

Esquizofrenia: Desafios para a Ciência do Comportamento*

Ilma A Goulart de Souza Britto
Universidade Católica de Goiás

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. O objetivo deste estudo é discutir a esquizofrenia sob o enfoque comportamental, em termos de princípios e leis comportamentais.

As hipóteses encontradas na literatura tradicional para explicar a esquizofrenia apontam para possíveis fatores orgânicos que afetariam a mente, produzindo as perturbações comportamentais, interpretadas como sintomas de um processo mental subjacente. As explicações oferecidas à família são a de que a pessoa sofre uma ‘doença mental grave’ que a incapacita de levar uma vida normal e que o tratamento requer o uso de medicamentos. Como consequência disto, tanto o esquizofrênico quanto sua família se torna dependentes do acompanhamento médico e uso de drogas. A família participa de reuniões que se repetem ao longo dos meses, anos, num constante ir e vir a diferentes instituições de saúde, com internação e reinternação desta pessoa numa rotina interminável, chegando ao ponto dela ser conhecida por todos os funcionários de saúde mental da comunidade. Neste círculo vicioso, às vezes, a pessoa retorna ao convívio familiar para, semanas depois, reiniciar um novo ciclo.

***Artigo publicado no Volume 16, da série *SOBRE COMPORTAMENTO E COGNIÇÃO: EXPONDO A VARIABILIDADE*. Org por H. J. Guilhardi e N. C. Aguirre, cap. 4, p. 38-44.**

Uma pessoa diagnosticada como esquizofrênica apresenta classes de comportamentos problema. A pessoa apresenta um repertório comportamental divergente com falas envolvendo conteúdos enigmáticos. Buscam-se os significados nas verbalizações do esquizofrênico. Pesquisa-se etiologia orgânica, que até a presente data permanece desconhecida. Não há evidências de lesões ou processos escondidos nos recônditos cerebrais. Assim, profissionais da saúde mental, por não conhecerem os determinantes do comportamento humano, preferem considerar os comportamentos problema como sintomas do processo interior hipotético que explicaria a existência dos sintomas.

Com efeito, Tourinho, Cavalcante, Brandão e Maciel (2001) argumentam que duas modalidades de explicações internas sempre ocuparam lugares centrais nas ciências psicológicas: o mentalismo e o organicismo. Esses autores argumentam que tal centralidade, talvez, esteja começando a perder sustentação pelos resultados que se tem encontrado sobre a efetividade da psicoterapia e pelos estudos produzidos no campo das ciências biológicas, por exemplo, os resultados do projeto genoma humano.

As explicações internas para os comportamentos problema são incompatíveis com a ciência do comportamento. O analista do comportamento busca as relações entre o comportamento e as variáveis que o controlam. Seus métodos são os da ciência e a sua matéria de estudo é o comportamento dos organismos (Skinner, 1953/1976). Na medicina, uma tosse com expectoração pode ser o sintoma de uma pneumonia, bronquite ou tuberculose. Estas variáveis são observadas, sendo então avaliadas, e seus efeitos sobre os pulmões podem ser tratados e curados. Tais sintomas não são construtos hipotéticos.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, da Associação Americana de Psiquiatria – DSM-IV-TR (2002) apresenta critérios diagnósticos para a esquizofrenia, com descrição dos sintomas característicos, presentes no período de tempo especificado e que incluem delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico e embotamento afetivo. O manual define delírios como crenças errôneas na interpretação equivocada das experiências, considerados característicos da esquizofrenia; as “alucinações podem ocorrer em qualquer modalidade sensorial” (p. 305), mas as auditivas são mais comuns e, se presentes, satisfazem o critério para o diagnóstico. Em última análise, o manual mantém a tradição cartesiana que ainda domina nas instituições universitárias para explicar os problemas comportamentais humanos.

Em relação a estudo de imagens funcionais do cérebro realizado por Bachneff (1991), exames como tomografia por emissão de pósitros (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).

Mueser (2003) declara que a esquizofrenia é ‘doença mental crônica, grave e debilitante’, além de causar múltiplas deficiências ao produzir impacto em todas as esferas do funcionamento da vida. Apesar de a definição ter cunho mentalista, o autor reconhece o sucesso das intervenções cognitivo-comportamentais para controlar o curso do transtorno esquizofrênico e propiciar qualidade de vida aos pacientes com a colaboração dos terapeutas, pacientes e familiares.

Observa-se na literatura tradicional que a esquizofrenia é abordada como uma doença mental subjacente, inferida por meio de repertório comportamental bizarro, mas o comportamento por si mesmo não é objeto de estudo. No entanto, para explicar a esquizofrenia não é necessário inventar causas, acrescentar toques de mistério ou atribuir ações de aparato mental. Torna-se necessário analisar as variáveis das quais o comportamento é função, especialidade dos analistas do comportamento.

Todavia, comportamentos esquizofrênicos têm recebido pouca atenção dos analistas do comportamento. Torna-se necessário, que esses profissionais estendam seus métodos para o estudo de problemas que atualmente ainda residem no domínio psiquiátrico.

A esquizofrenia como um problema comportamental foi investigado na década de cinquenta por Ogden Lindsley com vários colaboradores e na década de sessenta, por Ayllon e Michael (1964), Ayllon e Haughton (1964), Isaacs, Thomas e Goldiamond (1964), Ayllon e Azrin (1968), dentre outros. Vários comportamentos problema de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia foram estudados através da manipulação das variáveis de reforçamento. Princípios como extinção, saciação, reforçamento positivo e negativo foram utilizados. Assim, naqueles estudos procedimentos relativamente simples produziram resultados bem sucedidos, isto é, os pesquisadores tiveram êxitos na modificação de vários tipos de comportamentos-problema, sem recorrer a construtos hipotéticos. Recentemente, Britto (2004) analisou delírios e alucinações como classes de comportamentos problemas, com base na teoria do comportamento verbal de Skinner (1957/1978) e da teoria de linguagem de Staats (1996).

O que se observa nas descrições topográficas dos manuais diagnósticos é que o comportamento verbal bizarro foi psicopatologizado como sintoma da esquizofrenia. Ao

buscar explicações para a complexidade do comportamento são encontradas explicações simplistas que pressupõem atividades internas, mentais ou fisiológicas. Assim, comportamento verbal e história de vida são substituídos pela crença em fisiopatologia desconhecida e/ou processos mentais.

O diagnóstico psiquiátrico já foi empiricamente questionado. Em um estudo publicado em 1973 no jornal *Science*, Rosenhan pediu a oito pessoas (quatro psicólogos, um psiquiatra, um pediatra, um pintor e uma dona de casa) para se apresentarem a diferentes hospitais psiquiátricos com a queixa de “ouvir vozes”. Indagados sobre as vozes, as pessoas haviam sido instruídas por Rosenhan (1973) a responder que elas não eram claras, mas se referiam a algo vazio “empty”, oco “hollow” e pancada “thud”. Todas as outras informações dadas aos psiquiatras eram verdadeiras. As pessoas foram admitidas como pacientes e diagnosticadas como esquizofrênicos. Uma vez admitidos, os falsos pacientes cessaram de simular quaisquer sintomas e comportaram-se normalmente. Mesmo assim, permaneceram na instituição pelo período de sete a cinquenta e dois dias e receberam, ao todo, duas mil e cem pílulas de medicamentos.

É interessante que os outros pacientes logo reconheceram os falsos pacientes. Quando um deles sentou-se do lado de fora da sala de refeições, meia hora antes do almoço, esse comportamento foi interpretado pelos psiquiatras como a natureza aquisitiva oral da síndrome.

Após a obtenção desses resultados, Rosenhan (1973) revelou a um dos hospitais o que fizera e disse que repetiria a experiência nos próximos três meses. Assim, sendo avisado quanto aos falsos pacientes não enviados, a equipe daquele hospital diagnosticou cento e noventa e três pessoas como prováveis falsos pacientes.

Os comportamentos problema de uma pessoa diagnosticada como esquizofrênica podem não só parecer estranhos, mas também inexplicáveis e misteriosos. Em outras épocas acreditava-se em agentes demoníacos que tomavam posse da pessoa. Assim, a ausência de um repertório comportamental verbal adequado pode resultar sofrimento e confusão. Para analisar comportamentos em contextos é necessária uma busca de relações funcionais. Neno (2003) esclarece que a busca de relações funcionais está associada ao reconhecimento da multideterminação do comportamento e à seleção de um recorte específico como domínio da análise do comportamento, o das relações do organismo como um todo, com eventos do ambiente à sua volta.

Os analistas do comportamento, tal como apontou Chiesa (1994), buscam relações causais na interação entre comportamento e ambiente. Esta postura não exclui

contribuições de fatores genéticos, biológicos, bioquímicos, neurológicos, entre outros. Assim, explica-se a esquizofrenia seguindo o princípio da múltipla e complexa rede de determinação do comportamento, representada pela ação de três tipos de seleção: filogênese, ontogênese e cultura. Tais contingências modelam topografias complexas de comportamentos a partir de material indiferenciado (Skinner, 1984).

Devem-se buscar na história de aprendizagem do indivíduo os antecedentes que expliquem um repertório comportamental inadequado. É necessária definição empírica de como se aprendem os conteúdos do repertório comportamental inadequado e como estes exercem seus efeitos sobre o comportamento. Staats (1996) afirma que os repertórios comportamentais podem ser ricos ou escassos, adaptados ou inapropriados. Repertórios inapropriados e deficitários produzem problemas. Contingências ambientais inadequadas podem produzir, também, repertórios inadequados ou déficits comportamentais.

Neste sentido, Dougher e Hackbert (2003) ao relatar casos de clientes depressivos que cresceram em ambientes não responsivos afirmam que uma redução do comportamento pode ser resultado da extinção. Os autores chamam atenção para os repertórios sócio-verbais que podem fazer falta para o desenvolvimento em certos contextos e como este repertório empobrecido pode resultar em taxas baixas de reforço social. Diante de tais considerações, pode-se falar sobre as deficiências nos tipos de ambientes, inclusive ambientes hospitalares para ‘internos mentais’.

A pessoa esquizofrênica apresenta déficits e inadequações na aprendizagem de seus repertórios comportamentais. Tais déficits e inadequações podem ser os resultados de uma experiência ambiental complexa, de modo interativo também complexo. É necessário avançar na análise e entendimento da esquizofrenia, na tentativa de esclarecer como a pessoa esquizofrênica se diferencia de outras que não são, e como se pode prevenir e controlar o fenômeno. Para isso exige-se um programa de estudo que objetive um entendimento profundo do comportamento humano complexo (Staats, 1996).

De acordo com Ferster, Culbertson e Boren (1979) muitos dos sintomas que trazem uma pessoa à terapia são repertórios inadequados positivamente reforçados; a disposição em empenhar-se em comportamentos problema parece forte quando comparada com os repertórios fracos existentes; mas que poderiam desaparecer assim que gerassem formas alternativas e eficazes em ambientes acessíveis.

Staats e Staats (1963/1973) propõem que os comportamentos psicóticos devem ser considerados como operantes que competem com outros comportamentos operantes. Dependendo do meio, se comportamentos operantes adaptados forem fortes então,

comportamentos bizarros poderão ser substituídos. Entretanto, sugere os autores, quando comportamentos adaptados não são fortes, então os psicóticos são emitidos. Assim, pode-se afirmar, tal como Ferster, Culbertson e Boren (1979), que grande parte do repertório do esquizofrênico representa comportamentos fracos, que parecem fortes simplesmente porque a maior parte do comportamento normal mantido é fraca. Com efeito, determinados comportamentos verbais psicóticos resultam de uma deficiência no repertório comportamental da pessoa.

Skinner (1957/1978) afirmou que comportamento verbal é comportamento operante. Hayes, Barnes-Holmes e Roche, (2001) propõem o conceito de operante relacional complexo numa descrição pós-skinneriana da linguagem e cognição. Os autores afirmam que comportamento verbal é a ação de enquadrar relacionalmente os eventos. Parece plausível que alguns indivíduos, dada sua própria história, podem estar reagindo em relação às características do contexto do que da forma em que relatam. Em outras palavras, os indivíduos podem responder relacionalmente aos objetos onde a relação é definida, não pelas propriedades físicas dos objetos, mas por alguma outra característica da situação. “*Verbal behavior is the action of framing events relationally*” (p. 43).

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 (Skinner, 1984).

É importante notar que processos verbais é um assunto importante nesta discussão, uma vez que delirar e alucinar são comportamentos verbais. O que precisa ser esclarecido é como ocorreu a aprendizagem dos relatos verbais delirantes e quais suas funções controladoras. Quais são os processos envolvidos nos antecedentes dos conteúdos delirantes e seus conseqüentes? Que funções adquiriram os estímulos verbais com o uso de figuras místicas? Que efeitos controladores eles exercem sobre as verbalizações delirantes?

Se os relatos verbais delirantes se mantêm, de algum modo, eles são efetivos para a obtenção de reforçadores. Por exemplo, falar que está sendo controlado pelo diabo pode, além de ser reforçado pela atenção social, também estar sendo mantido por esquiva a tarefas difíceis para a pessoa. As possíveis funções que estariam mantendo os

comportamentos verbais delirantes, no caso do exemplo acima, poderia ser obter atenção ou evitar tarefa difícil. Para os analistas de comportamento para entender o relato ‘*eu sou Deus*’ deveriam ser analisadas as contingências de reforçamento, uma vez que entre os efeitos especiais do comportamento verbal estão as reações emocionais do ouvinte (Skinner, 1957/1978). Foi o ambiente que construiu comportamentos autodescritivos com relações a tais afirmações.

Torna-se, então, urgente estudar o papel do comportamento verbal na construção da esquizofrenia, uma vez que relatos verbais bizarros são descritivos de delírios ou alucinações, justificando o diagnóstico, e até mesmo, o internamento da pessoa. Assim, nesta discussão, tornam-se também necessário acrescentar algumas informações sobre o controle do comportamento governado por regras, dado suas fontes verbais.

O comportamento humano pode ser controlado por regras, como também por auto-regras a partir de experiências anteriores. As 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 disfuncionais de regras que não especificam as contingências naturais resultam problemas adicionais, isto é, descrições disfuncionais pela própria pessoa podem contribuir para aumentar a força de comportamentos problema subsequentes. Se as regras geram insensibilidade às contingências naturais elas podem adquirir uma autonomia funcional e tornar-se a causa presumida do comportamento problema. As auto-regras podem ser mantidas, tanto por reforço positivo, quanto por reforço negativo. O comportamento governado por regras é resistente a mudanças e à extinção (Hayes, Zettle & Rosenfarb, 1989; Matos, 2001; Meyer, 2005).

Auto-regras podem ser descritas como estímulo interno que, em certas ocasiões, poderiam estar funcionalmente relacionadas à ocorrência de respostas públicas. ‘Falamos’ e ‘ouvimos’ a nós mesmos, isto é, pensamos. ‘Examinamos’ nossos próprios pensamentos e sentimentos. ‘Vemos’ aquilo que descrevemos, isto é, respostas sensoriais que se condicionam na forma de ‘imagens’ ou ‘quadros’. Eventos internos podem afetar comportamentos públicos. Se os estímulos internos não fossem funcionalmente importantes, seria improvável que os humanos os tivessem adquirido e continuassem a emití-los. Tais fenômenos fazem parte do organismo como um todo mediante a evolução (Staats, 1996). Cabe aos analistas do comportamento investigar o papel que tais eventos desempenham numa ciência natural do comportamento humano.

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.

Pessoas que apresentam comportamentos problema podem tornar-se membros ativos da sociedade. A análise comportamental aplicada oferece uma tecnologia comportamental para situações que, de outra forma, seriam caóticas e confusas. A busca de soluções para aliviar o sofrimento humano deve preocupar pesquisadores básicos e aplicados. Rotular ou descrever topografias comportamentais pouco acrescenta.

Martone e Zamignani (2002) alertam para a retomada das pesquisas e publicações sobre esquizofrenia pelos analistas de comportamentos, uma vez que se trata de um problema relevante e para o qual as soluções até hoje apresentadas são, no mínimo, insatisfatórias.

Referências

- Associação Americana de Psiquiatria. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. (DSM – IV – TR). Porto Alegre: ARTMED.
- Ayllon, T.; & Haughton, E. (1964). Control of the behavior of Schizophrenics by food. In A. W. Staats (Ed). *Human Learning. Studies extending conditioning principles to complex behavior*, pp. 458-465. New York: Holt, Rinehart and Winton, Inc.
- Ayllon, T.; & Michael, J. (1964). 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.; & Azrin, N. (1968). *The token economy*. New York: Applenton-Century-Crofts.
- Bachneff, S. A. (1991). Positron emission tomography and magnetic resonance imaging: A review and a local circuit neurons hypo(dys)function hypothesis of schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 30, 857-886.
- Britto, I. A. G. S. (2004). Sobre delírios e alucinações. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6 (1), 61-71.
- Chiesa, M. (1994). *Radical behaviorism: The philosophy and the science*. Boston: Authors Cooperative, Inc., Publishers.

- Dougher, M. J.; & Hackbert, L. (2003). Uma explicação analítico-comportamental da depressão e o relato de um caso utilizando procedimentos baseados na aceitação. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5 (2), 167-184.
- Ferster, C. B.; Culbertson, S. & Boren, M. C. P. (1979). *Princípios do comportamento*. São Paulo: HUCITEC.
- Hayes, S. C.; Barnes-Holmes, D. & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C.; Zettle, R. D.; & Rosenfarb, R. (1989). Rule-following. Em S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control*, pp.191-220. New York: Plenum Press.
- Isaacs, W.; Thomas, J. & Goldiamond, I. (1964). Application of operant conditioning to reinstate verbal behavior in psychotics. In A. W. Staats (Ed). *Human Learning. Studies extending conditioning principles to complex behavior*, pp. 466-471. New York: Holt, Rinehart and Winton, Inc.
- Martone, R. C.; & Zamignani, D. R. (2002). Esquizofrenia: A Análise do Comportamento tem o que dizer? Em H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz & M. C. Scoz (Orgs), *Sobre Comportamento e Cognição: Contribuições para a Construção da Teoria do Comportamento*. Vol. 10, pp. 305-316. Santo André: ESETec Editores Associados.
- Matos, M.A. (2001). Comportamento governado por regras. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 3 (2), 51-66.
- Meyer, S. B. (2005). Regras e auto-regras no laboratório e na clínica. Em J. Abreu-Rodrigues & M. R. Ribeiro (Orgs), *Análise do Comportamento. Pesquisa, teoria e aplicação*, pp. 211-227. Porto Alegre: ARTMED.
- Mueser, K. T. (2003). Tratamento cognitivo-comportamental de esquizofrenia. Em V. E. Caballo (org). *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos*, pp.591-613. São Paulo: Santos Livraria Editora.
- Neno, S. (2003). Análise funcional: Definição e aplicação na terapia analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5 (2),151-165.
- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179, 250-258.
- 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 conseqüências. Uma análise teórica. Em Coleção os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural.
- Staats, A. W.; & Staats, C. K. (1973). *Comportamento humano complexo*. São Paulo: E. P. U. (Trabalho original publicado em 1963).
- Staats, A. W. (1996). *Behavior and personality: Psychological behaviorism*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Tourinho, E. Z; Cavalcante, S. N; Brandão, G. G.; & Maciel, J. M. (2001). Internalismo e externalismo na literatura sobre a eficácia e a efetividade da psicoterapia. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz & M. C. Scoz (Orgs), *Sobre Comportamento e Cognição: Expondo a Variabilidade*. Vol. 7 pp.234-256. Santo André: ESETec. Editores Associados.