

UM ROTEIRO PARA O DIAGNÓSTICO COMPORTAMENTAL^{1, 2}

FREDERICK H. KANFER
GEORGE SASLOW

A análise proposta aqui não tem a intenção de levar à escolha de uma classe de diagnóstico para o paciente. Deveria servir como base para a tomada de decisões sobre intervenções terapêuticas específicas, independente do problema apresentado. A compilação de dados, sobre todos os subtítulos aqui apresentados que se mostrarem relevantes, deve dar uma boa base para decisões sobre as áreas em que é necessária a intervenção, os principais alvos de intervenção, os métodos de tratamento a adotar e a série de objetivos que o tratamento deve atingir.

I. Análise Inicial da Situação-Problema

Uma formulação preliminar tenta separar os comportamentos levados à atenção do clínico, com relação ao eventual lugar que possam ocupar nos procedimentos do tratamento. O repertório do paciente pode ser visivelmente diferente, em relação ao que é necessário para um ajustamento adequado às suas circunstâncias, devido à frequência pouco comum com que vários atos ocorrem. Além disso, também se leva em consideração a amplitude do repertório comportamental não-problemático e a presença de comportamentos que representam forças especiais, qualitativa ou quantitativamente, que poderiam ser usados como recursos no tratamento. Apesar de a classificação dos comportamentos, em excessos e déficits, ser conceitualmente útil, está claro que, a não ser em casos extremos, os seres humanos têm um repertório rico que se modifica continuamente, e as inter-relações entre os itens do repertório não podem ser ignoradas. É possível que a classificação inicial não mantenha sua pertinência, uma vez que comecem a ocorrer modificações nas condições de vida do paciente e em suas atividades como um todo.

Uma vez que não há disponibilidade de tabelas de frequência objetivas para referência, os itens do comportamento podem ser encarados como excessos ou déficits, dependendo do ponto de vista do qual se observa o desequilíbrio. O retraimento excessivo ou a iniciativa social deficiente, por exemplo, ou a reação excessiva à estimulação emocional e o comportamento deficiente em autocontrole, podem ser complementares. No entanto, é necessária uma decisão sobre o ponto inicial do tratamento, comprometendo-se o clínico com um conjunto de prioridades de tratamento que, posteriormente, podem ser revistas e modificadas.

A preferência de se focar o comportamento como excessivo ou deficiente é, muitas vezes, determinada pela avaliação cultural do comportamento, baseada nas conseqüências deste para outras pessoas. Numa criança, por exemplo, um golpe físico em reação a uma crítica pode ser encarado como um comportamento agressivo excessivo, levando à decisão de reduzir sua ocorrência através de repreensões ou castigo. A conseqüência é nitidamente diferente se o mesmo comportamento for encarado como uma falta de autocontrole, que será

¹ Kanfer, F. H. e Saslow, G. (1976). An outline for behavioral diagnosis. Em E. J. Mash e L. G. Terdal (Ed.) *Behavioral Therapy Assessment*. New York: Springer Publishing Company, cap.5

² Texto traduzido por Noreen Campbell de Aguirre, com revisão técnica de Hélio José Guilhardi, para uso exclusivo dos grupos de estudo e de supervisão do Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento (Campinas – SP).

remediada pelo treinamento da criança para que o substitua por reações alternativas aceitáveis. Outra escolha resultante da análise pode estar numa abordagem dupla. O terapeuta pode decidir-se a treinar a criança a discriminar entre pistas que indiquem aceitação ou rejeição potenciais do comportamento, por parte de terceiros. Assim, por exemplo, o reforçamento diferencial potencial para golpes físicos em esportes como o boxe, em contraste com suas conseqüências numa conversa. Concomitantemente, poderia ser feito um esforço especial para remediar os déficits relevantes de comportamentos sociais alternativos.

A. Excesso Comportamental. Uma classe de comportamentos relacionados ocorre e é descrita como problemática, pelo paciente ou por um informante, devido a excesso em (1) frequência, (2) intensidade, (3) duração, ou (4) ocorrência sob condições em que sua frequência socialmente aceita é próxima a zero. Lavar as mãos compulsivamente, combatividade, excitação prolongada e exibicionismo sexual são exemplos de excessos comportamentais que se encaixam numa ou noutra dessas quatro dimensões. Menos óbvios, porque muitas vezes não fazem parte da queixa inicial principal, aparecendo apenas no decorrer da análise comportamental, estão exemplos de comportamentos solitários, afetivos ou privados, socialmente não aceitáveis. Uma dona-de-casa, por exemplo, que demonstra uma preocupação solitária excessiva, pode expressá-la pelo excesso de atividades domésticas (1) várias horas por dia, (2) sete dias por semana, na maior parte do tempo em que está acordada, (3) a ponto de deixar de atender telefonemas e à campainha e de abandonar as necessidades da família. Através deste exemplo, fica claro que os valores do comportamento, tanto de duração quanto de intensidade, podem determinar, conjuntamente, sua caracterização como excessivo.

B. Déficit Comportamental. Uma classe de respostas é descrita como problemática porque deixa de ocorrer (1) com suficiente frequência, (2) com intensidade adequada, (3) da maneira apropriada, ou (4) sob condições socialmente previstas. Exemplos disso são: reação social reduzida (retraimento), amnésias, síndromes de fadiga e restrições em funções sexuais ou somáticas (impotência, câibra de escritor, por exemplo). Outros exemplos de déficits comportamentais podem ser encontrados em pacientes deprimidos que não apresentam nenhum comportamento adequado num novo ambiente social, como, por exemplo, após mudança de uma área rural para uma área urbana, do estado civil de casado para solteiro, ou de um nível sócio-econômico para outro. Pessoas “inadequadas” também apresentam, muitas vezes, grandes lacunas em seu repertório social ou intelectual que impedem ações adequadas.

C. Reservas Comportamentais. Reservas comportamentais são comportamentos não-problemáticos. O que o paciente faz bem? Quais são seus comportamentos sociais adequados? Quais são seus talentos especiais? O conteúdo de experiências de vida que pode ser utilizado para executar um programa terapêutico é ilimitado. Qualquer segmento das atividades do paciente pode ser usado como cenário para o desenvolvimento de novos comportamentos. Na realidade, o trabalho natural do paciente e suas atividades de lazer fornecem um ponto de partida melhor, para modificação de comportamento, do que qualquer outro em uma atividade sintética ou num relacionamento. Por exemplo: uma pessoa com talento musical, habilidade em algum tipo de trabalho manual, habilidade física, ou socialmente atraente, pode ser incentivada a utilizar seus pontos fortes como veículos para a modificação de comportamentos e para adquirir comportamentos novos em áreas em que haja probabilidade de alguns resultados de sucesso. Embora o objetivo terapêutico possa ser, basicamente, a aquisição de comportamentos sociais ou auto-avaliadores específicos, o

aprendizado pode ser programado com muitas tarefas diferentes e em áreas nas quais o paciente já tenha conseguido competência.

II. Esclarecimento da Situação-Problema

A. Distribua as classes de respostas problemáticas nos grupos *A* ou *B* acima, à medida que prosseguir o estudo do paciente.

B. Que pessoas ou grupos se opõem a estes comportamentos? Que pessoas ou grupos apóiam estes comportamentos? Quem persuadiu ou obrigou o paciente a procurar o clínico?

C. Que conseqüências o problema tem para o paciente e para as pessoas que lhe são significativas? Que conseqüências a remoção do problema teria para o paciente ou para os outros?

D. Sob que condições (biológicas, simbólicas, sociais, vocacionais etc.) ocorrem os comportamentos problemáticos?

E. Que satisfações o paciente continuaria a ter, caso os comportamentos problemáticos fossem mantidos? Que satisfações o paciente conseguiria se, como resultado da intervenção psiquiátrica, seu comportamento problemático fosse modificado? Que efeitos positivos ou aversivos ocorreriam para as pessoas que lhe são significativas, caso os comportamentos problemáticos do paciente fossem modificados? Como o paciente continuaria vivendo, caso a terapia fosse mal sucedida, ou seja, caso nada se modificasse em seu comportamento?

F. Que problemas novos apareceriam no modo de vida do paciente, caso a terapia obtivesse sucesso?

G. Até que ponto o paciente, como único informante, é capaz de ajudar a desenvolver um programa de terapia?

As perguntas levantadas aqui derivam do pressuposto de que o comportamento mal ajustado necessita de um apoio contínuo. Ele não pode ser banido da vida do paciente para todas as circunstâncias futuras. A mudança está intimamente relacionada ao ambiente em que a pessoa tem que viver. A eliminação do comportamento problemático é impossível, também, enquanto acontecimentos reforçadores fortes e, muitas vezes, indefinidos, estiverem ocorrendo. As respostas às perguntas acima podem ajudar na tomada de uma decisão inicial sobre os melhores objetivos, dentro do alcance prático do clínico e dentro dos limites inevitavelmente fixos do padrão de vida do paciente.

III. Análise Motivacional³

A . De que maneira o paciente classifica vários incentivos, de acordo com a importância que têm para ele? A julgar pelo gasto de tempo e energia e pelo desconforto físico prováveis do paciente, quais dos seguintes acontecimentos reforçadores são, relativamente, mais eficientes para iniciar ou manter seu comportamento: conseguir reconhecimento, compreensão, amizades, dinheiro, boa saúde, satisfação sexual, competência intelectual, aprovação social, satisfação no trabalho, controle sobre terceiros, manter dependência etc?

B. Quão freqüentes e regulares têm sido seus sucessos com estes reforçadores? Quais suas expectativas atuais de sucesso para cada um deles? Sob que circunstâncias foi obtido reforçamento para cada um destes incentivos?

C. Sob que condições (biológicas, simbólicas, sociais, vocacionais) específicas cada um destes reforçadores provoca comportamento voltado para os objetivos?

D. As ações do paciente, em relação a estes objetivos, correspondem às suas declarações verbais? De que maneira alguma discrepância definível afeta os objetivos e procedimentos da terapia?

E. Que pessoas ou grupos têm um controle mais amplo e eficiente sobre seu comportamento atual?

F. O paciente consegue relacionar contingências de reforçamento ao seu próprio comportamento, ou ele atribui o reforçamento a fatores aleatórios incontroláveis (comportamento “supersticioso”, crença em sorte, destino, milagres etc.)?

G. Quais são os principais estímulos aversivos para este paciente (1) na vida diária imediata, (2) no futuro? Existem sensações corporais, certeza de doença, ou medo de doença que funcionem como estímulos aversivos importantes para a mudança? Quais os seus medos, as conseqüências que ele evita e teme, os riscos que não corre?

H. Um programa de tratamento exigiria que o paciente desistisse de satisfações atuais associadas a seu problema, como, por exemplo, incapacidade perante a família ou para o emprego; gratificações financeiras possivelmente associadas ao desemprego; restrições de vida e privilégios especiais justificados por sua situação “nervosa”; doença como justificativa para o fracasso em atender a expectativas próprias ou de terceiros?

I. Que acontecimentos de valor reforçador reconhecido podem ser utilizados para aprender habilidades interpessoais ou posturas pessoais novas durante o tratamento? Em que áreas e através de que meios podem ser programadas conseqüências positivas para suceder os comportamentos desejados, substituindo as conseqüências aversivas anteriores?

³ Uma Tabela de Pesquisa de Reforçamento, preparada por J. R. Cautela e R. Kastenbaum (1967), serve como instrumento escrito que pode ser de grande valia na obtenção de informações específicas sobre alguns dos estímulos reforçadores evocados por itens desta seção.

IV. Análise do Desenvolvimento

A. *Modificações Biológicas.*

1. Quais as limitações do equipamento biológico do paciente que podem afetar seu comportamento atual (por exemplo: visão ou audição deficientes; seqüelas de doenças, tais como derrame, poliomielite, mononucleose, desequilíbrios hormonais)? De que maneira estas limitações iniciam ou mantêm comportamentos indesejados (por exemplo: restrições comportamentais por fadiga, medo de esforços excessivos, esquiva à exposição social destes déficits)? As expectativas autolimitadoras do paciente, em relação às conseqüências interferentes, podem ser alteradas?

2. Quando e como se desenvolveram os desvios ou limitações biológicos? Que conseqüências tiveram para seu padrão de vida e para as atitudes para consigo mesmo? O que foi feito a respeito, e por quem? O paciente desenvolveu determinados padrões de resposta consistentes em relação a alguma estrutura ou função corporal?

3. De que maneira estas condições biológicas limitam a resposta ao tratamento ou a solução dos problemas do paciente?

B. *Modificações Sociológicas.*

1. Quais os aspectos mais característicos do ambiente sócio-cultural atual do paciente (ambiente rural ou urbano, afiliação religiosa, nível sócio-econômico, grupo étnico, ligações educacionais/intelectuais etc.)? Suas atitudes são congruentes com esse ambiente? Por exemplo: de que maneira é aceito pelo grupo de colegas, de um bairro pobre, o desejo que um adolescente tem de cursar uma faculdade? De que maneira os ambientes doméstico e comunitário reagem às atividades e fantasias religiosas, sociais e sexuais do paciente?

2. Nesse ambiente, ocorreram modificações pertinentes ao comportamento atual do paciente? Em caso afirmativo, há quanto tempo, quão permanentemente e sob que condições ocorreram essas mudanças? Que conseqüências imediatas tiveram para o comportamento do paciente? Que impacto teve para uma esposa, por exemplo, a rápida promoção profissional de seu marido? Ou um casamento com pessoa de grupo religioso ou sócio-econômico diferente? Ou a mudança de uma comunidade rural no sul para uma área urbana no norte dos Estados Unidos?

3. O paciente encara estas mudanças como tendo sido ocasionadas por si mesmo, por pessoas que lhe são significativas, ou por circunstâncias fortuitas? Qual sua atitude em relação a estas mudanças?

4. Os papéis desempenhados pelo paciente, em cenários sociais diversos, são congruentes uns com os outros? Existe, por exemplo, um conflito entre os sistemas de valores dos ambientes do paciente na infância e na vida adulta? Há déficits comportamentais devido às mudanças (uma inabilidade, por exemplo, em lidar com novas exigências sociais, padrões sociais ou necessidades afetivas, associada à rápida aquisição ou perda de riqueza, ou à relocação geográfica)? Caso haja incongruência entre os papéis, esta é pertinente ao problema do paciente? O comportamento problemático ocorre em todos ou apenas em alguns destes cenários?

5. De que maneira fatores sociológicos identificados podem ser relacionados a um programa de tratamento?

C. Modificações Comportamentais.

1. Antes da época do encaminhamento, o comportamento do paciente demonstrou desvios nos padrões comportamentais, se comparado a normas sociais e de desenvolvimento? Em caso afirmativo, quais os tipos de modificações nos comportamentos sociais, nos comportamentos rotineiros de cuidados pessoais, nas declarações verbais sobre si e sobre os outros? Sob que condições estas modificações foram observadas inicialmente?

2. Acontecimentos biológicos, sociais ou sociológicos da vida do paciente parecem ser relevantes para essas modificações de comportamento?

3. Estas modificações se caracterizaram por [a] emergência de novos comportamentos, [b] mudança na intensidade ou frequência de comportamentos estabelecidos, ou [c] não-ocorrência de comportamentos anteriores?

4. Sob que condições e em quais cenários sociais estas mudanças de comportamento foram inicialmente observadas? Elas se expandiram para outros cenários sociais, depois que o comportamento problemático foi inicialmente observado?

5. As mudanças comportamentais foram associadas à exposição do paciente a indivíduos ou grupos significativos, de quem ele aprendeu novos padrões de reforçamento e o comportamento necessário para consegui-los? Os comportamentos problemáticos podem estar relacionados a algum modelo do ambiente social do paciente de quem ele tenha aprendido estas respostas?

V. Análise do autocontrole

A. Em que situações o paciente consegue controlar os comportamentos que são problemáticos? Como ele atinge esse controle, por manejo próprio ou dos outros?

B. Algum dos comportamentos problemáticos teve conseqüências aversivas por parte de terceiros como, por exemplo, represália social, cadeia, ostracismo, liberdade vigiada etc.? Estas conseqüências reduziram a frequência do comportamento problemático ou apenas as condições sob as quais ele ocorre? Estes eventos modificaram o comportamento de autocontrole do paciente?

C. O paciente conseguiu algum grau de autocontrole para evitar situações que conduzem à emissão de seu comportamento problemático? Ele realiza isto por esquivas ou por substituição por comportamentos instrumentais alternativos que levam a satisfações semelhantes?

D. O grau de autocontrole verbalizado pelo paciente corresponde às observações de terceiros? O paciente consegue equiparar seu comportamento às suas intenções?

E. Que condições, pessoas ou reforçadores tendem a mudar o comportamento de autocontrole do paciente (uma criança, por exemplo, se comporta de maneira aceitável na escola mas não em casa, ou vice versa)?

F. Até que ponto o comportamento de autocontrole do paciente pode ser utilizado num programa de tratamento? A supervisão constante ou a administração de medicamentos são necessárias para suplementar o autocontrole?

VI. Análise dos Relacionamentos Sociais

A. Quais as pessoas mais significativas no ambiente atual do paciente? A que pessoas ou grupos ele é mais responsivo? Quem facilita os comportamentos construtivos? Quem provoca comportamentos problemáticos ou antagônicos? Estes relacionamentos podem ser classificados conforme dimensões que esclarecem os padrões comportamentais do paciente (por exemplo: um paciente reage de maneira submissa ou hostil a todos os homens mais velhos)?

B. Nestes relacionamentos, quais os reforçadores utilizados pelos participantes para influenciar um ao outro? Por exemplo: a análise pode revelar um pai que sempre paga fiança para libertar um filho delinqüente, cuja punição pública lhe seria embaraçosa. A interrupção do reforçamento positivo ou a introdução da punição são claramente sinalizadas?

C. O que o paciente espera destas pessoas em palavras ou em ações.? No que ele baseia suas expectativas verbais?

D. O que estas pessoas esperam do paciente? Há consistência entre as expectativas do próprio paciente e as de terceiros, a seu respeito?

E. De que maneira as pessoas que podem influenciar o paciente podem participar do tratamento?

VII. Análise do Ambiente Sócio-Físico-Cultural

A. Quais as normas, no ambiente social do paciente, para os comportamentos sobre os quais existe queixa?

B. Estas normas são semelhantes em ambientes diversos em que o paciente interage, como, por exemplo, lar e escola, amigos e pais, trabalho e ambiente social etc.? Em caso negativo, quais as principais diferenças nos comportamentos que recebem apoio em um destes ambientes, mas não em outro?

C. Quais as limitações no ambiente do paciente que reduzem suas oportunidades de reforçamento contínuo; seu ambiente impõe restrições sociais, intelectuais, sexuais, vocacionais, econômicas, religiosas, morais ou físicas?

D. Em que parte do ambiente o comportamento problemático do paciente é mais aparente, mais perturbador ou mais aceito? A congruência entre os diversos ambientes pode ser aumentada ou o paciente pode ser auxiliado através de sua remoção de ambientes desarmônicos? Seu ambiente permite ou desencoraja a auto-avaliação?

E. O ambiente do paciente considera os procedimentos psicológicos como adequados para ajudá-lo a resolver seus problemas? Há apoio, em seu ambiente, para as

modificações de atitudes e de valores que a psicoterapia bem sucedida pode exigir?

O roteiro acima tem por objetivo a definição do problema de um paciente, de uma forma que sugira operações específicas de tratamento e também comportamentos específicos como alvos para modificação. Pode levar também à importante conclusão de que essas operações não são possíveis. A formulação, portanto, é orientada para a ação. Pode ser usada como guia para a coleta inicial de informações, como instrumento para a organização dos dados disponíveis ou como um projeto de tratamento.

A formulação de um plano de tratamento segue-se a este tipo de análise, porque o conhecimento das condições reforçadoras sugere os controles motivadores que estão à disposição do clínico para a modificação do comportamento do paciente. A análise de comportamentos-problema específicos também fornece uma série de metas para a psicoterapia ou outro tratamento, assim como para a avaliação do progresso do tratamento. O conhecimento das condições biológicas, sociais e culturais deveria auxiliar na escolha dos recursos que serão utilizados, e que limitações devem ser consideradas num plano de tratamento.

As diferentes classes tentam atrair a atenção para variáveis importantes que afetam o comportamento atual do paciente. Dessa maneira, elas objetivam provocar descrições de baixo nível de abstração. As respostas a estas perguntas são expressas melhor através da descrição de classes de eventos relatados pelo paciente ou observados por terceiros, ou de incidentes críticos descritos por um informante. A análise não exclui a descrição dos comportamentos verbo-simbólicos habituais do paciente. Ao utilizar comportamentos verbais como base para esta análise, no entanto, deve-se ter cautela em não “explicar” processos verbais em termos de mecanismos internos postulados, sem evidências comprovadoras adequadas, assim como não devem ser feitas inferências sobre processos não observados ou eventos não comprovados por evidências. A análise inclui muitos itens que não são conhecidos ou não se aplicam a um determinado paciente. A falta de informações sobre alguns itens não indica, necessariamente, que a análise não está completa. Estas lacunas, no entanto, devem ser observadas, pois muitas vezes contribuem para uma maior compreensão do que o paciente precisa aprender para se tornar uma pessoa autônoma. Igualmente importante é um inventário do repertório comportamental socialmente eficaz, já existente, que pode ser colocado a serviço de qualquer procedimento de tratamento.

Esta abordagem não é um substituto para a classificação do paciente dentro das classes tradicionais de diagnóstico. Essa rotulação pode ser desejável para fins estatísticos, administrativos ou de pesquisa. Esta análise, entretanto, pretende substituir outras formulações de diagnóstico, servindo de base para a tomada de decisões a respeito de intervenções terapêuticas específicas.