

TERAPIA COMPORTAMENTAL: UMA INTRODUÇÃO¹

Jocelaine Martins da Silveira²
Simone Aparecida Marton³

RESUMO

É feita uma introdução a procedimentos de diagnóstico em Terapia Comportamental e são sugeridos instrumentos de avaliação da interação entre terapeuta e cliente que procuram ser sensíveis aos pontos que podem explicar deficiências no tratamento clínico. O presente artigo se propõe a introduzir três aspectos dos procedimentos de diagnóstico clínico em Terapia Comportamental: rever as principais características dos procedimentos de diagnóstico nesta orientação teórica; apresentar técnicas, instrumentos e recursos comumente empregados na avaliação comportamental; e sugerir instrumentos de avaliação de desempenho do terapeuta e da interação entre terapeuta e cliente, que podem apontar explicações para situações de progresso insatisfatório de casos clínicos.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação Comportamental; Clínica-Escola; Terapia Comportamental.

ABSTRACT

An introduction into the diagnose proceedings in behavioral therapy is made and instruments are suggested for the evaluation of the interaction between therapist and patient, instruments which are sensitive enough to explain deficiencies in the clinical treatment. This article intends to introduce three aspects of the proceedings of clinical diagnose in behavioral therapy; review the main characteristics of the diagnose proceedings in this theoretical orientation; present techniques, instruments and resources commonly employed in the behavioral evaluation and suggest instruments for the evaluation of the performance of a therapist and the interaction between therapist and patient which can indicate explanations for the unsatisfactory progress of clinical cases.

KEYWORDS: Behavioral evaluation, clinic-school, behavioral therapy.

1. Procedimentos de Diagnóstico em Terapia Comportamental

A avaliação comportamental tem sido conceituada e descrita por diversos analistas do comportamento ao longo das últimas décadas (NELSON e HAYES, 1986; STURMEY, 1996). Algumas idéias parecem acompanhar quase automaticamente a expressão “diagnóstico comportamental”. Três delas serão mencionadas. A primeira, diz respeito à disposição desse procedimento no curso do tratamento.

1 O presente trabalho apresenta parte do conteúdo de um curso ministrado pela primeira autora a alunos de graduação em Psicologia da UniFil, em 2001.

2 Docente do Depto. de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Especialista em Psicoterapia na Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina. Mestre em Psicologia Experimental pela Universidade de São Paulo (USP). Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo. Terapeuta Comportamental.

3 Especialista em Psicoterapia na Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina.

Considera-se que a “avaliação comportamental”, expressão preferida a “diagnóstico comportamental”, ocorre continuamente ao longo do tratamento, ou seja, a avaliação não é circunscrita pelo período inicial do tratamento, que vai da sessão inicial até que se identifique “o” problema clínico. Ela se estende por todo o tratamento, ocorrendo enquanto propostas de mudança já estão em vigor e também, na fase final, quando os resultados tiverem sido alcançados.

Uma segunda idéia que caracteriza a avaliação comportamental é a de que esta seja indissociável da própria intervenção. Quando o que se avaliam são os comportamentos, os quais são definidos como “interações”, admite-se que, desde as primeiras interações terapeuta/cliente, mudanças sutis, porém positivas, já podem estar ocorrendo. Elas decorreriam do efeito dos assim chamados “fatores terapêuticos comuns” (“comuns” – faz referência a todas as formas de psicoterapia). Tais fatores são sintetizados com os nomes de “empatia”, “aceitação”, “apoio”, “fornecimento de informações”, “fomento à esperança”, etc. Supostamente, todos os terapeutas competentes comportam-se de modo a garantir o surgimento destes fatores desde o primeiro contato com o cliente.

Por último, uma terceira idéia que parece conferir identidade à avaliação comportamental é a ênfase no levantamento de dados sobre as áreas de competência adquirida dos clientes e sobre condições ambientais de apoio ao cliente, ou seja, condições que concorram com o problema. Fatores de proteção e de risco de desenvolvimento de problemas comportamentais também são apreciados na avaliação.

Essas características da avaliação comportamental são muito difundidas e, às vezes, provocam interpretações errôneas. Frequentemente, os iniciantes no atendimento em clínica comportamental relatam ao supervisor que, já no segundo contato com o cliente, vão propor tarefas dirigidas para a mudança do problema. É preciso que se estabeleça uma relação de confiança entre o cliente e o terapeuta, assim como é necessário o levantamento de hipóteses de causalidade seguras, para que, então, a intervenção tenha início. Isso não impede, obviamente, que orientações de caráter preventivo e/ou urgentes sejam dadas desde os primeiros contatos.

A identificação do problema clínico é um elemento chave na resolução do problema do cliente. Em um estudo com psicólogos, BERGAN e TOBARI (1976) verificaram que aqueles que não tinham habilidades para identificar os problemas do cliente, falharam em desenvolver ou em implementar o tratamento. Por outro lado, os psicólogos que identificavam, com sucesso, os problemas do cliente, tendiam a resolvê-los com êxito. Identificando os problemas clínicos do cliente, o psicólogo tem mais facilidade para implementar a tomada de decisões sobre as técnicas de intervenção terapêutica que irá utilizar.

Convém então examinar as fases importantes na identificação do problema clínico e do planejamento do tratamento. De acordo com GODOY (1996), destacam-se, pelo menos, três fases principais: a seleção e descrição de comportamentos-problema; a seleção de técnicas de intervenção e a avaliação dos efeitos da intervenção. As fases do processo de avaliação comportamental, segundo GODOY (1996), constam da: análise do motivo da consulta; seguida pelo estabelecimento das metas do tratamento e das variáveis de que elas dependem; então, analisam-se os comportamentos-problema e, por último, determinam-se os objetivos terapêuticos.

Ainda segundo o mesmo autor, em termos gerais, a escolha de um tratamento é baseada em sistemas de conhecimentos, que podem dar origem a quatro tipos de estratégias diagnósticas: a estratégia da análise funcional do comportamento (consiste na identificação de variáveis das quais o comportamento de interesse é função); a estratégia do comportamento-chave (de acordo com ela, modifica-se um comportamento, pertencente a uma classe e altera-se outra); a

estratégia do diagnóstico, com base na topografia ou em propriedades estruturais da resposta; e, por último, a estratégia do guia-teórico (nesse caso, remete-se o caso a uma proposta teórica, para então, selecionar o tratamento).

Tomando-se as opções de estratégias diagnósticas levantadas por GODOY (1996), pode-se deduzir que, para transtornos com etiologia biológica clara e para as quais haja algum tratamento reconhecidamente eficaz, opta-se pelo enfoque diagnóstico, simplesmente.

Além dos comportamentos relacionados ao problema, os resultados do tratamento também devem ser avaliados, considerando-se a linha de base ou as finalidades da intervenção. Daí a importância do emprego de instrumentos de medida que permitam a comparação entre o repertório comportamental do cliente, no início e no término do tratamento.

2. Avaliação Comportamental e Formas Tradicionais de Diagnóstico Clínico

A avaliação comportamental surgiu propondo-se antiteticamente às formulações de avaliação tradicionais. Atualmente, há autores (SILVA e MARTORELL, 1996) que propõem a integração da avaliação comportamental com a psicométrica, sugerindo pontos de aproximação nos critérios de confiabilidade, validade e utilidade das medidas.

Quanto ao uso de manuais diagnósticos, como a Classificação Internacional de Doenças, CID-10 e o Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM-IV, por exemplo, considera-se que uma avaliação baseada na análise funcional do comportamento pode prescindir do uso de categorias nosológicas para compreender o problema e propor uma intervenção para resolvê-lo. Isto porque os manuais diagnósticos como o DSM, são elaborados com base em critérios estatísticos que identificam a ocorrência de determinadas respostas, agrupando-as em síndromes ou transtornos. Ou seja, esta forma de classificação do problema não privilegia a identificação de variáveis ambientais das quais um dado comportamento de interesse é função. Entretanto, há pontos de vantagem no uso daqueles manuais classificatórios, que merecem ser lembrados.

O primeiro deles, é a viabilização da comunicação interdisciplinar. Os profissionais podem, mais prontamente, falar de casos que atendem, com características comuns, com base em critérios diagnósticos padronizados. Além disso, a indexação e a recuperação de artigos científicos também são facilitadas com uma nomenclatura única.

Um segundo aspecto positivo no uso dos manuais é que, ao caracterizarem os problemas clínicos, através da análise estatística, permitem um levantamento de dados mais preciso, uma vez que tais manuais indicam problemas comportamentais que costumam manifestar-se juntamente com outros, em um mesmo indivíduo. Assim, por exemplo, há, como se sabe, correlação entre o surgimento de ataques de pânico e perdas recentes, por morte, de pessoas significativas na vida do cliente. Dispor de informações desse tipo, torna a avaliação do clínico parcimoniosa.

Existe ainda, pelo menos, mais um fator que leva os profissionais a aderirem ao uso de manuais diagnósticos. O sistema de saúde de muitos países impõe condições para o fornecimento de recursos financeiros para o atendimento de casos clínicos em Psicologia. Frequentemente, o profissional precisa atribuir um nome ao problema clínico em atendimento, de acordo com exigências burocráticas do sistema.

Tem havido, por parte de terapeutas analistas comportamentais, propostas de criação de manuais classificatórios, cuja unidade de análise represente características funcionais do comportamento, em oposição à sua topografia. As-

sim, por exemplo, agrupar-se-iam indivíduos cujo problema clínico esteja relacionado à esquivas de tomar contato com sentimentos dolorosos, em vez de, indivíduos com transtornos de ansiedade (HAYES, WILSON, GUIFFORD, FOLLETE e STROSAHL, 1996).

3. Avaliação Comportamental: Método, Instrumentos e Técnicas

A observação e a descrição do comportamento é, por excelência, o meio de se avaliar o comportamento-problema, na clínica comportamental. Ela implica no emprego do método da análise funcional do comportamento, que descreve respostas do organismo no tempo, atentando para as condições antecedentes e para as condições que parecem ter sido produzidas pela resposta.

Os clínicos sabem que muitos fatores relevantes para a explicação do comportamento-problema são identificados remotamente no tempo. O levantamento de dados da história de vida torna-se, desse modo, imprescindível para uma compreensão acurada do problema clínico. A ênfase na história de vida, de nenhum modo, ameaça a coerência teórica da avaliação comportamental. A tríplice contingência convida para a busca de variáveis históricas para a compreensão do comportamento, conforme a citação textual de SKINNER (1969/1980).

[...] Qualquer estímulo presente, quando um operante for reforçado, adquire o controle, no sentido de o nível de respostas ser superior na presença dele. Tal estímulo não age como um aguilhão; não elicia a resposta, no sentido de forçá-la a ocorrer. É simplesmente um aspecto essencial da ocasião em que uma resposta, se for emitida, será reforçada. Para marcar a diferença, vamos chamá-lo de estímulo discriminativo (ou Sd).

Uma formulação das interações entre um organismo e seu meio ambiente, para ser adequada, deve sempre especificar três coisas: (1) a ocasião na qual ocorreu a resposta, (2) a própria resposta e (3) as conseqüências reforçadoras. As relações entre elas constituem as 'contingências de reforço'. ...Se um estímulo conspícuo não tiver efeito, não será porque o organismo não o tenha notado, mas porque o estímulo não teve um papel importante nas contingências que prevaleceram no momento da resposta." (SKINNER, 1969/1980, p.180).

Dois aspectos importantes podem ser notados no texto acima: 1) O rompimento com o argumento causal post hoc, ergo propter hoc (depois disso, logo causado por isso); e 2) a admissão de lapsos temporais entre seqüências causais. Portanto, uma conseqüência ocorrida no passado pode ser relevante, hoje, na vida de um cliente. Não é preciso recorrer a elos entre a situação passada e a atual - o organismo modificado pela história é o único elo material visível para o clínico.

A história de vida de uma pessoa, muitas vezes, somente pode ser acessada pelo clínico, mediante relato verbal. A observação do comportamento do cliente nas sessões de terapia acessa uma amostra, com uma amplitude menor, da sua história de vida. Nem sempre, o aqui/agora da sessão é suficiente para o fornecimento de dados necessários para se analisar e propor intervenções para um caso clínico. Nessas condições, o clínico pode valer-se de instrumentos e recursos que facilitem a coleta de dados e a avaliação do comportamento do cliente. Os auto-registros diários são tipicamente empregados na avaliação comportamental. Eles consistem no registro em papel ou em outros meios (fitas k-7) da freqüência de ocorrência diária de algum comportamento de interesse.

Alguns instrumentos são padronizados, enquanto outros estão em fase de padronização. Há ainda um universo infinito de técnicas que visam facilitar o relato do comportamento do cliente ou promover condições para que uma amostra de comportamentos de interesse clínico ocorra. A objetividade das medidas

nas fases iniciais do tratamento fornecerá uma linha de base segura que será referência para as avaliações finais e follow-up do caso. Entretanto, os clínicos, muitas vezes, não têm dedicado adequada atenção a isso.

Dentre os instrumentos de medida psicométrica mais freqüentemente utilizados por terapeutas comportamentais estão aqueles cuja interpretação pode indicar características de desenvolvimento ou do organismo de interesse clínico. Podem ser aplicados testes padronizados como o Teste do Wisc - Wechsler Intelligence Scale for Children (SAFRA, 1987), usualmente utilizado em conjunto com outras medidas para compreender a problemática e fatores que podem alterar a produção intelectual do cliente e o IDATE - Inventário de Ansiedade Traço-Estado (SPIELBERGER, GORSUCH e LUSHENE, 1979), que mede dois conceitos distintos de ansiedade: estado de ansiedade e traço de ansiedade. Além desses, há um número imenso de escalas e inventários sensíveis a sintomas ou déficits comportamentais específicos.

Somente a título de ilustração, são listados alguns instrumentos empregados na avaliação clínica de diversos problemas comportamentais: 1) Questionário da história de vida (LAZARUS, 1981), que objetiva levantar dados acerca da história de vida do cliente; 2) Escala de Ajustamento Conjugal (MAS) (apud JACOBSON e CHRISTENSEN, 1996), destinada a levantar o grau de ajustamento do casal; 3) Inventário de Depressão de Beck (BECK, RUSH, SHAW e EMERY, 1979), que mede a intensidade de sintomas de depressão; 4) Inventário de Estratégias de Coping (FOLKMAN e LAZARUS, 1985), com adaptação para o português de SAVÓIA, SANTANA e MEJIAS (1996), é um questionário que contém itens que englobam pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico; 5) Identificação de Comportamento-problema (Walker checklist), (WALKER, 1976), instrumento que tem como objetivo suplementar o processo de identificação de problemas comportamentais em crianças; 6) Inventário de Habilidades Sociais - IHS (DEL PRETTE (2001), destinado a avaliar o repertório de habilidades sociais em adultos. Existe também a versão do Inventário de Habilidades Sociais para crianças, o IMHSC (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2001); 7) Lista de verificação comportamental para crianças CBCL (ACHENBACH, 1991), que indica escores em comportamentos internalizantes/externalizantes, segundo a percepção dos pais. Há também uma versão para que os professores respondam e há uma versão para uma população mais velha (11-18 anos).

Muitos terapeutas preferem a utilização de técnicas alternativas a instrumentos formais para a coleta de dados. O preenchimento de inventários no tempo em que o cliente esperava interagir com o terapeuta, pode ter, na nossa cultura, a conotação de distanciamento por parte do terapeuta. Além desse fator, é importante considerar que, em clínicas-escola, a população atendida apresenta um grau baixo de escolaridade, o que dificulta a aplicação de instrumentos que exijam destreza nas habilidades de leitura e escrita.

Algumas técnicas alternativas aos instrumentos padronizados, empregadas no levantamento de dados sobre o comportamento do cliente são: 1) Selecionar e contar histórias de fotos de família. Por meio dessa técnica, adultos e adolescentes são solicitados a trazer fotos significativas de suas vidas e contar algo a respeito delas. 2) Aplicação de técnicas de abordagem vivencial, adaptadas às características de um grupo ou de uma pessoa, atendida na modalidade individual. 3) Desenhar, conforme sugere OAKLANDER (1980), no atendimento à crianças. 4) Uso de fantasias, conforme sugeridas por STEVENS (1971). 5) Solicitar que o cliente traga para a sessão poemas escritos por ele (ou dos quais gosta) ou canções que expressem seus sentimentos. 6) Solicitar ao cliente, hábil em leitura e escrita, que escreva sua autobiografia como tarefa de casa. 7) Adaptar formulários de auto-registro às características do cliente. 8) Uso de

dramatizações, para reproduzir em condição simulada, situações da vida do cliente que sejam relevantes clinicamente.

A prática clínica tem sugerido que, freqüentemente, o levantamento apropriado de relações causais não é suficiente para a promoção de mudanças no comportamento do cliente. Há casos em que se dispõem de hipóteses razoáveis de relações funcionais do comportamento-problema, a seleção do procedimento de intervenção parece a mais adequada e, ainda assim, não são observadas mudanças positivas no comportamento do cliente.

Quando isso acontece, é conveniente que se analise a adequação da chamada “aliança terapêutica”, definida como um conjunto sincronizado de elementos que constituem as tarefas terapêuticas, os objetivos da terapia e o vínculo entre o terapeuta e o cliente (GREENBERG e PINSOF, 1986). Esse conceito, embora derivado da orientação psicodinâmica, parece aplicável e útil na Terapia Comportamental. Assim, se há falhas no vínculo, o cliente pode apresentar-se menos disposto a implementar as tarefas entre as sessões. Ou, em outra hipótese, se o vínculo for forte, mas os objetivos da terapia não estiverem claros, novamente, as tarefas poderão ser negligenciadas. Há também a possibilidade de o cliente cumprir com rigor as tarefas, mencionar com clareza os objetivos e permanecer distante do terapeuta, parecendo não experimentar ou não tomar contato com o que há de essencial na psicoterapia – a construção de um relacionamento íntimo com o terapeuta, caracterizado por sentimentos genuínos de afeto.

Há instrumentos que têm sido empregados para avaliar a qualidade da relação terapêutica e seus resultados dão feedback para o terapeuta de seu desempenho e quais instâncias de seu comportamento, na sessão, precisam ser aprimoradas. Alguns exemplos de instrumentos para verificação de habilidades do terapeuta e avaliação da aliança terapêutica são aqui listados: 1) Lista para verificação de habilidades terapêuticas (RANGÉ, GUILHARDI, KERBAUY, FALCONE e INGBERMAN, 1998), que verifica habilidades do terapeuta em sessões de terapia; 2) Inventário de Aliança Terapêutica – WAI (HORVATH, 1981, 1984), procedente da orientação psicodinâmica, avalia o vínculo, as tarefas e os objetivos da Psicoterapia para clientes e terapeutas, podendo indicar possíveis pontos falhos que explicariam dificuldades no sucesso do tratamento; 3) Lista de verificação para feedback em entrevista clínica inicial (GONGORA, 1995; SILVARES e GONGORA, 1998), que fornece feedback ao desempenho do terapeuta iniciante em entrevista clínica inicial; 4) Post-session questionnaire PSQ (GREENBERG e PINSOF, 1986), que fornece feedback de desempenho do terapeuta, em uma sessão de terapia recém encerrada; 5) Lista de verificação de habilidades de condução de atividades lúdicas (SILVEIRA, 2003), que indica habilidades de terapeutas infantis iniciantes, cuja pouca força ou inexistência possam explicar falhas na condução de atividades lúdicas.

4. Considerações Finais

O presente artigo apresentou, brevemente, as características e possibilidades da avaliação clínica comportamental. Enfatizou-se a viabilidade e possível utilidade de instrumentos na realização da avaliação. Afinal, o desenvolvimento de instrumentos de medida caracteriza a fase inicial de qualquer área nova de pesquisa.

É possível que os clínicos se beneficiem de instrumentos de avaliação, sobretudo, para identificarem pontos falhos na relação terapeuta/cliente e, com isso, redimensionarem a condução do tratamento. E ainda, talvez, os clínicos que atuam em clínicas-escola devam ser encorajados a empregar instrumentos de medidas do comportamento dos clientes atendidos nesses locais, isto porque

as respostas aos inventários e escalas da população atendida em clínicas públicas são dados potenciais para inúmeras questões de pesquisa.

Por último, considerando o advento da tecnologia digital, não parece distante a possibilidade do emprego de programas que analisem a interação entre terapeuta e cliente, ou entre pares em uma terapia de casais, ou entre a mãe e a criança, fornecendo precisa e velozmente informações que ajudariam na intervenção do profissional.

REFERÊNCIAS

ACHENBACH, T. N.; EDELBROCK, C. *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*. Burlington, Vermont: University of Vermont, 1983.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM IV*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BECK, A.; RUSCH, A.; SHAW, B. R. Y.; EMERY, G. *Cognitive therapy of depression*. Nova York: Guilford, 1979.

BERGAN, J. R.; TOMBARI, M. L. *Consultant skill and efficiency and the implementation and outcomes of consultation*. *Journal of School Psychology*, 14: 3-14, 1976.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. *Inventário de habilidades Sociais (IHS-Del-Prette): manual de aplicação e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

GREENBERG, L. S.; PINSOFF, W. M. *The psychotherapeutic process: a research handbook*. New York: Guilford, 1986.

GODOY, A. O processo de avaliação comportamental. In: CABALLO, V. E. (Org.). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Santos Livraria e Editora, 1996.

GONGORA, M. A. N. *A entrevista clínica inicial: Análise de um programa de ensino*. 1995. Tese (doutorado) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo - USP. São Paulo-SP.

HAYES, S.; WILSON, K. G.; GUIFFORD, E. V.; FOLLETE, V. M.; STROSAHL, K. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v.64, n.6, p.1.152-1.168, 1996.

HAYNES, S.; JENSEN, B. The interview as a behavioral assessment instrument. *Behavioral Assessment*, 1, p.97-106, 1979.

HORVATH, A. O.; GREENBERG, L. S. Introduction. In: HORVATH, A. O.; GREENBERG, L. S. (Orgs.). *The Working alliance: theory, research and PRACTICE* (1-9). Nova York: John Wiley & Sons, 1994.

JACOBSON, N. S.; CHRISTENSEN, A. *Integrative couple therapy: promoting acceptance and change*. Norton, 1996.

LAZARUS, A. A. *The practice of multimodal therapy*. Nova York: McGrallHill, 1981.

LETTNER, H. W.; RANGÈ, B. P. *Manual de psicoterapia comportamental*. São Paulo: Manole, 1988.

- LIPP, M. E. N.; LUCARELLI, M. D. M. *Escala de stress infantil (ESI)*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.
- KANFER, F. H. Target selection for clinical change programs. *Behavioral Assessment*, 7:7-20, 1985.
- MASH, E. J. Somme comments on targets selection in Behavior Therapy. *Behavioral Assessment*, 7:63-78, 1985.
- NELSON, R. O.; HAYES, S. C. *Conceptual foundations of behavioral assessment*. Nova York: Guilford Press, 1986.
- OAKLANDER, V. *Descobrendo crianças: a abordagem gestáltica com crianças e adolescentes*. São Paulo: Summus, 1980.
- RANGÊ, B. *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas*. São Paulo: Editorial Psi II, 1998.
- RANGÊ, B.; GUILHARDI, H.; KERBAUY, R. R.; FALCONE, E.; INGBERMAN, I. K. Ensino, treinamento e formação em psicoterapia comportamental e cognitiva. In: RANGÊ, B. (Org.). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas*. São Paulo: Editorial Psi II, 1998.
- SAFRA, G. A escala Wechsler para crianças - WISC. In: ANCONA-LOPES, M. et al. *Avaliação da inteligência I, II*. São Paulo: EPU, 1987.
- SILVA, F.; MARTORELL, C. Avaliação comportamental e avaliação tradicional: A questão psicométrica. In: CABALLO, V. E. (Org.). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Santos Livraria e Editora, 1996.
- SILVARES, E. F. M.; GONGORA, M. A. N. *Psicologia Clínica Comportamental: a inserção da entrevista com adultos e crianças*. São Paulo: EDICON, 1998.
- SILVEIRA, J. M. *Avaliação de um programa de treinamento de habilidades elementares de terapeutas comportamentais infantis: condução de atividades lúdicas*. 2003. Tese (doutorado) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo - USP. São Paulo - SP.
- SKINNER, B. F. *Contingências do reforço: uma análise teórica*. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1969/1980.
- PIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R. E. *Inventário de ansiedade traço-estado IDATE*. Manual de Psicologia Aplicada. (Tradução e Adaptação de Ângela Biaggio). Rio de Janeiro: CEPA, 1979.
- STEVENS, J. O. *Tornar-se presente: experimentos de crescimento em gestalt-terapia*. São Paulo: Summus, 1971.
- STURMEY, P. *Functional Analysis in Clinical Psychology*. Nova York: John Wiley & Sons Inc., 1996.
- WALKER, H. M. *Walker Check List - Walker Problem Behavior Inventory Checklist*. Los Angeles: W.P.S. - Western Psychological Services, 1976.
- WILSON, F. E.; EVANS, I. M. *The reability of target-behavior selection in behavioral assessment*. *Behavioral Assessment*, 5:15-32, 1983.