

FACULDADES INTEGRADAS FAFIBE
CURSO DE PSICOLOGIA

OMAYRA CRISTINA MATOS DE SOUZA

AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO VERBAL DE PACIENTES COM
ESQUIZOFRENIA SOB O OLHAR DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO:
REVISÃO DE LITERATURA

BEBEDOURO

2009

OMAYRA CRISTINA MATOS DE SOUZA

AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO VERBAL DE PACIENTES COM
ESQUIZOFRENIA SOB O OLHAR DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO:
REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia
apresentado às Faculdades Integradas Fafibe,
sob a orientação da Professora Andreza
Cristiana Ribeiro Gomes para obtenção do título
de Psicólogo.

BEBEDOURO

2009

Souza, Omayra Cristina Matos de.

Avaliação do comportamento verbal de pacientes com esquizofrenia sob o olhar da Análise do Comportamento: Revisão de literatura.

38f. : 29,7cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)-
Faculdades Integradas Fafibe, Bebedouro, 2009.

Bibliografia: f. 33-36

1. Esquizofrenia. 2. Análise do Comportamento. 3.
Comportamento Verbal. I. Título.

OMAYRA CRISTINA MATOS DE SOUZA

AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO VERBAL DE PACIENTES COM
ESQUIZOFRENIA SOB O OLHAR DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO:
REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia
apresentado às Faculdades Integradas Fafibe,
para obtenção do título de Psicólogo.

Banca examinadora

Orientador(a): Prof^a Dra. Andreza C. Ribeiro Gomes – Faculdades Integradas Fafibe

Examinador(a): Prof^a Mestre Karin Ap. Casarini – Faculdades Integradas Fafibe

Bebedouro, 24 de Novembro de 2009.

Aos meus pais que sempre estiveram presentes durante minha trajetória.

Ao meu esposo que me apoiou em todos os momentos dedicados ao curso.

Aos meus irmãos pelos incentivos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus primeiramente que é a razão pelo qual vivo.

Agradeço aos meus pais, Luis e Maria, que não mediram esforços para me proporcionar e auxiliar na minha formação pessoal e profissional.

Agradecer também ao meu esposo Douglas que sempre me deu força para continuar na minha carreira, me apoiando em todos os momentos tanto alegres quanto tristes. Ajudando a vencer desafios mesmo quando pareciam impossíveis de serem vencidos.

Aos meus irmãos Aline e Fabrício que estiveram presentes sempre que precisei, com palavras de incentivo e encorajamento.

A minha orientadora Andreza que em todos os momentos soube acolher minhas angústias e reforçar para que eu conseguisse realizar meu trabalho.

Agradecer a Faculdade e a coordenadora Débora, que se dedicou a proporcionar uma formação profissional ética de todos os alunos.

"Não considere nenhuma prática como imutável. Mude e esteja pronto a mudar novamente. Não aceite verdade eterna. Experimente."
(Skinner, 1969, p. 8).

RESUMO

A Esquizofrenia é um transtorno de grande complexidade que envolve sintomas como delírios, alucinações, discurso ou comportamento desorganizado ou catatônico e sintomas negativos. Tais sintomas influenciam sobremaneira em aspectos funcionais e sociais desses pacientes, fazendo com que apresentem dificuldades de interação social. Este estudo tem como objetivo realizar um levantamento bibliográfico sobre a teoria e técnicas comportamentais que contribuam para a melhora significativa de pacientes com esquizofrenia. Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica em revistas indexadas utilizando os termos Esquizofrenia, Análise do Comportamento e Comportamento Verbal. Para a compreensão desses comportamentos tidos como inadequados, a Análise do Comportamento utiliza o conceito de reforço positivo e negativo, sendo assim, um comportamento é mantido quando há contingências de reforçamento. Aponta-se a importância de ser feita a análise funcional das falas inadequadas que não estão de acordo com a contingência observável do paciente. Pensando nessa contingência, diversos autores discutem sobre a importância do Comportamento Verbal, sendo que esse também é mantido por reforçadores. Contemplando todos esses conceitos conclui-se que as técnicas de reforçamento de comportamento adequados e a extinção de comportamentos inadequados de pacientes com esquizofrenia são muito eficazes para a melhora significativa dos mesmos.

Palavras-chave: Esquizofrenia, Análise do Comportamento e Comportamento Verbal.

ABSTRACT

Schizophrenia is highly complex disorder which entails symptoms such as delirium, hallucinations, disorganized or catatonic speech or behavior, and negative symptoms. Such symptoms influence strongly on functional and social aspects in these patients, leading them to have difficulty in interacting socially. This study aims at doing a bibliographical study on behavior theory and techniques which contribute for an evident improvement in patients with schizophrenia. In order to do that, a bibliographical review was carried out, using indexed magazines under the words Schizophrenia, Behavior Analysis and Verbal Behavior. To understand these behaviors which are thought of as inappropriate, Behavior Analysis uses the concept of positive and negative reinforcement and thus this behavior is kept even when there are reinforcement setbacks. An aspect to be pointed out is the importance of doing the functional analysis of inappropriate speech which is not in accordance with the observable setbacks in the patients. Thinking about this setback, several authors discuss the importance of Verbal Behavior and it is also kept by reinforcers. Approaching all these concepts we can conclude that reinforcement techniques of appropriate behavior and the extinction of inappropriate behavior in patients with schizophrenia are very efficient for a sharp improvement in them.

Key words: Schizophrenia, Behavior Analysis and Verbal Behavior.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVO.....	11
3 METODOLOGIA.....	12
4 ESQUIZOFRENIA	13
5 ANÁLISE DO COMPORTAMENTO E COMPORTAMENTO VERBAL	18
6 TRATAMENTO EM PSICOLOGIA PARA ESQUIZOFRENIA	24
7 TRATAMENTO DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO PARA ESQUIZOFRENIA.....	28
8 CONCLUSÃO.....	31
REFERÊNCIA	33

1 INTRODUÇÃO

A Esquizofrenia é um transtorno psicótico de grande complexidade. Segundo a American Psychiatric Association (2002), os sintomas característicos da Esquizofrenia são: alucinações e delírios, discurso ou comportamento desorganizado ou catatônico e sintomas negativos.

Além dos sintomas da esquizofrenia, podem-se perceber outras características direcionadas aos relacionamentos sociais como, pouco contato visual, atrasos incomuns nas respostas, expressões faciais incoerentes, dificuldade em expressarem-se, percepções muitas vezes errôneas dos sentimentos (KAPLAN, 1997).

Skinner (1979) afirma que o comportamento psicótico é simplesmente uma parte do que podemos chamar de comportamento humano. Geralmente esses comportamentos são chamados como sintomas pelos estudos psiquiátricos, já para os analistas do comportamento são apenas comportamentos e devem ser analisados como tal.

Sendo assim, para a Análise do Comportamento quando o indivíduo fala de uma maneira inadequada, ele também se comporta como se visse ou ouvisse estímulos que não estão presentes no ambiente. Alguns autores levantam a hipótese que tais comportamentos são mantidos por reforçamento social. Portanto, ao analisarmos os comportamentos de pessoas diagnosticadas como esquizofrênicas é importante primeiramente a compreensão desses comportamentos e, principalmente, buscar a modificação e a adequação dos mesmos (BRITTO, 2004).

A pessoa diagnosticada como psicótica evidencia uma forte indiferença em suas respostas emocionais, tornando-se cada vez mais ausente do convívio familiar e posteriormente do convívio social. Portanto, trata-se de um transtorno que evidencia um grande prejuízo funcional para esses indivíduos, seja na sua vida pessoal, familiar e social (BARRETO, 2007, SÁ JUNIOR, 2007).

Sob o olhar da Análise do Comportamento, pode-se compreender que o ambiente apresenta para o indivíduo estímulos, reforços, punições e que pode haver manutenção do comportamento de acordo com as contingências. Portanto, através do Comportamento Verbal do paciente é possível entender as contingências de

reforçamento, e assim, encontrar técnicas que ampliem o repertório desses pacientes, resultando no aumento da frequência de falas adequadas quando são reforçados e, com isso, uma diminuição ou desaparecimento das falas consideradas “bizarras” ou fora da realidade (BRITTO, 2004).

Assim, o objetivo desse trabalho é realizar uma revisão de literatura que verifique modificações significativas no comportamento verbal de pacientes com esquizofrenia através de técnicas comportamentais. Para isso, o presente estudo foi dividido em quatro capítulos denominados: 1. Esquizofrenia; 2. Análise do Comportamento e Comportamento Verbal; 3. Tratamento em Psicologia para Esquizofrenia e 4. Tratamento da Análise do Comportamento para Esquizofrenia.

2 OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo realizar um levantamento bibliográfico sobre a teoria e técnicas comportamentais que contribuam para a melhora significativa de pacientes com esquizofrenia.

3 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão bibliográfica em revistas indexadas e literaturas, que possibilitaram uma maior compreensão sobre a problemática proposta, utilizando os termos Esquizofrenia, Análise do Comportamento e Comportamento Verbal.

4 ESQUIZOFRENIA

O primeiro termo que falava a respeito dos sintomas da esquizofrenia chamou-se *dementia precox* (demência precoce), que apresentava um curso deteriorante em longo prazo e sintomas comuns de delírios e alucinações. Foi Bleuler que substituiu o termo anterior pelo termo usado atualmente “esquizofrenia”. Para explicar melhor esse transtorno fez a junção de três aspectos que são: pensamento, emoção e comportamento nos pacientes afetados. Distinguindo do autor anterior, o conceito não estava associado necessariamente a um curso deteriorante, mas sim a todas as pessoas que apresentavam os sintomas, com isso, houve um aumento de pacientes que satisfaziam critérios para o diagnóstico de esquizofrenia (KAPLAN, 1997).

Para entender o que é esquizofrenia é necessário primeiramente compreender o que é um transtorno psicótico, no qual é enquadrada, e, assim, analisar em detalhes seus subtipos. Os transtornos psicóticos caracterizam-se por sintomas, como alucinações e delírios, pensamento desorganizado e comportamento claramente bizarro¹, tais sintomas podem ser definidos como “sintomas positivos”. O termo “psicótico” pode ser definido também como a perda dos limites do ego (equilíbrio psíquico) ou amplo prejuízo da realidade. A principal forma de psicose pode ser representada pela Esquizofrenia devido a sua frequência e complexidade, sendo que há uma dificuldade em lidar com toda essa gama de sintomas. Para fins diagnósticos desse transtorno é preciso que esses sintomas estejam presentes durante um mês (DALGARRONDO, 2008; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002 e ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

As alucinações podem se apresentar de cinco formas, sendo elas, auditivas, visuais, olfativas, gustativas e táteis, a mais comum dentre elas na esquizofrenia são as auditivas. Neste caso, os indivíduos ouvem vozes conhecidas ou estranhas, e seu conteúdo geralmente é pejorativo ou ameaçador; as visuais podem-se caracterizar pela presença de objetos e personagens fora do contexto da realidade;

¹ Comportamento bizarro se refere às situações claramente implausíveis e incompreensíveis e que não estão de acordo com as experiências comuns da vida.

as olfativas se apresentam por odores diferentes e que não são percebidos por outras pessoas; as gustativas há a sensação de que o sabor dos alimentos está diferente, podendo apresentar em alguns casos uma sensação de envenenamento e por último as táteis, onde o indivíduo conversa com um personagem que não está de acordo com a realidade e tem a sensação de poder tocá-lo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

Os delírios representam uma interpretação equivocada de percepções ou experiências, caracterizados por crenças errôneas, que podem apresentar vários temas, tais como persecutórios, referenciais, somáticos, religiosos ou grandiosos. Dentre os delírios citados o mais comum é o persecutório, onde o indivíduo acredita que pode estar sendo perseguido, enganado, espionado; os de referência estão associados ao fato do indivíduo acreditar que o que fala nos jornais, revistas, televisão tem alguma ligação com ele (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

A pessoa com transtorno psicótico apresenta também os sintomas positivos (discurso desorganizado, comportamento amplamente desorganizado ou catatônico). O discurso desorganizado pode ser entendido também como desorganização de pensamento, podendo apresentar uma incoerência no discurso, ou saltar de um assunto para o outro sem fazer uma conexão (“descarrilamento” ou “associações desconexas”). Quando questionada pode apresentar uma resposta que não tem relação com a pergunta (“tangencialidade”), o discurso pode estar desagregado ou praticamente incompreensível, demonstrando uma desorganização lingüística (“incoerência”, “salada de palavras”). O comportamento desorganizado dificulta o desempenho de atividades diárias, como preparar as refeições ou manter a higiene, tendo uma aparência de descuido com sua própria imagem; pode exibir um comportamento sexual impróprio como masturbar-se em público ou agitação imprevisível sem fator desencadeante (gritar ou proferir palavras) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

E para fechar o quadro dos sintomas positivos, serão discutidos os comportamentos motores catatônicos. Os indivíduos podem apresentar uma diminuição acentuada na reatividade ao ambiente, podendo alcançar ao grau extremo da falta de consciência que se pode denominar estupor catatônico; pode apresentar uma postura rígida e resistente se denominado por rigidez catatônica; pode demonstrar resistência às instruções ou tentativas de mobilização por outras

peças o qual se define por negativismo catatônico; posturas inadequadas ou bizarras (postura catatônica); ou excessiva atividade sem propósito (excitação catatônica) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

Como característica sintomática da esquizofrenia pode-se incluir os sintomas negativos que são: o embotamento afetivo, alogia e abulia. O embotamento afetivo está relacionado ao fato de o rosto do indivíduo se apresentar de forma imóvel e impassível, com pouco contato visual e linguagem corporal bastante reduzida. Alogia significa pobreza do discurso, ou seja o indivíduo manifesta respostas breves e vazias, demonstrando uma diminuição dos pensamentos, apresentando uma redução da fluência e produtividade do discurso. E, abulia caracterizada pela incapacidade de iniciar e persistir em atividades, o indivíduo pode ficar sentado por longos períodos demonstrando pouco interesse em participar das atividades e do convívio social (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993; DALGALARRONDO, 2008).

Para melhor compreensão dos sintomas é importante também se atentar a algumas características que freqüentemente aparecem juntas, são elas: alteração das funções básicas, que dão a pessoa senso de individualidade, unicidade e de direção de si mesma; eco, inserção, irradiação ou roubo do pensamento, onde o indivíduo tem a sensação de que seus pensamentos podem ser ouvidos e espionados por alguém; delírios de influência (controle ou passividade); vozes que comentam a ação de seus comportamentos, delírios persistentes e culturalmente inapropriados, por ex: dizer que veio de outro planeta; alucinações persistentes, intercepções ou bloqueios do pensamento; comportamento catatônico (negativismo, mutismo e estupor); sintomas negativos (empobrecimento afetivo, autonegligência, diminuição da fluência verbal) e perda de interesse em realizar atividades demonstrando também retração social (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1993) e a American Psychological Association (2002), os transtornos esquizofrênicos são caracterizados por distorções importantes seja do pensamento, da percepção ou até mesmo pela afetividade, porém, a capacidade intelectual é preservada, podendo ocorrer déficits cognitivos durante o curso da doença. Sendo que as principais são: esquizofrenia Paranóide, Hebefrênica, Catatônica.

Na definição de esquizofrenia Tipo Paranóide os sintomas são caracterizados por delírios relativamente estáveis, com freqüência paranóides, acompanhadas por alucinações geralmente auditivas e perturbações da percepção. Além disso, os indivíduos apresentam certa dificuldade nas interações interpessoais podendo ter ataques de raiva. Os delírios persecutórios podem predispor o indivíduo ao comportamento suicida e à violência (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

Para o diagnóstico de Esquizofrenia Hebefrênica é necessário se atentar a tais sintomas como, mudanças afetivas, delírios, alucinações, comportamento imprevisível, maneirismos², pensamento desorganizado e discurso incoerente. Enquanto a Esquizofrenia Catatônica é caracterizada por perturbações psicomotoras que podem se apresentar como rigidez de movimentos e estupor ou obediência automática e negativismo, além de ecolalia que é a repetição patológica da frase de outra pessoa e ecopraxia que é a imitação repetitiva dos movimentos de outra pessoa (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

Pela dificuldade em se diagnosticar a esquizofrenia, pode-se definir como fase prodrômica, ou seja, fase que se pode observar o início de alguns sintomas tais como, perda de interesse em trabalho, atividades sociais, aparência pessoal e higiene, juntamente com ansiedade generalizada e sintomas leves de depressão e preocupação. Sendo que, se esses sintomas forem observados de uma forma precoce há maior probabilidade de resultados significativos e maior probabilidade de recaídas. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993; CHAVES, 2007).

A esquizofrenia ocorre geralmente no final da adolescência e meados da faixa dos 30 anos, sendo raro seu início antes da adolescência. Pode-se observar a diferença de aparecimento em homens e mulheres. No primeiro surge na faixa de 18 a 25 anos e para as mulheres entre 25 e 35 anos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

Como forma de medição dos sintomas da esquizofrenia, é importante a aplicação de instrumentos psicológicos fidedignos, sendo possível três tipos de

² Maneirismos se referem a um exagero na combinação de comportamentos que o indivíduo com esquizofrenia pode apresentar caracterizado como fuga ao natural.

avaliações: a Neuropsicológica, Testes de Inteligência e os Testes Projetivos. A Avaliação Neuropsicológica mede as funções cognitivas, que em geral podem apresentar uma disfunção bilateral dos lóbulos temporal e frontal, comprometendo assim, a atenção, o tempo de retenção e a capacidade de resolução de problemas que podem ser observados nos resultados do teste. Já os Testes de Inteligência quando comparado aos outros grupos não diagnosticados esquizofrênicos, tendem a apresentar escores inferiores, ou seja, os pacientes com sintomas de esquizofrenia podem apresentar um resultado inferior nesta avaliação comparado a outros grupos. E os Testes Projetivos e de Personalidade, que podem indicar alguns resultados anormais, ou seja, aspectos que dizem respeito às características funcionais e comportamentais de cada indivíduo, podendo demonstrar uma dificuldade de pacientes com esquizofrenia no contato com a realidade (KAPLAN, 1997).

A etiologia da esquizofrenia é um desafio para a psiquiatria, pois não foram identificados parâmetros laboratoriais que comprovem como se desenvolve ou apresenta a esquizofrenia. Apesar de algumas pesquisas mostrarem algumas diferenças cerebrais (redução de tecido cerebral, hipertrofia dos ventrículos laterais, menor volume de substância branca ou cinzenta no cérebro), porém tais modificações cerebrais podem ter ocorrido pelo próprio tratamento medicamentoso, o qual se sabe que tem efeitos colaterais mesmo sem a podendo haver um prejuízo funcional (MIRANDA, 2005; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002; MONTEIRO, 2007).

Apesar de todos os critérios diagnósticos já apontados, Skinner (1979) através de suas observações aponta que comportamento psicótico é apenas uma série de comportamentos que os indivíduos apresentam, e, levanta uma discussão muito importante, sobre o fato de que os cientistas preocupados em provar experiências através de causa e efeito, se esquecem de olhar o indivíduo como um ser que possui características genéticas, ou seja, que têm traços herdados como temperamento ou inteligência e que está interagindo com o meio. Assim, o próximo capítulo discutirá como a Análise do Comportamento compreende o ser humano e sua interação com o mundo.

5 ANÁLISE DO COMPORTAMENTO E COMPORTAMENTO VERBAL

O conceito de comportamento é utilizado pelos analistas do comportamento para explicar as relações. Ele não designa o que um organismo faz, mas a relação entre um organismo e o mundo o qual está inserido. Assim, a proposta da análise do comportamento é a de interpretar os fenômenos psicológicos como fenômenos relacionais (TOURINHO, 2003; SKINNER, 1985).

A maneira como o indivíduo se relaciona com o ambiente pode ser entendida como relações operantes, onde essas relações são mantidas por conseqüência, ou seja, podem aumentar ou diminuir os padrões de resposta de acordo com a conseqüência. Portanto para o Behaviorismo Radical, os fenômenos conscientes, estando dentre as coisas as quais podemos falar, são incluídos no estudo do comportamento (TOURINHO, 2003; BAUM, 2006; SKINNER, 1985).

Para que um comportamento seja mantido dependerá do reforço (estímulo), ou punição dado ao indivíduo, isto ocorre dentro de uma contingência¹. Esse comportamento pode ser classificado como comportamento operante, onde o mesmo produz modificações no ambiente e as conseqüências podem fazer com que esse comportamento se mantenha ou se extingue, por ex: se ao cumprimentar uma pessoa com “oi” e tiver como resposta “olá”, a conseqüência será o aumento de cumprimentos, se não ocorrer a resposta (reforçador) do cumprimento, logo esse comportamento se extinguirá (MOREIRA, 2007, BAUM, 2006).

O reforço então, é um estímulo no qual aumenta a probabilidade de um comportamento ocorrer. Portanto, quando o indivíduo em sua interação com o meio emite uma resposta que produz alterações no ambiente e essas são favoráveis ao aumento do comportamento, pode-se chamar de contingência de reforço. Existem reforçadores naturais e reforçadores arbitrários. O primeiro significa que a conseqüência reforçadora do comportamento é o produto direto do próprio comportamento, por ex: cantar em casa, onde o comportamento é reforçado pela música. Já os reforços arbitrários são conseqüências reforçadoras de um produto indireto ao comportamento, por ex: cantar num show por causa do dinheiro, onde o reforçador indireto seria o dinheiro. Existem dois tipos reforços que são o reforço

¹ Diz respeito à análise do comportamento operante, onde a contingência pode ser discriminada por três termos que são: estímulo, resposta e conseqüência.

positivo e o reforço negativo. No primeiro há uma apresentação de um estímulo bom ou positivo ao indivíduo após a emissão do comportamento, esse reforço faz com que aumente a probabilidade do comportamento voltar a ocorrer, como por ex: se a criança fizer a tarefa da escola, ela passeia com os pais, então realizar a tarefa será reforçado pelo passeio. No segundo, tira-se um estímulo aversivo ao indivíduo após o comportamento apresentado, por ex: se num dia de calor e a pessoa estiver com sede e como consequência receber um copo d'água, este será reforçador e a consequência é tirar o estímulo aversivo. Ambos têm como consequência o aumento da frequência do comportamento (SKINNER, 1985; MOREIRA, 2007; BAUM, 2006).

A punição refere-se às consequências do comportamento que podem tornar sua ocorrência ou frequência menos provável, ou seja, é necessário que se observe uma diminuição na ocorrência do comportamento. Há dois tipos de punição, a positiva e a negativa. A primeira tem como consequência um estímulo aversivo que reduz a probabilidade da ocorrência do comportamento, por ex: colocar uma criança de castigo, onde a consequência é um estímulo aversivo. A segunda tem como consequência a retirada de reforçadores, fazendo com que diminua a frequência e probabilidade de ocorrer o comportamento, por ex: a criança não fez a tarefa da escola e por isso ficará duas semanas sem assistir televisão, então o comportamento de não fazer a tarefa da escola provavelmente diminuirá, pois foi retirado o reforçador da criança que era a televisão (MOREIRA, 2007; BAUM 2006).

Para a Análise do Comportamento, as consequências de reforço e punição modelam as características do comportamento de um indivíduo, ou seja, os comportamentos aprendidos surgem a partir do repertório comportamental. A modelagem é a sucessão de estímulos reforçadores que terá como consequência o aumento ou aquisição de novos comportamentos, ou seja, é um procedimento de reforçamento diferencial de aproximações sucessivas de um comportamento. O reforço diferencial consiste em reforçar algumas respostas que obedecem a algum critério e ignorar outras respostas não desejadas (BAUM, 2006, MOREIRA, 2007).

Para a Análise do Comportamento a partir dessa interação indivíduo-ambiente é possível analisar as contingências e levantar-se hipóteses das relações funcionais. Nesse sentido, a análise funcional tem como objetivo descrever a tríplice contingência que está ligada a aquisição e/ou manutenção do repertório comportamental (NENO, 2003).

Cavalcante (1999), levanta alguns pontos importantes que precisam ser observados na discussão da terapia analítico-comportamental, com enfoque na análise funcional: a) selecionismo como modelo causal e funcionalismo como princípio de análise, ou seja, perceber a complexidade dos processos comportamentais humanos e entender a função e conseqüência desse comportamento no ambiente; b) externalismo como recorte de análise, que é a relação do indivíduo com o ambiente, levando em conta também os eventos privados²; c) complexidade, variabilidade e caráter idiossincrático das relações comportamentais, trata-se do reconhecimento de que os produtos da história ambiental são variáveis e idiossincráticos, tornando necessárias análises idiográficas; d) critério pragmático na definição do nível de intervenção, onde a análise funcional tem como objetivo dentro do seu limite buscar meios para a solução de problemas comportamentais concretos; e, por fim, e) distinção entre alcance da avaliação e alcance da intervenção, onde a avaliação lida com os eventos das relações comportamentais, em contrapartida a intervenção lida com as variáveis presentes, buscando a solução de problemas.

Comunicação numa concepção convencional, significa o que é passado ou transmitido de uma pessoa a outra, ou seja, tornar comum. O que difere comunicação de comportamento verbal é que no primeiro depende apenas de antecedentes (estímulo-sinal), o segundo é caracterizado como um comportamento operante, pois depende de suas conseqüências (BAUM, 2006).

Através desse conceito, entende-se comportamento verbal como um comportamento que é estabelecido e mantido por conseqüências mediadas por outras pessoas, ou seja, pode ser analisado por contingências assim como os outros comportamentos, mas deve-se levar em conta que as conseqüências a este tipo de comportamento seriam fornecidas por um mediador, ou seja, necessitando, assim, de outro organizamos para reforçá-lo. Para que o comportamento verbal seja mantido, é necessário que seja controlado por um reforçador, ou seja, assim como todo comportamento operante, o comportamento verbal tende a repetir num contexto reforçador. Sendo que, as pessoas que ouvem e reforçam o que o indivíduo diz, podem ser denominadas como membros da comunidade verbal dessa pessoa,

² Eventos privados são comportamentos que não podem ser observados, como por ex: pensamentos e sentimentos.

chamadas de ouvinte (ALVES, 2007; VARGAS 2007; BAUM, 2006; BRINO 2005; ARDILA, 2007; FERREIRA, 2005).

O comportamento verbal pode ser reforçado intermitentemente, ou seja, de vez em quando, pois se caracteriza como um comportamento persistente. O autor explica que os reforços dos atos verbais de uma criança são mais freqüentes, ao passo que com seu desenvolvimento exige-se comportamentos verbais mais adequados a idade. Portanto, o comportamento verbal é modelado ao longo do tempo por aproximações sucessivas (BAUM, 2006).

Assim como qualquer comportamento operante, para que o comportamento verbal aconteça dependerá dos estímulos discriminativos. Dentre o estímulo mais importante que modulam o comportamento verbal, estão os estímulos auditivos e visuais produzidos pela pessoa que está no papel de falante (BAUM, 2006; MACHADO, 1997).

Para entender o processo do Comportamento Verbal é necessário compreender quatro termos, que são: o mando, o tato, os autoclíticos e os textuais. O mando é caracterizado pela forma que se dá a relação entre a resposta e a consequência reforçadora recebida da comunidade verbal, está relacionado também a estados motivacionais no que se refere às operações de privação, saciação e estimulação aversiva. Esse estado motivacional permite que o falante emita a resposta que especifique o estímulo reforçador para a solução da resposta. Exemplo: o falante estar com sede e pedir água ao ouvinte, pode ser reforçado ao receber a água. Já o tato é o operante verbal que faz o contato com o mundo, pois é possível emití-los através de estímulos físico, de acontecimentos sociais, e de eventos privados. Pode-se afirmar que a relação entre o estímulo antecedente e a resposta é específica, mas a relação entre a resposta e o evento reforçador é generalizada. Por exemplo: na presença de um cachorro, o falante pode emitir uma resposta "Isto é um cachorro" e receber reforçadores generalizados como atenção ou verbais "isto mesmo". Algumas vezes o comportamento pode ser emitido na forma de um mando, onde o falante poderá apresentar um pedido que se confunda com o tato para que consiga o desejado através do ouvinte, por ex: o falante pergunta: o que é isso? O ouvinte responde: é um bombom. Portanto, o falante usa um mando disfarçado de tato para conseguir o reforçador (ARDILA, 2007; ALVES, 2007; VARGAS, 2007; MACHADO, 1997, BAUM, 2006).

É preciso também categorizar alguns comportamentos diferentes do que os citados acima, mais conhecidos como comportamentos de segunda ordem (autoclítico). São comportamentos onde o responder verbal implica na aprendizagem de estruturas gramaticais, a produção de novas estruturas que recombine os componentes. Skinner (1957) apresenta quatro tipos de operantes autoclíticos: a) Autoclíticos Descritivos: o falante poderá descrever as variáveis possíveis de controle de respostas e aspectos emocionais e motivacionais, por ex: iniciar frase com “Eu penso que, “Eu tenho certeza que...; b) Autoclíticos Qualificadores: significa quanto a forma que o ouvinte irá se portar diante de um antecedente verbal emitido por outra pessoa, ex: uma fala “o garoto é medroso”, pode modificar o comportamento do ouvinte; c) Autoclíticos Quantificadores: indica uma propriedade da conduta do falante ou as circunstâncias responsáveis por tal propriedade, por ex: o garoto é inteligente ou o garoto é medroso; d) Autoclíticos Relacionais: tem como função a organização do comportamento verbal em unidades maiores, estabelecendo relações internas entre operantes verbais distintos, por ex: seriam as preposições, pontuação ou até mesmo a própria ordenação sintática das palavras (VARGAS, 2007, ARDILA, 2007; ALVES, 2007; BAUM, 2006).

Skinner (1985) define algumas categorias do comportamento verbal – comportamentos de primeira ordem – que são controladas por estímulos verbais antecedentes, são elas: o comportamento ecóico que é controlado por um estímulo auditivo que é o produto da resposta verbal de outrem; o comportamento de copiar, sendo que o antecedente seria, por exemplo, um texto escrito e que a emissão da resposta apresenta o mesmo comportamento (texto escrito); comportamento de ditado, onde o indivíduo recebe um estímulo auditivo e a resposta seria escrever o que lhe foi dito; o comportamento textual, onde um texto impresso evocaria uma resposta vocal; e, por fim, o comportamento intraverbal, onde o estímulo antecedente controla a resposta verbal.

Assim, pode-se compreender que através de reforçadores o indivíduo pode aumentar a frequência do comportamento e os punidores ao contrário pode diminuir a frequência da ocorrência do comportamento. Buscou entender também que o comportamento verbal precisa ser reforçado por um ouvinte de sua comunidade verbal. Com isso, fica mais claro entender como se dá os comportamentos psicóticos em pacientes com esquizofrenia, sendo que os mesmos são reforçados ou punidos pelo ambiente, procurando assim formas de tratamentos que melhor se encaixam

nesses tipos de pacientes (BAUM, 2006; VARGAS, 2007; ARDILA, 2007; ALVES, 2007; FERREIRA, 2005).

6 TRATAMENTO EM PSICOLOGIA PARA ESQUIZOFRENIA

Para que haja uma melhora significativa dos sintomas da esquizofrenia é preciso combinar o tratamento medicamentoso (antipsicóticos) com intervenções psicossociais (Kaplan, 1997).

A psicoterapia associada à farmacologia tem se mostrado como ferramenta importante para a reabilitação de pacientes com esquizofrenia, através de abordagens educativas, suportivas, interpessoais ou dinâmicas, visando a melhor adequação dos mesmos no aspecto biopsicossocial. O terapeuta deve estar atento, observar e utilizar a técnica que melhor se adequar ao tipo de paciente e a fase da doença. Para isso é necessário que se faça um diagnóstico para definir se o paciente está apto a psicoterapia e qual a abordagem que será utilizada (ZANINI, 2000).

A psicoterapia tem por finalidade melhorar os sintomas do paciente prevenindo recaídas e evitar a institucionalização. Os objetivos da intervenção terapêutica são: preservar o contato com a realidade; restaurar a capacidade de cuidar de si e de administrar sua vida; diminuir o isolamento; reconhecer e reduzir a natureza ameaçadora dos eventos da vida; conscientizar o paciente sobre a realidade de seus recursos e limitações; aumentar suas defesas diante de situações estressantes; recuperar e promover a auto-estima e a autoconfiança e estimular a autonomia (SHIRAKAWA, 2000).

Complementando a idéia acima, Zanini (2000) cita alguns objetivos fundamentais da psicoterapia, como oferecer suporte e continência ao paciente, assim também como fornecer informação sobre as doenças e as maneiras como lidar com a mesma; restabelecer o contato com a realidade, onde o paciente é capaz de identificar experiências reais de alucinatórias e delirantes; integrar a experiência psicótica no contexto de vida do paciente, ou seja, dar um sentido; identificar fatores estressores e capacitar o pacientes para lidar com esses eventos, ou seja, discutir formas de suportar, modificar ou compreender melhor as situações; desenvolver maior capacidade de diferenciar, reconhecer e lidar com diferentes sensações e sentimentos; mudança nos padrões de comportamento, resultando em melhora na qualidade de vida e adaptação social; conquista de maior autonomia e

independência; diminuição do isolamento e por fim a observação dos pacientes que auxiliará na avaliação do mesmo (ZANINI, 2000).

Dependendo do quadro, o paciente pode ter indicação de hospitalização para estabilização da medicação, por apresentar ideação suicida ou homicida e comportamento amplamente desorganizado. Após a melhora dos sintomas, o paciente continuará com o tratamento, porém freqüentando centros de reabilitação e assim desenvolvendo autonomia e convívio social (KAPLAN, 1997).

Ao se realizar psicoterapia com pacientes com esquizofrenia, o terapeuta deve se comportar de maneira que sua conduta seja compreensiva e empática ao paciente. Sua fala deve ser clara e concreta para estimular uma conversa e uma organização de pensamento mais adequada ao paciente. Para que essas intervenções tenham um fim terapêutico e eficaz para esses pacientes, é muito importante que o terapeuta compreenda, contenha, processe e desenvolva em palavras ou atitudes o que está sendo vivenciado na sessão, ou seja, trabalhar o aqui e agora (ZANINI, 2000).

Durante as sessões de psicoterapia algumas intervenções são possíveis como, afirmação, conselho, validação, encorajamento, reforço, clarificação, confrontação, elaboração e atribuição de significado. Para utilizar essas intervenções o terapeuta deve ser muito habilidoso e saber manejar de modo que não confronte ou desautorize os pacientes (ZANINI, 2000).

A psicoterapia pode ser realizada tanto em grupo como individual. A Terapia de Grupo para pacientes com esquizofrenia tem se mostrado muito eficaz. Geralmente a abordagem utilizada é a de terapia de apoio, que proporciona ao paciente interação social e sensopercepção da realidade. É importante que na terapia de grupo, o terapeuta tenha uma postura ativa de maneira que possa monitorar o ambiente do grupo, buscando temas que estimulem a conversação, ofereça suporte favorecendo a coesão grupal. Como abordagem de grupo, é necessário salientar o Grupo Operativo que é centrado na tarefa. O terapeuta organiza os assuntos de acordo com os temas levantados pelos próprios pacientes, a fim de que possam se instruir a respeito de suas limitações, contribuindo para uma melhor adaptação social (KAPLAN, 1997; SHIRAKAWA, 2000).

A Psicoterapia Individual, dentre as várias formas de abordagens, pode-se utilizar a psicoterapia de apoio e psicoterapia orientada para o insight. Faz-se necessário abrir um parênteses e falar sobre a dificuldade em se formar uma aliança

terapêutica com pacientes esquizofrênicos, para isso, o terapeuta te que ser acolhedor, flexível e empático (KAPLAN, 1997).

Para Shirakawa (2000), deve-se priorizar a psicoterapia de apoio, pois, um paciente com esquizofrenia necessita de suporte que o capacite a obter melhora em sua qualidade de vida.

Pode-se citar também o Acompanhante Terapêutico como sendo uma abordagem que ajuda o paciente a recuperar algumas habilidades perdidas acompanhando-o no dia a dia. Tem por finalidade buscar meios para que o paciente possa se locomover pela cidade e ir a lugares de seu interesse (SHIRAKAWA, 2000).

Um papel muito importante que o psicólogo pode exercer é o de orientação familiar, pois a complexidade dos sintomas afeta tanto o paciente quanto os familiares. Esses podem agir muitas vezes com duplo vínculo, ou seja, a emoção expressada é distônica ou ambígua do que se sente. Esse comportamento é mais conhecido como Emoção Expressa (EE), onde esses comportamentos poderiam afetar e confundir o paciente por se tratar de uma relação ambígua. As intervenções têm como objetivo diminuir o estresse no ambiente familiar e melhorar o funcionamento social do portador. Com isso, busca-se também atingir outras esferas que são: reduzir as possibilidades de recaídas e reinternações; orientação à família sobre a medicação; ajudar o paciente a colaborar com o tratamento e assumir responsabilidades, dentro do possível; verificar se há apresentação de melhora com o tratamento; estar atento a sinais e sintomas de possíveis recaídas e encorajar o paciente a tornar-se independente (SHIRAKAWA, 2000; GUANAES, 2001; VILLARES, 2000; RODRIGUES, 2006).

Atualmente os CAP's (Centro de Atenção Psicossocial) podem ser utilizados como ferramentas para tratamento de esquizofrenia com a realização intervenções terapêuticas. Trata-se de um programa que conta com uma equipe multidisciplinar, sendo eles psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, apresentando uma visão de um modelo contrário aos hospitais psiquiátricos, onde os pacientes viviam institucionalizados e não tinham convívio social. Esse programa possibilita ressocialização e autonomia desses pacientes (CARDOSO, 2006).

Cordioli (1993) fala que além do diagnóstico é preciso observar outros fatores para se escolher a melhor forma de tratamento, como o grau de comprometimento e

tempo de evolução da esquizofrenia, sintomas predominantes, fase da doença, capacidade de adaptação a situações, defesas predominantemente usadas, eficácia ou não no controle e expressão dos impulsos e dos afetos, capacidade de distinguir os sentimentos ou emoções, capacidade de expressão verbal, estilo de comunicação e a motivação do paciente para o tratamento.

Pode-se perceber que um indivíduo que apresenta sintomas de esquizofrenia, demonstra um comprometimento de aspectos funcionais que afetam além do paciente, seus familiares e cuidadores, pois caracteriza-se por um transtorno que promove grave deteriorização funcional em várias esferas da vida. Uma proposta que tem se mostrado bem interessante para a melhora dos sintomas de pacientes com esquizofrenia é realizar atividades que envolvam o meio social. Percebe-se que tem se pensado muito sobre o conceito de desinstitucionalização, onde através do convívio social o paciente pode desenvolver maior autonomia (SÁ JUNIOR, 2007).

Percebe-se, por meio desse levantamento, a importância de se realizar o tratamento para esquizofrenia e sempre contar com uma equipe multidisciplinar, possibilitando o conhecimento do paciente em sua totalidade e verificar, segundo seu comportamento, qual o tipo de tratamento mais adequado.

7 TRATAMENTO DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO PARA ESQUIZOFRENIA

Dentre as várias técnicas da terapia comportamental, a literatura discute que para o tratamento de pacientes com esquizofrenia, o terapeuta tem como objetivo modificar o comportamento para que este se apresente de forma mais ajustada (BAUM, 2006).

Assim como a medicação é fundamental para o controle de sintomas a longo prazo, o treino de habilidades sociais também deveria estar associado como forma de apoio e tratamento para pacientes que apresentam sintomas de esquizofrenia (CABALLO, 1996).

Discutindo agora sobre as técnicas de tratamento da Terapia Comportamental, podem-se utilizar o reforço por meio de fichas e o Treino de Habilidades Sociais, para o aumento das capacidades de interação social, autonomia, habilidades práticas e comunicação interpessoal (KAPLAN, 1997).

O Treinamento em Habilidades Sociais consiste em um conjunto de técnicas de intervenções para ensinar de um modo sistemático novas habilidades interpessoais aos indivíduos, sendo que pacientes com esquizofrenia demonstram pouca competência interpessoal (CABALLO, 1996).

As categorias de habilidades sociais são: a) comunicação, como gratificar e elogiar; b) civilidade, como dizer “por favor”; c) assertividade, como manifestar opinião concordando ou discordando; d) empatia, como expressar apoio a alguém; e) de trabalho, como falar em público; e f) de expressão de sentimento positivo como fazer amizades. Com o treino de habilidades sociais objetiva-se que o paciente adquira novas habilidades como, assertividade, habilidades de conversação, controle da medicação, busca de trabalho, habilidades recreativas e de tempo livre, fazer amizades, comunicação com a família e solução de problemas (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2001, CABALLO, 1996).

A aplicação do Treino de Habilidades Sociais pode-se dar instruções de como realizar os treinamentos; modelagem de comportamento a fim de se comportar de forma mais adequada; o ensaio comportamental possibilita que o paciente treine juntamente com outras pessoas uma situação a qual tem possibilidade de vivenciar; feedback diz respeito ao retorno que o terapeuta passa ao paciente de como está sendo sua participação nos treinos, e, reforço para que o paciente esteja cada vez

mais participativo durante os treinos; redução da ansiedade em situações sociais problemáticas, dependendo da situação podendo se aplicar uma técnica de relaxamento e o treinamento em solução de problemas. O autor explica que o treinamento em habilidades sociais pode ser executado num formato individual ou em grupo, sendo que, o formato em grupo proporciona ao paciente vários modelos facilitando a aquisição de habilidades (CABALLO, 1996, BOLSONI-SILVA, 2002).

Ao se aplicar essa técnica em grupo, é importante que o terapeuta explique de maneira clara os objetivos do treinamento. As habilidades a serem trabalhadas devem ser divididas em diferentes componentes, ou seja, em objetivos do que se pretende atingir durante o treino de habilidades sociais. Depois que foi explicada, o terapeuta deve dar um modelo de habilidade, após o modelo, o terapeuta deve convidar alguns pacientes a praticarem a habilidade que observaram anteriormente durante a explicação. A cada demonstração ou esforço dos pacientes, o terapeuta deve incentivá-los com reforço de feedback, ou seja, incentivar sempre com reforços apontando os resultados apresentados durante a sessão. E, no final de cada sessão, o terapeuta passa tarefa de casa para exercitarem as habilidades aprendidas (CABALLO, 1996).

Para o paciente com esquizofrenia é importante que o treinamento envolva percepção social, ou seja, treinar o sujeito a prestar atenção e interpretar os sinais interpessoais e as variáveis do ambiente que determinam a adequação de diferentes respostas (CABALLO, 1996).

Dando continuação às técnicas comportamentais que auxiliam no transtorno da esquizofrenia, a Terapia Comportamental explica que, quando se aplica ao sujeito conseqüências reforçadoras, contingente ao comportamento esperado aumenta a probabilidade da ocorrência dos comportamentos desejados (COELHO, 2007, BRITTO, 2006).

Como técnica pode ser utilizada a Economia de Fichas, na qual um reforço secundário é aplicado imediatamente após a apresentação do comportamento desejado, ou seja, o reforço secundário é aquele que usado em associação com o reforço primário¹ passa a ter a capacidade de condicionar após um processo de aprendizagem. Para eficácia dessa técnica é importante que se leve em conta

¹ Reforço primário diz respeito a reforçador de necessidades básicas do ser humano como água e comida.

algumas diretrizes como, estabelecer os sujeitos alvos, as condutas terapêutica desejáveis, a entrega contingente de fichas perante a conduta e a retirada de fichas quando apresentar um comportamento não desejável e reforços eficazes (COELHO, 2007, BAUM, 2006).

O curso da esquizofrenia gera estresse na família pela complexidade dos sintomas e geralmente não sabem como agir com o paciente. A Terapia Comportamental Familiar consiste em reduzir o estresse em todos os membros familiares e melhorar a capacidade para vigiarem o curso da doença. Para atingir esse objetivo a terapia é dividida em cinco etapas: avaliação, educação, treinamento em habilidades de comunicação, treinamento de solução de problemas e problemas especiais. A primeira e a segunda etapa consiste em sessões educativas onde são abordados temas como, o transtorno da esquizofrenia, a medicação e o modelo de vulnerabilidade da esquizofrenia, ou seja, como os sintomas podem surgir e as formas de manejo com o paciente. As sessões devem ser interativas e estimulantes para que tanto o paciente quanto seus familiares falem de suas experiências. A terceira é voltada para o ensino de expressão de sentimentos, fazer solicitações e escuta do paciente. Nesse treinamento os familiares executam papéis e é utilizado como reforço o *feedback* e ao final das sessões são passadas tarefas de casa. Na quarta etapa o objetivo do treinamento consiste em ensinar a família a resolver os problemas e atingir os objetivos se a ajuda do terapeuta. E na última etapa e na fase final do tratamento, o terapeuta pode auxiliar a família a enfrentar problemas persistentes (especiais), ou seja, pacientes que apresentam dificuldades importantes e que prejudicam seu funcionamento procurando empregar uma gama de estratégias (CABALLO, 1996).

Assim a Terapia comportamento tem provas de sua eficiência no tratamento de pacientes com esquizofrenia, utilizando sempre o reforçamento para adequação de comportamentos “psicóticos” e extinguindo assim, comportamentos tidos pela sociedade como desajustados (BARRETO 2007, BRITTO, 2004).

8 CONCLUSÃO

A partir da literatura científica na área pode-se perceber o quanto a complexidade de sintomas da esquizofrenia pode afetar funcionalmente a vida do paciente, levando em conta aspectos biopsicossociais. A revisão de literatura possibilitou compreender o quanto a psicoterapia e especificamente a Análise do Comportamento pode contribuir para a melhora e diminuição dos sintomas, fazendo com que o indivíduo se comporte de maneira mais assertiva diante das situações.

A Análise do Comportamento através de vários estudos mostra sua eficiência no tratamento para pacientes com esquizofrenia, sendo que essas melhoras ocorrem pelo reforçamento após de comportarem de maneira mais adequada. Portanto dentre as várias técnicas que possam ser utilizadas no tratamento, se faz necessário ressaltar o treino de habilidades sociais, onde o paciente vai aprender a desenvolver habilidades que promovam melhor interação com o social.

A esquizofrenia se apresenta como um quadro complexo, pois, além de todos os aspectos comportamentais, como estão incluídos também os delírios e as alucinações que muitas vezes são incompreendidos. Para isso, a teoria sobre o comportamento verbal traz uma explicação muito clara de como a esquizofrenia se constrói, partindo da idéia que o falante precisa ser reforçado em sua comunidade verbal. Levando em conta toda essa questão o paciente que apresenta esses sintomas deve ser reforçado a se comunicar de maneira diferente e assim então essas falas se extinguem.

Percebe-se também a importância de um tratamento multiprofissional, onde o indivíduo possa ser olhado de uma maneira global, levando em conta seus aspectos biológicos, fisiológicos e psicológicos. O terapeuta comportamental, assim como em outras abordagens, tem muito a contribuir, para que esses indivíduos possam ter um convívio social, desmistificando assim, a idéia de que pessoas com esquizofrenia teriam que ser institucionalizadas. Sabe-se que o processo de melhora pode ser devido a complexidade da patologia, mas a literatura em Análise do Comportamento pode trazer um olhar muito interessante de que é possível ver um resultado significativo desses pacientes.

Pode-se concluir que a psicoterapia analítico comportamental se mostrou muito eficiente através de suas técnicas, contribuindo para a psicologia em geral,

fomentando assim, novos pensamentos e novos rumos de trabalho para a esquizofrenia.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C., RIBEIRO, A. F. Relações entre tatos e mandos durante a aquisição. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. Vol. 9. 2007, p. 289-305.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV-TR™: Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais**. 4 ed. American Psychiatric Association, 2002.
- ARDILA, R. Verbal Behavior de B. F. Skinner: sua importância no estudo do comportamento. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. Vol. 9. 2007, p. 195-197.
- BAUM, W. M. Compreender o Behaviorismo: Comportamento, cultura e evolução. Tradução Maria Teresa Araújo Silva. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- BARRETO, E. M. P., ELKIS, H. Evidências de eficácia da terapia cognitiva comportamental na esquizofrenia. **Revista Psiquiatria Clínica**. 2007, p. 204-207.
- BOLSONI-SILVA, A. T. Habilidades sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. **Interação em psicologia**. 2002, p. 233-242.
- BRINO, A. L. F., SOUZA, C. B. A. Comportamento verbal: uma análise da abordagem skinneriana e das extensões explicativas de Stemmer, Hayes e Sidman. **Interação em Psicologia**. 2005, p. 251-260.
- BRITTO, I. A. G. S., RODRIGUES, C. A., SANTOS, D. C. O. *et al.* Reforçamento diferencial de comportamentos verbais alternativos de um esquizofrênico. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**., jun. 2006, vol.8, no.1, p.73-84.
- BRITTO, I. A. G. S. Sobre delírios e alucinações. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. jun. 2004, vol.6, no.1 , p.61-71.
- CABALLO, V. E. Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. São Paulo, SP: Santos Livraria, 1996.

CARDOSO, C. SEMINOTTI, N. O grupo psicoterapêutico no Caps. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 2006, p. 775-783.

CAVALCANTE, S. N. **Análise funcional na terapia comportamental: uma discussão das recomendações do behaviorismo contextualista**. Pará, 1999. Dissertação (Mestrado) - Programa de pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará.

CHAVES, A. C. Primeiro episódio psicótico: uma janela de oportunidade para tratamento? **Revista Brasileira Psiquiatria**. 2007, p. 174-178.

COELHO, C. S. M., PALHA, A. J. P., MARTIN, J. I. G. Um programa de economia de fichas aplicado a doentes psiquiátricos crônicos com deterioração cognitiva. **Revista Psicologia USP**: São Paulo, 2007, p. 103-111.

CORDIOLI, A. V. **Como atuam as psicoterapias**. In: Psicoterapias: abordagens atuais. Porto Alegre: Artmed; 1998 p. 34-45.

DALGALARRONDO, P. **Síndromes Psicóticas**. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2 ed. Porto Alegre, Artmed, p. 327, 2008.

DEL PRETTE, Z. A. P. DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação**. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

FERREIRA, P. R. S. Significado e definição de comportamento verbal: a abordagem skinneriana dez anos antes do Verbal Behavior. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. Vol 9. 2007, p. 361-373.

GUANAES, C., JAPUR, M. Fatores terapêuticos em um grupo de apoio para pacientes psiquiátricos ambulatoriais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2001, p. 134-140.

KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J., GREBB, J.A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. Tradução Dayse Batista. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.

MACHADO, L. M. C. M. **Consciência e Comportamento Verbal**. Psicologia USP: São Paulo. Vol. 8, 1997, p. 101-107.

MIRANDA, E. A **esquizofrenia sob a perspectiva dos princípios da Análise do Comportamento**. Dissertação de Mestrado. Departamento de Psicologia da Universidade Católica de Goiás, 2005.

MONTEIRO, L. C., LOUZA, M. R. **Alterações cognitivas na esquizofrenia: conseqüências funcionais e abordagens terapêuticas**. Revista Psiquiatria Clínica. 2007, p. 179-183.

MOREIRA, M. B., MEDEIROS, C. A. Princípio básicos da Análise do Comportamento. Porto Alegre: Artmed. 2007, 224p.

NENO, S. Análise Funcional: definição e aplicação na terapia analítico-comportamental. Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva. Vol. 5. 2003, p. 151-165.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Tradução Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993, p. 83-102.

RODRIGUES, M. G. A. SILVA, L. K. Intervenção familiar na esquizofrenia: recorte de modelos de ensaios clínicos. **Revista Departamento. Psicologia.,UFF**. 2006, vol.18, n.2, p. 93-109.

SÁ JUNIOR, A. R., SOUZA, M. C. Avaliação do comprometimento funcional na esquizofrenia. Revista de Psiquiatria Clínica. 2007, p. 164-168.

SHIRAKAWA, I. Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. **Revista Brasileira Psiquiatria**. 2000, vol.22, p. 56-58.

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

SKINNER, B. F (1979). **O que é comportamento psicótico?** Em T. Millon (Org.), *Teorias da Psicopatologia e Personalidade*, pp. 188-196. Interamericana: Rio de Janeiro. (A obra de Skinner foi publicada originalmente em 1956).

TOURINHO, E. Z. A produção de conhecimento em psicologia: a análise do comportamento. **Psicologia Ciência e Profissão**. jun. 2003, vol.23, no.2, p.30-41.

VARGAS, E. A. O comportamento verbal de B. F. Skinner: uma introdução. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. Vol. 9. 2007, p. 153-174.

VILLARES, C. C. Adaptação transcultural de intervenções psicossociais na esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2000, p. 53-55.

ZANINI, M. H. Psicoterapia na esquizofrenia. **Revista Brasileira Psiquiatria**. 2000, v. 22, suppl. 1, p. 47-49.