

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO – PUC SP
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA**

MARCELLA GUIDO GENTIL

**A QUESTÃO DA ESQUIZOFRENIA PARA A ANÁLISE DO COMPORTAMENTO
ILUSTRADA ATRAVÉS DE UMA AVALIAÇÃO FUNCIONAL DAS RESPOSTAS
DO PERSONAGEM ANDREW LAEDDIS DO FILME ‘ILHA DO MEDO’**

Barueri

2013

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO – PUC SP
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA**

MARCELLA GUIDO GENTIL

**A QUESTÃO DA ESQUIZOFRENIA PARA A ANÁLISE DO COMPORTAMENTO
ILUSTRADA ATRAVÉS DE UMA AVALIAÇÃO FUNCIONAL DAS RESPOSTAS
DO PERSONAGEM ANDREW LAEDDIS DO FILME ‘ILHA DO MEDO’**

**Trabalho de conclusão de curso como
exigência parcial para graduação do curso
de Psicologia, sob orientação da Prof^a. Dr^a.
Fátima Regina Pires de Assis**

Barueri

2013

**“Lembre-se de nós pois também vivemos,
amamos e rimos”. Filme ‘Ilha do Medo’.**

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por ter permitido que eu chegasse até aqui, iluminado meu caminho, aberto portas, colocado tantas pessoas maravilhosas na minha vida... Se não fosse Sua presença e força, eu não teria chegado até aqui!

Aos meus pais: mãe, agradeço por você ter batalhado tanto para que eu estudasse, me ensinado o amor ao conhecimento, a leitura, pelo incentivo ao questionamento e a curiosidade, e principalmente, por ter me ensinado a olhar e respeitar o próximo sempre! Pai, agradeço por você ter escutado meus projetos com paciência, admiração e amor; Por ter acreditado incondicionalmente na minha capacidade, me enchendo de palavras de apoio para que eu continuasse minha luta em busca dos meus sonhos.

À minha maninha, Mel: você é um presente na minha vida!

Ao Leandro. Amor, sem você nenhuma realização teria sentido!

À minha melhor amiga, Isa, os meus mais sinceros agradecimentos! Obrigada por ter sido tão companheira, ouvido tão pacientemente meus surtos de preocupação, minhas descrenças constantes, minhas dúvidas infundáveis e, é claro, por todas as muitas risadas, piadas malucas, companhia nos variados micos (devido a minha indiscrição), pelos papos cabeça, pelas palavras e gestos de coragem, incentivo e fé. Você é muito mais que uma grande amiga, é uma irmã!

À Fátima, minha querida orientadora, professora e amiga. Obrigada pela sua paciência, dedicação e incentivos... Você é especial para mim!

Ao professor Marcos Medeiros super agradecimentos por tudo! Pela paciência em responder minhas inúmeras dúvidas, pelas conversas tão esclarecedoras, pela disponibilidade em ajudar sempre, por todo o auxílio e ideias, sem os quais esse trabalho não teria acontecido!

Ao professor Denigés pela disponibilidade em auxiliar na elaboração da análise do presente trabalho.

À Prof^a Dr^a Ilma A. Goulart de Souza Britto pela disponibilidade em ajudar, apontar referências (que serviram de base para a elaboração do presente trabalho), pelas palavras de incentivo (trocadas na ABPMC – 2012). Seus trabalhos são inspiradores!

À Ananda, sua risada é demais! Obrigada por ter me passado o filme (acho que já até sei a maioria das falas decor).

Finalmente agradeço a todos, entre eles Vó Nair e Lú, que torceram e ajudaram direta ou indiretamente para que eu chegasse até aqui!

RESUMO

A discussão a respeito da esquizofrenia já ocorre há longa data. No entanto, se pode observar que o comportamento em si mesmo, do chamado esquizofrênico, não é objeto de estudo. As explicações para a esquizofrenia estão predominantemente pautadas em atividades internas, mentais ou fisiológicas. No entanto, para a Análise do Comportamento, a esquizofrenia deve ser estudada de maneira diferente, uma vez que as respostas deficitárias do ou inadequadas do esquizofrênico só ocorrem por serem de alguma maneira eficientes para obtenção de reforço, como por exemplo, atenção social, fugir de situações aversivas, entre outros, ou por outras respostas mais adaptativas para o indivíduo usufruir de relações sociais mais saudáveis estarem enfraquecidas. Sendo assim, o presente trabalho tem como objetivo buscar compreender, dentro da análise do comportamento, a esquizofrenia, utilizando para ilustrar a interpretação comportamental sobre o tema, cenas do filme 'Ilha do Medo', buscando fazer uma avaliação funcional de algumas respostas do personagem Andrew Laeddis. Através das análises feitas, pode-se observar que as respostas do personagem Andrew Laeddis não ocorriam ao acaso, nem mesmo para serem analisadas precisaram ser atribuídas a um aparato mental hipotético ou a lesões orgânicas. Suas respostas de alucinação e delírios somente se mantinham, pois, eram eficientes para a obtenção de reforço, fosse ele positivo (atenção social, status, privilégios) ou negativo (eliminar condições aversivas).

Palavras chave: Esquizofrenia, Análise do Comportamento, Delírio e Alucinação.

SUMÁRIO

Introdução_____	01
Esquizofrenia: Construção histórica do termo e algumas definições_____	01
A Análise do Comportamento e a Esquizofrenia_____	06
A Análise do Comportamento e alguns experimentos_____	12
Método_____	24
Resumo do filme_____	26
Análise e discussão_____	35
Considerações finais_____	44
Referências_____	45

Esquizofrenia: Construção histórica do termo e algumas definições

O que entendemos e conhecemos por esquizofrenia atualmente é fruto de um conceito que ao longo dos tempos passou por grandes transformações. Revendo a literatura, podemos afirmar que nos últimos cem anos ocorreram fatos que influíram decisivamente para a construção e desenvolvimento desse conceito. No final do século XIX, Emil Kraepelin descreveu o quadro clínico da demência precoce na quarta edição de seu “Tratado de Psiquiatria”, acredita-se que tal conceito (demência precoce) seja o antecessor do conceito esquizofrenia. (Elkis, 2000)

No início do século XX, Eugen Bleuler (1911) propôs pela primeira vez o termo esquizofrenia num artigo sobre o prognóstico da demência precoce, seguido do livro “Demência Precoce: o grupo das esquizofrenias”, ressaltando que o novo termo proposto por Bleuler não representou apenas uma substituição do termo demência precoce, já que o conceito não era opositor ao seu antecessor, antes um aperfeiçoamento do mesmo, sendo que ambos conviveram por algum tempo.

Apesar da proposta de Bleuler, ser o aperfeiçoamento do termo demência precoce, alguns autores consideravam tais termos como entidades distintas, pois, as descrições feitas por Kraepelin (1983) são fundamentalmente empíricas. Bleuler, por sua vez, adotava a teoria na qual os sintomas fundamentais eram a expressão de uma alteração cerebral subjacente e os sintomas acessórios representavam uma alteração da personalidade, com a emergência do que tal autor chamou de “complexos afetivamente carregados”. A ruptura entre os sintomas fundamentais e acessórios, também foi chamada de desdobramento ou cisão, em alemão ‘*Spaltung*’, o que deu origem ao termo esquizofrenia. (Elkin, 2000)

Os anos de 1930 a 1940 foram marcados pela necessidade clínica de identificar e descrever sintomas clínicos da esquizofrenia. Na Europa e Estados Unidos surgiram descrições de vários subtipos de esquizofrenia.

Em 1948 Kurt Schneider, considerado influente sobre a psiquiatria britânica, publicou o artigo Psicopatologia Clínica, no qual descreveu os ‘sintomas de primeira ordem’. Baseado, sobretudo, nas descrições de Schneider foi elaborado o diagnóstico de esquizofrenia pelo *Present State Examination* (PSE). O PSE, por sua vez, serviu de base para o exame de pacientes portadores de esquizofrenia em nove países, originando o Estudo Piloto Internacional da Esquizofrenia (IPSS), trabalho

patrocinado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), realizado nos anos de 1966 a 1973 e que tinha como objetivo verificar invariantes da esquizofrenia. Esse trabalho teve como conclusão que a esquizofrenia era um transtorno psiquiátrico universal, com a presença de alguns sintomas, independentemente da cultura. (Elkin, 2000)

Entretanto, alguns integrantes e colaboradores do IPSS concluíram que os sintomas de primeira ordem podiam ser discriminatórios, mas não poderiam ser considerados como exclusivos da esquizofrenia, pois podiam também estar presentes em alguns pacientes com transtornos de humor. Porém a importância dos sintomas de primeira ordem para o diagnóstico permaneceu.

Os conceitos propostos por Kraepelin, Bleuler e Schneider são a base para a compreensão da esquizofrenia, permanecendo presentes nos critérios diagnósticos, principalmente em manuais de psiquiatria como o CID-10 e o DSM IV.

Em 1968, como resultado do avanço do conceito nos Estados Unidos, foi publicada a segunda edição do *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM II) pela Associação Psiquiátrica Americana. Nele é apresentado um conceito de esquizofrenia considerado bastante amplo, sem uma descrição de sintomas bem esclarecida e considerando como psicótico todo paciente que fosse “incapaz de atender às demandas da vida diária”. (Peters, 1991)

Na década de 70, pesquisadores da Universidade de Washington restringiram os critérios para o diagnóstico da esquizofrenia, incluindo sintomas descritos tanto por Kraepelin como por Bleuler, bem como um período de no mínimo seis meses de doença. Assim, na década de 80 foi publicada a terceira edição do *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM III, e na década de 90 foi publicado o DSM IV; ambos envolviam os conceitos kraepelianos e os bleurianos, sintetizando os avanços feitos nesse período e tornando o conceito de esquizofrenia descrito pelo DSM um dos mais restritos do mundo.

Em 1974, pesquisadores que haviam participado do IPSS, buscaram simplificar os tipos de sintomas da esquizofrenia e propuseram que eles poderiam ser divididos em dois grupos: Positivos ou negativos. O conceito de sintomas negativos passou a integrar os critérios descritos pelo DSM IV.

Em 1975, na nona edição da Classificação Internacional das Doenças (CID-9) o conceito era descritivo e contemplava a presença dos sintomas de primeira ordem, quanto à presença de distúrbios do pensamento e embotamento afetivo.

Em 1993 foi publicado o CID-10, no qual, além da descrição feita pelo CID-9, foi feita referência ao tempo de duração da doença, como um mês e a presença dos sintomas de primeira ordem relevantes para o diagnóstico. O curto tempo, junto a ênfase aos sintomas de primeira ordem tornaram o conceito de esquizofrenia da CID-10, mais uma vez, muito amplo. (Andreasen, 1994)

A definição precisa da esquizofrenia, assim como seus sintomas mais fundamentais ainda é tema de importantes discussões em psicopatologia. (Dalgalarondo, 2008) Mesmo com o surgimento dos antipsicóticos de primeira e segunda gerações o conceito esquizofrenia tem passado por pequenas alterações, permanecendo com a mesma estrutura básica.

Em 2008, Paulo Dalgalarondo, em seu livro 'Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais' afirma que a esquizofrenia é a principal forma de psicose e considera que alguns sintomas, particularmente aqueles que Kurt Schneider denominou "sintomas de primeira ordem", são muito significativos para o seu diagnóstico.

Segundo Dalgalarondo (2008), os sintomas de primeira ordem indicam a profunda alteração de relação Eu-mundo, uma perda significativa da dimensão da intimidade. O autor descreve os sintomas de primeira ordem propostos por Kurt Schneider:

1. **Percepção delirante.** *Uma percepção absolutamente normal recebe uma significação delirante, que ocorre de modo simultâneo ao ato perceptivo, em geral de forma abrupta, como uma espécie de "revelação".*

2. **Alucinações auditivas características.** *São as vozes que comentam e/ou comandam a ação do paciente.*

3. **Eco do pensamento ou sonorização do pensamento (Gedankenlautwerden).** *O paciente escuta seus pensamentos ao pensá-los.*

4. **Difusão do pensamento.** *Neste caso, o doente tem a sensação de que seus pensamentos são ouvidos ou percebidos claramente pelos outros, no momento em que pensa.*

5. **Roubo do pensamento.** *Experiência na qual o indivíduo tem a sensação de que seu pensamento é inexplicavelmente extraído de sua mente, como se fosse roubado.*

6. **Vivências de influência na esfera corporal ou ideativa.** *Aqui dois tipos de vivências de influência são muito significativos:*

- **Vivências de influência corporal.** São experiências nas quais o paciente sente que uma força ou um ser externo age sobre seu corpo, sobre seus órgãos, emitindo raios, influenciando suas funções corporais, etc.
- **Vivências de influência sobre o pensamento.** Referem-se à experiência de que algo influencia seus pensamentos, o paciente recebe pensamentos impostos de fora, **pensamentos feitos**, postos em cérebro, etc. Também as **vivências corporais ou ideativas** têm a qualidade de serem experimentadas como **feitas**, como **impostas de fora**.

Andreasen (1995) afirma que nas últimas décadas a diferenciação da esquizofrenia em Síndrome negativa ou deficitária, Síndrome positiva ou produtiva, e Síndrome desorganizada tem ganhado importância.

A Síndrome negativa ou deficitária é caracterizada por perdas significativas de certas funções psíquicas e empobrecimento global da vida afetiva, cognitiva e social do indivíduo, sendo que os principais sintomas de tal síndrome são: distanciamento / embotamento afetivo, retração social, empobrecimento da linguagem e do pensamento, diminuição da vontade, negligência quanto a si mesmo, lentificação e empobrecimento psicomotor. A Síndrome positiva ou produtiva é caracterizada por alucinações, ideias delirantes, comportamentos bizarros, atos impulsivos, e ideias bizarras. Já a Síndrome desorganizada é caracterizada por pensamentos progressivamente desorganizados, comportamentos desorganizados e afeto inadequado / pueril. (Dalgalarondo, 2008)

A partir do que foi descrito acima pode-se observar que desde os tempos de Kraepelin e Bleuler a esquizofrenia tem sido estudada, predominantemente, como fonte de especulação ao invés de estudos fundamentados em dados laboratoriais comprovatórios. Naquela época, assim como atualmente, a maioria dos pesquisadores e estudiosos da área preocupavam-se em encontrar explicações para o fenômeno pautado em atividades internas, mentais ou fisiológicas. Como exemplos de tal afirmação têm-se o CID-10 e DSM IV, manuais de psiquiatria vigentes na atualidade, nos quais predominam descrições topográficas em que os comportamentos bizarros são psicopatologizados como sintomas da esquizofrenia. (Britto e Epaminondas, 2010)

Entretanto, também se pode observar que o comportamento em si mesmo, do chamado esquizofrênico, não é objeto de estudo. A grande maioria dos profissionais da saúde, por não conhecerem os determinantes do comportamento, opta por

considerar os comportamentos problema como sintomas do processo interior hipotético que explicaria a existência dos sintomas (Britto, 2005).

O esquizofrênico apresenta déficits e inadequações no seu repertório comportamental. Entretanto, partindo do pressuposto da Análise do Comportamento as respostas deficitárias ou inadequadas só ocorrem por serem de alguma maneira eficientes para obtenção de reforço, como por exemplo, atenção social, fugir de situações aversivas, entre outros, ou por outras respostas mais adaptativas para o indivíduo usufruir de relações sociais mais saudáveis estarem enfraquecidas. Sendo assim, os déficits comportamentais e inadequações apresentadas por esquizofrênicos podem ser consequência de contextos onde há baixas de reforço social. Mediante tal hipótese, podem-se analisar ambientes como hospitais psiquiátricos.

Segundo Epaminondas e Britto (2010), há cerca de duzentos anos, as pessoas esquizofrênicas eram enclausuradas em asilos nus, amarradas ou estiradas no chão, em ambientes sujos, sem água e até mesmo sem ar. Na primeira metade do século XX ainda era comuns terapias que usavam choques insulínicos, lobotomias, entre outros tratamentos bastante danosos, porém pouco eficazes. A partir dos anos 50, drogas psicotópicas começaram a ser utilizadas, ainda que seus mecanismos de ação não estivessem bem esclarecidos. Atualmente, antipsicóticos ganharam força no tratamento da esquizofrenia, mas ainda são frequentes tratamentos que retiram o indivíduo de seu ambiente natural, levando-os a internações em instituições psiquiátricas. Entretanto, dos tratamentos citados nenhum possui como objeto de estudo o comportamento do indivíduo esquizofrênico.

Com o advento da Reforma Psiquiátrica, novas formas de tratamentos foram propostas, as internações com longa duração foram questionadas, porém não desaparecem. Tratamentos em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tornaram-se uma prática mais aceita socialmente, assim como as Residências Terapêuticas, pois, são maneiras de tratar a esquizofrenia sem que o indivíduo tenha de ser retirado do contexto social. Porém, as drogas antipsicóticas estão presentes na maioria das situações e internações de curto prazo ainda são frequentes para os casos mais agudos.

Consideram-se tais formas de tratamentos como um avanço, no sentido de não necessitarem de retirar o indivíduo do convívio social, mas ainda faz-se

necessário que a esquizofrenia seja estudada e tratada de forma a analisar as variáveis das quais é função, buscando as relações entre a resposta e as variáveis que a controlam, não atribuindo sua causa a eventos mentais hipotéticos.

Guilhardi (2004), afirma que “é tarefa do analista do comportamento identificar e demonstrar as relações funcionais contidas nas contingências de reforçamento e não aventar outras “causas” para os comportamentos, tais como “motivação”, “sentimentos”, “doenças mentais”, etc., que não passam de ficções explicativas”.

A Análise do Comportamento e a Esquizofrenia

Segundo Britto (2005),

“O comportamento bizarro do esquizofrênico naturalmente chama a atenção. A convivência com o esquizofrênico é difícil: as pessoas da família ficam confusas e aflitas diante da pessoa que apresenta um repertório comportamental que foge aos padrões estabelecidos pelas contingências sociais. A pessoa demonstra uma indiferença emocional, negligenciando comportamentos de autocuidado, não respondendo às demandas do ambiente sócio-verbal ao qual está exposta: afasta-se dos amigos, não trabalha e parece contentar-se com uma existência irresponsável, indiferente e sem objetivos. Responde a um mundo imaginário e idiossincrático. O repertório verbal se torna cada vez mais escasso, com falas estranhas sobre fatos e personagens, evidenciando insensibilidade às relações sociais. Geralmente o problema não é que o esquizofrênico faz, mas fundamentalmente, o que ele fala e deixa de fazer”. (Britto, 2005, p.38)

Para a Análise do Comportamento, tais sintomas descritos acima, diferentemente das definições comumente atribuídas à esquizofrenia que se baseiam em explicações pautadas num mundo mental, dentro do organismo, são considerados também como respostas.

Pesquisas feitas com o objetivo de buscar explicações orgânicas para a esquizofrenia não conseguiram evidências de lesões ou processos escondidos nos funcionamento ou anatomia cerebral.

“Em relação a estudo de imagens funcionais do cérebro realizado por Bachneff (1991), exames como tomografia por emissão de pósitrons (PET) e imagens por ressonância magnética (MRI) demonstram hipofrontalidade e hiperfrontalidade cerebral, isto é, alterações no fluxo sanguíneo no cérebro em pessoas diagnosticadas como esquizofrênicas, quando comparadas

com sujeitos controles. No entanto, os dados do estudo apontam que 'hiperfrontalidade e hipofrontalidade poderia ser a consequência e não a causa dos sintomas (p. 860)'" (Britto, 2005)

Pode-se observar que nas descrições feitas pelos manuais diagnósticos, como CID – 10 e o DSM-IV, as respostas verbais bizarras foram psicopatologizadas como sintomas da esquizofrenia e desta maneira o comportamento verbal e a história de vida são substituídos por explicações fisiopatológicas desconhecidas e / ou processos mentais internalistas. (Britto, 2005)

Para Staats (1996), se há alguma determinação biológica num transtorno comportamental, mesmo que provas sejam ainda inexistentes, então, a biologia exerce efeitos através do comportamento, uma vez que é o comportamento da pessoa que está transtornado. E, Skinner afirmou que variáveis ambientais produzem efeitos fisiológicos que podem ser atribuídos ao comportamento.

Britto (2004) aponta que delírios e alucinações podem ser estudados como classes de respostas, por mais que pareçam bizarros ou até misteriosos. Portanto, assim como qualquer outro comportamento, para entender tais respostas, devem-se buscar na história de vida e aprendizagem do indivíduo a explicação para tal repertório comportamental inapropriado.

O comportamento do esquizofrênico, assim como qualquer outro comportamento, é modelado e mantido por determinadas contingências de reforçamento, sendo assim, para compreender tais comportamentos estranhos, bizarros é necessário verificar a função dos mesmos. Para estudar o comportamento de uma pessoa diagnosticada como esquizofrênica, temos que:

"Investigar sua história, registrar o que ele diz, observar o que ele faz, o que ele vê, ouve e toca quem o escuta, como fala, com que gestos e expressões faciais. Identificar em que circunstâncias cada um desses eventos ocorre ou não ocorre. Em outras palavras, para o entendimento dos fatores que contribuem para a ocorrência de comportamentos problema, é necessária uma avaliação funcional que inclua não só a observação como também a manipulação de variáveis importantes". (Britto, 2004)

Neste sentido, Skinner (1953) também afirma que é importante investigar as relações funcionais para ocorrência de eventos na busca das variáveis das quais são função. Ressaltando que, há evidências na literatura de que tais classes de

respostas são desenvolvidas e mantidas pelo reforçamento social, desta maneira pessoas diagnosticadas como esquizofrênicas podem aprender respostas mais adaptativas quando colocadas em contingências programadas para tal finalidade.

As explicações internas dadas as respostas problemas, características da esquizofrenia, são incongruentes com a ciência do comportamento, pois, para explicar a esquizofrenia não é preciso inventar causas ou atribuir ações recorrendo ao aparato mental; é necessário analisar as variáveis das quais o comportamento é função, e é isso que o analista do comportamento busca: as relações entre a resposta e as variáveis que a controlam, usando métodos baseados na ciência proposta por Skinner (Skinner, 1953/1976).

Skinner (1980) afirma que o analista do comportamento tem como instrumento de trabalho as interações entre o organismo e o ambiente, ou seja, as contingências de reforçamento, que se expressam de variadas maneiras, até mesmo interagindo umas com as outras, resultando uma teia de influências recíprocas. As contingências podem adquirir configurações funcionais bastante complexas, exigindo análises e intervenções topográficas funcionais. (Guilhardi, 2004)

Layng e Andronis (1984), ao analisarem comportamentos delirantes e alucinatórios, ressaltaram a complexidade das contingências estabelecidas em tais comportamentos:

“Embora seja verdade que padrões alucinatórios e delirantes possam acarretar necessariamente custos enormes para o indivíduo (por exemplo, perda de emprego, prisão, estigma social e cerceamento de muitas oportunidades sociais) afirmamos que sua frequência é governada por contingências de reforçamento positivo. A força de tais contingências é comprovada pela ocorrência frequente do comportamento apesar de tais custos.

O tipo de análise de contingência custo/benefício proposto se estende não apenas para aqueles padrões que, aparentemente, são considerados racionais (isto é, cujos custos benefícios são prontamente visíveis), mas também para padrões perturbados, cujos custos são tão dramáticos e imediatos, que podem obscurecer completamente a visão do clínico para quaisquer benefícios possíveis. Quando os benefícios do padrão perturbado não são notados, a investigação de alternativas disponíveis é completamente evitada; além disso, um programa para estabelecer padrões que produzem os mesmos benefícios, mas com um custo pessoal ou social menor, nunca é executado”. (Layng e Andronis, 1984, p. 140 – 141)

Entretanto, essa postura não exclui contribuições de fatores genéticos, biológicos, bioquímicos, neurológicos, entre outros, podendo, assim, explicar a esquizofrenia de acordo com o princípio da múltipla rede de determinação do comportamento, representada pelos três níveis do mecanismo da variação e seleção: filogênese, ontogênese e cultura. Segundo Skinner (1984), tais contingências modelaram topografias complexas de comportamento a partir de material indiferenciado.

O reconhecimento da multideterminação do comportamento permite a busca de relações funcionais do organismo como um todo, com eventos do ambiente à sua volta, sendo assim, afirmando a existência de relações causais na interação entre respostas e ambiente, tendo esse conjunto como comportamento. Deste modo, o termo comportamento não se refere à topografia de ações, mas às relações.

Layng e Andronis (1984) afirmam que:

“Se considerarmos padrões alucinatórios e delirantes como operantes que são emitidos em frequências relativamente altas, decorrem várias questões. Além de identificar as ocasiões para aqueles padrões (os quais podem, de fato, incluir eventos privados), deveríamos nos perguntar: ‘Quais são as consequências que mantêm essas relações ocasião-comportamento?’ e ‘Quais são as relações de contingência matriz que tornam uma relação ocasião-comportamento mais provável que outra?’ ou, expresso de modo mais simples: ‘Quais são as vantagens para o cliente em se comportar desta maneira em oposição a alguma outra forma?’.

A identificação explícita das relações de contingências que estão operando é essencial em vista de seu poderoso controle na manutenção de operante de alto custo. As consequências contingentes do padrão perturbado são críticas para o indivíduo independente do seu alto custo. Assim, ao invés de focalizar a eliminação do comportamento que o indivíduo escolheu para obter as consequências, estas devem ser ‘encapsuladas e disponibilizadas contingentes a comportamentos menos custosos em um programa bem sucedido’, segundo Goldiamond (1970)”. (Layng e Andronis, 1984, p. 142 – 143)

Sendo assim, deve-se buscar na história de vida e aprendizagem do indivíduo os antecedentes que expliquem seus repertórios comportamentais inadequados, também torna-se necessário definir empiricamente como se aprendem as respostas que compõem esses repertórios e quais consequências são geradas a partir daquelas respostas. Segundo Staats (1996), os repertórios comportamentais

podem ser adaptados ou inapropriados, ricos ou escassos, no entanto repertórios inapropriados e deficitários produzem problemas. Destacando que contingências ambientais inadequadas podem ter como efeito, inclusive, repertórios inadequados ou déficits comportamentais.

Para os autores Ferster, Culbertson e Boren (1979) muitos dos sintomas que levam um indivíduo à terapia e tratamentos são repertórios inadequados ou deficitários que são reforçados; a disposição em esforçar-se em comportamentos problema parece forte, quando comparada com os repertórios enfraquecidos do indivíduo, mas poderiam desaparecer assim que gerassem formas alternativas e eficazes em ambientes adequados.

Staats e Staats (1963/1973) sugerem que os comportamentos psicóticos devem ser considerados como operantes que competem com outros comportamentos operantes e dependendo do meio, caso os comportamentos operantes adaptados sejam mais fortemente reforçados, os comportamentos inapropriados e bizarros podem ser substituídos. No entanto, quando respostas adequadas não são fortes, então as psicóticas prevalecem e são emitidas. Como Ferster, et al (1979), afirmam, a maior parte do repertório esquizofrênico representa respostas fracas, que parecem fortalecidas somente porque a maior parcela das respostas adequadas mantidas são fracas.

Britto (2005) baseada em Skinner enfatiza que:

“Observa-se que o diagnóstico de esquizofrenia é atribuído a uma pessoa quando ela descreve eventos que evocam reações de surpresa no ouvinte. Por exemplo, ‘eu sou Deus’, ‘o diabo não me deixa sorrir’ ou ‘casei com a Virgem Maria’. Tais descrições colocam problemas especiais: a distinção entre verdade e crença. A crença é questão de probabilidade de ação, e probabilidade é função das contingências anteriores. A verdade ordena a transformação para regras. Contingências sociais induzem uma pessoa a relatar o que faz e por que o faz.” (Britto, 2005)

Sendo assim, torna-se importante ressaltar os processos verbais como relevantes nesta discussão, pois, tanto os delírios como as alucinações são, em sua maioria, comportamentos verbais. Desta maneira, é necessário esclarecer de que forma ocorreu a aprendizagem dos relatos verbais delirantes, assim como suas funções controladoras, enfim, qual a contingencia: os estímulos antecedentes aos conteúdos delirantes e também estímulos consequentes.

Partindo do pressuposto que os relatos verbais delirantes são operantes, eles são eficientes para a obtenção de reforçadores, que podem ser os mais variados como: fuga, esquivas, atenção social. Para a Análise do Comportamento, compreender o comportamento delirante, significa entender as contingências de reforçamento, já que entre um dos efeitos especiais do comportamento verbal estão as respostas emocionais do ouvinte (Skinner, 1957/1978).

É imprescindível estudar a função do comportamento verbal na construção da esquizofrenia, uma vez que descrições verbais bizarras são topografias chamadas de delírios ou alucinações, baseando e fundamentando diagnósticos e condutas terapêuticas, intervenções e tratamentos, que envolvem até mesmo o internamento, do indivíduo. (Britto, 2005)

A partir da importância do comportamento verbal, é importante ressaltar que, somente pela existência do comportamento verbal é que o humano consegue prever consequências para o seu comportamento, sendo assim seus comportamentos podem ser controlados por regras e também por auto regras, partindo de experiências anteriores. (Britto, 2005)

Segundo Britto (2005), auto regras podem ser explicitadas publicamente ou encobertas, isto é, quando a pessoa pensa. As pessoas formulam regras e agem de acordo com elas, mesmo que algumas vezes, essas regras sejam incompatíveis com as contingências presentes. As formulações não funcionais de regras que não explicitam as contingências naturais podem aumentar a força de comportamentos problema posteriores. Caso as regras causem insensibilidade às contingências naturais, pois são estímulos que afetam a função de outros estímulos, sendo assim, elas podem tomar uma autonomia funcional e passar a ser causa do comportamento problema. O indivíduo responde ao que ele diz para ele mesmo.

O comportamento governado por regras é resistente tanto a mudanças quanto a extinção e pode ser mantido por reforço positivo e também por reforçamento negativo. (Hayes, Zettle & Rosenfarb, 1989; Matos, 2001; Meyer, 2005).

Para Britto (2005),

“Regras e auto-regras distorcidas podem produzir experiências perturbadoras para a pessoa. O ajustamento à vida na comunidade exige comportamentos complexos sob controle de estímulos também complexos. O indivíduo deve adquirir habilidades para comportar-se em contextos. De

outro modo, comportamentos problema podem substituir o comportamento que é requerido para o ajustamento à vida na sociedade.”

Indivíduos que apresentam comportamentos problema podem vir a viver como membros ativos da sociedade. A Análise do comportamento oferece um vasto aparato teórico para que tais indivíduos possam ser tratados e adquiram repertórios comportamentais adequados, buscando soluções para amenizar seu sofrimento, trabalhando as contingências, uma vez que foi o ambiente que construiu respostas autodescritivas, como delírios e alucinações, supondo que ao buscar fortalecer respostas adaptativas os comportamentos inapropriados e bizarros podem ser substituídos.

No entanto, segundo Britto (2005), comportamentos esquizofrênicos têm recebido pouca atenção dos analistas do comportamento. É preciso que tais profissionais estendam seus métodos para o aprofundamento de estudos que atualmente ainda estão calcados no domínio psiquiátrico. Sem rotular ou descrever topografias comportamentais, a busca para soluções que amenizem o sofrimento humano deve preocupar pesquisadores analistas do comportamento, já que a esquizofrenia tem demonstrado ser um problema relevante e as soluções até o presente colocadas não são ainda satisfatórias.

A Análise do Comportamento e alguns experimentos

Pesquisas feitas dentro dos princípios da análise do comportamento com indivíduos diagnosticados como esquizofrênicos, mostraram que respostas consideradas como tais não são mágicas, misteriosas, incontroláveis, nem precisam ser atribuídas a eventos mentais, dentro do organismo. Tais pesquisas obtiveram sucesso em mostrar que existem técnicas de controle comportamentais eficientes na mudança de comportamentos problema.

Na década de cinquenta Lindsley, Lidz, Cornelison, Terry e Fleck, Ayllon e Michael (1959) investigaram a esquizofrenia como um problema comportamental, na década de sessenta May e Robertson (1960), Isaacs, Thomas e Goldiamond (1960), Ayllon, Haughton e Hughes (1965) também assim pesquisaram. Comportamentos problema foram investigados através da manipulação das variáveis de reforçamento, como: extinção, saciação, reforçamento positivo, reforçamento negativo,

reforçamento social. Os resultados tiveram êxito na modificação de comportamentos problema, sem a necessidade de recorrer a explicações mentalistas e construtos hipotéticos.

Há pouco tempo, Britto (2004) estudou delírios e alucinações como classes de comportamentos problemas, baseada na teoria do comportamento verbal proposta por Skinner (1957/1978) e na teoria de linguagem de Staats (1996). Em 2005, Miranda e Britto, investigaram o comportamento de uma pessoa diagnosticada como esquizofrênica crônica e retardo mental leve no contexto psiquiátrico, utilizando como base os princípios da Análise Aplicada do Comportamento. Marcon e Britto (no prelo) analisaram funcionalmente as respostas verbais de uma pessoa com o diagnóstico de esquizofrenia, em múltiplas condições, como: condição atenção, condição sozinha e condição controle, também baseadas nos princípios da análise do comportamento.

Lindsley (1956, citado por Staats & Staats, 1973) desenvolveu uma câmara de condicionamento operante na qual o comportamento de esquizofrênicos crônicos pode ser observado e manipulado. A sala na qual o experimento era realizado era mobiliada com uma cadeira, um cinzeiro, um *manipulandum* e dispositivos para apresentar estímulos discriminativos e liberar reforçadores. O *manipulandum* era uma alavanca que poderia ser puxada até mais de 10.000 vezes por hora. Usando o condicionamento operante padrão, os reforçadores eram apresentados contingentes a resposta de puxar uma alavanca. Numa outra sala, dispositivos regulavam a liberação dos estímulos reforçadores, o esquema de reforçamento e também registravam a frequência de respostas de puxar a alavanca. Neste experimento Lindsley demonstrou que existe grande diversidade nos reforçadores que são efetivos para diferentes indivíduos, e tal fato não é diferente para indivíduos psicóticos. A resposta de alguns esquizofrênicos de puxar a alavanca foi fortalecido com dinheiro, cigarros, doces, figuras de nús femininos / masculinos e inclusive para um dos pacientes ver um gatinho tomar leite foi o reforço mais efetivo.

Os resultados, baseados na análise dos registros de aproximadamente sessenta pacientes diagnosticados como psicóticos crônicos, apontaram relação entre déficits no repertório de comportamentos adequados e o aparecimento de comportamentos bizarros.

Lindsley mostrou que durante reforçamento em razão fixa o comportamento psicótico aparecia somente durante as pausas depois do reforçamento, nenhuma

resposta psicótica foi exibida quando sob controle de esquema de razão fixa. Tal dado confirma a hipótese de que respostas psicóticas podem parecer fortes simplesmente porque outras respostas mais adequadas estão enfraquecidas e quando respostas mais adequadas são reforçadas em um esquema de razão fixa, podem tornar-se muito fortes, em algumas situações até mesmo substituindo inteiramente as respostas psicóticas.

Em outro estudo com drogas, Lindsley (1956, citado em Miranda e Britto, 2005) verificou que as sessões terapêuticas com uma estudante de enfermagem foram seis vezes mais efetivas do que 100 mg de Iproniazide para conseguir que um esquizofrênico respondesse.

Lidz, Cornelison, Terry e Fleck (1958, citado por Staats & Staats, 1973), relata a crença de dois irmãos esquizofrênicos de que “discordância” significava prisão de ventre. Analisando as histórias de aprendizagem de ambos, viu-se que todas as vezes que tais indivíduos discordavam de sua mãe, ela lhes falava que estavam com prisão de ventre e lhes dava um clister. Tal estudo ilustra como contingências de aprendizagem podem fundamentar comportamentos que parecem inexplicáveis, neste caso, o procedimento condicionou um significado não usual à palavra “discordância”, através de um controle de estímulos inadequado.

Segundo Bandura (citado por Staats & Staats, 1973) este estudo forneceu evidências que ilusões, sentimentos de grandiosidade, negação extrema dos indícios da realidade, entre outras respostas ‘esquizofrênicas’ são, em sua maioria, aprendidas através de reforçamento direto, num processo de modelação de padrões de comportamentos inadequados.

Ayllon e Michael (1959, citado por Staats & Staats, 1973), apontaram que os comportamentos indesejados de pacientes psicóticos podem ser mantidos por atenção social, como numa das pesquisas em que os autores realizaram na qual a atenção e a aprovação involuntária das enfermeiras ao tentarem compreender a ‘doença mental’ do paciente fez com que tais comportamentos se mantivessem e aumentassem de frequência. Em tal estudo, o comportamento de uma paciente hospitalizada foi analisado, ela visitava com tanta frequência a sala da enfermagem que interrompia e interferia no funcionamento dos funcionários. No momento em que o estudo foi realizado, tal comportamento já ocorria há dois anos. Quando a mulher assim se comportava, ela era tomada pela mão e seu corpo empurrado para a ala na qual ela deveria permanecer. Baseados na análise de que a reação das

enfermeiras constituía um reforçamento positivo para as respostas de ir até a enfermaria da paciente, as enfermeiras foram instruídas a não dispensar nenhuma atenção quando a paciente adentrasse a sala da enfermaria. Os resultados mostraram que a frequência do comportamento descrito diminuiu, ao passo que durante oito semanas de extinção, a taxa de respostas decaiu de uma média de dezesseis visitas diárias para duas.

Ayllon e Michael (1959, citado por Staats e Staats, 1973) trataram uma paciente institucionalizada que tinha uma história de ataques de violência frequentes em relação a outras pessoas. Tal paciente havia recebido diversas formas de tratamentos: choque eletro-convulsivo, uma psico cirurgia (separação dos lobos frontais do resto do cérebro – leucotomia), todos os tratamentos buscavam controlar sua violência, mas não obtiveram sucesso. Ao iniciarem os experimentos, o histórico de comportamentos violentos de tal paciente era tão ruim que ao menor movimento suspeito que fazia, as enfermeiras a colocavam na sala de reclusão e lá ele passava de três a doze horas diariamente.

Os autores, a fim de reduzir a frequência dos ataques de violência, decidiram fortalecer respostas incompatíveis com a violência. Eles observaram a paciente por cinco dias antes do tratamento e perceberam que ela com frequência razoável deitava-se no chão da sala de estar, sendo que a resposta de deitar-se incluía deitar-se, agachar-se, ajoelhar-se e sentar-se no chão. Então a partir de tal dado, os experimentadores trabalharam para o fortalecimento dessa classe respostas, pois, desta maneira controlariam as repostas de violência e ao mesmo tempo permitiriam que respostas emocionais das enfermeiras e de outros pacientes em relação a ela se extinguissem.

Após esse período, para fortalecimento do comportamento social da paciente, suas aproximações das enfermeiras foram reforçadas. E finalmente, foi elaborado um plano para descontinuar o reforçamento do deitar-se no chão quando a interação paciente-enfermeira parecesse um tanto normal. Embora o tratamento tenha sido bem sucedido no controle do comportamento violento através da modelagem de comportamento incompatível, o experimento não conseguiu condicionar o comportamento social normal devido a erros de estratégia. Mas, mostrou que, de qualquer modo, as respostas de violência poderiam ser consideradas como um comportamento operante e passíveis de serem manipuladas.

May e Robertson (1960, citado por Stssts & Staats, 1973) relataram um grande sucesso com um procedimento denominado “treino de hábito” para modelar comportamentos para ajustamento de pacientes psicóticos. Neste experimento, foram formados dois grupos: Grupo experimental, que recebeu um programa de atividades sociais e diversão num período de seis meses, e incluiu treino em vestir-se e hábitos pessoais, pacientes que atuavam bem em quaisquer aspectos eram reforçados sistematicamente. O grupo controle, por sua vez, não recebeu atividades especiais ou reforçamento sistemático. Os resultados mostraram apreciável progresso clínico do grupo experimental em relação à aparência física, se comparado com o grupo controle.

Isaacs, Thomas e Goldiamond (1960, citado por Staats & Staats, 1973) apresentaram um importante relato de aplicação de procedimentos de condicionamento a tratamento de mutismo, em um paciente psicótico. O paciente era um homem de quarenta anos diagnosticado como esquizofrênico catatônico, mudo, institucionalizado há dezenove anos.

O princípio comportamental básico utilizado para reestabelecer a fala foi o de modelagem através de aproximação sucessiva.

Miranda e Britto (2005) também fazem referencia ao trabalho desenvolvido por Isaacs et al. (1960), as autoras descrevem que o paciente permanecia sentado imóvel e olhando para frente mesmo quando cigarros eram oferecidos. O experimentador, certa vez, deixou cair acidentalmente um pacote de goma de mascar e os olhos do paciente moveram-se para a goma, então o experimentador deu inicio ao procedimento de modelagem, usando gomas de mascar como reforçador.

O processo de modelagem, neste experimento, envolveu uma sucessão de movimentos dos olhos, seguidos por movimentos da boca, lábios, vocalização, emissão de palavra e, finalmente, comportamento verbal. Nas duas primeiras semanas, o experimentador segurava um pedaço de goma, diante da face do paciente, e esperava que os olhos do mesmo se movessem em direção a ela. Quando essa resposta ocorria o experimentador dava a goma para o paciente. Depois que esta relação havia sido estabelecida (relação entre presença da goma de mascar, o movimento dos olhos e a obtenção do reforço), foi mantida a mesma condição ambiental, porém o reforço foi suspenso até que um leve movimento labial ocorresse. Após a relação entre a presença da goma de mascar, movimento labial, e

a obtenção de reforço, o experimentador suspendeu o reforço até que algum som vocal ocorresse. Conforme as relações iam sendo estabelecidas, o experimentador reforçava sons sucessivamente mais próximos da palavra “goma”. Ao chegar ao final da sexta sessão, quando o experimentador dizia: “Diga *Gum, Gum*”, o paciente subitamente disse: “*Gum, please*”. Esta resposta foi acompanhada do restabelecimento de outras respostas dessa classe, como responder questões sobre seu nome e idade.

A partir do experimento descrito acima, vê-se que respostas esperadas, como falar, nunca foram adquiridos ou por alguma razão, se possibilitou que a frequência ou intensidade dessas respostas diminuíssem consideravelmente. Mas, tal quadro pode ser alterado a partir de modelagem das respostas verbais.

Ayllon, Haughton e Hughes (1965, citado por Miranda e Britto, 2005) manipularam o comportamento de uma pessoa classificada como esquizofrênica crônica que estava hospitalizada há vinte e três anos e passava a maior parte do tempo na cama ou num divã. Como reforçadores foram utilizados cigarros, já que a paciente era fumante. Foi feita uma linha de base e neste período a paciente permaneceu 60% em que estava acordada na cama e 20% do tempo sentada ou andando, mas nunca carregando uma vassoura. Durante este período a paciente teve apenas um cigarro por refeição.

Os pesquisadores definiram uma topografia de resposta: a paciente estar em pé, numa posição ereta e carregando uma vassoura.

No período de modelagem, uma enfermeira dava a paciente uma vassoura e outra lhe dava um cigarro. Após este procedimento a paciente pegou a vassoura por iniciativa própria e tal resposta foi reforçada em intervalo variável; o porcentual de tempo em que a paciente carregava a vassoura aumentou. A paciente passou a apresentar um comportamento compulsivo: ficava em pé segurando a vassoura. Um profissional de outra abordagem a observou através de um espelho unilateral e descreveu seu comportamento da seguinte maneira: Seu andar consistente e compulsivo, ao segurar a vassoura pode ser considerado como um ritual ou ação mágica. Sua vassoura pode ser vista como: (a) uma criança que lhe dá amor e, em troca, ela lhe dedica devoção; (b) um símbolo fálico; (c) o cetro de uma rainha onipotente, dentre outros. Entretanto, a paciente permaneceu a segurar a vassoura até que se retirou o reforço, tal resposta foi colocada em extinção. Após, a extinção

a resposta de carregar a vassoura decresceu a passo que a resposta anterior, de ficar na cama, aumentou.

Recentemente Britto (2004), buscou compreender, dentro da Análise do Comportamento, baseada na teoria do comportamento verbal proposta por Skinner (1957/1978) e na teoria de linguagem de Staats (1996), duas classes de comportamentos humanos complexos, os delírios e as alucinações. A fim de exemplificar a interpretação comportamental para tais classes de comportamento verbais, foram utilizadas cenas do filme *Uma Mente Brilhante (A Beautiful Mind, 2002)*. O filme conta uma história verídica de um homem diagnosticado como esquizofrênico paranóico. Tal estudo teve como conclusão que comportamentos complexos também são resultados dos processos de aprendizagem.

Miranda e Britto (2005) investigaram o comportamento de uma mulher, com 57 anos de idade, diagnosticada como esquizofrênica crônica desde os 18 anos e retardo mental crônico, no contexto psiquiátrico, baseadas nos princípios da Análise do Comportamento.

A participante era solteira, semianalfabeta, apresentava dificuldade de locomoção devido a uma artrose crônica no joelho direito, já havia sido internada em diversas unidades psiquiátricas após ter sido vítima de estupro aos dezoito anos de idade e ao ser perseguida pelo estuprador passou ter delírios constantes. Apesar de não constar no prontuário da paciente, havia rumores de que há anos antes da pesquisa a mesma cometera um homicídio.

Durante a realização do estudo a paciente fazia uso diário de medicamentos, como fenitoína 100mg; clonazepan 20mg; haloperidol, 5mg; cloridrato de clorpromazina 100mg; flunitrazepam 1mg; polivitamínico (buclizina + cafeína + lisina + complexo B) 1 g. e também ampola de cloridrato de flufenazina 1 ml, que lhe era administrado via intramuscular

Foram feitas observações diretas dos comportamentos da paciente e entrevistas com a equipe de enfermagem e médicos para obtenção de informações relevantes. Também, para melhor definição dos comportamentos problemas, foram filmadas quatro sessões em momentos e lugares distintos da instituição, como: refeitório, quarto e pátio. A partir das informações coletadas os comportamentos problema foram identificados.

A participante apresentava comportamentos incomuns, como: recusava-se a participar de qualquer atividade indicada pelos profissionais da instituição, não

interagia e nem olhava nos olhos das pessoas tanto do sexo feminino como do sexo masculino, permanecia grande parte do dia deitada no leito ou sentada num banco no pátio, mantendo-se sempre isolada dos demais internos. Urinava e defecava no pátio. Agressões a funcionários e pacientes eram freqüentes. Dormia sozinha em seu quarto, por precaução, para não agredir outros pacientes. Mantinha um velho cobertor enrolado na cabeça. Bebia água do vaso sanitário ou da torneira do banheiro sem uso de qualquer vasilhame – copo, caneca, entre outros.

Dentre os comportamentos listados, foram selecionados sete classes de comportamentos problema para sofrerem intervenção, como: manter contato olho a olho com a pesquisadora e depois com outras pessoas mesmo que por alguns segundos; sozinha, sem atenção; dar tapas, empurrar pessoas e fazer ameaças; recusar-se a participar das tarefas ou eventos; executar uma atividade que possa fazer para ocupar-se durante o tempo livre; beber água no copo de plástico; interagir socialmente, batendo palmas ao ritmo de uma música.

As sessões foram realizadas no pátio, no quarto da participante, no banheiro e também no refeitório. Foram realizadas três sessões por semana, com duração entre trinta e quarenta minutos cada, por quatro meses consecutivos.

Para controle dos procedimentos foi utilizado o delineamento de reversão tipo ABAB, depois um *Follow-up*:

“Cada comportamento da participante foi observado e dados de Linha de Base (LB-I) foram coletados em quatro sessões para cada comportamento. Após a Linha de Base (LB-I), foi iniciada a Intervenção I (INT-I) que durou seis sessões para cada comportamento. A seguir houve um retorno à fase de Linha de Base (LB-II) com quatro sessões, que foi seguida novamente por um período de Intervenção II (INT-II) que durou seis sessões. Essas intervenções foram iniciadas para cada comportamento da participante e após o Delineamento de Reversão ser completado para o primeiro comportamento selecionado, repetiu-se tal procedimento para o segundo, terceiro, quarto, quinto, sexto e sétimo comportamento”.(Miranda e Britto, 2005, p. 42-43)

Nas intervenções foram utilizados procedimentos de reforçamento positivo, modelagem e extinção. Como reforçadores positivos eram utilizados pão de queijo, bolo de cenoura, requeijão, pamonha, mortadela de frango, abacate, queijo minas e reforçadores sociais, como atenção.

O trabalho contou com a colaboração de um avaliador com conhecimento em técnicas de observação para que um teste de concordância dos dados obtidos pudesse ser realizado, garantindo assim, a fidedignidade dos mesmos. Para o cálculo do índice foi utilizada a fórmula: $[\text{Concordância} / (\text{Discordância} + \text{Concordância})] \times 100$. Os percentuais de acordo variaram entre 88,2% e 96,2% para todas as classes comportamentais estudadas

Os resultados mostraram que os procedimentos da Análise Aplicada do Comportamento foram efetivos para controlar os comportamentos problema emitidos pela paciente, uma vez que os comportamentos que sofreram intervenção se mantiveram o que foi verificado um mês após com a realização do *follow-up*, ainda que, com frequências menores, se comparadas as duas fases das intervenções do delineamento de retirada.

“Os resultados do presente estudo mostraram que a intervenção foi efetiva em modificar consideravelmente os comportamentos-problema apresentados pela participante com duplo diagnóstico: esquizofrenia crônica e retardo mental. Tais achados são consistentes com os estudos presentes na literatura demonstrando que a teoria proposta por Skinner e seus seguidores é a que tem produzido resultados mais efetivos em intervenções em contextos psiquiátricos. Mais uma vez foi confirmado a eficácia dos procedimentos da análise aplicada do comportamento. Ficou evidente pelos dados obtidos que as intervenções foram melhores que a não intervenção”.
(Miranda e Britto, 2005, p.71)

Marcon e Britto (no prelo) analisaram funcionalmente as repostas verbais de uma mulher, de 27 anos, solteira, com o primeiro grau incompleto, com o diagnóstico de esquizofrenia e um histórico de internações em várias instituições. No período em que o experimento foi realizado a participante fazia tratamento num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e fazia uso de medicamentos, duas ampolas de decanoato de haloperidol (Haldol Decanoato®), administradas quinzenalmente. Ela queixava-se de dores de cabeça e tristeza, também afirmava ouvir vozes que a mandava matar pessoas.

As sessões experimentais foram realizadas no ambiente natural da participante – casa – em uma sala mobiliada com três tamboretas e um armário de cozinha.

A fim de obter mais dados sobre a história ambiental da participante, a pesquisadora recorreu aos dados de avaliação indireta, como: prontuário disponibilizado pela instituição e entrevistas clínicas realizadas com membros da equipe multiprofissional que a assistia, assim como com sua mãe, juntamente com duas de suas irmãs, além de uma entrevista com uma vizinha, sua “cuidadora”.

Para análise das respostas verbais foi utilizado o delineamento de múltiplas condições, sendo as principais: condição atenção, atenção contato olho a olho, atenção contato físico, atenção comentário e atenção executar tarefa; condição sozinha, sozinha sem demanda e sozinha com demanda; e condição controle na qual a participante tinha acesso a reforçadores. Dentro das condições analisadas foram também estudadas algumas respostas emocionais da participante, tais como aborrecimento, raiva, prazer, elação, ansiedade, tristeza e alívio inferidos das entonações de sua voz e de suas topografias comportamentais. Em cada condição, a topografia do comportamento da pesquisadora variava conforme a condição e a subcondição experimental aplicada.

Após entrevista com membros da equipe multiprofissional que assistia a paciente, foram definidos como reforçadores gravuras, objetos (revistas, pulseiras, um par de brincos, presilhas de cabelo, uma lixa de unha e um chaveiro) e alimentos (bombons e bolachas).

Os resultados mostraram que a atenção social manipulada nas diversas condições exerceu controle sobre a fala inapropriada da mulher e na condição atenção houve maiores manifestações das respostas emocionais, como raiva e elação. Os resultados possibilitaram a discussão sobre as implicações dos efeitos de uma operação motivadora como componente adicional para a análise do comportamento verbal da participante.

Britto e Epaminondas (2010) realizaram um estudo com o objetivo de utilizar a modelagem de comportamentos de uma pessoa esquizofrênica e observar as mudanças graduais em seu repertório social e suas vocalizações.

Participou do estudo uma pessoa do sexo masculino, 47 anos, viúvo, diagnosticado como esquizofrênico catatônico, apresentava comportamentos incomuns, como delírios e alucinações o que o levou a ser internado em diferentes instituições psiquiátricas desde seus 18 anos. Era descrito como: “paciente confuso, isolado, delirante, calmo e alegre” e como principal sintoma “embotamento afetivo”.

No momento em que a pesquisa foi realizada, residia na instituição em questão. Ele passava a maior parte do tempo fumando cigarros e assistindo televisão, estabelecendo pouco contato social com os profissionais e outros internos. Tomava diariamente os seguintes medicamentos: Haldol® 5 mg (Haloperidol), Fenergan® 25 mg (Prometazina), Neozine® 100 mg (Levomepromazina), Hidion® 50 mg, Aldomet® 500 mg (Metildopa), Gardenal® 100 mg (Fenobarbital) e Tegredol® 200 mg. Nenhum outro tratamento estava sendo feito com o participante além do medicamentoso.

Todos seus parentes próximos do paciente estão falecidos ou não fazem mais contato (como no caso do irmão), o que levou a diretora da instituição em que ele se encontrava o “adotar”, sendo sua responsável legal.

As sessões foram realizadas na instituição na qual o participante estava residia, numa sala experimental e também foram feitas observações no refeitório.

Foram feitas observações diretas do participante no pátio, refeitório e enfermaria da instituição para identificar os comportamentos-problema apresentados pelo mesmo. Os dados de observação direta foram coletados também com a ajuda dos profissionais que mantinham contato direto com o participante. Os seguintes comportamentos foram selecionados para sofrer intervenção: contato visual; volume de voz; e verbalizações curtas.

O pesquisador desenvolveu um programa de tratamento com as classes de comportamentos problema do participante a sofrer intervenção, no qual a atenção social seria disponibilizada pelo mesmo para reforçar os comportamentos alvos, ou seja, contato visual, tom de voz e verbalizações do participante.

Foram realizadas 12 sessões de 15 minutos cada com o participante, em uma média de 2 sessões semanais, totalizando 7 semanas. Em todas elas, uma filmadora era colocada na sala experimental antes da entrada do participante para que as mesmas fossem registradas em vídeo. Nestas sessões o pesquisador ficava em uma sala com o participante em uma conversa livre que variava de assuntos como a história de vida do participante, sobre as refeições, os internos, o *staff* do hospital, planos futuros, etc. Nenhuma ordem verbal era apresentada em momento algum.

Para o controle dos procedimentos foi selecionado o delineamento de linha de base múltipla entre comportamentos. Primeiro, o pesquisador registrou a linha de base dos três comportamentos, simultaneamente. Então, a intervenção foi iniciada

com o contato visual, enquanto dados de linha de base continuavam a ser coletados para o tom de voz e as verbalizações curtas. Após a intervenção ser concluída para o contato visual foi introduzido o tratamento do tom de voz e assim, sucessivamente.

Os resultados do estudo apontaram que as três classes comportamentais que foram selecionadas para sofrer intervenção por meio de reforçamento diferencial apresentaram mudanças graduais em sua frequência, aumentando quando reforçados. A atenção social era um reforçador extremamente poderoso, e se mostrou suficiente para controlar a modelagem das respostas do participante. Sendo assim, o pesquisador levantou a hipótese de que a atenção por parte de terceiros poderia funcionar como um estímulo discriminativo para comportamentos-problema.

Britto e Epaminondas (2010) afirmaram que considerando que os comportamentos selecionados aumentaram de frequência quando adquiriram função, pode-se imaginar que grande parte do “estado catatônico” do participante estivesse sendo mantido pela falta de estimulação.

Para ilustrar o que descrito foi acima, a respeito da esquizofrenia, será feita uma análise das respostas do personagem Andrew Laeddis, do filme ‘Ilha do Medo’ (*Shutter Island*, 2010). Segundo as autoras Farias e Ribeiro, 2007, a análise de filmes é um recurso relevante à medida que permite ao aluno relacionar o comportamento das personagens às explicações dadas em sala de aula, as abordagens psicológicas, vislumbrando a aplicação da teoria, discutindo seus prós e contras. Possibilitando assim, a generalização dos comportamentos aprendidos através de aulas expositivas, leitura de textos, a análise de filmes pode ser um recurso dinâmico e facilitador, tornando a aprendizagem mais reforçadora.

Portanto, o presente trabalho tem como objetivo buscar compreender, dentro da análise do comportamento, a esquizofrenia, utilizando para ilustrar a interpretação comportamental sobre o tema, cenas do filme ‘Ilha do Medo’, buscando fazer uma avaliação funcional de algumas respostas do personagem Andrew Laeddis.

MÉTODO

Material

Foi utilizado o filme 'Ilha do Medo', um computador e o programa de computador VLC Média Player. A escolha do filme deveu-se a clareza em observar as repostas do personagem Andrew Laeddis, os eventos antecedentes e consequentes as suas respostas.

Procedimento

Assistiu-se ao filme uma vez. Depois assistiu-se ao filme pela segunda vez.

1. Anotaram-se:

- Respostas do personagem Andrew Laeddis consideradas como alucinatórias ou delirantes.

O critério para considerar uma resposta como alucinatória foi o paciente relatar que 'via' ou 'ouvia', ou interagir com estímulos que outros personagens não pudessem ver ou ouvir. Já o critério para considerar uma resposta como delirante foi identificar palavras ou frases emitidas pelo participante que se referiam a eventos bizarros, repetitivos, inverídicos ou incomuns na linguagem do cotidiano.

- Outras respostas, do personagem Andrew Laeddis, que foram importantes para compreensão da história do respectivo personagem, como por exemplo, atirar na esposa.
- Cenas do filme que mostravam contextos, eventos, diálogos que poderiam servir como estímulos antecedentes, estímulos consequentes para as respostas do personagem Andrew Laeedis.

2. Depois, a partir das anotações feitas, buscou-se construir um resumo sobre o filme, sempre focando a história do personagem Andrew Laddies, seguindo a ordem cronológica dos acontecimentos, enfatizado suas respostas, relações com os demais personagens e com o contexto no qual ele estava inserido.

3. A partir do resumo do filme foram feitas análises sobre as respostas do personagem Andrew Laddies, estímulos antecedentes e consequentes a suas respostas, bem como eventos importantes da sua história de vida.
4. A partir de tais dados buscou-se fazer uma avaliação funcional das respostas do respectivo personagem, a luz da teoria da Análise do Comportamento.

RESUMO DO FILME

Andrew Laeddis, um veterano condecorado do exército, ex-agente federal, responsável pela libertação de Dauchau. Sua esposa, Dolores, era maníaco depressiva, já havia tentado suicídio e também colocado fogo num apartamento do casal. Andrew bebia e era ausente com relação à família.

Certo dia, ao chegar do trabalho, Dolores havia matado os três filhos afogados. Então, Andrew mata a mulher. Após matar a esposa ele surta e vai para o hospital psiquiátrico de custódia Ashecliffe, na ilha Shutter Island. No hospital é tratado pelos psiquiatras Dr. Sheeham, a quem ele chama de Chuck, e Dr. Cawley.

No hospital psiquiátrico, Andrew Laeddis passa a viver como Teddy Daniels que também é um agente federal e está na ilha para investigar o desaparecimento de uma paciente, Rachel Solando.

Andrew chega a Shutter Island de navio e no trajeto, se sente bastante mal, tendo enjoos, tremores, vômitos. Olhando pela janela do barco, ele diz: “Controle-se Teddy! Reconponha-se! ... É apenas água, muita água!”. Ainda no navio, ele encontra-se com Chuck, eles se apresentam, Chuck passa o chamar de chefe e comenta, sobre os enjoos de Andrew: “Não combina com ‘Teddy Daniels, o homem, a lenda’”.

Ao chegar ao hospital, Andrew, apresenta seu distintivo e se comporta como um agente federal: interroga os médicos, enfermeiros, policiais, pacientes, circula pelo hospital colhendo provas, observando e investigando, na maioria das vezes acompanhado por Chuck, a quem ele atribui o papel de parceiro e também agente federal. Todos respondem suas perguntas e comportam-se como se Andrew fosse realmente um agente federal. Ele circula quase que livremente pelo hospital, sem usar uniforme.

Andrew acredita que sua esposa morreu num incêndio: “O prédio onde morávamos pegou fogo. Eu estava no trabalho. Quatro pessoas morreram. Foi a fumaça que a matou, não o fogo”. Ele não se lembra dos filhos.

Ao falar do hospital, ele diz que é um lugar para criminosos doentes mentais e ao conversar com Dr. Cawley sobre os pacientes e o dr. afirmar que os trata, tenta curá-los e se isso falhar, ao menos oferece algum conforto e tranquilidade, ele comenta: “São todos réus violentos, certo? Feriram pessoas. Em

alguns casos, até mataram ... Pessoalmente, mandaria a tranquilidade deles ao inferno”.

Ao saber da história da suposta paciente Rachel Solando e ver a foto dela, lembra-se do campo de concentração, das pessoas mortas, de uma menina que estava entre os corpos. Pede uma aspirina e relata que sente enjoos. Dr. Cawley relata: “Rachel ainda acredita que os filhos estão vivos e que esta é a casa dela em Berkshires”. E Andrew responde: “Está brincando?”.

Ainda sobre Rachel Solando, Andrew comenta: “Doutor, como ela nunca se deu conta da realidade? Ela estava numa instituição psiquiátrica. Devia perceber isso de vez em quando”. Ele se refere a paciente, contrariando Dr. Cawley, como prisioneira e, por vezes, fala que ela é perigosa.

Ao entrar no quarto que seria de Rachel Solando, Andrew encontra um papel escrito “A lei dos 4. Quem é o 67?”. Segundo dr. Cawley, a lei dos 4 foi criada por Andrew e diz respeito aos nomes dele e de sua esposa - os nomes são anagramas uns dos outros, possuem as mesmas letras (Edward Daniels tem as mesmas 13 letras que Andrew Laeddis, assim como Rachel Solando e Dolores Chanal).

Ao entrar na sala, onde provavelmente seria o alojamento dos médicos, Andrew ouve uma música, ele a reconhece, e novamente lembra-se do campo de concentração. Neste momento, ele encontra-se com o Dr. Naehring. Os psiquiatras dr. Cawley, dr. Sheeham e dr. Naehring conversam com Andrew e lhe oferecem uma bebida alcóolica, ele diz que prefere um refrigerante. Ocorre o seguinte diálogo entre Andrew e o dr. Naehring:

Dr. Naehring: Não se entrega a bebidas alcóolicas? Estou surpreso. Não é comum beber na sua profissão?

Andrew: Bastante. E na sua?

Dr. Naehring: Como?

Andrew: Na sua profissão. A psiquiatria. Ouvi dizer que é cheia de beberrões.

Dr. Naehring: Nunca percebi.

Andrew: O que é isso? Chá gelado no seu copo?

Ao conversar com o dr. Naehring, Andrew tem mais lembranças do campo de concentração e pergunta se o psiquiatra é alemão.

Andrew pede para verificar a ficha dos funcionários e tem seu pedido negado, então ele fala que as investigações estão encerradas e que irá embora da ilha no outro dia.

Ao dormir, Andrew sonha com a esposa, que lhe pergunta se ele não fica mais sóbrio (sem estar alcoolizado), ele responde que matou muita gente na guerra. A esposa questiona se é por isso que ele bebe. Eles estão em meio a uma chuva de cinzas. Ele pergunta se ela é real. Ela responde que não e conta que Rachel Solando está na ilha e que a mulher nunca havia saído de lá. A esposa está com um buraco nas costas. Ela pede para que Teddy não vá embora, ele fala que não irá e que a ama muito. Dolores fala que ela é somente ossos num caixão, diz que ele tem que acordar, Andrew nega, pois, ela está lá. Ela responde que não e que ele tem que encerrar aquela situação. A esposa diz que Laeddis também está no hospital. Ela fala que Teddy tem que deixá-la ir. Ele chora e diz que não pode. A esposa se transforma em cinzas. Ele está numa sala em chamas. Andrew acorda.

Andrew Laeddis questiona a que tipo de tratamentos Rachel era submetida. Dr. Cawley fala a respeito de vários tratamentos e conta que é adepto a ideia de tratar o paciente com respeito e ouvi-los. Ao olhar para uma paciente em surto, questiona com ironia, se era possível ouvir até mesmo aquele tipo de paciente. Dr. Cawley diz que sim, e conta que Rachel Solando tomava um conjunto de drogas para não ficar violenta, mas a eficácia era intermitente e fala: “Seu maior obstáculo era a sua recusa em aceitar o que havia feito”.

Andrew interroga vários pacientes, e ao conversar com um deles e perguntar sobre Rachel Solando, o paciente responde: “Sabe que ela afogou os próprios filhos? Afogou os filhos dela! Vivemos num mundo doentio. Deviam ir para a câmara de gás. Todos eles. Os retardados, os assassinos e os negros. Se matou os filhos, gás para essa puta”. Andrew parece ficar muito irritado e risca um papel, de maneira a incomodar o paciente que pede para que ele pare, ele continua, não para e fala sobre a enfermeira que o paciente agrediu.

Para todos os pacientes interrogados, Andrew perguntou sobre Andrew Laeddis e quando Chuck o questiona sobre isso, ele responde: “Andrew Laeddis fazia a manutenção do prédio onde eu e minha esposa morávamos. Ele também era incendiário. Andrew Laeddis acendeu o fósforo que causou o incêndio que matou minha esposa ... Ele saiu impune. Laeddis saiu impune e desapareceu. Há um ano abri o jornal e ele estava lá. Filho da puta feio”.

Chuck pergunta se Andrew está lá para matar Laddies, Andrew responde que não e conta sobre o campo de concentração, quando sua tropa o invadiu, os inúmeros corpos, como o comandante da SS tentou se matar e não conseguiu e

depois demorou uma hora para morrer. Relata que, mesmo com os guardas da SS se rendendo, eles (a tropa) mataram todos, ele diz: “Não foi um combate. Foi assassinato. Cansei de matar. Não é por isso que estou aqui”.

Andrew afirma que depois que Laeddis sumiu, fez pesquisas sobre Ashecliffe e que muita gente conhece o lugar, mas ninguém quer falar. Parecem assustados com algo, pois, o lugar recebe apoio financeiro especial fazendo experiências com a mente. Segundo ele, malucos são pacientes perfeitos. Eles falam e ninguém ouve. E, depois que estive em Dachau, vii do que os seres humanos são capazes de fazer um com o outro.

Ao conversar com a paciente, que supostamente seria Rachel Solando, sente, novamente fortes dores de cabeça, vê tudo mais claro (embranquecido), sente ânsias de vômito. É medicado e dorme.

Sonha que está no campo de concentração, vê muitos corpos. Há o corpo de uma menina abraçada a sua mãe (que tem o mesmo rosto da suposta paciente Rachel Solando), ela abre os olhos e olha para ele. A menina diz: “Devia ter me salvado. Devia ter salvado a todos nós”. Ele vê Laeddis que diz: “Ei, companheiro. Meu companheiro” e risca um fósforo. Laeddis fala “Sem ressentimentos, certo?” e lhe mostra uma garrafa com bebida e comenta: “Para mais tarde, pois sei o quanto você precisa disto”. Laeddis se transforma em Chuck, que diz: “O relógio está batendo, amigo. O tempo está acabando”.

No sonho, Rachel Solando aparece banhada de sangue, com os filhos mortos aos seus pés. Andrew fala “posso ter problemas”, pega a menina no colo, ela diz: “Estou morta”, Andrew responde: “sinto muito”, a menina pergunta: “por que você não me salvou?”, ele afirma: “Tentei. Eu queria, mas quando cheguei lá era tarde demais”.

Andrew chora. Ele está na beira do lago de sua antiga casa. Coloca a menina no lago, onde estão outras crianças. Novamente aparece Rachel Solando e pergunta: “Está vendo? Não são lindas?”. A menina afunda no lago olhando para ele.

Ainda no sonho, ele vê sua esposa e pergunta:

Andrew: Por que está toda molhada, meu bem?

Dolores: Laeddis não está morto. Ele não foi embora. Ele está aqui.

Andrew: Eu sei

Dolores: Tem que achá-lo, Teddy. Tem que achá-lo e matá-lo

Sua esposa acaricia seu rosto e diz que está tubo bem.

Andrew acorda e vai para Ala C. No caminho ele diz a Chuck: “Talvez esbarremos em Andrew Laeddis. George Noyce, o cara de quem falei, disse que os piores ficam aqui. Até os outros tem medo deles”.

Na Ala C, Andrew ouve uma voz que diz: “Laeddis, Laeddis ... Você me disse que eu sairia desse lugar. Você prometeu. Você mentiu”

Ele caminha pelos corredores da Ala C e encontra um homem, eles conversam:

Andrew: A sua voz.

George Noyce: Não a reconhece? Após as conversas que tivemos? Após as mentiras que me contou?

Andrew: Me deixe ver a sua face.

George Noyce: Dizem que sou deles agora. Dizem que nunca sairei daqui. Seu fósforo vai apagar.

Andrew: Me deixe ver seu rosto agora!

George Noyce: Para que? Para mentir mais? Não é por causa da verdade.

Andrew: É sim! Expor a verdade!

George Noyce: É por sua causa! E pelo Laeddis. É por causa disso. Entrei nisso por acaso.

Andrew: George? George Noyce? Não, não é possível, não pode estar aqui. Quem fez isso com você, George?

George Noyce: Você.

Andrew: O que quer dizer?

George Noyce: Toda a sua maldita conversa. Estou aqui por sua causa.

Andrew: Como tiraram você de Dedham? Darei um jeito de resolver isso. Entende?

George Noyce: Nunca sairei. Saí uma vez. Não duas. Duas nunca!

Andrew: Diga como o trouxeram para cá.

George Noyce: Eles sabiam. Não entende? Tudo que tramou. Todo o seu plano. Isso é um jogo. Tudo isso é para você. Não está investigando nada. É a droga de um rato no labirinto.

Andrew: George... Está errado

George Noyce: Sério? Muito sozinho desde que chegou aqui?

Andrew: Estou com o meu parceiro.

George Noyce: Já tinha trabalhado com ele?

Andrew: Ele é um agente federal.

George Noyce: Não trabalhou com ele antes, não é?

Andrew: George, olhe... Eu conheço as pessoas. Confio nesse homem.

George Noyce: Então eles já ganharam... Droga. Eles vão me levar para o farol. Cortar o meu cérebro. E só estou aqui por sua culpa!

Andrew: Vou tirar você daqui. Não irá para o farol.

George Noyce: Não pode descobrir a verdade e matar Laeddis ao mesmo tempo. Tem que escolher. Entende?

Andrew: Não vim matar ninguém.

George Noyce: Mentiroso!

Andrew: Não vou matá-lo. Juro!

George Noyce: Ela está morta. Deixe-a ir.

Nesse momento, Andrew vê sua esposa:

Dolores: Diga a ele, Teddy. Diga a ele por quê.

George Noyce: Faça isso. Não há outra maneira. Deixe-a ir

Dolores: Conte sobre o dia em que me deu o medalhão.

George Noyce: Tem que fazer!

Dolores: Eu disse que estava desolada. Você me perguntou por quê?

George Noyce: Ela está te confundindo.

Dolores: Falei que era de felicidade.

George Noyce: Ela vai te matar. Quer descobrir a verdade? Deve deixá-la ir.

Andrew: Não posso.

George Noyce: Tem que deixá-la ir.

Andrew: Não posso. Não posso!

George Noyce: Então nunca sairá desta ilha.

Andrew: Dolores.

George Noyce: Ele não está nesta ala. Ele foi transferido para fora daqui. Se ele não está na Ala A, só há um lugar onde ele pode estar.

Andrew: No farol.

George Noyce: Que Deus te ajude.

Andrew sai da Ala C e caminha em direção ao farol, no caminho, encontra Chuck, que o contraria, tentando dissuadi-lo de ir ao farol. Andrew diz que continuará sozinho. Começa novamente a caminhar e vê Chuck caído, morto. Desce o penhasco, passa por muitos ratos e encontra uma mulher que diz ser uma médica, a verdadeira Rachel Solando. Ela conta a Andrew que nunca teve filhos ou foi

casada e que toda a história que ele sabe a respeito dela foi uma mentira criada porque ela questionou sobre as cirurgias e tratamentos feitos no hospital.

A mulher explica a Andrew: “Já ouviu falar de lobotomia transorbital? Preparam os pacientes com eletrochoques, depois passam pelo olho um picador de gelo para extrair fibras nervosas. Deixa o paciente mais obediente. Tratável. É horrível. Inescrupuloso. Sabe como a dor entra no corpo, agente? ... O cérebro controla a dor, controla o medo, a empatia, o sono, a fome, a raiva. Tudo. E se pudesse controla-lo?

Recriar o homem para que não sinta dor, amor ou compaixão. Que não possa ser interrogado, porque não tem memória para confessar ... Agente, os norte-coreanos usaram prisioneiros para experiências de lavagem cerebral. Transformaram soldados em traidores. Fazem isto aqui. Eles criam fantasmas para sair pelo mundo para fazer coisas que alguém são não faria”.

Andrew, novamente, vê a esposa. Eles conversam:

Dolores: O que esta fazendo meu bem? Deve ir à balsa.

Andrew: Não. Não. Se o mundo achar que Chuck está morto, será perfeito para as experiências deles. Só podem tê-lo levado a um lugar.

Dolores: Se for lá morrerá.

Andrew: É o meu parceiro. Se o estão machucando, se está detido contra a vontade, tenho que salvá-lo. Não posso perder mais ninguém.

Dolores: Não vá lá, Teddy. Por favor, não faça isso, não vá.

Andrew: Desculpe, querida. Amo isto que você me deu. Mas a verdade é que é uma gravata horrível.

Andrew coloca fogo no carro e o explode, usando a gravata dada de presente pela esposa. Além da esposa, Andrew vê também uma menina, elas estão de mãos dadas.

Andrew vai ao farol, lá ele encontra o dr. Cawley. O psiquiatra fala a Andrew que ele é o 67º paciente, conta sobre o que ocorreu em sua vida e relata que se Andrew não se lembrar da realidade, ele será submetido à lobotomia. Andrew insiste em dizer que é Teddy Daniels e que tudo o que o dr. Cawley estava lhe contado não passava de um plano para enlouquecê-lo.

Andrew vê sua esposa que lhe diz: “Vá embora Teddy. Este lugar será o seu fim”. Dr. Cawley afirma que a conversa que Andrew teve com George Noyce, foi uma conversa que Andrew teve consigo mesmo. Andrew pega uma arma de brinquedo e

faz que atira no Dr. Cawley, ele vê sangue. O psiquiatra mostra a foto dos filhos de Andrew mortos. Andrew vê a esposa, ela fala: “Eu lhe disse para não vir aqui. Eu lhe disse que esse seria o seu fim”. Andrew se lembra da morte dos filhos, da esposa e desmaia.

Ao acordar Andrew chama por Rachel, sua filha. Dr. Cawley e Andrew conversam:

Dr. Cawley: Por que você está aqui?

Andrew: Porque matei minha mulher.

Dr. Cawley: E por que fez isso?

Andrew: Porque ela matou nossos filhos e me disse para deixa-la ir

Dr. Cawley: Quem é Teddy Daniels?

Andrew: Ele não existe. Nem Rachel Solando. Eu os inventei.

Dr. Cawley: Por quê? Precisamos que você nos diga.

Andrew: Depois que tentou suicídio pela primeira vez, Dolores me disse que ela tinha um inseto vivendo dentro do seu cérebro. Ela podia senti-lo andando pelo seu crânio. Puxando todos os fios apenas por diversão. Ela me disse isso. Ela me contou e eu não escutei. Eu a amava muito.

Dr. Cawley: Por que você os inventou?

Andrew: Por que eu não podia aceitar que Dolores tinha matado nossos filhos. Eu os matei, porque não consegui ajuda para ela. Eu os matei.

Dr. Cawley: Eis minha teoria, Andrew. Havíamos progredido antes, há nove meses, então você regrediu.

Andrew: Não lembro.

Dr. Cawley: Eu sei. Você reiniciou, Andrew. Como uma fita que é tocada continuamente num ciclo sem fim. Espero que o que fizemos aqui seja suficiente para impedir que isso volte a acontecer. Mas preciso saber que aceitou a realidade.

Andrew: Veio atrás de mim, doutor. Tentou me ajudar quando ninguém faria. Meu nome é Andrew Laeddis. E matei minha mulher na primavera de 52...

Ao final do filme, Andrew aparece sentado na escadaria do hospital, sozinho. Chuck senta-se ao lado dele, eles conversam:

Chuck: Como você está hoje?

Andrew: Bem. E você?

Chuck: Não posso reclamar

Andrew: Qual é o próximo passo?

Chuck: Diga-me você.

Andrew: Temos que sair dessa ilha, Chuck. Voltar ao continente. O que quer que esteja acontecendo aqui é ruim. Não se preocupe parceiro. Não vão nos pegar.

Chuck dá um sinal para os demais psiquiatras, balança a cabeça negativamente, os psiquiatras conversam entre eles.

Chuck: Somos muito espertos para eles.

Enfermeiros se aproximam com equipamentos para lobotomia.

Andrew: Sim, nos somos. Não? Este lugar me faz pensar.

Chuck: Em que, chefe?

Andrew: O que poderia ser pior? Viver como um mostro ou morrer como um homem bom?

Andrew levanta e caminha em direção aos enfermeiros

Chuck: Teddy.

Andrew caminha a frente dos enfermeiros, que o escoltam em direção ao farol.

ANÁLISE E DISCUSSÃO

Durante o filme, a maioria das respostas de Andrew Laeddis podem ser classificadas como delírios, como quando ele cria uma nova personalidade Teddy Daniels, sua missão no hospital psiquiátrico, a conversa que ele tem com George Noyce, na Ala C e com a médica Rachel Solando, no penhasco; e alucinações, quando ele vê Dolores, e também vê a médica Rachel Solando, entre outros. No entanto, classificar tais respostas como delírios e alucinações é de pouca serventia, o mais importante é avaliar a função delas. É isso que será feito abaixo, um levantamento das hipóteses funcionais das respostas de Andrew Laeddis.

No filme, através de algumas cenas, pode-se perceber que o personagem Andrew Laeddis ingeria bebidas alcoólicas. Uma hipótese pode ser a seguinte: o personagem, na guerra, muito provavelmente vivera situações extremamente aversivas, das quais até mesmo as lembranças se tornaram também aversivas. Ao beber e, portanto ficar alcoolizado, Andrew Laeddis podia eliminar tais lembranças.

Para Skinner (1953):

“Punição torna aversivos os estímulos gerados pelo próprio comportamento. Qualquer comportamento que reduza tal estimulação é reforçado automaticamente... Como resultado de punição, não apenas nos engajamos em outro comportamento que exclui as formas punidas.... Isto pode começar simplesmente como “não gostar de pensar” no comportamento que levou às consequências aversivas... O indivíduo pode reprimir o comportamento no sentido de se empenhar em formas de comportamento competitivas”.(Skinner, 1953, p. 318 – 319)

Desta maneira pode-se supor que dizer que pensar / lembrar-se da guerra eram estímulos aversivos condicionados e beber era uma resposta de fuga que competia as repostas de pensar e lembrar, pois, tinha como consequência atenuar a aversividade das memórias.

“O comportamento sob influencia de drogas – por exemplo, álcool – também pode ocorrer com um mínimo de auto-observação. O efeito do álcool na redução do comportamento de autoconhecer pode ser semelhante àquele que reduz a resposta aos estímulos condicionados aversivos característicos de culpa e ansiedade...”. (Skinner, 1953, p. 317 – 318)

No entanto, como efeito colateral de estar alcoolizado, Andrew Laeddis também estava menos sensível ao que acontecia ao seu redor, sua esposa alertou-lhe, por diversas vezes que não estava bem, como ele mesmo relata numa determinada cena: “Depois que tentou suicídio pela primeira vez, Dolores me disse que ela tinha um inseto vivendo dentro do seu cérebro. Ela podia senti-lo andando pelo seu crânio. Puxando todos os fios por diversão. Ela me disse isso. Ela me contou e eu não escutei.”.

Ao chegar a sua casa e ver que a esposa havia matado os três filhos, Andrew atira nela.

Segundo Skinner (1953), algumas emoções – raiva, por exemplo- acarretam o repertório total do organismo, afetando-o de modo específico. Quando um organismo se torna medroso, raivo ou zangado, provavelmente nenhum de seus comportamentos permanece imutável, sendo assim, repostas que estejam relacionadas a aspectos específicos do ambiente (o “objeto” do medo ou da raiva) serão especialmente afetados. Desta maneira, a resposta que inflige dano ao outro é reforçada durante a cólera e subsequentemente será controlada pelas condições que controlam a raiva. “Assim como o alimento é reforçador para o organismo faminto, também o dano infligido em outro é reforçador para quem está zangado”. (Skinner, 1953, p. 179)

Skinner (1953) afirma que os campos da motivação e da emoção estão muito próximos, podendo até mesmo se sobrepor e qualquer privação extrema age provavelmente como uma operação emocional.

Sendo assim, ao chegar a sua casa e ver que sua esposa havia matado seus filhos, tal situação pode ser considerada como uma operação emocional para a resposta de atirar em sua mulher, uma vez que sua esposa era ‘objeto’ da sua raiva, sendo reforçador infligir dano a ela. O pedido da esposa “Deixe-me ir”, assim como o revólver disponível podem ser considerados como estímulos discriminativos para a resposta de atirar nela.

No entanto, vale ressaltar que, visto a agressão pela qual Andrew Laeddis havia passado, mesmo que o revólver não estivesse disponível, é provável que outras respostas de agressão (condicionadas ou incondicionadas) surgissem.

Ainda analisando a resposta de Andrew Laeddis de atirar na esposa, ao ver que ela havia matado seus filhos, pode-se considerar o que Sidman (2009) afirmou:

“Punição e privação levam a agressão. Depois de ser punido, um sujeito fará qualquer coisa para que possa ter acesso a outro sujeito que ele possa então atacar... Para alguém que acabou ser punido, a própria oportunidade para atacar prova ser um reforçador positivo”. (Sidman, 2009, p. 221)

Outra contingência que pode ser analisada é: ao olhar através da janela do navio e ver a água, Andrew Laeddis sente enjoos, tremores e vômitos (respostas reflexas). Neste caso, pode-se considerar a água como um estímulo aversivo condicionado, visto que seus filhos morreram afogados, e, sendo assim, ela elicia os respondentes enjoos, tremores e vômitos.

“Uma vez que um elemento do ambiente adquire controle, sinalizando um reforço ou punidor particular, o sinal em si mesmo tornar-se-á um reforçador ou punidor potencial... Consequências comportamentais significativas, reforçadores e punidores condicionados serão criados desta maneira. Um evento começa neutro torna-se um reforçador ou punidor potencial como resultado da nossa experiência com ele. O sinal torna-se um símbolo, representando uma consequência particular que ele passou a indicar e tendo praticamente o mesmo efeito.” (Sidman, 2009, p. 97)

Durante a maior parte do filme, Andrew Laeddis vive como Teddy Daniels. Tal resposta pode ser considerada uma resposta de fuga / esquiva das variadas estimulações aversivas que ele vivia.

Segundo Sidman (2009), a esquiva pode tomar formas bizarras, sendo que algumas vezes pode até mesmo interferir no comportamento cotidiano, podendo ter custos pessoais e sociais drásticos que levam a pessoa a ser classificada como mentalmente doente. Hipoteticamente podem-se interpretar algumas repostas de Andrew Laeddis desta maneira.

Mediante condições aversivas, como: ausência da esposa, ausência dos filhos, a esposa ter matado os filhos, ele ter matado a esposa e estar restrito no hospital, emitir respostas de esquiva, criando uma nova personalidade (o que poderia ser considerado um delírio) teria como consequência esquecer-se dos filhos, esquecer que a esposa matou as crianças, esquecer que ele havia matado a esposa, portanto tal delírio seria negativamente reforçado através da eliminação das condições aversivas.

Sidman (2009) afirma que podemos reagir a pressões coercitivas intensas, tornando inativa uma função comportamental. No caso de Andrew Laeddis, o

personagem perdeu parte de sua memória, ele esqueceu-se que tinha filhos, que havia matado a esposa e que a esposa havia matado os filhos.

“Todo mundo tende a esquecer seletivamente. É particularmente provável que lembremos incorretamente de experiências desagradáveis, sendo totalmente incapazes de lembrá-las ou transformando-as e reinterpretando-as. O componente de esquiva do esquecimento seletivo é evidente. Entretanto, algumas vezes experienciamos um conjunto de infortúnios, humilhações ou perdas tão visíveis para todo o mundo que esquece-los seletivamente não seria obviamente razoável. Podemos então sofrer uma perda geral de memória, tornando-nos incapazes de lembrar nosso nome, endereço, família e amigos...” (Sidman, 2009, p. 190 – 191)

No caso de Andrew Laeddis, ele não somente esqueceu-se de parte de sua história, como reinterpretou e transformou vários pontos: para ele, sua mulher havia morrido num incêndio, parte da história de Rachel Solando (paciente criada por ele, em seus delírios e alucinações) na verdade referia-se a sua mulher.

Ressaltando que, ainda segundo Sidman (2009), mesmo na amnésia total, muitos comportamentos permanecem intactos, sendo assim o indivíduo com amnésia pode conversar, ler, escrever, raciocinar, fazer aritmética, vestir-se, comer, exibir maneiras e costumes usuais. Uma perda defensiva de memória pode ser mais fácil de sustentar realmente fugindo ambiente normal, assumindo uma nova identidade, “como o estado de fuga, a personalidade múltipla é mais provável de ser aceita sem alarme, e até mesmo reforçada com atenção especial” (Sidman, 2009, p.193).

Tal fato acontece com Andrew Laeddis, ele continua a comportar-se, em alguns aspectos, de maneira habitual, uma vez que em sua ‘nova personalidade’ acredita possuir a mesma profissão que tinha antes. Sua higiene e cuidado pessoal não se alteram; no entanto ele assume uma nova identidade, Teddy Daniels.

Como Teddy Daniels, ele vive um agente federal que está no hospital psiquiátrico para uma investigação, sendo assim, ele, diferente dos demais pacientes, pode circular pelo hospital, possui status (não é um paciente, mas sim um agente federal, Chuck o chama de chefe), privilégios (pode conversar com os demais pacientes, médicos, enfermeiros, não precisa usar uniforme, tem acesso a cigarros), submissão (os médicos, enfermeiros e pacientes devem responder suas perguntas, algumas de suas ordens são obedecidas). Desta maneira, ao se

comportar como Teddy Daniels, tais respostas são mantidas também por reforçamento positivo - Poder circular pelo hospital, ter status, privilégios e submissão. Assim como por reforçamento negativo, ao eliminar a lembrança da morte dos filhos, da esposa, o fato da esposa ter matado as crianças e ele matado a esposa.

Ao se comportar como Teddy Daniels, Andrew Laeddis tinha uma missão importante, investigar o desaparecimento de Rachel Solando, era chamado de chefe, referiam-se a ele como 'Teddy Daniels, o homem, a lenda'. Tal resposta poderia ser considerada um delírio de grandeza. Sobre isso Skinner afirma:

“O indivíduo também pode reagir deficientemente aos estímulos gerados pelo seu próprio comportamento. Na simples jactância, por exemplo, caracteriza seu próprio comportamento de modo que fuja à estimulação aversiva... Essa espécie de racionalização exemplifica-se melhor nos delírios de grandeza nos quais toda a auto estimulação aversiva pode ser eficientemente disfarçada”. (Skinner, 1953, p.399)

Em várias cenas do filme, Andrew Laeddis rigoroso, severo e bastante crítico com os demais pacientes, como ao se referir ao hospital, ele diz que é um lugar para criminosos doentes mentais e ao conversar com Dr. Cawley sobre os pacientes e o doutor afirmar que os trata, tenta curá-los e se isso falhar, ao menos oferece algum conforto e tranquilidade, ele comenta: “São todos réus violentos, certo? Feriram pessoas. Em alguns casos, até mataram... Pessoalmente, mandaria a tranquilidade deles ao inferno”. E ao falar sobre Rachel Solando, ele pergunta: “Doutor, como ela nunca se deu conta da realidade? Ela estava numa instituição psiquiátrica. Devia perceber isso de vez em quando”. Tais respostas também podem ser consideradas como esquiva.

“A realidade nem sempre está em harmonia com os valores que a sociedade tenta inculcar... Algumas vezes nos encontramos fazendo coisas que aprendemos a temer nos outros e a desaprovar em nós mesmos. Uma maneira de esquivar do conseqüente autodesprezo é nos cegarmos à nossa própria conduta atribuindo-a a alguém mais, ‘projetando-a’ nos outros”. (Sidman, 2009, p. 184)

Falando sobre projeção, Skinner explica:

“Na projeção, por exemplo, o indivíduo reage incorreta ou atipicamente a um dado estado de coisas, e seu comportamento pode

muitas vezes ser atribuído à evitação dos efeitos do controle.” (Skinner, 1953, p. 398)

Portanto, as críticas feitas aos pacientes por Andrew Laeddis, assim como, ao viver como Teddy Daniels, ele critica Andrew Laeddis, dizendo: “Andrew Laeddis acendeu o fósforo que causou o incêndio que matou minha esposa... Ele saiu impune. Laeddis saiu impune e desapareceu. Há um ano abri o jornal e ele estava lá. Filho da puta feio”, também quando critica ao psiquiatra, Dr. Naehring, por beber bebidas alcoólicas, podem ser interpretadas como respostas de esquiva, evitando a autocondenação, ou a condenação social, atribuindo suas próprias tendências culpáveis a outros.

“Quando o comportamento foi severamente punido, seja por uma agência de controle ou pelo próprio ambiente físico, o indivíduo pode vir a dar respostas discriminativas deficientes ou inexatas... Quando o padrão de estímulos for complexo, dizemos que o indivíduo se ‘recusa a encarar os fatos’.” (Skinner, 1953, p. 398)

No final do filme, ao chegar à torre, o psiquiatra que trata de Andrew Laeddis, passa a descrever o que havia ocorrido na vida do paciente, no entanto, Andrew Laeddis continua a negar, as repostas classificadas como delírios permanecem (insiste que é Teddy Daniels e que o que o Dr. Cawley estava lhe contando, não passava de um plano para enlouquecê-lo), assim como as alucinações (ele vê sua esposa, ela insiste para que ele fuja).

Skinner explica:

“No delírio uma reação distorcida ao ambiente permite ao indivíduo fugir da auto-estimulação aversiva gerada pelo comportamento ou por uma falha de comportamento pelo qual foi punido.” (Skinner, 1953, p. 399)

Dr. Cawley insiste em contar a Andrew Laeddis sobre sua vida, o psiquiatra fala sobre a morte da esposa e dos filhos, e lhe mostra fotos das crianças mortas, Andrew Laeddis desmaia. Quando ele acorda, ele concorda com o psiquiatra, lembra e relata sua história. Pode-se dizer que as repostas de fuga e esquiva Andrew Laeddis, não eram mais efetivas em eliminar as estimulações aversivas, uma vez que ao continuar a se comportar como Teddy Daniels não trazia mais as mesmas consequências (afastamento das lembranças aversivas).

Ao concordar com o psiquiatra, lembrar e relatar sua história, Andrew teve a aprovação da equipe de psiquiatras. Outro fator importante é que, neste momento, ele havia sido exposto a sua história de tal maneira que esquecer seletivamente não seria mais eficiente.

Também, concordar com o psiquiatra, pode ser analisado da seguinte maneira: ao relembrar, relatar / confessar, Andrew Laeddis poderia estar fugindo da ansiedade da punição eminente, segundo Skinner a confissão pode ser menos aversiva que um sentimento de culpa continuado:

“Se um estímulo aversivo condicionado precede caracteristicamente o incondicionado, de um intervalo de tempo apreciável, o efeito total do estímulo condicionado prolongado pode ser mais aversivo que o breve estímulo incondicionado. O indivíduo pode assim fugir da ansiedade da punição iminente, ‘resolvendo de uma vez’”. (Skinner, 1953, p.399)

Mediante as regras da cultura, que diziam que Andrew Laeddis deveria ter cuidado da esposa, ele não ter cuidado dela, mais o fato dela ter matado os filhos e Andrew Laeddis a matado, geraram nele sentimento de culpa e também o relato “Eu os matei, porque não consegui ajuda para ela. Eu os matei”.

Sendo assim, toda a tragédia vivida por ele (guerra, esposa ter matado os filhos, ele ter matado a esposa) eram condições aversivas, e com tais lembranças, ele não conseguia conviver. Desta maneira, tal tragédia pode ser analisada como operação motivadora e junto ao estímulo discriminativo verbal (regra), saber descrever as consequências da lobotomia, e também em quais situações a psicocirurgia era realizada (em situações de delírios e alucinações) para a resposta de Andrew Laeddis, ao conversar com Chuck, fingir que delirava, e conseqüentemente ser encaminhado para a lobotomia, possivelmente sendo está sua última resposta de fuga, eliminando-as lembranças da guerra, da esposa ter matado os filhos, de ele ter matado a esposa.

Tal resposta poderia ser equiparada ao suicídio, sobre o qual Sidman (2009) aponta:

“No caso extremo uma pessoa literalmente desiste da vida. Suicídio é a fuga última das garras de necessidade e coação repentinamente esmagadoras, ou de uma vida dominada por reforçamento negativo e punição... Uma análise retrospectiva, frequentemente, revelará algumas das condições que levaram ao suicídio. Algumas vezes, uma nota de

suicídio enfatiza sentimentos de culpa e indignidade insuportáveis... Ser um fracasso significa que nossas ações, em vez de trazerem reforçamento positivo – sucesso – têm sido ignoradas ou punidas – fracasso. Nossa própria conduta torna-se um conjunto de sinais de iminente punição e reforçamento negativo. Tais sinais tornam-se eles mesmos punidores e reforçadores negativos, assim, finalmente, nos punimos por simplesmente nos comportarmos. Tudo que fazemos se torna um reforçador negativo. E há -apenas um modo de escaparmos de nós mesmos.” (Sidman, 2009, p.132 – 133)”

Através das análises feitas acima, pode-se observar que as respostas do personagem Andrew Laeddis não ocorriam ao acaso, nem mesmo para serem analisadas precisaram ser atribuídas a um aparato mental hipotético ou a lesões orgânicas. Suas repostas de alucinação e delírios somente se mantinham, pois, eram eficientes para a obtenção de reforço, fosse ele positivo (atenção social, status, privilégios) ou negativo (eliminar condições aversivas).

Avaliando o tratamento a qual ele era submetido (médicos, enfermeiros, seguranças e pacientes agiam como se ele realmente fosse Teddy Daniels), outra hipótese pode ser levantada: tal tratamento também contribuía para que as respostas de delírios e alucinações se mantivessem.

Pode-se afirmar que respostas mais adaptativas, para que Andrew Laeddis pudesse usufruir de relações sociais mais saudáveis, estavam enfraquecidas. Ele não conseguia se comportar de maneira a produzir reforçadores positivos e eliminar os negativos, a não ser tornar-se Teddy Daniels.

Desta maneira, seus déficits e inadequações comportamentais, em partes, poderiam ser atribuídos ao contexto (o hospital psiquiátrico) no qual havia baixa de reforçadores positivos para repostas adequadas. Como exemplo de tal afirmação, tem-se a cena na qual Andrew Laeddis está sentado numa escadaria, em frente a uma das alas do hospital (neste momento ele não estava surtando) sem nenhuma atividade, nenhuma companhia, e o psiquiatra se aproximou dele somente para verificar se ele estava surtando ou não.

Dizer somente que Andrew Laeddis poderia ser diagnosticado como esquizofrênico, pode ser pouco relevante. Justificar tal diagnóstico através dos seus sintomas (delírios e alucinações) também não. Pois, assim procedendo qual

seria a causa da esquizofrenia? Os delírios e alucinações? - E a causa dos delírios e alucinações? A esquizofrenia?

Para casos como o do personagem Andrew Laeddis, somente descrições topográficas em que os comportamentos bizarros são psicopatologizados como sintomas da esquizofrenia não são eficientes. É necessário que as funções das respostas sejam analisadas, seu ambiente planejado de forma a possibilitar a obtenção de reforçadores positivos para respostas adequadas, levando assim, ao fortalecimento de repertório comportamental mais adequado e conseqüentemente ao enfraquecimento do 'repertório esquizofrênico'.

Além disso, seria necessário que, numa situação como a de Andrew Laeddis (na qual suas repostas de delírios e de alucinações também são mantidas por eliminarem condições aversivas) um tratamento terapêutico seja feito para que seus comportamentos que foram anteriormente punidos e reprimidos possam aparecer no repertório do cliente, de maneira a tornar os estímulos gerados por tais comportamentos menos aversivos:

“Á medida que o terapeuta gradualmente se estabelece como uma audiência não punitiva, o comportamento que até então foi reprimido começa a aparecer no repertório do paciente. Por exemplo, o paciente pode lembrar um episódio previamente esquecido no qual foi punido... O comportamento não verbal que foi anteriormente punido também pode começar a aparecer... Se, em face desse comportamento, o terapeuta tiver sucesso na manutenção de sua posição como não punidor, o processo de redução do efeito da punição se acelera. Cada vez mais comportamentos punidos fazem o seu aparecimento. O aparecimento do comportamento previamente punido na presença de uma audiência não punitiva torna possível a extinção de alguns efeitos. Esse é principal resultado da terapia. Os estímulos automaticamente gerados pelo próprio comportamento do paciente tornam-se menos e menos aversivos e com menor probabilidade de gerar reações emocionais. O paciente sente-se menos errado, menos culpado, ou menos pecador. Como consequência direta é menos provável que exiba as várias formas de comportamento operante que... fornecem um meio de fugir desta estimulação autogerada”. (Skinner, 1953, p. 403 – 404)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão a respeito da esquizofrenia já ocorre há longa data, mesmo antes de Eugen Bleuler, em 1911, propor o conceito pela primeira vez, os sintomas característicos da esquizofrenia já eram estudados, comentados e discutidos. No entanto, se pode observar que o comportamento em si mesmo, do chamado esquizofrênico, não é objeto de estudo.

Desta maneira, a esquizofrenia tem sido estudada, predominantemente, como fonte de especulação ao invés de estudos fundamentados em investigações a respeito da causa e da função de tais comportamentos. Na época de Kraepelin e Bleuler, assim como atualmente, a maioria dos pesquisadores e estudiosos da área preocupavam-se em encontrar explicações para o fenômeno pautado em atividades internas, mentais ou fisiológicas.

No entanto, para a Análise do Comportamento, a esquizofrenia deve ser estudada de maneira diferente, uma vez que as respostas deficitárias do ou inadequadas do esquizofrênico só ocorrem por serem de alguma maneira eficientes para obtenção de reforço, como por exemplo, atenção social, fugir de situações aversivas, entre outros, ou por outras respostas mais adaptativas para o indivíduo usufruir de relações sociais mais saudáveis estarem enfraquecidas, como foi exemplificado através das respostas do personagem Andrew Laeddis.

Faz-se necessário que a esquizofrenia seja estudada e tratada de forma a analisar as variáveis das quais é função, buscando as relações entre a resposta e as variáveis que a controlam, não atribuindo sua causa a “sentimentos”, “doenças mentais” ou eventos mentais hipotéticos.

Entretanto, a esquizofrenia tem recebido pouca atenção dos analistas do comportamento. É preciso que tais profissionais estendam seus métodos para o aprofundamento de estudos que atualmente ainda estão calcados no domínio psiquiátrico. Sem rotular ou descrever topografias comportamentais, a busca para soluções que amenizem o sofrimento humano deve preocupar pesquisadores analistas do comportamento, já que a esquizofrenia tem demonstrado ser um problema relevante e as soluções até o presente colocadas não são ainda satisfatórias.

REFERÊNCIAS

- ANDREASEN N., FLAUM M. *Characteristics symptoms of schizophrenia*. In: TA Widiger AF, Pincus HA, First MB, Ross R, Davis W, editors. DSM – IV Source Book. Section III: Schizophrenia and other psychotic disorders. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1994. p. 351-79. (1994)
- ANDREASEN, N. *Symptoms of schizophrenia: methods, meanings, and mechanisms*. Archives of General Psychiatry, v. 52. 1995.
- AYLLON, T. & MICHAEL, J. (1959). *The psychiatric nurse as a behavioral engineer*. In A. W. Staats (Ed.), Human learning - Studies extending conditioning principles to complex behavior (pp. 445-457). New York: Holt, Rinehart and Winton, Inc.
- AYLLON, T. HAUGHTON, E. & HUGHES, H. B. (1965). Interpretation of symptoms: Fact or fiction. Behavior Research Therapy, 2, 87–97.
- BLEULER, E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. Monograph series on schizophrenia. Vol 1. New York: International University Press.
- BRITTO, I. A. G. S. *Esquizofrenia: desafios para a ciência do comportamento*. Sobre comportamento e Cognição. V. 16, p.38-44. 2005.
- BRITTO, I. A. G. S. *Sobre Delírios e Alucinações*. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva. V. VI, nº1, p. 61-71. 2004.
- DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed. 2008.
- ELKIS, Hélio. *A evolução do conceito de esquizofrenia neste século*. Revista Brasileira de Psiquiatria. V. 22 (Supl I): 23-6. 2000.

EPAMINONDAS, F. R. e BRITTO, I. A. G. S. *Modelagem de comportamento para controle da esquizofrenia*. 2010. 40 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2010.

FARIAS, A. K. C. R. & RIBEIRO, M. R. : *Skinner vai ao cinema*. Ed: ESETec. Santo André. 2007.

FERSTER, C. B.; CULBERTSON, S. & BOREN, M. C. P. *Princípios do comportamento*. São Paulo: HUCITEC. 1979.

GUILHARDI, H. J. Considerações sobre o papel do terapeuta ao lidar com o sentimento do cliente. *Sobre Comportamento e Cognição*. V. 13. 2004.

HAYES, S. C.; ZETTLE, R. D.; & ROSENFARB, R. Rule-following. In S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control*. p.191-220. New York: Plenum Press. 1989.

ILHA DO MEDO. Direção: Martin Scorsese. Produção: Martin Scorsese, Bradley J. Fischer, Mike Medavoy, ArnoldW. Messer. Paramount Pictures. 2010. DVD (148 min), son., color., leg. (português).

ISAACS, W., THOMAS, J. e GOLDDIAMOND, I. (1960). *Application of operant conditioning to reinstate verbal behavior in psychotics*. In A. W. STAATS e C. K. STAATS, *Comportamento Humano Complexo* (1973). São Paulo: EPU.

LAYNG, T. V. J., E ANDRONIS, P. T. *Toward a functional analysis of delusional speech and hallucinatory behavior*. *The Behavior Analyst*, 7, 139 – 156. 1984.

LIDZ, T., CORNELISON, A. R., TERRY, D. e FLECK, S. (1958). *Intrafamilial environment of the schizophrenia patient*. In A. W. STAATS e C. K. STAATS, *Comportamento Humano Complexo* (1973). São Paulo: EPU.

LINDSLEY, O. P. (1956). *Operant conditioning methods applied to research in chronic schizophrenia*. In A. W. STAATS e C. K. STAATS, *Comportamento Humano Complexo* (1973). São Paulo: EPU.

MARCON, R. M. e BRITTO, I. A. G. S. *O Comportamento Verbal do Esquizofrênico sob Avaliação Funcional Experimental* (no prelo).

MAY, A. R. e ROBERTSON, J. P. S. (1960). *The efficacy of habit training of chronic schizophrenia*. In A. W. STAATS e C. K. STAATS, *Comportamento Humano Complexo* (1973). São Paulo: EPU.

MIRANDA, E. e BRITTO, A. G. S. *A Esquizofrenia Sob a Perspectiva dos Princípios da Análise do Comportamento*. Goiânia, 2005. 107 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, Universidade Católica de Goiás.

PETERS CP. *Concepts of schizophrenia after Kraepelin and Bleuler*. In: Howells JG, editor. *The concept of schizophrenia: historical perspectives*. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1991 p. 93-107.

SIDMAN, M. *Coerção e suas implicações*. Campinas, SP: Editorial Psy. 2009

SKINNER, B. F. (1976). *Ciência e comportamento humano*. São Paulo: EDART. (Trabalho original publicado em 1953).

SKINNER, B. F. (1978). *Comportamento verbal*. São Paulo: Cultrix. (Trabalho original publicado em 1957).

SKINNER, B. F. (1984). *Seleção pelas consequências*. Uma análise teórica. Em *Coleção os Pensadores*. São Paulo: Abril Cultural.

STAATS, A W. (1996). *Behavior and personality: Psychological behaviorism*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

STAATS, A. W. & STAATS, C. K. (1973). *Comportamento humano complexo*. São Paulo: EPU

