

Terapia comportamental e a sua aplicação em reabilitação

MARIA HELENA BARROQUEIRO (*)

1. A TERAPIA COMPORTAMENTAL ACTUAL

A terapia comportamental teve a sua origem no início dos anos 50 e 60 numa tentativa de separação da dominante perspectiva psicanalítica, aplicando princípios de condicionamento clássico e operante no tratamento de uma variedade de problemas comportamentais. Desde então tem passado por várias mudanças dando resposta aos vários avanços da psicologia experimental e inovações da prática clínica.

Abrange actualmente um vasto leque de procedimentos heterogéneos abertos à discussão de novas bases conceptuais, e evidências de eficácia (Wilson 2000).

A terapia comportamental evoluiu de uma perspectiva mecanicista e reducionista que via os sujeitos como respondendo a bases genéticas e influências ambientais que os controlavam passando a ver os sujeitos como agentes que operam e influenciam o seu ambiente (Gilliland & James, 1998). Behavioristas radicais como Skinner excluía por completo a possibilidade de autodeterminação e liberdade de escolha. A

corrente actual avança no sentido do desenvolvimento de procedimentos que dão controlo aos sujeitos aumentando a sua liberdade de escolha. A modificação comportamental tem como objectivo o desenvolvimento de capacidades pessoais para que os sujeitos tenham mais opções de resposta (Corey, 1996).

Em vez de ver o técnico como um especialista que cientificamente desenvolve e impõe programas de controlo de comportamentos, a terapia comportamental moderna procura ajudar o cliente a extinguir uma grande variedade de comportamentos não adaptados, indesejados, substituindo-os por comportamentos adaptados que permitam ao sujeito atingir e manter objectivos pré-estabelecidos em terapia. São utilizados conhecimentos científicos e técnicas experimentais para ajudar os sujeitos a definir e resolver uma grande variedade de problemas humanos, os quais não seria capaz de resolver sozinho. Segundo Wilson (2000) além de contribuir através do seu treino e experiência em técnicas de modificação de comportamento humano irá contribuir também como consultor, professor, conselheiro, encorajador e facilitador de mudança.

Apesar de várias correntes comportamentais terem algumas diferenças conceptuais, existem conceitos básicos segundo os quais todas se regem (Wilson, 2000). Em primeiro lugar todas elas enfatizam a importância do comportamento

(*) Psicóloga. Doutoranda em Psicologia de Reabilitação pela University of Wisconsin-Madison (2002) USA.

actual em detrimento de comportamentos passados (Corey, 1996). Trata-se o comportamento em si e não as suas possíveis causas do comportamento, o que difere de outros modelos da psicoterapia mais tradicionais, como a psicanálise que tem o seu foco no passado, ou seja, em acontecimentos que tenham contribuído para o desenvolvimento e manifestação de comportamentos não adaptados actuais (Stoll, in press). Em segundo lugar, todas as terapias comportamentais se comprometem ao rigor científico ao estipularem objectivos e metas claramente definidas na avaliação das técnicas comportamentais utilizadas (Stoll, in press). Em terceiro lugar, todas as terapias comportamentais elaboram múltiplas avaliações ao longo do processo de tratamento (Bellack & Hersen, cit. Corey, 1996). A intervenção comportamental passa por uma avaliação inicial feita com o intuito de identificar o comportamento ou comportamentos específicos a alterar (Wilson, 1995), seguida da identificação e aplicação de técnicas comportamentais mais apropriadas a cada caso. Durante o processo alterações poderão ser feitas no intuito de aumentar ou reduzir a frequência e intensidade dos comportamentos em questão (Corey, 1996).

2. TERAPIAS COMPORTAMENTAIS EM REABILITAÇÃO

Na perspectiva comportamental a adaptação a uma deficiência opera pelos mesmos princípios de aprendizagem que controlam todos os outros comportamentos humanos (Duval, 1982). Deficiências adquiridas ou degenerativas podem provocar a perda de funções, que resultam na incapacidade de desempenho de alguns comportamentos que eram anteriormente fonte de reforço positivo, bem como criar obstáculos que obrigam o sujeito a utilizar mecanismos adaptativos, sendo estes segundo Rice (1985) de três tipos:

1. O sujeito pode necessitar de eliminar comportamentos não adaptados associados à sua deficiência, por exemplo, sujeitos com lesão medular podem manifestar fantasias de retorno a um antigo emprego que já não é adequado à sua situação actual.
2. O sujeito pode necessitar de adquirir novos comportamentos mais adaptados à sua

situação actual, por exemplo, devido à utilização de uma cadeira de rodas.

3. O sujeito pode necessitar de uma reaprendizagem de antigos comportamentos perdidos como resultado da deficiência, como por exemplo, reaprender a falar no caso de um sujeito depois de um acidente vascular que provoque afasia.

Os métodos de condicionamento operante seguem princípios de reforço e extinção permitindo ao cliente a extinção ou redução de comportamentos não desejados, como por exemplo, agressividade, medo ou ansiedade, adquirindo gradualmente novos comportamentos que permitam um equilíbrio harmonioso entre as capacidades do sujeito e as limitações funcionais resultantes da deficiência.

Comportamentos não desejados serão reduzidos ou extintos através da remoção de reforços que os mantinham, como por exemplo, a atenção dada a pacientes com dores crónicas. Esses comportamentos não adaptativos serão substituídos por comportamentos adaptativos mais apropriados à deficiência, como por exemplo, um maior empenhamento na fisioterapia, exercícios ou aprendizagem de novas aptidões que facilitem a reintegração no mundo do trabalho (Livneh & Sherwood, 1991).

Greif e Matarazzo (1982) defendem a aplicação de técnicas comportamentais em reabilitação e definiram os seguintes passos a seguir com este tipo de população:

1. Definição de metas comportamentais concretas e aptidões a aperfeiçoar de forma a que possam ser atingidas,
2. A análise das situações sob as quais os comportamentos indesejados ocorrem, e as consequências positivas e negativas da alteração desses comportamentos,
3. Reforço de comportamentos que levem ao comportamento final desejado,
4. Reforço dos comportamentos desejados e não reforço de todos os comportamentos não compatíveis com a meta desejada,
5. Ajuste do plano de intervenção através da constante avaliação da performance do sujeito,
6. Aprendizagem pelo sujeito de técnicas de auto regulação comportamental e auto reforço.

3. PRINCÍPIOS E TÉCNICAS COMPORTAMENTAIS E A SUA APLICAÇÃO

As técnicas de terapia comportamental são baseadas nos princípios de aprendizagem. Segundo esta orientação teórica o início, manutenção e mudança de comportamentos pode suceder dentro de princípios de condicionamento clássico ou operante. Iremos de seguida abordar algumas dessas técnicas consideradas adequadas para populações em reabilitação.

3.1. *Positive Reinforcement*

Consiste na atribuição de um reforço positivo desejado pelo sujeito após este ter realizado um comportamento adaptativo desejado. Esta técnica foi considerada por Lewis e Bitter (1991) como uma das principais técnicas da terapia comportamental, podendo ser utilizada de forma independente ou em conjunto com outras técnicas comportamentais que promovam o comportamento adaptativo. Os reforços positivos podem ser verbais ou materiais, como por exemplo, atenção individual, motivação, privilégios especiais, comida, dinheiro, entre outros. Deve-se ter em atenção que com certas populações nas quais haja comprometimento cognitivo, como por exemplo lesões cerebrais, a atribuição de reforço positivo verbal nem sempre apresenta bons resultados podendo mesmo levar à frustração, devendo por isso ser-lhes atribuído reforços positivos materiais.

3.2. *Token Economies*

Utilizando o princípio do reforço positivo do condicionamento operante, as «Token Economies» são frequentemente utilizadas em instituições de reabilitação e unidades hospitalares, através da aplicação do reforço positivo condicionado («tokens» que serão mais tarde trocados por reforços primários especialmente valorizados por cada sujeito) seguido de cada comportamento adaptativo apresentado pelo sujeito, comportamentos esses que poderão abranger os cuidados diários, interações sociais apropriadas ou comportamentos adequados ao mundo do trabalho, entre outros.

As consequências para comportamentos não adaptados varia entre «Token Economies», po-

dendo passar pela perda de «tokens» previamente adquiridos, ou não atribuição de «tokens» por um período específico de tempo. Segundo Guilliand, e colaboradores (1994) independente da forma como a economia esteja estabelecida, todas as «Token Economies» partilham das seguintes características:

1. Identificação clara dos comportamentos alvo,
2. Atribuição de reforço sob a forma de «tokens» (por exemplo pontos, ou valores) depois do sujeito realizar o comportamento adaptativo desejado,
3. Implementação de um sistema de supervisão e regulação para avaliar a efectividade da economia,
4. Criação e implementação de um plano para ajudar o sujeito a manter os comportamentos adaptativos desejados quando da passagem da instituição para a sociedade.

3.3. «Time-Out»

Esta técnica de condicionamento operante poderá ser utilizados por técnicos na área da reabilitação e consiste em retirar o sujeito do local, por exemplo emprego ou unidade de habitação, no qual o comportamento não adaptativo tem sido apresentado implicando uma breve segregação social do sujeito. O «Time-Out» é utilizado como uma variante da «Aversion Therapy» em sujeitos com comportamentos destrutivos, os quais são isolados por vários minutos num quarto separado cada vez que demonstrem um comportamento não adaptativo. Este procedimento é repetido até que o comportamento indesejado seja extinto.

Marr (1982, cit. Stool, in press) propôs uma série de procedimentos no intuito de aumentar a eficiência desta técnica.

1. O sujeito deve receber «Time-Out» imediatamente após realizar o comportamento indesejado.
2. O sujeito deve ser informado do comportamento específico que resultou no «Time-Out».
3. A duração de «Time-Out» deve ser relativamente breve, entre cinco e dez minutos (em situações de défices de memória não devem ser atribuídos períodos muito lon-

gos, pois os sujeitos podem não recordar o comportamento que se pretende punir).

4. A duração de «Time-Out» deve ser previamente estipulada entre o sujeito e o técnico.
5. Após o sujeito ter completado o «Time-Out», deverá ser avisado de que voltará a receber «Time-Out» se voltar a repetir o mesmo comportamento desadaptado.

3.4. «Behavioral Contract»

Consiste na elaboração de um contrato comportamental após as metas de tratamento terem sido claramente definidas entre o técnico e o sujeito. O contrato funcionará como um facilitador da mudança comportamental permitindo uma avaliação contínua dos progressos do sujeito no sentido da obtenção das metas estipuladas. Apesar de cada contrato comportamental ser individualizado Forrest (1985) enumerou pontos que devem estar sempre presentes: (1) modalidade de tratamento (terapia individual, terapia de grupo, vocacional, entre outras), (2) frequência do tratamento e (3) duração do tratamento. Cada contrato deve conter também uma cláusula de renegociação dos objectivos e metas a atingir, como este é realizado de forma cooperante entre o técnico e o sujeito, ambos devem assinar o documento demonstrando um compromisso de trabalho no sentido das metas estipuladas. O contrato comportamental é apenas uma das componentes do processo de tratamento que tem o potencial de dar ao sujeito várias hipóteses de melhoras através de responsabilidade, estabelecimento de limites, realização de comportamentos que promovam mudança, permitindo sempre uma contínua avaliação do processo.

3.5. «Overcorrection» de práticas positivas e overcorrection com restituição

Esta técnica baseia-se em dois passos:

1. O sujeito corrige («restitui») os efeitos do comportamento não desejado, consistindo na «Overcorrection» com restituição, na qual o sujeito deve reparar, limpar ou arranjar quaisquer alterações ambientais ou estragos provocados pelo seu comportamento não adaptado.
2. O sujeito corrige exaustivamente o com-

portamento não desejado através de consecutivos ensaios do comportamento apropriado desejado (Foxy & Azrin, 1973), consistindo na «Overcorrection» de práticas positivas. Esta técnica é particularmente eficaz com sujeitos que tenham défices cognitivos especialmente nas áreas de memória e planeamento de actividades pois proporciona-lhes a oportunidade de praticar e ensaiar o comportamento desejado ao mesmo tempo que reduzem a frequência de situações em que o comportamento não adaptado é realizado.

Esta técnica tem sido especialmente eficaz na redução e extinção de comportamentos agressivos e disruptivos em instituições de reabilitação.

3.6. «Covert Conditioning»

Outra técnica bastante utilizada consiste no «Covert Conditioning» a qual combina elementos do condicionamento clássico e operante. Os sujeitos são ensinados a imaginar vividamente consequências extremamente desagradáveis, cada vez que desejam ou pensam em realizar certos comportamentos não adaptativos. Por exemplo, cada vez que o sujeito pensar em consumir drogas ou álcool, o técnico incentiva-o a imaginar cenas em que sente dor ou mal estar intenso.

O emparelhamento da imagem negativa (consequência) com o pensamento de realização do comportamento não adaptativo (antecedente) é considerado um procedimento de aversão que levará gradualmente à extinção do comportamento indesejado (Stool, in press). O mesmo princípio poderá ser aplicado na associação de imagens positivas com o desejo de realizar comportamentos adaptados (Cautela, 1966).

Segundo Livingston e Johnson (1979) «covert conditioning» é extremamente útil em reabilitação de sujeitos que apresentem comportamentos de dependência.

3.7. «Relaxation Training»

Em reabilitação a redução de ansiedade através de técnicas de relaxamento é bastante útil no combate da ansiedade associada a situações nas quais a deficiência se possa tornar um impedi-

mento à satisfatória participação do sujeito na vida activa. Uma variante desta técnica é o treino de *bio-feedback* no qual o sujeito é encorajado a controlar estímulos sensoriais, estímulos músculo-esqueléticos e respostas internas, como por exemplo, o controlo da bexiga e batimento cardíaco, associados a situações de ansiedade (Levenkron, 1987).

3.8. «*Social Skills Training*»

Outra forma de redução de ansiedade causada por situações interpessoais é o «*Social Skills Training*» no qual se dá o desenvolvimento de técnicas de interação social e coping de forma a melhorar as interações do sujeito com o meio, permitindo-lhe controlar os seus próprios comportamentos. Esta técnica é considerada por Emmel Kamp (1984, cit. Stool, in press) apropriada para sujeitos com alcoolismo, pois esta dependência é vista pelo autor como uma forma de coping com o stress, defendendo que se os sujeitos forem ensinados a lidar com as pressões sociais de forma mais eficiente a problemática será reduzida. Parte do treino de capacidades sociais passa também por «*Assertiveness Training*» no qual sujeitos com deficiências são ensinados a defender os seus direitos de uma forma firme e apropriada melhorando as suas aptidões sociais.

3.9. «*Modeling*»

Outra técnica de terapia comportamental bastante utilizada é a técnica de *Modeling* proposta por Bandura (1977, cit. Rotgers, 1996), e foi considerado por Rotgers (1996) como a forma mais eficaz e rápida de atingir a mudança comportamental. Esta técnica consiste na aprendizagem por imitação, através de observação directa ou indirecta do comportamento de outros sujeitos e suas consequências. «*Modeling*» em reabilitação dá ênfase às capacidades de cada sujeito, incentivando a observação de outros sujeitos com deficiências semelhantes que tenham com sucesso realizado tarefas apesar da existência de impedimentos físicos. Esta técnica tem sido também bastante usada em sujeitos com abuso de substâncias principalmente adolescentes, pois estes estão numa fase na qual as pressões sociais são bastante intensas, levando a uma constante procura de aceitação por parte dos pares.

3.10. «*Behavioral Self Control*»

Esta técnica incentiva os sujeitos a desenvolver capacidade de regulação dos seus próprios comportamentos em actividades do dia-a-dia (Livingston & Johnson, 1979). Um programa de auto-regulação implica uma série de manipulações ambientais e técnicas comportamentais, incluindo as seguintes:

1. Auto-observação sistemática,
2. Implementação de comportamentos alternativos aos comportamentos não adaptativos indesejados,
3. Auto-recompensa através de reforço positivo cada vez que o comportamento desejado é realizado.

Esta técnica pode ser utilizada em reabilitação para ajudar sujeitos com deficiências na diminuição dos impactos da sua deficiência, aumentando o potencial de desenvolvimento pessoal do sujeito (Sawyer & Crimando, 1984). Pode também ser usado em sujeitos que abusem de substâncias, pois permite-lhes medir a frequência e quantidade de consumo diminuindo estes valores até à abstinência (Stoll, in press).

3.11. «*Stopping*»

Os pensamentos indesejados que possam interferir com o comportamento adequado do sujeito são extintos através da utilização de estímulos aversivos ou da simples palavra «*stop*» (Grodén & Cautela, 1981). Eventualmente o sujeito assumirá a responsabilidade de cessar os pensamentos indesejados através deste auto comando de paragem. Este processo tem sido bastante utilizado em sujeitos com doença terminal no intuito de cessar pensamentos e sentimentos indesejados associados ao processo de morte (Sobel, 1981). Estes sujeitos são ensinados a controlar os pensamentos indesejados através de focalização em acontecimentos, imagens e memórias que tragam sentimentos positivos, processo esse que pode também ser utilizado com sujeitos com deficiências físicas.

A utilização de técnicas comportamentais em reabilitação implica uma participação activa e motivação por parte do sujeito, sendo por isso particularmente eficazes nas fases finais de adaptação à deficiência. No entanto, a sua apli-

cação em fases iniciais não deve ser ignorada, por exemplo o reforço de comportamentos incompatíveis com a negação da deficiência (recompensa de actividade física e cumprimento do regime de tratamento e medicação) podem ser utilizados com sujeitos que neguem as implicações da sua deficiência nas actividades do dia-a-dia (Dunn, 1975). Durante a fase de hostilidade exteriorizada, dá-se ênfase ao ensino de técnicas de relaxamento que ajudarão o sujeito a dispersar a agressividade, ou técnicas de condicionamento aversivo.

Durante a fase de aceitação Stoll (in press) sugeriu seguintes procedimentos:

1. «*Modeling*» de novos comportamentos apropriados,
2. Ensino e reforço de novas actividades (pessoais sociais e vocacionais),
3. Ensino e treino de capacidades que facilitem a integração social como, treino de entrevista de trabalho, e performance no trabalho.

Por exemplo quando se trabalha com um sujeito que sofreu um traumatismo medular que tenha aceite a sua deficiência e consequentes implicações, o técnico poderá intervir da seguinte forma:

1. Utilização de um sujeito com a mesma deficiência para servir de modelo de como se devem ultrapassar as barreiras arquitectónicas na sociedade e no trabalho.
2. Reforço e encorajamento verbal de novos comportamentos adaptativos,
3. O ensino de técnicas de auto-regulação e auto-reforço por parte do sujeito.

4. INVESTIGAÇÃO EM REABILITAÇÃO

A utilização destas técnicas em populações em reabilitação reporta para antes do estabelecimento da terapia comportamental como uma das importantes correntes teóricas. A utilização «*Aversive Conditioning*» derivado dos princípios de Pavlov foram utilizados em 1929, por Kantorovich, e em 1931, por Rubenstein no tratamento do abuso de substâncias (cit. Sobell, Wilkinson & Sobell, 1990). Como mencionámos, técnicas de «*Aversive Conditioning*» têm desde há muito

sido utilizadas na reabilitação de abuso de substâncias tendo, no entanto, o interesse nesta área aumentado na última década. Bergin e Garfield (1994) defendem a utilização de «*Covert Sensitization*» uma variante ao condicionamento aversivo no tratamento de alcoolismo, no qual se aplica o processo de náusea condicionada. Elkins (1980) realizou um estudo no qual utilizou a náusea condicionada num grupo de sujeitos com alcoolismo. Os seus resultados indicaram que 90% dos sujeitos que participaram num mínimo de seis sessões da «*Covert Sensitization*» com náusea condicionada reagiram com genuínos sintomas de náuseas chegando mesmo a demonstrar reflexo de vômito, sempre que deparados com o pensamento de ingestão de álcool.

Olson, Ganley, Devine e Dorsey (1981, cit. Stool, in press) compararam quatro grupos num total de 137 sujeitos com alcoolismo, (1) grupo de controlo que não teve terapia, (2) grupo sujeito a «*Covert Sensitization*», (3) grupo sujeito a terapia de orientação psicanalítica e (4) grupo sujeito a uma combinação de «*Covert Sensitization*» e terapia de orientação psicanalítica. Após quatro anos 36.6% dos sujeitos eram abstinentes, enquanto que 73.5% dos sujeitos tinham sido abstinentes seis meses após o tratamento. O grupo sujeito à terapia comportamental mostrou os melhores resultados a longo prazo.

Durante os anos 80 foi levada a cabo investigação sobre o efeito de tratamentos comportamentais em crianças com autismo, e subsequentes ganhos a nível intelectual, académico, adaptativo e sócio-emocional. Smith, Eikeseth, Kevstrand e Lovaas (1993, cit. Stool, in press) investigaram o efeito de um programa comportamental de 40 horas por semana de instrução individualizada em crianças com autismo. Os seus resultados indicaram que a intervenção era benéfica nas áreas mencionadas anteriormente. Num seguimento deste estudo, após sete anos, 9 das 19 crianças com autismo tinham apresentado performances escolares satisfatórias na primeira classe. Os resultados contrastaram com os das crianças do grupo de controlo, no qual apenas uma entre 40 crianças atingiu os mesmos resultados das do grupo experimental.

Smith, Eikeseth, Kevstrand e Lovaas (1997, cit. Stool, in press) realizaram outro estudo no qual investigaram a eficiência do tratamento comportamental intensivo numa população de

crianças em idade pré-escolar que apresentavam deficiência mental severa e deficiências de desenvolvimento. Alguns sujeitos de ambos os grupos receberam tratamento comportamental intensivo de 40 ou mais horas por semana, tendo os restantes recebido um tratamento comportamental mínimo de 10 horas por semana. Antes desta intervenção os sujeitos não mostraram qualquer diferença significativa quando aplicados testes de avaliação da fala, de défices sensoriais, reacção a estímulos e temperamento. Os resultados do estudo realizado por estes autores demonstrou que o QI do grupo sujeito à terapia comportamental intensa aumentou oito pontos depois da avaliação inicial, enquanto que o grupo sujeito à terapia comportamental mínima diminuiu três pontos, tendo estas diferenças sido consideradas estatisticamente significantes. Smith e colaboradores (1997) chamam a atenção para o facto de apesar das crianças terem apresentado melhoras numa variedade de áreas (inteligência, performance académica e funcionamento social e social), estes valores mantêm-se sempre abaixo dos valores apresentados por crianças sem deficiências.

5. CONCLUSÃO

A utilização da terapia comportamental em reabilitação tem algumas vantagens uma vez que esta deriva das teorias de aprendizagem focando a modificação do comportamento em vez da modificação de sentimentos que implicam entrar num âmbito mais pessoal permitindo a sua aplicabilidade a populações de diversas etnias, culturas, e estilos de vida, uma vez que esta terapia não é invasiva do passado e cultura do sujeito. As técnicas utilizadas nesta terapia oferecem várias alternativas ao técnico que pode examinar cientificamente a intervenção necessária, envolvendo os sujeitos no planeamento da terapia, no estabelecimento de metas a atingir e técnicas a utilizar de forma a promover modificação do comportamento do sujeito. O técnico servirá também de mentor ao ensinar o sujeito a reestruturar os seus comportamentos de uma forma, mais positiva ajudando-os a tornar-se mais autónomos e independentes, o que é um dos objectivos principais na psicologia de reabilitação.

Riggar e colaboradores (1986) consideraram a

terapia comportamental como sendo uma das mais apropriadas para populações em reabilitação, uma vez que providencia a componente verbal necessária ao suporte emocional do sujeito sem perder o seu foco nas capacidades funcionais. Esta terapia permite uma avaliação objectiva de cada sujeito e recolha de dados o que se torna crítico na determinação da significância social e clínica dos serviços prestados.

A aplicação de terapias comportamentais em reabilitação implica a extinção ou redução de modos de comportamento não desejados, e a aquisição de novos comportamentos adaptativos que sejam mais compatíveis com a deficiência e implicações funcionais dela resultantes. Após terminada a terapia, é esperado que o sujeito saiba utilizar as técnicas que aprendeu no seu dia-a-dia. Nesse caso os avanços no sentido de sucesso das metas desejadas poderão ser auto-recompensados pelo próprio sujeito através de reforço verbal, por exemplo, dizer a si mesmo «estou-me a sair muito bem», ou reforço mental, por exemplo, visualizar-se a realizar uma situação específica na comunidade, ou reforço afectivo, ao se sentir satisfeito consigo mesmo por ter sucedido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Atkeson, B. M., & Forehand, R. (1981). Conduct disorders. In E. V. Mash & L. G. Terdal (Eds.), *Behavioral assessment of childhood disorders*. New York: Guilford.
- Ayllon, T., & Azrin, N. H. (1968). *The token economy*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Binder, L. M., Dixon, M. R., Hayes, L. J., Manthey, S., Sigman, C., & Zdanowski, D. M. (1998). Using a self-control training procedure to increase appropriate behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 203-209.
- Cautela, J. R. (1966). Treatment of compulsive behavior by covert sensitization. *Psychosocial Record*, 16, 33-41.
- Craighead, L. W., Craighead, W. E., Kazdin, A. E., & Mahoney, M. J. (1994). *Cognitive and behavioral interventions: An empirical approach to mental health problems*. Boston, MA: Allyn & Bacon, Inc.
- Chambless, D. L., & Goldstein, A. J. (1979). Behavioral psychotherapy. In R. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies* (2nd ed., pp. 230-272). Itasca, IL: F. E. Peacock.

- Stoll, J. (in press). Behavior therapy. In F. Chan, K. R. Thomas, & N. L. Berven (Eds.), *Counseling theories and techniques for rehabilitation health professionals*. Alexandria, VA: American Counseling Association Press.
- Corey, G. (1996). *Theory and practice of counseling and psychotherapy: An integrative perspective* (pp. 467-478). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Corrigan, P. W., & Liberman, R. P. (1994). Overview of behavior therapy in psychiatric hospitals. In P. W. Corrigan, & R. P. Liberman (Eds.), *Behavior therapy in psychiatric hospitals* (pp. 1-38). New York: Springer.
- Craighead, L. W., Craighead, W. E., Kazdin, A. E., & Mahoney, M. J. (1994). *Cognitive and behavioral interventions: An empiricla approach to mental health problems*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Craske, M. G., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1991). Behavioral treatment of panic disorder: a two-year follow-up. *Behavior Therapy*, 22, 289-304.
- Duval, R. J. (1982). Psychological theories of physical disability: New perspectives. In M. G. Eisenberg, C. Griggins, & R. J. Duval (Eds.), *Disabled people as second-class citizens* (pp. 173-192). New York: Springer.
- Fordyce, W. E. (1971). Behavioral methods in rehabilitation. In W. S. Neff (Ed.), *Rehabilitation psychology* (pp. 74-108). Washington, DC: American Psychological Association.
- Forest, G. G. (1985). Behavioral contracting in psychotherapy with alcoholics. In T. E. Bratter & G. G. Forrest (Eds.), *Alcoholism and substance abuse: Strategies for clinical intervention* (pp. 508-522). New York: The Free Press.
- Foxx, R. M., & Azrin, N. H. (1973). The elimination of autistic self-stimulatory behavior by overcorrection. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 6, 1-14.
- Gilliland, B. E., & James, R. K. (1998). *Theories and strategies in counseling and psychotherapy* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Gilliland, B. E., James, R. K., & Bowman, J. T. (1994). *Theories and strategies in counseling and psychotherapy* (3rd ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Greif, E., & Matarazzo, R. G. (1982). *Behavioral approaches to rehabilitation*. New York: Springer.
- Groden, G., & Cautela, J. R. (1981). Behavior therapy: A survey of procedures for counselors. *The Personnel and Guidance Journal*, 60, 175-180.
- Hackney, H. L., & Cormier, L. S. (1996). *The professional counselor: A process guide to helping* (3rd ed.). Needham, M. A.: Allyn & Bacon.
- Kanfer, F. H., & Goldstein, A. P. (1986). Introduction. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (3rd ed., pp. 1-18). New York: Pergamon Press.
- Kazdin, A. E. (1994). *Behavior modification in applied settings* (5th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Levenkron, J. C. (1987). Behavior modification in rehabilitation: Principles and clinical strategies. In B. Caplan (Ed.), *Rehabilitation psychology desk reference* (pp. 383-416). Rockville, MD: Aspen.
- Livingston, R. H., & Johnson, R. G. (1979). Covert conditioning and self-management in rehabilitation counseling. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 22, 330-337.
- Livneh, H., & Sherwood, A. (1991). Application of personality theories and counseling strategies to clients with physical disabilities. *Journal of Counseling & Development*, 69, 525-538.
- Meyer, V., & Liddell, A. (1975). Behavior therapy. In D. Bannister (Ed.), *Issues and approaches in the psychological therapies* (pp. 223-240). New York: John Wiley & Sons.
- Mueser, K. T. (1993). Schizophrenia. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Handbook of behavior therapy in the psychiatric setting* (pp. 269-292). New York: Plenum Press.
- Nelson, R. O., & Hayes, S. C. (1979a). Some current dimensions of behavior assessment. *Behavioral Assessment*, 1, 1-16.
- Papajohn, J. C. (1982). *Intensive behavior therapy: The behavioral treatment of complex emotional disorders*. New York: Pergamon Press.
- Rice, J. M. (1985). A behavioral perspective. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 16 (3), 26-29.
- Riggat, T. F., Maki, D. R., & Wolf, A. W. (Eds.) (1986). *Applied rehabilitation counseling*. New York: Springer.
- Rotgers, F. (1996). Behavioral therapy of substance abuse treatment: Bringing science to bear on practice. In F. Rotgesters, D. S. Keller, & J. Morgenstern (Eds.), *Treating substance abuse: Therapy and techniques* (pp. 174-201). New York: Guilford.
- Russel, R. A. (1981). Concepts of adjustment to disability: An overview. *Rehabilitation Literature*, 42, 330-338.
- Sawyer, H. W., & Crimando, W. (1984). Self-management strategies in rehabilitation. *Journal of Rehabilitation*, 50, 27-30.
- Schloss, P. J., & Smith, M. A. (1994). *Applied behavior analysis in the classroom*. Boston: Allyn and Bacon.
- Scotfield, M. E., Pape, D. A., McCracken, N., & Maki, D. R. (1980). An ecological model for promoting acceptance of disability. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 11 (4), 183-187.
- Sobel, H. (1981). Toward a behavioral thanatology in clinical care. In H. Sobel (Ed.), *Behavioral therapy in terminal care: A humanistic approach*. Cambridge, MA: Ballinger.
- Sobell, M. B., Wilkinson, D. A., & Sobell, L. C. (1990). Alcohol and drug problems. In A. S. Bellack & Hersen (Eds.), *International handbook of behavioral modification and therapy* (2nd ed., pp. 415-435). New York: Plenum Press.

- Ullmann, L. P., & Drasner, L. (1965). *Case studies in behavior modification*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Walters, J. (1981). Coping with leg amputation. *American Journal of Nursing*, 81, 1349-1352.
- Willoughby, J. R. (1969). The Willoughby Personality Schedule. In J. Wolpe (Ed.), *The practice of behavior therapy* (Appendix 1, 2, pp. 279-282). New York: Pergamon Press.
- Wilson, G. T. (1995). Behavior therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (5th ed., pp. 197-228). Itasca, IL: F.E. Peacock.
- Wilson, G. T. (2000). Current psychotherapies (6th ed.). In R. J. Corsini, & D. Wedding (Eds.), *Behavior therapy* (pp. 205-240). Itasca, IL: F. E. Peacock Publishers, Inc.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.

RESUMO

A Terapia comportamental tem sido aplicada a uma grande variedade de populações ao longo dos tempos. Neste artigo destacamos a forma como diferentes técnicas comportamentais podem ser úteis e utilizadas pelos técnicos de reabilitação no trabalho com pessoas com deficiência.

Palavras-chave: Terapia comportamental, reabilitação, deficiência.

ABSTRACT

Behavioral therapy has been used in a wide range of populations over the years. In this article we focused on how different behavioral techniques can be useful tools to rehabilitation counselors when working with people with disabilities.

Key words: Behavioral therapy, rehabilitation, disability.