון לשתף פעולה. נראה, שבתנאים אלו יש להעדיף את הטיפול הקוגניטיבי על פני טיפולים אחרים.

מסקנה נוספת – הטיפול הקוגניטיבי נמצא עדיין בראשית התפתחותו, עשוי להיות יעיל בטיפול בילדים. עד כה נהוג היה לראות בשיטות הלא מילוליות (ציור, מוסיקה, משחק, תנועה) דרכים עיקריות לטיפול בילדים, על אף שלא הוכחו את יעילותן (Kazdin, 1988). ממצאי מחקר זה הם תומכים בממצאיהם של קנדל ובראסוול (Kendall & Braswell, 1982) ובעבודותיו של מייכנבאום (Meichenbaum, 1979), הממליצים לפתח אצל ילדים טכניקות להתערבות קוגניטיבית.

המחקר מעלה גם שאלה תיאורטית מעניינת: האם ליקוי בתפקוד הקוגניטיבי הוא שגרם להופעת הבעיה – שאלה זו מתעוררת לאור הממצאים, המצביעים על האפשרות, שהשינוי הקוגניטיבי פתר בעיה התנהגותית. אם יתברר שאכן זה המצב (יהיה צורך, לבדוק טענה זו במחקרים נוספים), נפתח כאן פתח לפעולות משמעותיות, שעשויות לצמצם את הופעת הבעיה.

מקורות

- רוזן, ת. וחוזר, י. (ברפוס). פיתוח חבילת התערבות להקניית מיומנויות של שליטה עצמית לילדים מרטיבים. שיחות.
- Azrin, N.H., Sneed, T.J. & Fox, R.M. (1974). Rapid elimination of childhood enuresis. *Behavior Research and Therapy*, 12, 147-156.
- Azrin, N.H. & Thienes, P.M. (1978). Rapid elimination of enuresis by intensive learning without a conditioning apparatus. *Behavior Therapy*, 9, 342-354.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Chase, S.N. & Clement, P.W. (1985). Effect of self-reinforcement and stimulations on academic performance in children with attention deficit disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 14, 323-333.
- Copeland, A.P. (1982). Individual difference factors in children's self-management: Toward individualized treatment. In P. Karoly, F.H. Danfer (Eds.), *Self management and behavior change. From theory to practice*. Pergamon General Psychology Series.
- DeLeon, G. (1985). Conditioning functional enuresis. Follow up after retraining. *Behaviour Research & Therapy*, 21(6), 693-694.
- Doleys, D.M. (1979). Assessment and treatment of childhood enuresis. *Child Behavior*, 9, 207-233.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Stuart.

- Finley, W.W., Besserman, R.L., Bennitt, I.F., Clapp, R.K. & Finley, P.M. (1973). The effect of continuous intermittent and 'placebo' reinforcement on the effectiveness of the conditioning treatment for enuresis nocturna. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 289-297.
- Foxx, R.M. (1985). The successful treatment of diurnal and nocturnal enuresis. *Child and Family Behavior Therapy*, 7(3), 39-47.
- Hallman, N. (1950). On the ability of enuretic children to hold urine. *Acta Paediatrica*, 39, 87-93.
- Heins, E.D., Lloyd, J.W. & Hallaham, D.P. (1986). Cues and noncued self-recording of attention to task. *Behavior Modification*, 10, 235-254.
- Kanfer, F.H. (1980). Self management methods. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change*. Pergamon Press.
- Karoly, P. & Kanfer, F.H. (1982). *Self management and behavior change: From theory to practice*. Pergamon Press, inc.
- Kazdin, A.E. (1988). *Child psychotherapy: Developing and identifying effective treatments*. New York: Pergamon Press.
- Kendall, P.C. & Braswell, L. (1982). Cognitive Behavioral self control therapy for children: A component analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 672-689.
- Kendall, P.C. & Holland, S.D. (Ed.) (1979). *Cognitive behavioral intervention: Theory, research and procedures*. New York: Academic Press.
- Mahoney, M.J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, Mass.: Ballinger Publishing Company.
- Mahoney, M.J. & Thoresen, C.E. (1974). *Self control: Power to the person*. California: Wadsworth Publication Company inc.
- Meichenbaum, D. (1979). Teaching children self control. In B. Lahey & A. Kazdin (Eds.), *Advances in child clinical psychology*, 2, New York: Plenum.
- Mowrer, O.H. & Mowrer, W.M. (1938). Enuresis: A method for its study and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 8, 436-459.
- Nellans, T.H. & Isroler, A.C. (1981). Towards maintenance and generalization fo behavior change. Teaching children self regulation and self instructional skills. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 185-195.
- Rodin, J. (1982). Biopsychosocial aspects on self-management. In P. Karoly & F.H. Kanfer (Eds.), *Self management and behavior change*. Pergamon Press.
- Rosenbaum, M. (1983). Learned resourcefulness as a behavioral repertoire for the self regulation of internal events: Issues and speculation. In M. Rosenbaum, C.M. Franks & Y. Jaffe (Eds.), *Perspectives on behavior therapy in the eighties*. New York: Springs.
- Rosenbaum, M. & Ronen, T. (1990). Developing a self control scale for children. A poster presented in the EABT, Paris.
- Sack, R. & DeLeon, G. (1983). Conditioning functional enuresis. Follow up after retraining. *Behaviour Research and therapy*, 21(6), 693-694.
- Stevenson, H.C. & Fantuzzo, J.W. (1986). The generality and social validity of a competency-based self control training intervention for underachieving students. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 19, 269-276.
- Taylor, P.D. & Turner, R.K. (1975). A clinical trial of continuous intermittent and overlearning 'bell and pad' treatment for nocturnal enuresis. *Behavior Research and Therapy*, 13, 281-293.
- Young, G.C. & Morgan, R.T.T. (1972). Overlearning in the conditioning treatment of enuresis. *Behavior Research and Therapy*, 10, 147-151.