

TÍTULO:PROGRAMA A UFMG E A ATENÇÃO A PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS.

AUTOR:Pedro A. de Souza

INSTITUIÇÃO:UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS- UFMG.

E-MAIL:(pedro@eef.ufmg.br)

ÁREA TEMÁTICA: Saúde

Introdução/Objetivo

O Programa a UFMG e a Atenção a Pessoas com Necessidades Especiais tem por objetivo desenvolver ações integradoras entre universidades, administrações públicas e sociedade civil, despertando um maior interesse da comunidade universitária, para atuar na área da inclusão social de pessoas com necessidades especiais, que padecem ainda hoje de males oriundos de um total desconhecimento dos potenciais e dos direitos destas.

Com base em projetos de extensão, a UFMG desenvolve programas de atenção a pessoas com necessidades especiais nas áreas de arquitetura, biologia, diagnóstico precoce, direito e cidadania, educação física, enfermagem, engenharia, fisioterapia, medicina, odontologia, pedagogia, psicologia, qualidade de vida, saúde mental, terapia ocupacional, terceira idade, entre outras.

Resultados: Essas ações de extensão têm sido realizadas de forma articulada ao ensino e à pesquisa, destacando-se a publicação de capítulos e artigos em livros, a apresentação de trabalhos científicos em congressos, a produção de cartilhas, CDs, vídeos e outros produtos acadêmicos; soma-se a isto processos de inclusão social das pessoas atendidas.

Metodologia

A dinâmica de desenvolvimento do programa busca recuperar algumas bases teóricas de modelos que podem fundamentar a inclusão social de pessoas com deficiências, tais como a Classificação Internacional de Funções (CIF), da OMS; o Modelo de Superação de Crise como Processo de Aprendizagem, de SCHUCHARDT, e o modelo Motivacional, de HECKHAUSEN, apresentados a seguir.

O Modelo CIF da OMS

Em 1920 a Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou o Código Internacional de Doenças (CID). Este modelo continua sendo utilizado, já que demonstra ser de enorme valia na clínica médica. No entanto o modelo CID mostrou-se incapaz de levar em conta os potenciais remanescentes de pessoas doentes ou com deficiência, desconsidera as inúmeras atividades passíveis de serem praticadas ou exercidas por estas pessoas, assim como não vislumbra a possibilidade nem as determinantes para que uma pessoa, sob estas condicionantes de doença ou de deficiência, mas também portadora de potenciais, de conhecimentos e experiências, possa exercer um papel na sociedade em que vive, assumindo efetivamente uma participação em atividades laborais, familiares ou de lazer, compatíveis com suas potencialidades e limitações.

Em função disto, a OMS vem experimentando, paralelamente à CID, uma nova classificação, que leva em conta os potenciais remanescentes, as atividades passíveis de execução, bem como a participação destes indivíduos na sociedade. Com isto ela chegou ao modelo CIF, que entrará em vigor em 2004 e está em discussão e tradução. Será adotada aqui como referência a última versão, intitulada Classificação Internacional de Funções, Discapacidades e Saúde („International Classification of Functioning, Disability and Health“), porém com interpretações feitas com base em SCHÜLE et JOCHHEIM (2000).

O modelo CIF é estruturado em três planos. O primeiro se refere ao plano das Funções („Functioning“), que se estende da análise tanto do comprometimento quanto das funções indenes. O segundo plano se refere à „Atividade“ (substituindo aqui „Disability“). O terceiro plano se refere à „Participação“ (substituindo „Health“. Vide o site: www3.who.int/icf/icftemplate).

Exemplos de Aplicação do Modelo CIF (numa interpretação deste autor)

1º Plano: As Funções (O Comprometimento e as Funções Remanescentes)

O comprometimento e as funções remanescentes deverão ser vistos como um processo interativo e passível de desenvolvimento (TSCHEUSCHNER et KURT, apud SCHÜLE et JOCHHEIM 2000, 52), mas também como dimensão tanto dos comprometimentos quanto da integridade funcional do corpo e sistemas corporais.

Exemplo 1: O comprometimento refere-se à perda definitiva da capacidade visual em ambos os olhos. Permanecem, no entanto, indenes as demais funções do indivíduo;

Exemplo 2: O comprometimento refere-se às seqüelas de um acidente vascular cerebral, podendo estar preservados um lado do corpo, a fala, a memória, a motivação, etc.

Intervenções:

- a) A intervenção médica se caracteriza pelo estabelecimento do diagnóstico, a prescrição e orientação relativa ao tratamento pertinente, e o prognóstico. No modelo CIF a intervenção médica se estenderia à orientação do paciente e/ou sua família também em relação às suas funções remanescentes, a atividade e participação condizentes, etc;
- b) A intervenção fisioterápica, terapêutico-ocupacional, pedagógica, fonoaudiológica, de terapia pela arte ou pelo esporte, visaria não só compensar as seqüelas, mas também detectar e desenvolver os potenciais remanescentes.

2º Plano: Atividade “ (substituindo aqui „Disability“)

O plano Atividade deve ser visto como uma dimensão das possibilidades de ação futura do indivíduo, assim como de suas limitações, no âmbito profissional, familiar, esportivo e de lazer, implicando na capacitação do mesmo para tanto, num processo de reabilitação em que os próprios reabilitandos são também agentes ativos deste processo (vide Atribuição de Causa, em Tória da Motivação, segundo HECKHAUSEN). Este plano substitui a concepção das limitações funcionais („Disability“) anteriormente usadas.

3º Plano: Participação (aqui substituindo „Health“)

Participação deve ser vista como um plano em que culminam as ações voltadas para o processo reabilitacional, de maneira que o reabilitando possa ser reintegrado ao meio social em que vivia ou em que trabalhava, dando-lhe a possibilidade de atuar de forma efetiva na vida social, melhorando sua qualidade de vida e seu bem estar.

Por outro lado, deficiência deve ser vista, também, como falta de oportunidades de participação.

Conclusão Relativa à Adoção da CIF

A adoção de um modelo de classificação das funções, comprometidas e indenizadas, e que leve em conta também as Atividades passíveis de execução, bem como a Participação destas pessoas na sociedade; permite vislumbrar uma significativa melhora da qualidade de vida, de melhores condições para a reabilitação emocional, de uma mais efetiva inclusão e valorização social destas pessoas, bem como uma redução dos casos de aposentadoria por invalidez, desonerando a previdência social.

Considerando-se a atual formação acadêmica nas áreas da saúde, bem como a estrutura dos serviços de reabilitação, haverá necessidade de adequá-las imediatamente ao modelo CIF („International Classification of Functioning, Disability and Health“ - ICF).

A Superação de Crise como Processo de Aprendizagem, segundo SCHUCHARDT

Para WRIGHT (1960, apud BUDDE 1988, 106) superação, "Coping", está condicionada, por exemplo:

- ✓ À aceitação da perda, o que não deve ser visto como resignação. A detecção e desenvolvimento do potencial remanescente e de perspectivas mais positivas para o futuro, podem facilitar o processo de aceitação, de superação;
- ✓ À restrição do efeito da limitação ou da deficiência, de forma que a pessoa não seja considerada como toda deficiente, bem como à subvalorização da importância do comprometimento.

A sublimação dos potenciais remanescentes e a subvalorização dos comprometimentos podem promover a centralização do foco da atenção do educando especial ou do reabilitando num contexto de autoavaliação positiva, mas também de uma avaliação positiva feita por terceiros, podendo facilitar o processo de superação de crise e de inclusão social.

BENTERBUSCH e EISENHUTH (2000, 47) determinaram como sendo de 2 a 5 anos o tempo para superar o trauma emocional dos que sofrem uma lesão medular e ficam paraplégicos. Como a lesão medular ainda é irreversível, isto permite priorizar ações visando a reabilitação emocional, a reativação do indivíduo e sua participação na sociedade.

SCHUCHARDT analisou questões sobre a superação de crise, a inclusão de pessoas com deficiência, ampliando o espectro do plano social e o estendendo para questões comportamentais. O estudo considerou autobiografias de diferentes culturas e em diferentes situações de crise, sendo analisadas aproximadamente três mil autobiografias relativas a pessoas com deficiência ou com doenças graves, concluindo que só uma parte das pessoas supera este trauma emocional. Além disto, ela conclui que o processo de superação emocional se processa em espiral, já que as pessoas podem passar de uma fase para outra,

evoluindo no processo de superação de crise ou tendo uma recidiva. SCHUCHARDT dividiu este processo de superação em três estágios, compostos por oito fases em espiral. A oitava fase corresponde ao nível mais elevado de superação. SCHUCHARDT denominou este modelo de Superação de Crise em Espiral como Processo de Aprendizagem.

Os três estágios da superação de crise como processo de aprendizagem foram caracterizados por SCHUCHARDT (1993⁵, 112) da seguinte forma:

- ✓ **Estágio inicial (I)**, caracterizado por uma **dimensão cognitiva**, relativa ao conhecimento ou desconhecimento do que está acontecendo com a própria pessoa, sendo uma dimensão na qual todas as ações e providências são decididas por terceiras pessoas (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, etc). Este estágio foi dividido nas seguintes fases em espiral: **Desconhecimento (1) e Informação (2)**.
- ✓ O **estágio de transição (II)**, tem uma dimensão de marcante **descontrole emocional**, sendo subdividido nas fases: **Agressão (3), Negociação (4) e Depressão (5)**;
- ✓ O **estágio alvo (III)** foi caracterizado, principalmente, pela dimensão de ações autocontroladas, sendo subdividido nas seguintes fases em espiral: **Aceitação (6), Atividade (7) e Solidariedade (8)**.

De forma resumida, são comentadas a seguir cada uma das oito fases em espiral:

A **fase 1 (Desconhecimento)** é caracterizada pela situação em que o paciente não só desconhece o diagnóstico, mas também não é capaz de entendê-lo ou não quer entendê-lo. SCHUCHARDT ilustrou a fase em espiral 1 com a pergunta: "O que está acontecendo?".

A **fase 2 (Informação)** é caracterizada pela ambivalência entre a realidade e a utopia da regeneração da função perdida. A autora caracterizou esta fase com a pergunta: "É, mas isto não pode ser assim ...?".

A **fase 3** é a fase da **Agressão**. Ela pode se desencadear sem que, aparentemente, haja algum motivo, manifestando-se contra tudo e contra todos. SCHUCHARDT a caracterizou com a pergunta: "Por que comigo?".

A **fase 4**, da **Negociação**, foi caracterizada pela autora com a seguinte pergunta: "Se, então deve ...". Aqui a pessoa procura negociar, procurando de toda maneira sair de sua situação de impotência e tomar o controle da situação.

A **5ª fase** é a da **Depressão**. O paciente paraplégico, que acabou de sofrer o acidente, não pode mais negar que não sente mais suas pernas. Com isto, nem a negativa, nem o conhecimento cognitivo, nem a agressão ou a negociação, são capazes de alterar qualquer coisa. Com isto o paciente se torna desesperançadamente deprimido e entra num processo de resignação. A autora caracterizou esta fase com a pergunta: "Prá quê? Tudo é tão sem sentido". Poderia ser exemplificado com a pergunta „Prá quê, que eu vou fazer fisioterapia, se o médico disse que isso não tem jeito“?

Na **sexta fase** em espiral a pessoa se aceita como é. Por isto SCHUCHARDT a denominou de fase da **Aceitação**. "Eu sou uma pessoa como outra qualquer. Cada um precisa aprender a viver com sua ... crise, a viver com seu jeito de ser, e cada um segue vivendo". A autora ilustra esta fase em espiral com a afirmativa: "Só agora eu reconheço". Este "reconhecer" refere-se tanto à reflexão de que a situação é imutável, que a vida continua apesar de tudo, bem como refere-se também ao processo de aceitação da situação.

A **sétima fase** em espiral se manifesta pela reestruturação de valores e das normas de referência, em função do processo de superação de crise agora em curso mais avançado. Esta fase foi denominada **Atividade**, sendo caracterizada por SCHUCHARDT com a afirmativa "eu faço".

Na **oitava fase (Solidariedade)** "cresce em alguma hora ... o desejo, como sendo uma necessidade de atuar com responsabilidade social (SCHUCHARDT 1993⁵, 109). Esta fase em espiral foi caracterizada por SCHUCHARDT com a afirmativa: "Nós agimos", expressando para SCHUCHARDT uma adequada inclusão social.

O modelo de Superação de Crise como Processo de Aprendizagem em Espiral, proposto por SCHUCHARDT, não só facilita entender melhor o processo de superação de crise a que estão sujeitas as pessoas, mesmo que se possa discordar de certos aspectos relativos à sua estrutura, seqüência e características; mas é um modelo que permite também visualizar a necessária estruturação de um processo de apoio à superação emocional de situações adversas e mesmo irreversíveis, bem como permite vislumbrar a estruturação de ações programadas, seqüenciais e intencionais, visando a inclusão social de pessoas com seqüelas de doenças ou de deficiências.

A superação emocional como processo de aprendizagem poderia ter como referência teórica a psicologia da motivação, que é apresentada, resumida, a seguir.

Teoria da Motivação segundo HECKHAUSEN

ATKINSON (1966, 13) apresentou o processo de motivação das pessoas com base numa fórmula matemática. Segundo ele **motivação** é o produto do **motivo**, multiplicado pela **expectativa**, multiplicado pelo **estímulo**.

Motivo pode ser entendido como tudo aquilo que orienta nosso pensamento e nosso comportamento. Como exemplo de motivos podem ser citados: ter boa renda, conquistar alguém, sarar. Alguns motivos podem ser utópicos e outros realistas.

A **expectativa** depende de uma série de fatores, tais como por exemplo do diagnóstico médico. Muitas vezes o médico afirma: "Vou ser sincero. Nada do que for feito pelo filho de vocês reverterá a situação, já que a lesão é irreversível". Muitas vezes, em situações como esta, a família não faz absolutamente nada em prol do filho. Daí a importância do modelo CIF, que considera a Função, comprometida mas também a remanescente, a deficiência e a saúde, a Atividade e a Participação.

O **estímulo** depende muitas vezes da expectativa. Quando as pessoas acreditam que têm chances em algo que desejam, elas investem muito para sua obtenção. Mas quando a doença é irreversível ou a deficiência é definitiva, muitas pessoas não fazem absolutamente nada pela saúde, educação, qualidade de vida, inclusão social.

Esta fórmula: **Motivação = Motivo X a Expectativa X o Estímulo** aplicada a um caso de cegueira irreversível, na prática leva muitas famílias a não investir na educação, na profissionalização, no esporte e na vida social do filho. E o que mais pode ser feito por esta criança cega é a educação. Aprender Braille, depois estudar numa escola regular, aprender informática, praticar esportes, podem assegurar a esta mesma criança cega uma ótima qualidade de vida, uma valorização de sua pessoa, a chance de ter renda ou emprego e se autosustentar, ter um círculo de amigos.

Nestes casos, propõe-se outra interpretação da fórmula acima, em que **Motivação** continuará sendo = **Motivo X a Expectativa X o Estímulo**. Mas o motivo não mais será voltar a enxergar, já que é um motivo irreal e que só levará à frustração, no caso do

exemplo. Deverá ser adotado um novo motivo, realista: ler e escrever em Braille. Aprender informática, praticar um esporte, mesmo sendo cego. Motivo: assegurar o direito à infância, a ter alegria, amigos. Este tipo de motivo é que deverá orientar nosso pensamento e nossa conduta, nossa motivação. Com isto o objetivo estipulado, centrado numa perspectiva realista, permitirá a ocorrência de Expectativas positivas e, por certo, será mais fácil promover a adequada **estimulação** do indivíduo.

O modelo ICF é um caminho mais seguro para esta mudança motivacional.

HECKHAUSEN (1963, 1965, 1974, 1977, 1980, 1984), por sua vez, contribuiu enormemente para a facilitação da intervenção positiva no processo motivacional, ao postular que a motivação tem três bases de sustentação: **as normas de referência, o nível de aspiração** e a **atribuição da causa** do sucesso ou do fracasso.

Normas de referência se referem a certos padrões, que adotamos para comparação. Podemos ter como referência os salários pagos a determinadas profissões, a possibilidade ou não de cura de uma doença, as características antropométricas de uma população, o índice de morbidade ou de mortalidade, etc.

O **modelo CIF** deverá facilitar o estabelecimento de novas normas de referência, já que as avaliações dos indivíduos procurarão detectar as **doenças e deficiências**, mas também os **potenciais remanescentes**, assim como as **Atividades** compatíveis com aquele caso e a preparação do indivíduo para a **Participação** na vida em sociedade.

Muitas vezes a referência que certas pessoas têm de uma pessoa cega é que ela não seria capaz de aprender, não teria direito ao lazer, não seria capaz de se autosustentar, etc. Naturalmente torna-se necessário mudar urgentemente este preconceito.

É de suma importância que as famílias dos portadores de necessidades especiais aprendam a identificar, a valorizar e a desenvolver os potenciais remanescentes dos educandos especiais ou reabilitandos, já que, em grande parte dos casos, ela se prende ao desejo utópico de recuperar, de reabilitar uma função com comprometimento irreversível (como a visão, a marcha, etc), deixando de apoiar a descoberta e o desenvolvimento dos potenciais remanescentes. Esta ação, de forma extremamente significativa, se torna necessária de adoção especialmente pelos especialistas que orientam o caso.

Nível de aspiração refere-se ao que os indivíduos desejam para si mesmos. Alguém que se dê um baixo valor também apresentará um baixo nível de aspiração. Aquele que acredita nos seus potenciais, está ciente de seu valor, de seus direitos, terá um nível de aspiração mais elevado. Conhecendo melhor os potenciais e as limitações, as atividades compatíveis, o tipo e a forma de participação das diversas pessoas, pode-se melhor ajudar as pessoas a estabelecer níveis de aspiração mais condizentes com suas potencialidades e limitações.

A Atribuição de Causa refere-se a quem ou a que se pode atribuir a autoria da responsabilidade de uma certa ocorrência. Que fatores levaram uma determinada coisa a dar certo ou a levaram ao fracasso?

No caso específico de programas de reabilitação, o que ocorre frequentemente é o paciente relatar sobre sua melhora, atribuindo-a exclusivamente ao excelente médico, ao hospital que dispunha de moderníssimas instalações, à fisioterapeuta muito competente, etc. Nunca, nas condições atuais da reabilitação, o paciente tem motivos, que lhe permitam atribuir também a si mesmo a causa do sucesso do tratamento. Na educação especial a situação não é muito diferente.

É de fundamental importância, que mecanismos sejam adotados no processo de educação e de reabilitação para que os educandos e os reabilitandos também possam se autoavaliar e serem avaliados por terceiros como agentes causadores de seu progresso.

A Extensão Universitária Baseada em Teorias Voltadas para a Inclusão

Dentre os diversos projetos desenvolvidos pela UFMG, a seguir são descritos três deles com a finalidade de ilustrar sua ação na inclusão de pessoas com necessidades especiais, com base nas teorias citadas:

Projeto Adaptse – Laboratório de Acessibilidade e Design, do Departamento de Projetos da Escola de Arquitetura, que trabalha com a necessidade ambiental e o desenho universal, na busca por uma sociedade inclusiva. O Adaptse foi criado pelo professor Marcelo Pinto Guimarães, estando sob a coordenação do prof. Ricardo Orlandi França. Reportando-se à base teórica exposta, pode-se afirmar que o projeto Adaptse procura facilitar a **atividade** e a **participação**, favorecer o estabelecimento de **novas normas de referência** (ambiente arquitetônico acessível e possibilidade de participação social), permitindo a portadores de necessidades especiais elevar seu **nível de aspiração** e melhorar sua **qualidade de vida**.

Projeto Esporte Aplicado à Reabilitação de Deficientes Físicos: atende há vinte e cinco anos, gratuitamente, pessoas com seqüelas de paralisia cerebral, lesões medulares, esclerose múltipla e distrofia muscular, entre outras disfunções. O projeto utiliza recursos adequados do esporte e da metodologia do treinamento esportivo, aplicados ao contexto da reabilitação, da superação emocional e da inclusão, visando detectar e ampliar os potenciais remanescentes, melhorar o padrão motor, além de procurar compensar limitações e favorecer a autonomia. Ensina-se técnicas de manejo de cadeira de rodas, dança em cadeira de rodas; natação e musculação. Qualifica-se profissionais, sendo produzidos materiais didáticos, ministradas palestras, consultorias e cursos, mantendo-se um grupo de estudos (CEPODE – Centro de Estudos do Esporte para Portadores de Deficiência) relativo ao esporte de reabilitação, sob a coordenação do professor Pedro Américo de Souza.

Com base na teoria exposta, o projeto Esporte de Reabilitação procura **reativar** pessoas com deficiência física, estimular a **participação** social e a **solidariedade**, estabelecer **novas normas de referência** baseadas no potencial remanescente e não centradas na deficiência, desenvolver **níveis de aspiração** mais elevados, tais como maior independência ou reassumir funções na família ou na sociedade, e procurando-se atribuir também às pessoas atendidas a causa do progresso das mesmas (**atribuição de causa**).

Projeto PARAMEC: criado em 1996 e vinculado ao Departamento de Engenharia Mecânica, sendo composto basicamente por graduandos em engenharia mecânica, elétrica, civil, controle e automação, desenho industrial e outras. A atuação tem se concentrado em 4 áreas: Redução de Custos na Fabricação de Próteses; Mobilidade de Deficientes Físicos; Equipamentos Fisioterápicos; Adaptações Ergométricas em Equipamentos Industriais. Atualmente estão em andamento pesquisas relativas a: 1) Plataforma de Percurso Inclinado, Dispositivo para Transferência de Paciente e Andador, Cadeira de Rodas Reclinável; 2) Suporte Universal de Talheres; 3) Equipamentos para Alfabetização de Cegos. Estão previstas novas linhas de pesquisa. O PARAMEC é coordenado pelo professor Dr. Marcos Pinotti Barbosa.

Com base na teoria visando a inclusão, pode-se concluir que o Projeto PARAMEC facilita a **atividade** e a **participação** de pessoas com necessidades especiais, estabelece

novas normas de referência através dos equipamentos desenvolvidos e facilita elevar os **níveis de aspiração** relativos à qualidade de vida.

Conclusões e sugestões

O conhecimento do modelo CIF, da OMS, da superação de crise como processo de aprendizagem, de SCHUCHARDT, e motivacional, de HECKHAUSEN, ainda que apresentados de forma estritamente resumida, tiveram por finalidade provocar uma reflexão sobre a necessidade de se construir um modelo de educação universitária, que capacite os futuros profissionais a disponibilizar seus conhecimentos em prol de pessoas com necessidades especiais. A mesma finalidade se aplica às estruturas e sistemas de reabilitação existentes hoje.

Com certeza o âmbito da extensão universitária constitui-se num dos caminhos mais eficazes para esta interação.

Bibliografia

- ATKINSON, J.W.: Motivational determinants of risktaking behavior. In: ATKINSON, J.W. et FEATHER, N.T. (Ed.): A theory of achievement Motivation. New York, John Wiley & Sons, 1966, 11-29
- ATKINSON, J.W. et FEATHER, N.T. (Ed.): A theory of achievement Motivation. New York, John Wiley & Sons 1966
- BENTERBUSCH, B. et EISENHUTH, J.: Der psychologische Dienst - Fluch oder Segen? In: ZÄCH, G. A., GMÜNDER, H.P. et KOCH, H.G. (Ed.): Querschnitt im Längsschnitt. Erstversorgung. Lebenslange Betreuung. Nottwill, Schweizer Paraplegiker Zentrum/Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegie 2000, 45-48
- BUDDE, H-G.: Auswirkungen und Bewältigung von Behinderung: Psychologische Ansätze. In: KOCH, U., LUCIUS-HOENE, G. et STEGIE, R. (Ed.): Handbuch der Rehabilitationspsychologie. Berlin, Springer 1988, 101-119
- HECKHAUSEN, H.: Motivation: Kognitionspsychologische Aufspaltung eines summarischen Konstrukts. Psy. Rundschau 28(1977), 175-189
- HECKHAUSEN, H.: Attributionsmuster für Leistungsergebnisse - Individuelle Unterschiede, mögliche Arten und deren Genese. In: WEINERT, F.E. et KLUWE, R.H. (Ed.): Metakognition, Motivation und Lernen. Stuttgart, Kohlhammer 1984, 133-164
- HECKHAUSEN, H.: Hoffnung und Furcht in der Leistungsmotivation. Meisenheim, Hain 1963
- HECKHAUSEN, H.: Leistung und Chancengleichheit. Göttingen, Hogrefe 1974
- HECKHAUSEN, H.: Leistungsmotivation. In: THOMAE, H. (Ed.): Handbuch der Psychologie, Vol. II. Göttingen, Hogrefe 1965, 602-702
- HECKHAUSEN, H.: Motivation und Handeln. Berlin/Heidelberg/New York, Springer 1980
- SCHUCHARDT, E.: Biographische Erfahrung und wissenschaftliche Theorie - Soziale Integration Behinderter, Vol. I. Bad Heilbrunn/Obb, Julius Klinkhardt 1993⁵
- SCHUCHARDT, E.: Weiterbildung als Krisenverarbeitung. Soziale Integration Behinderter, Vol. II. Bad Heilbrunn/Obb, Julius Klinkhardt 1993⁵

SCHÜLE, K. et JOCHHEIM, K.-A.: Rehabilitations-Propädeutik. In: SCHÜLE, K. et HUBER, G.: Grundlagen der Sporttherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation. München/Jena, Urban & Fischer 2000, 39-56