

Trabalhando habilidades sociais sob a ótica da psicoterapia comportamental infantil em grupo

Simone Roballo¹

Joice Toledo²

RESUMO - O presente artigo tem como objetivo destacar a relevância do trabalho da Terapia Comportamental Infantil em grupo no que se refere ao desenvolvimento das habilidades sociais em crianças, a partir do relato de uma experiência desenvolvida no CENFOR-UniCEUB. Para tanto, inicialmente traz-se a definição de alguns autores sobre habilidades sociais e faz-se uma revisão dos aspectos que a literatura aponta como aspectos positivos da Terapia Comportamental em Grupo. Em seguida, relata um estudo de caso de atuação clínica de um grupo de crianças, na faixa etária de 5 a 8 anos, que consistiu das seguintes fases: diagnóstico, intervenções e avaliações. Os procedimentos utilizados foram as técnicas da terapia comportamental, mediação verbal e recursos lúdicos. Os resultados deste estudo apresentam consonância com os dados pesquisados na literatura: a terapia comportamental em grupo traz muitos benefícios no desenvolvimento de habilidades sociais.

Palavras-chave: habilidades sociais, psicoterapia comportamental, crianças.

Psicologia

Development of the social abilities in children by behavioral therapy in-group

ABSTRACT - The present article wants to enhance the importance of the Children Behavioral Therapy in-group due to the development of the social abilities in children, based on an experience done in CENFORUniCEUB. Therefore, in the beginning the study brings some definitions of some authors about social abilities as positive aspects of the Behavioral Therapy in-group. Then, the study has the description of a study of case happened in a clinic with children in group, the researched children were from 5 to 8 years old, and the study had the following steps: diagnosis, interventions and evaluations. The chosen procedures were based in techniques of behavioral therapy, verbal mediation and playing sources. The results of this study show resemblance with the researched items in literature: the behavioral therapy in-group brings benefic results to the social abilities.

Key-words: social abilities, behaviorial therapy, children.

1 Professora do curso de Psicologia - UniCEUB

2 Aluna-estagiária do CENFOR-UniCEUB

No auge de uma era globalizada, em que pessoas buscam apenas solucionar problemas de caráter imediatista, excluindo as soluções subjetivas, constata-se que os conflitos interpessoais se tornam cada vez mais devastadores, provocando a inadequação nas habilidades sociais e, conseqüentemente, uma sociedade mais violenta e sofrida.

As crises que resultam da instabilidade social podem promover medo, insegurança e outras emoções destrutivas que afetam as famílias e, conseqüentemente, o desenvolvimento infantil. A capacidade de autocontrolar-se, de tolerar frustrações, de persistir diante das dificuldades, de solucionar conflitos e manter uma auto-estima diante das adversidades adquire-se nos primeiros anos de vida. No entanto, há situações aversivas que invadem e desestabilizam inúmeras famílias, propiciando ambiente não favorável ao processo de desenvolvimento infantil, promovendo, assim, um aumento da procura de atendimento psicoterapêutico, pois os pais e as escolas não se sentem preparados para lidar com o aparecimento de comportamentos inadequados nas crianças.

Em virtude de todo este impacto nas sociedades e convivendo com crianças no contexto clínico do Centro de Formação de Psicólogos do UniCEUB – CENFOR/ UniCEUB – interessou-nos verificar a eficiência da terapia comportamental em grupo para desenvolver habilidades sociais em crianças. Além disso, partimos do princípio de que a eficiência deste estudo proporcionaria resultados satisfatórios como:

- uma grande parte da demanda de famílias que procura atendimentos psicoterapêuticos para as crianças, principalmente de classe social de baixa renda, seria atendida;
- os custos financeiros poderiam ser atenuados;
- trabalho em grupo facilitaria a aquisição de comportamentos sociais por parte das crianças;
- favoreceria a sistematização e a ampliação do conhecimento dentro dessa abordagem.

Além dos aspectos citados, alguns autores já destacam pontos positivos da psicoterapia em grupo, como Caballo (1999), Silvares (2000) e Prette & Prette (1999) que relatam que a psicoterapia em grupo favorece a interação entre as crianças num processo socializante, que propicia um contexto para análise de comportamentos de cooperação e resolução de problemas, no qual por meio do lúdico as soluções vão sendo encontradas para as necessidades de cada um dos participantes.

Quanto ao treinamento de habilidades sociais, Goldsmith e Mc Fall (in Caballo,

1999) apontam que a terapia teria como objetivo “incrementar a competência da atuação em situações críticas da vida” (pág. 366), ou ainda, segundo Curan (in Caballo, 1999) “seria uma tentativa direta e sistemática de ensinar estratégias e habilidades interpessoais aos indivíduos, com a intenção de melhorar sua competência interpessoal e individual nos tipos específicos de situações sociais” (pág. 367).

Mas o que seriam Habilidades Sociais? Caballo (1999) responde que existe uma grande dificuldade em definir o que é um comportamento socialmente habilidoso, pois quais seriam os parâmetros a serem utilizados para avaliar um comportamento explícito como assertivo? Meichenbaum, Butler e Grudson (in Caballo, 1999) relatam que, para se analisar o que define habilidades sociais, é imprescindível considerar um contexto cultural, sendo que os padrões de comunicação variam entre culturas e mesmo dentro de uma cultura, e são dependentes de fatores como idade, sexo, classe social e educação. Além disso, o grau de efetividade de uma pessoa dependerá do que pretende conseguir na situação particular em que se encontre.

Prette & Prette (1999) afirmam que “as habilidades sociais correspondem a um universo mais abrangente das relações interpessoais e se estendem para além da assertividade, incluindo as habilidades de comunicação, de resolução de problemas, de cooperação e aquelas próprias dos rituais sociais estabelecidas pela subcultura grupal” (pág. 29).

Portanto, para esses autores não pode haver um padrão único de habilidades sociais. Mas uma resposta pode ser considerada assertiva, quando a pessoa acredita ser apropriada para um indivíduo numa determinada situação. Da mesma forma não existe uma única maneira de agir *corretamente* para a situação específica. Ou seja, duas pessoas podem comportar-se de maneiras diferentes em uma mesma situação, ou a mesma pessoa em duas situações parecidas, e ambas serem consideradas com o mesmo grau de assertividade.

Pretendemos neste trabalho, a partir do relato de um estudo de caso, salientar a importância da Terapia Comportamental em grupo como um meio facilitador nesse processo de treinamento de habilidades sociais. É indispensável destacar que o objetivo da terapia, mesmo em grupo, se refere a cada caso individual, se valoriza e se busca alcançar os objetivos que cada cliente traz para a terapia. O grupo torna-se um elemento que acelera o aparecimento de comportamentos sociais e facilita a intervenção terapêutica que pode ser *in vivo*, assim como, muitas vezes, o próprio grupo também pode fazer o papel de co-terapeuta, tornar-se o grande interventor e o responsável pela modificação do comportamento de algumas crianças. No entanto, o terapeuta infantil que trabalha em grupo precisa ficar atento para não utilizar o grupo como parâmetro de avaliação, pois como já afirmamos

anteriormente, a resposta só pode ser considerada apropriada, levando-se em conta o próprio indivíduo.

O estudo de caso que passamos a relatar, foi trabalhado em sessões semanais de psicoterapia comportamental em grupo no CENFOR/UniCEUB. As sessões duravam em média uma hora e meia e o grupo era composto por quatro crianças, na faixa etária de cinco a oito anos de idade. Com os pais, as sessões de orientação eram feitas quinzenalmente.

O processo terapêutico pode ser dividido em três momentos: a sondagem de dados ou o psicodiagnóstico que se realiza entre sete e oito sessões, as intervenções clínicas com a família e a criança e a avaliação dos resultados obtidos. A avaliação ocorre em diversos momentos do trabalho terapêutico e não em ocasiões estanques. Ao mesmo tempo em que o terapeuta interage com o cliente em busca de informações, para que possa formular a análise funcional do caso, pode também estar propiciando alterações no contexto.

As atividades planejadas eram as mesmas para todas as crianças, respeitando, porém, os objetivos a serem alcançados por cada uma. Os materiais utilizados foram:

* Caixa Lúdica contendo brinquedos de vários tipos, classificados da seguinte forma:

- agressivos, como bonequinhos de guerra, espada, revólver, luvas de boxe, etc;
- projetivos como bonecas, família de fantoches, miniatura de móveis de casa, miniaturas de supermercado, objetos de beleza como batom, esmalte de unhas, brincos, colares, pentes e prendedores de cabelos;
- motores, como corda, peteca, bola, boliche, etc;
- musicais, como flauta, piano em miniatura, tambor, apito, viola, guitarra de brinquedo.

* Jogos de vitalização, como: pinote, jogo de argolas, cai não cai, superação, pega- pega batatinha, etc .

* Jogos cognitivos e de competição, como: jogo da memória, quebra-cabeça, soletrando, dominó, jogo de somar, etc .

* Atividades projetivas, como: colagem da família, desenhos de figuras humanas, jogo das expressões, dramatizações com família de bonecos de pano e fantoches.

Por meio das atividades o grupo vivenciava situações de cooperação, interdependência, responsabilidade e autodisciplina.

As sessões de grupo eram estruturadas em quatro momentos. No primeiro

momento se fazia uma rodinha para conversarmos a respeito de como as crianças haviam passado a semana, o que tinha acontecido de bom e do que não haviam gostado, como brigas na escola, broncas dos adultos, falta de atenção e afeto dos pais. Tal atividade tinha como objetivo, além de estimular o aspecto da linguagem, o relato coerente das situações e o incentivo do relato de sentimentos e da auto-avaliação do comportamento da criança, nas diversas situações, o que ela própria considerara adequado ou não e por que motivo.

No segundo momento, tínhamos como objetivo estimular a descontração, desenvoltura e interação e, para isso, normalmente utilizávamos um jogo que denominamos de vitalização. Nesse momento, eram combinadas com o grupo as atividades que estavam planejadas para aquela sessão, assim como eram ouvidas suas sugestões.

O terceiro momento destinava-se à realização de atividades projetivas, cognitivas, competitivas, ou seja, a realização de atividades que auxiliam as intervenções terapêuticas necessárias ao atingimento das metas estabelecidas, no planejamento terapêutico de cada criança.

O quarto e último momento se referia à avaliação da sessão terapêutica. As crianças eram estimuladas a avaliarem seus próprios comportamentos, os dos colegas e, também, os das terapeutas. Revelavam como se sentiram em determinadas situações, do que gostaram e não gostaram e levantavam sugestões de comportamentos alternativos que pudessem causar conseqüências mais positivas. Nesse processo, muitas vezes surgiam situações em que podiam reformular conceitos e a percepção das crianças quanto a si próprias ou a determinados fatos.

O Estudo de Caso

O caso que apresentamos é o de uma das crianças do grupo, R.A, cinco anos, sexo masculino, filho mais velho de uma prole de dois. Sua mãe, de 23 anos de idade, solteira, não morava com o pai de R.A. A criança morava com os avós maternos, mãe, irmão, tias e dois primos quase da mesma idade.

Na entrevista inicial, quando compareceram a mãe e a avó materna, além das queixas apresentadas sobre comportamentos de agressividade, desrespeito, birras e desobediência tanto em casa como na escola, obtivemos também dados a respeito da história de R.A.

A mãe de R.A tinha 18 anos quando engravidou e sempre morou com seus pais. Os avós maternos tiveram a responsabilidade de cuidar e educar as crianças. Para a mãe ficava o compromisso financeiro, como pagamento da escola, lanches e roupas. O pai de R.A. era vizinho, morando na mesma rua, porém não

tinha muito contato com o filho e nem participação em seu desenvolvimento. A relação entre os pais é conflituosa, pois a família da mãe não admite o fato de o pai nunca ter assumido responsabilidade alguma em relação aos filhos. R.A costumava ir à casa do pai, espontaneamente, com uma certa frequência, mas o pai nunca ia vê-lo ou buscá-lo para passear.

Durante toda a fase de diagnóstico, foram detectadas algumas informações a respeito da dinâmica familiar que apresentamos de maneira resumida:

A. A relação que a mãe tem com o filho é de permissividade, sem muita preocupação, cuidado e/ou afetividade, não apresentando uma relação de mãe-filho.

B. Há falta de referencial paterno: a figura do pai é denegrada pelos avós maternos por não acharem que ele é uma boa pessoa e por não estar ajudando financeiramente.

C. Os papéis familiares não são bem definidos, estruturam-se de forma muito confusa para R.A: os avós têm uma postura de pais, e a mãe se posiciona numa relação de igual, como uma irmã.

D. Há falta de limites ou colocação de comandos dúbios. Em um mesmo momento a criança recebe várias ordens diferentes e acata apenas a que lhe convém. Por exemplo: a avó põe R.A de castigo, não deixando ver televisão, ou sair de casa, ou comer doces. No entanto, quando o avô ou a mãe chegam em casa, reforçam o comportamento inadequado, deixando a criança sair à rua, dando muitos doces, e não se preocupam muito com a ordem estabelecida anteriormente.

E. A criança apresenta uma relação de rivalidade com o irmão, pois precisa estar sempre disputando a atenção da mãe e, geralmente, é o irmão que sai ganhando pelo fato de ser mais novo – tem apenas dois anos - e a mãe achar que ele necessita de mais cuidados porque não sabe, ainda, fazer as coisas sozinho.

F. A relação afetiva e a obediência da criança são conseguidas mediante trocas materiais como doces e dinheiro.

G. A criança apresenta comportamentos infantis e inabilidade social, faz muitas birras, jogando-se e retorcendo-se no chão. Nunca aceita o que é proposto nas atividades, seu discurso é “Não sei” ou “Não vou”, antes mesmo de saber o que é para fazer. Com os colegas não conversa, permanece estático e apático, olhando para o chão, sentado em um canto da sala.

H. As brincadeiras de R.A se resumem em organizar os brinquedos, sem desenvolver nenhuma brincadeira.

Após o diagnóstico inicial, foi realizada com a família uma sessão de devolutiva, onde apresentamos os dados obtidos, a hipótese diagnóstica e, junto com os res-

pensáveis, estabelecemos as metas do trabalho terapêutico. Esclarecemos como ponto fundamental, no processo de mudança, o envolvimento e a responsabilidade da família com o processo terapêutico da criança. Sendo assim, entre as metas estabelecidas para a família estavam:

1. Orientar sobre o estabelecimento de limites.
2. Evitar mensagens dúbias: os membros da família precisavam ser coerentes com as mensagens educativas.
3. Modificar o conceito de reforço: esclarecer para a família a importância do afeto, considerando que o mesmo promove a auto-estima e reduz a ansiedade, e não substituí-lo por recompensas materiais como doces e dinheiro.
4. Trabalhar a figura paterna, dentro da percepção da criança e não da família, para favorecer a identificação da sexualidade masculina.
5. Melhorar o relacionamento com o irmão, estabelecendo estratégias que diminuam a rivalidade entre eles.
6. Proporcionar mais oportunidades de atividades sociais infantis, considerando que R.A expressa isolamento social.
7. Brincar com R.A: promover atividades lúdicas com o objetivo de desenvolver habilidades cognitivas e afetivas.

Com a criança foram estabelecidas as seguintes metas a serem trabalhadas durante seu processo terapêutico:

1. Aceitação de limites e regras.
2. Extinção de comportamentos infantis como manhas e birras.
3. Reformulação de reforços: troca de reforços materiais como dinheiro e/ou doces por atitudes afetivas.
4. Treino social de interação e participação com outras crianças.
5. Ênfase de momentos afetivos: criação de situações em que o reforço ocorra através do afeto.

Inicialmente, R.A não apresentava interesse por nenhuma atividade como jogos, brincadeiras e desenhos. Quando tinha algum interesse por brinquedos da caixa lúdica, sua preferência era por carrinhos, mas as brincadeiras se resumiam em organizar os carrinhos em um canto da sala e não mexia mais neles até a hora de guardá-los; depois ficava quieto no canto, observando os colegas brincarem, sem demonstrar iniciativa de interação com eles .

Nos desenhos e colagens, R.A estava sempre muito desmotivado e, na maioria das vezes, não terminava a atividade. Nas dramatizações, quando estava em evidência, ou seja, quando era sua vez de falar e todos estavam prestando aten-

ção nele, recusava-se a participar. Quando percebia que não era mais o foco das atenções, ia para debaixo da mesa e ficava dramatizando sozinho e baixinho com os fantoches. Se interrogado a respeito do que estava fazendo ou se alguém tentavam aproximar-se dele, dava um grito: “NÃO”!

Foram trabalhadas com R.A. algumas técnicas da terapia comportamental como o reforço positivo, que se baseia na utilização da existência de uma relação condicional entre uma resposta e suas conseqüências, mas esta depende da ocorrência da resposta, tendo com efeito o aumento gradual da resposta, até sua ocorrência mais ou menos estável (Lettner & Rangé, 1998).

Nas sessões psicoterápicas, o reforço foi utilizado na forma verbal e afetiva. A primeira com elogios do tipo: ser uma criança inteligente, crescida e esperta; e na forma afetiva, como beijos e abraços. Ambas eram apresentadas com a emissão de comportamentos adequados de interação e participação. O reforço positivo era passado tanto pela terapeuta como pelos colegas.

Outra técnica utilizada foi a modelação, que se baseia no princípio da aprendizagem por observação da expressão de outras pessoas como forma de instalação de um comportamento não reforçado explicitamente (Lettner & Rangé, 1998). Por exemplo: quando o comportamento de R.A se manifestava no início da atividade com um: “Eu não vou fazer”, simplesmente se dizia: “Tudo bem”. Nesse momento, as outras crianças eram reforçadas pela sua participação e cooperação nas atividades.

Em outras ocasiões, quando R.A começava a apresentar comportamentos como birras, gritos e manhas durante a atividade, ele não recebia atenção, utilizando-se a técnica da extinção, que consiste no rompimento da relação condicional existente entre a resposta e sua conseqüência. O objetivo é reduzir de forma gradual mas definitiva a frequência do comportamento, que deixa de ser reforçado sem ser seguido por suas conseqüências usuais (Lettner & Rangé, 1998).

No final, ao se avaliar a sessão, o grupo muitas vezes apontava o comportamento de isolamento de R.A. como estranho; algumas vezes dramatizava para ele uma melhor forma de atuar e, com o apoio da terapeuta, o grupo conseguia até apontar as conseqüências desse comportamento, ou melhor, o que ele perdia ficando isolado ou fazendo birras. O objetivo dessa atividade era que R.A. pudesse ter feedback não apenas da psicóloga, mas também do próprio grupo social.

A partir da décima sessão, R.A. começou a apresentar, de forma gradual, progressos em habilidades sociais:

- Começava a falar com maior segurança para expressar sua opinião ou quando solicitava algo;

- Apresentava-se mais afetivo: não ia mais para a psicoterapia porque a mãe iria dar dinheiro ou balas, mas porque gostava de afeto e da companhia dos colegas;
- Os desenhos estavam mais estruturados, apresentavam partes definidas como cabeça, tronco e membros;
- Desenvolvia brincadeiras: não ficava somente organizando os brinquedos, mas estruturava brincadeiras com carrinhos, animais em miniatura, bola, armas, etc;
- Participava e solicitava a participação dos colegas em suas brincadeiras;
- Apresentava uma estrutura lógica e coerente do pensamento, conseguindo contar histórias, brincar de adivinhação, cantar uma música.

As sessões de avaliação do processo terapêutico de R.A. realizadas com a família foram feitas em dois momentos: uma antes das férias, no mês de junho, e outra no final do ano, em dezembro. Na primeira, a família relatou que observara poucas mudanças em R.A. no contexto familiar, embora já estivesse apresentando visíveis melhoras tanto no contexto terapêutico como na escola. Tal avaliação fez a família perceber que as metas estabelecidas para lidarem com R.A. em casa não estavam sendo trabalhadas. Foi, então, explicado à mãe e aos avós que, para que as mudanças dos comportamentos de R.A. fossem generalizadas para o contexto familiar, eram necessárias mudanças nas contingências ambientais. Como a família percebia os progressos de R.A. no consultório e pelos relatos da professora, ficou mais confiante no processo e, a partir de então, todos se propuseram a colaborar, empenhando-se no processo terapêutico.

No segundo momento de avaliação, ao final do ano, a mãe apresentava outro comportamento, com mais participação e interesse pelo filho, preocupava-se em dispor de mais tempo para atividades com R.A.: assistir a filmes e brincar, dar abraços e beijos, ver se tomara banho direito, ligar do trabalho para saber como ele estava, conversar em casa quando R.A. fazia algo positivo, reforçando com elogios. Depois de algum tempo, a própria mãe afirmava que se sentia mais feliz e que fazia tudo aquilo não mais por orientação da terapia, mas porque sentia prazer em ser mãe, e valorizava o afeto que seus filhos lhe dispensavam. Os avós, por outro lado, como consequência da mudança de postura da mãe diante dos filhos, também apresentavam progresso, assumiam responsabilidades em relação ao neto apenas na ausência da mãe.

De acordo com os dados apresentados, podemos verificar que os resultados da prática terapêutica mostram consonância com o referencial teórico pesquisado, principalmente os ressaltados por Caballo (1999), quando considera as vantagens na terapia comportamental em grupo:

Os grupos têm uma melhor relação custo/eficácia; o terapeuta pode trabalhar com vários pacientes ao mesmo tempo.

Os membros do grupo podem aprender que não são os únicos que têm um determinado problema.

O grupo pode funcionar de maneira preventiva em relação às dificuldades cotidianas; um membro do grupo pode ouvir os outros discutirem sobre problemas com os quais ainda não se deparou.

Os membros podem aprender a ajudar-se mutuamente; um princípio educativo bem estabelecido é que um bom modo de se aprender uma habilidade é ensinando-a a outra pessoa.

Algumas experiências, atividades e exercícios só podem ser realizados em grupo.

Alguns exercícios em grupo são eficazes para produzir certas experiências emocionais, que logo podem ser tratadas *in vivo* no grupo.

Certos problemas, por exemplo, déficits interpessoais ou carências de habilidades sociais, podem ser reformulados de forma mais eficaz em formato grupal; o cliente tem novos comportamentos sociais e novas maneiras de relacionar-se com as pessoas.

Um grupo permite aos clientes receber uma grande quantidade de feedback sobre seu comportamento, que pode ser mais persuasivo do que um terapeuta individual, para produzir mudanças.

Os membros do grupo tendem a pressionar os companheiros sobre as tarefas de casa, o que pode ser mais eficaz do que a ação individual de um terapeuta, para incentivar a adesão.

Quando o objetivo da terapia é a solução de problemas práticos, o grupo pode oferecer mais informações do que o terapeuta sozinho poderia originar.

Na prática, os aspectos observados foram os seguintes:

- Na clínica-escola, onde eram os atendimentos terapêuticos, havia grande demanda de crianças e pequeno espaço. Por isso a melhor opção foi o atendimento em grupo, que oferecia oportunidade a um maior número de crianças, com resultados positivos em relação ao custo/eficácia.

- No início do tratamento, as crianças se sentiam constrangidas ao expressarem seus problemas mas, no decorrer do processo terapêutico, demonstraram descontração, ao perceberem que tinham dificuldades em comum. O mesmo processo se observou em relação às sessões de grupo com os pais.

- Quando eram aplicados procedimentos de reforço e/ou extinção pelas próprias crianças, o efeito persuasivo era maior do que quando aplicado pelo terapeuta.

- Por meio da modelação por representações de papéis utilizados nas dramatizações com bonecos, fantoches e/ou outras estratégias, o grupo funcionou como um processo de aprendizagem na aquisição de novas habilidades.
- grupo atuou de maneira preventiva quando ouvia depoimentos de dificuldades dos colegas, com as quais ainda não se havia deparado, ampliando assim o repertório de comportamentos adequados.
- Algumas experiências emocionais relacionadas ao domínio próprio, persistência, frustrações e espírito de competição foram bem enfatizadas quando realizadas em atividades e exercícios de grupo.
- Certos problemas como déficits interpessoais ou carência de habilidades sociais foram tratados com mais eficácia pelo grupo, pois possibilitavam o tratamento *in vivo*, onde aprendiam e praticavam o treinamento assertivo.

Portanto, podemos concluir que a experiência clínica com crianças em grupo demonstra ser eficaz em proporcionar mudança de comportamentos inadequados e aprendizagem de um repertório comportamental assertivo, que possibilite ao indivíduo sucesso nos empreendimentos em que necessite de interação social. Falcone (1995) relata que, na literatura, há preferência de alguns autores pelos estudos grupais, em relação aos casos individuais. No entanto, vale ressaltar que ainda não se pode afirmar a superioridade dessa forma de atendimento.

Referências bibliográficas

- CABALLO, V.E. *Manual de terapia e modificação do comportamento*. Rio de Janeiro, RJ, Ed. Santos, 1999.
- CORDIOLI, A. V. *Psicoterapia – Abordagens atuais*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
- FALCONE, E. M. O. Grupos. Em: B. Rangé (org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas*; Campinas, SP, Editora Psy, 1995.
- LETTNER, H. W. & RANGÉ, B. P. *Manual de Psicoterapia comportamental*; São Paulo, SP, Manole, 1998.
- SILVARES, E. F. M. *Estudos de Casos em Psicologia Clínica Comportamental Infantil Vols I e II*; Campinas, SP, Papirus, 2000.
- PRETTE, Z. D. & PRETTE, A. D. *Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação*, Petrópolis, RJ, Vozes, 1999.